



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

SIRIO - 2026

SIRIO - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 47

Homem de 78 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica (GOLD grau III; grupo (D)), é internado com piora da dispnéia e aumento do volume e purulência do escarro nos últimos três dias. Ao exame físico, apresenta-se consciente e orientado; temperatura: 37,8 °C; frequência cardíaca: 110 bpm; pressão arterial: 128 x 68 mmHg; frequência respiratória: 28 ipm; há sibilância difusa à ausculta; não há edema. A radiografia de tórax mostra: campos pulmonares hiperinsuflados, sem consolidação; área cardíaca normal. Exames séricos: proteína C reativa: 45 mg/L (normal: < 10); neutrófilos: 12.109/mm³. Gasometria arterial: pH 7,31; PCO₂: 76 mmHg; bicarbonato: 31 mEq/L; PO₂: 142 mmHg. Nesse momento, além de monitorização vigilante, constitui a melhor conduta inicial na primeira hora:

- A. oxigenoterapia com cânula nasal de oxigênio de alto fluxo.
- B. tratamento clínico, redução da oferta de oxigênio e monitoramento.
- C. ventilação não invasiva com 1 nível (CPAP).
- D. ventilação não invasiva com 2 níveis (BiPAP).
- E. ventilação mecânica invasiva.

Recurso:

Prezada banca examinadora, a questão de número 47 traz um paciente idoso em exacerbação infecciosa de doença pulmonar obstrutiva crônica. No exame de gasometria arterial encontramos acidose respiratória hipercápnica e hiperóxia.

No paciente em questão, a presença de hiperóxia sugere o fornecimento de oxigenoterapia inadvertida, podendo contribuir para carbonarcose, redução de frequência respiratória, retenção de CO₂ e rebaixamento do nível de consciência. No entanto, o raciocínio exposto conflita com dados de exame físico, como frequência respiratória de 28 incursões por minuto, não compatível com o mecanismo de surgimento da retenção de CO₂ em casos de carbonarcose secundária a hiperóxia - em que se esperaria redução da frequência respiratória. Sendo assim, apesar de o fornecimento de Oxigênio acima do recomendado para manter saturação de O₂ entre 88-92% poder contribuir para o distúrbio ácido-base, não há dados suficientes para concluir ser esta a causa da acidose respiratória. A alternativa dada como correta, toma por adequada o tratamento clínico, redução de oxigenoterapia e monitoramento.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

Por outro lado, sabe-se que a ventilação não invasiva (VNI) é considerada intervenção de primeira linha em pacientes com exacerbação infecciosa de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) que evoluem com insuficiência respiratória aguda hipercápnica. O benefício associado é resultado da redução do trabalho respiratório, da fadiga muscular, aumento da ventilação alveolar e eliminação de CO_2 . Os critérios clássicos para indicação de VNI incluem $\text{pH} < 7,35$, $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg, dispneia com sinais de fadiga muscular (uso de musculatura acessória, movimento paradoxal abdominal) ou aumento do trabalho respiratório, após falha de tratamento clínico otimizado. O BiPAP (ventilação com dois níveis de pressão) é a modalidade ideal para este cenário. Oferece uma pressão inspiratória maior (IPAP) que auxilia na ventilação e reduz o trabalho respiratório, combinada com uma pressão expiratória menor (EPAP) que mantém as vias aéreas abertas durante a expiração.

Diante do exposto, solicitamos consideração de mudança do gabarito para alternativa D, após revisão de literatura com abordagem ao tema.

Referências bibliográficas:

MUNSHI, Laveena; MANCEBO, Jordi; BROCHARD, Laurent J. Noninvasive respiratory support for adults with acute respiratory failure. *New England Journal of Medicine*, v. 387, n. 18, p. 1688-1698, 2022.

WEDZICHA, Jadwiga A. et al. Management of COPD exacerbations: a European respiratory society/American thoracic society guideline. *European Respiratory Journal*, v. 49, n. 3, 2017.

FARMER, Mary Jo S. et al. Applying noninvasive ventilation in treatment of acute exacerbation of COPD using evidence-based interprofessional clinical practice. *Chest*, v. 165, n. 6, p. 1469-1480, 2024.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 67

Mulher de 32 anos (G2P1A0), com 8 semanas de gestação, é atendida em consulta de rotina. Ela tem doença de Graves diagnosticada antes da gravidez e está em uso de propiltiouracil (100 mg, duas vezes ao dia) e de uma vitamina pré-natal diariamente. Relata que se sente cansada, mas não tem outras preocupações. Não há orbitopatia ou dermopatia de Graves. Sua mãe tem artrite reumatoide e toma metotrexato. Ao exame físico, apresenta: pressão arterial: 120 x 60 mmHg; frequência cardíaca: 72 bpm; a glândula tireoide pesa cerca 40 g, sem modularidade; não há tremor de extremidades. Exames séricos: TSH: 4,2 mUI/L (normal: 0,5 a 5,0); T3, T4 total e T4 livre são normais. Nesse momento, constitui a melhor conduta:

- A. aumentar a dosagem de propiltiouracil.
- B. interromper o propiltiouracil.
- C. reduzir a dosagem de propiltiouracil.
- D. pedir a imunoglobulina estimulante da tireoide sérica.
- E. trocar o propiltiouracil por metimazol.

Recurso:

Prezados Membros da Banca Examinadora,

Venho, respeitosamente, recorrer da alternativa considerada como correta nesta questão, que elegeu a opção **B) Interromper o propiltiouracil** como a melhor conduta.

Fundamentação do Recurso:

Concordamos que o objetivo no manejo da doença de Graves na gestação é utilizar a menor dose possível de antitireoidianos necessária para manter a gestante eutireóideia ou levemente hipertireóideia, com os valores de T4 livre no terço superior do intervalo de referência ou ligeiramente acima dele.

A conduta de **suspensão imediata do propiltiouracil (PTU)** é, de fato, uma opção válida e recomendada em situações específicas. No entanto, a análise do caso concreto apresenta-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

do revela nuances que tornam outras condutas igualmente plausíveis e, possivelmente, mais adequadas como "melhor conduta" inicial.

Os argumentos que sustentam este recurso são:

1. **Ausência de Dados Críticos para a Decisão:** O enunciado informa que "T3, T4 total e T4 livre são normais", mas não fornece os **valores absolutos de T4 Livre**. Esta é uma informação crucial. Se o valor de T4 Livre estiver no limite inferior da normalidade ou mesmo abaixo, a suspensão do PTU é a conduta mais segura. No entanto, se o valor estiver no terço superior da normalidade, isso indicaria que a paciente está em um estado eutireóideo ideal, e a conduta mais apropriada seria a **reduzir a dose de PTU (Opção C)**, e não suspendê-la abruptamente. A suspensão imediata em um paciente com doença de Graves de longa data pode precipitar um rebote de hipertireoidismo.
2. **Dose Elevada de PTU para o Estado Clínico:** A paciente está assintomática para hipertireoidismo (sem taquicardia, tremor, ansiedade) e apresenta exames bioquímicos compatíveis com eutireoidismo (TSH normal, T4 livre normal). Ela faz uso de **200 mg de PTU ao dia (100 mg 2x/dia)**. De acordo com as diretrizes de referência, como o **Guideline da European Thyroid Association de 2018 para o Manejo do Hipertireoidismo na Gestação** a conduta recomendada para pacientes eutireóideas sob terapia com antitireoidianos é a **redução da dose para a mínima eficaz**, que muitas vezes é de 50-100 mg/dia de PTU. O próprio guideline menciona que a suspensão do ATD pode ser tentada se doses muito baixas estiverem sendo usadas (ex.: PTU < 50-100 mg/dia). A paciente está em uma dose superior a este limiar, justificando uma tentativa de redução posológica.
3. **Análise das Alternativas:**
 - **A) Aumentar a dosagem:** Inadequada, pois a paciente não está hipertireoideia.
 - **B) Interromper o PTU:** É uma conduta válida, mas pode ser prematura e arriscada, podendo levar a uma recidiva do hipertireoidismo.
 - **C) Reduzir a dosagem de PTU:** Conduta conservadora e amplamente recomendada. Permite manter o controle da doença com menor risco de iatrogenia, sendo um passo intermediário lógico antes da suspensão total.
 - **D) Pedir a imunoglobulina estimulante da tireoide:** Não é a conduta prioritária neste momento, pois o foco é ajustar a medicação baseando-se no estado tireoideano atual da mãe.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

- **E) Trocar o PTU por metimazol:** O PTU é o fármaco de escolha no 1º trimestre. Trocar por metimazol seria inadequado.

Conclusão:

A "melhor conduta" em medicina deve ser a mais segura, gradual e baseada em evidências. Dada a ausência do valor de T4 Livre e o fato de a paciente estar em uma dose de PTU (200 mg/dia) considerada acima do limiar para tentativa de suspensão imediata conforme o guideline europeu, a conduta de **reduzir a dose de PTU (Opção C)** apresenta-se como uma alternativa tecnicamente correta, mais conservadora e, portanto, tão ou mais adequada que a suspensão abrupta.

Solicito, portanto, a reavaliação desta questão, considerando que a opção C constitui uma conduta médica válida e amplamente recomendada perante o cenário clínico apresentado, podendo ser considerada a "melhor conduta" inicial, tornando a questão passível de anulação ou de alteração do gabarito para admissão de duas alternativas corretas.

Atenciosamente,

