



# RECURSO PARA QUESTÃO

**OBJETIVA**

**SUS-SP 2021**



# RECURSO PARA QUESTÃO

SUS-SP  
OBJETIVA

**Especialidade:** Clínica Médica

**Número da questão:** 31

**Sugestão de recurso:**

Paciente do sexo masculino, 56 anos, assintomático, com diagnóstico de FA paroxística, HAS estágio 1, hipercolesterolemia (LDL 260), com função ventricular preservada e controle de frequência adequado com atenolol 50mg/d.

A questão solicita a medicação a ser associada ao tratamento atual.

O paciente tem FA, portanto, devemos calcular o CHA2DS2-VASc e o HAS-BLED para auxiliar a decisão sobre a anticoagulação.

Nosso paciente é hipertenso. Com as informações disponíveis, podemos inferir que ele tem score = 1 (de pelo menos 1) no CHA2DS2-VASc, o que indicaria anticoagulação.

O HAS BLED por si só, independente do valor encontrado não contra-indica a anticoagulação na fibrilação atrial. Ele serve para pesarmos o risco x benefício e auxiliar no julgamento clínico. Mas ainda que contra-indicasse, ele também seria baixo (1)

Logo, nosso paciente tem indicação de anticoagulante. E por não ser FA valvar, tanto a varfarina quanto a rivaroxabana poderiam ser usadas (Alternativas A e C, poderiam ser corretas).

Por isso, solicito por gentileza, **ampliação de gabarito para contemplar também as alternativas A e C (além da alternativa E)**

**Referências Bibliográficas:**

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Diretriz Fibrilação Atrial 2016 (última atualização).

Sociedade Brasileira de Cardiologia, Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Aterosclerose de 2017 (Atualização de 2019).

# RECURSO PARA QUESTÃO

SUS-SP  
OBJETIVA

**Especialidade:** Cirurgia

**Número da questão:** 77

**Sugestão de recurso:**

À banca examinadora

Quando falamos sobre estadiamento de câncer colorretal, de acordo com o Sabiston, 20 edição, temos o seguinte trecho:

“Esta classificação” - a American Joint Committee on Cancer (AJCC) -” é utilizada pela maioria dos hospitais nos Estados Unidos e foi desenvolvida pela AJCC e aprovada pela International Union Against Cancer. Essa classificação, conhecida como sistema TMN (tumor, linfonodo, metástase), combina informações clínicas obtidas pré-operatoriamente com dados obtidos durante a operação e após o exame histopatológico do espécime.”

Na 20 edição do Sabiston, na página 1374, encontramos a seguinte tabela:

STAGE	FEATURES				
<b>Primary Tumor (T)</b>					
TX	Primary tumor cannot be assessed				
T0	No evidence of primary tumor				
Tis	Carcinoma in situ—intraepithelial or invasion of lamina propria*				
T1	Tumor invades submucosa				
T2	Tumor invades muscularis propria				
T3	Tumor invades through the muscularis propria into pericolorectal tissues				
T4a	Tumor penetrates to the surface of the visceral peritoneum <sup>†</sup>				
T4b	Tumor directly invades or is adherent to other organs or structures <sup>‡</sup>				
<b>Regional Lymph Nodes (N)</b>					
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed				
N0	No regional lymph node metastasis				
N1	Metastasis in one to three regional lymph nodes				
N1a	Metastasis in one regional lymph node				
N1b	Metastasis in two or three regional lymph nodes				
N1c	Tumor deposit(s) in the subserosa, mesentery, or nonperitonealized pericolic or perirectal tissues without regional nodal metastasis				
N2	Metastasis in four or more regional lymph nodes				
N2a	Metastasis in four to six regional lymph nodes				
N2b	Metastasis in seven or more regional lymph nodes				
<b>Distant Metastasis (M)</b>					
M0	No distant metastasis				
M1	Distant metastasis				
M1a	Metastasis confined to one organ or site (e.g., liver, lung, ovary, nonregional node)				
M1b	Metastases in more than one organ/site or the peritoneum				
<b>STAGE GROUPING</b>					
STAGE	T	N	M	DUKES <sup>§</sup>	MAC <sup>¶</sup>
0	Tis	N0	M0	—	—
I	T1	N0	M0	A	A
	T2	N0	M0	A	B1
IIA	T3	N0	M0	B	B2
IIIB	T4a	N0	M0	B	B2
IIIC	T4b	N0	M0	B	B3
IIIA	T1-T2	N1/N1c	M0	C	C1
	T1	N2a	M0	C	C1
IIIB	T3-T4a	N1/N1c	M0	C	C2
	T2-T3	N2a	M0	C	C1/C2
	T1-T2	N2b	M0	C	C1
IIIC	T4a	N2a	M0	C	C2
	T3-T4a	N2b	M0	C	C2
	T4b	N1-N2	M0	C	C3
IVA	Any T	Any N	M1a	—	—
IVB	Any T	Any N	M1b	—	—
<b>Histologic Grade (G)</b>					
GX	Grade cannot be assessed				
G1	Well differentiated				
G2	Moderately differentiated				
G3	Poorly differentiated				
G4	Undifferentiated				

Na página 1375, lemos “O manual AJCC recente também reconhece fatores prognósticos somados aos níveis de soro de antígeno carcinoembrionário (CEA), que devem ser averiguados.”

No artigo do UpToDate, **Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer**, com acesso em 12/01, apresenta os seguintes trechos:

1. “neither serum CEA nor any other marker, including CA 19-9, should be used as a screening or diagnostic test for CRC.”

2. “(...) CEA levels do have value in the follow-up of patients with diagnosed CRC:

- Serum levels of CEA have prognostic utility in patients with newly diagnosed CRC. Patients with preoperative serum CEA >5 ng/mL have a worse prognosis, stage for stage, than those with lower levels, although at least some data suggest that elevated preoperative CEA that normalizes after resection is not an indicator of poor prognosis.”

Sendo assim, para estadiamento de neoplasia retal, os seguintes exames são indicados para detecção de metástases (adaptado de Sabiston página 1373): radiografia de tórax, tomografia (tórax, pelve e abdome), ressonância nuclear magnética e PET-CT. Para avaliar o estágio pré-operatório do câncer retal incluem ultrassom endorretal, TC pélvica e RM pélvica.

Tendo em vista o que foi exposto acima, solicito, respeitosamente, **anulação da questão dado que nenhuma resposta pode ser considerada integralmente correta.**