

01 – A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, regulando para todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas de direito público ou privado. Considerando o Sistema Único de Saúde (SUS), incluído no citado dispositivo legal, assinale o que for correto.

- 01) Mesmo em caráter complementar a iniciativa privada não poderá participar do SUS.
- 02) O SUS é constituído de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público.
- 04) A direção do SUS é única, sendo exercida na União, pelo Ministério da Saúde, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, pelas respectivas Secretarias da Saúde ou órgãos equivalentes.
- 08) A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano constam do campo de atuação do SUS.
- 16) O SUS, no nível municipal, poderá ser organizado em distritos, com o propósito da integração de recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

02 – Quanto às competências da direção municipal do SUS, assinale o que for correto.

- 01) Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde.
- 02) Participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual.
- 04) Fica vedada a participação do SUS no controle e na fiscalização dos procedimentos dos serviços privados de saúde.
- 08) Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais e estaduais para controlá-las.
- 16) Participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho.

03 – As ações de saúde pública no Brasil devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana. Nesse contexto e no que se refere aos princípios, definidos em lei, que embasam essas ações, assinale o que for correto.

- 01) Universalidade de acesso.
- 02) Não hierarquização da rede de serviços.
- 04) Integralidade de assistência.
- 08) Ênfase na centralização dos serviços.
- 16) Descentralização político-administrativa.

04 – A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, alterou dispositivos da Constituição Federal relacionados em destaque para o setor de saúde, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde. Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) A Emenda Constitucional nº 29/2000 alterou dispositivos constitucionais para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações públicas da saúde.
- 02) A Emenda Constitucional nº 29/2000 alterou dispositivos constitucionais para assegurar os recursos mínimos para o financiamento dos serviços públicos da saúde.
- 04) Pela Emenda Constitucional nº 29/2000 o Estado poderá intervir no Município que não aplicar o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e no desenvolvimento do ensino e/ou nas ações e nos serviços de saúde.
- 08) Pela Emenda Constitucional nº 29/2000 as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, deverão ser estabelecidas por Lei Complementar, mediante avaliação a ser feita anualmente.
- 16) Pela Emenda Constitucional nº 29/2000 a União poderá intervir no Estado, ou no Distrito Federal, quando não ocorrer a aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e no desenvolvimento do ensino e/ou nas ações e no serviços de saúde.



05 – A Norma Operacional Básica nº 01/91 do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/91) teve por objetivo fornecer as primeiras instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, estabelecendo os aspectos de natureza operacional e os intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e das ações de saúde, como também do controle, do acompanhamento e da fiscalização da aplicação de recursos.

- 01) A NOB-SUS 01/91 estabeleceu a constituição dos Conselhos de Saúde, para funcionamento em caráter permanente e deliberativo, com representação paritária e compostos por representantes dos governos, dos prestadores de serviços e dos profissionais de saúde (50%) e usuários (50%), para atuação na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.
- 02) A NOB-SUS 01/91 estabeleceu a linha básica dos Fundos de Saúde, de natureza contábil e financeira, vinculados aos objetivos do SUS e detentores de prévia autorização pelo legislativo para aplicação de suas receitas através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em crédito adicional.
- 04) Os Fundos de Saúde referidos na NOB-SUS 01/91 constaram como de gerência pelo órgão de saúde da esfera correspondente e fiscalizados pelo Conselho de Saúde respectivo.
- 08) O Relatório de Gestão ficou estabelecido na NOB-SUS 01/91 como requisito básico para a transferência automática de recursos aos Municípios, devendo ser elaborado com a abordagem dos seguintes aspectos: finalidades especiais, plano de trabalho elaborado, plano de trabalho executado e resultados alcançados.
- 16) A NOB-SUS 01/91 estabeleceu que a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional seria efetuada e coordenada pelo Ministério da Saúde e INAMPS, em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e Municípios.



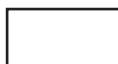
06 – A síndrome da fibromialgia pode ser definida como uma síndrome dolorosa crônica, não inflamatória, de etiologia desconhecida, que se manifesta no sistema músculo-esquelético, podendo apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas. Sua definição constitui motivo de controvérsia, basicamente pela ausência de substrato anatômico na sua fisiopatologia e por sintomas que se confundem com a depressão maior e a síndrome da fadiga crônica. Por esses motivos, alguns ainda consideram-na uma síndrome de somatização. No entanto, desde 1980, um corpo crescente de conhecimento contribuiu para a fibromialgia ser caracterizada como uma síndrome de dor crônica, real, causada por um mecanismo de sensibilização do sistema nervoso central à dor. Na tentativa de homogeneizar as populações para estudos científicos, o Colégio Americano de Reumatologia, em 1990, publicou critérios de classificação da fibromialgia. Esses critérios foram também validados para a população brasileira. Dentre os critérios, destacam-se uma sensibilidade dolorosa em sítios anatômicos preestabelecidos, denominados *tender points*. O número de *tender points* relaciona-se com avaliação global da gravidade das manifestações clínicas, fadiga, distúrbio do sono, depressão e ansiedade. É extremamente comum, secundando somente a osteoartrite como causa de dor músculo-esquelética crônica. Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) A proporção de homens para mulheres é de aproximadamente 6 a 10:1. A maior prevalência encontra-se entre 30-50 anos, podendo ocorrer também na infância e na terceira idade.
- 02) A sua prevalência é de aproximadamente 2% na população geral, é responsável por aproximadamente 15% das consultas em ambulatórios de reumatologia, e 5% a 10% nos ambulatórios de clínica geral.
- 04) O exame físico fornece poucos achados. Eles apresentam bom aspecto geral, sem evidência de doença sistêmica, com alguns sinais inflamatórios e atrofia muscular, sem alterações neurológicas com redução da amplitude de movimentos e com força muscular reduzida nos segmentos afetados.
- 08) O quadro clínico dessa síndrome costuma ser polimorfo, exigindo anamnese cuidadosa e exame físico detalhado. O sintoma presente em todos os pacientes é a dor difusa e crônica, envolvendo o esqueleto axial e periférico.
- 16) Dentre todas as enfermidades que necessitam de diagnóstico diferencial com a fibromialgia, a síndrome da dor miofascial deve estar em destaque devido a sua maior semelhança clínica com a fibromialgia. Essa é uma síndrome de dor regional. Apresenta área localizada de dor chamada de *trigger points*, que algumas vezes é acompanhada, pela palpação da musculatura, de nódulos fibróticos ou bandas musculares tensas.



07 – Devido ao aumento na expectativa de vida das populações, a osteoporose é atualmente reconhecida como importante questão em termos de saúde pública. Afeta indivíduos de maior idade, sobretudo mulheres na pós-menopausa. Uma mulher de 50 anos apresenta um risco de fratura osteoporótica durante a vida de 17,5% para o colo do fêmur, 15,6% para as vértebras, 16% para o rádio distal, e de aproximadamente 40% em qualquer outro local do esqueleto. Importante destacar que microfraturas ocultas são comuns em mulheres na pós-menopausa e indicam um aumento no risco de três a cinco vezes de fraturas osteoporóticas. A presença de uma fratura vertebral significa um risco de 20% a mais para ocorrência de nova fratura. A osteoporose é definida como uma doença caracterizada por baixa massa óssea e deteriorização da microarquitetura do tecido ósseo, causando fragilidade óssea e aumento no risco de fratura. A osteoporose se desenvolve como decorrência de uma desordem do processo de remodelação óssea. Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) O processo de remodelação ocorre nas unidades de remodelação, localizadas nas superfícies tanto do osso cortical quanto do trabecular. Os osteoblastos, derivados de precursores hemopoiéticos da linha dos monócitos macrófagos, realizam a reabsorção do osso mineralizado por acidificação e digestão proteolítica; os osteoclastos, derivados de células medulares totipotentes, são responsáveis pela formação e a subsequente mineralização da matriz óssea.
- 02) O osso cortical é denso e representa 85% do tecido ósseo total; predomina no esqueleto apendicular, com uma distribuição concêntrica em volta de canais centrais que contêm o sistema harvesiano, formado por vasos sanguíneos, linfáticos, nervos e tecido conjuntivo. O osso trabecular, apesar de representar somente 15% do esqueleto adulto, é relativamente proeminente na extremidade distal dos ossos longos, e na parte interna dos ossos chatos. Na coluna vertebral, aproximadamente 65% do tecido ósseo é do tipo trabecular.
- 04) As fraturas da coluna vertebral são as mais prevalentes e ocorrem geralmente entre os 50 e 60 anos de idade. As fraturas de colo femoral aumentam em incidência após os 60 anos, e sua gravidade é muito maior em comparação à fratura de coluna vertebral.
- 08) Os bisfosfonatos aumentam a massa óssea. O uso do alendronato em doses diárias (10 mg) ou semanais (70 mg) aumenta a densidade mineral óssea na coluna vertebral e no fêmur. Os efeitos adversos mais frequentes são os relacionados ao aparelho gastrointestinal. Deve ser administrado com água, 30 minutos antes do café da manhã.
- 16) A administração de risendronato 35 mg por dia aumenta a densidade mineral óssea na coluna vertebral e no colo do fêmur. Ocorre redução nas taxas de fraturas em pacientes com e sem fraturas prévias. O uso do risendronato causa poucos efeitos gastrointestinais. Deve ser ingerido em jejum, com água, ou duas horas antes ou após uma refeição.



08 – O tratamento da fibromialgia permanece ainda voltada às manifestações clínicas, com medidas farmacológicas e não farmacológicas. O tratamento tem como objetivos o alívio da dor, a melhora da qualidade do sono, a manutenção ou restabelecimento do equilíbrio emocional, a melhora do condicionamento físico e da fadiga e o tratamento específico de desordens associadas. Inicialmente, educar e informar o paciente e os seus familiares, proporcionando-lhes o máximo de informações sobre a síndrome e assegurando-lhes que seus sintomas são reais. A atitude do paciente é um fator determinante na evolução da doença. Por isso, procura-se fazer com que este assuma uma atitude positiva frente às propostas terapêuticas e seus sintomas. Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) A ciclobenzaprina, um agente tricíclico com estrutura similar à da amitriptilina, é uma droga que não apresenta efeitos antidepressivos, sendo utilizada como mioloraxante. Doses de 100 a 300 mg, tomadas 2 a 4 horas antes de deitar, apresentam eficácia significativa no alívio da maioria dos sintomas da fibromialgia.
- 02) A amitriptilina de 12,5–50 mg, ministrada normalmente 2 a 4 horas antes de deitar, demonstra melhora na fadiga, no quadro doloroso e no sono desses pacientes.
- 04) A maioria dos benzodiazepínicos altera a estrutura do sono e diminui a duração de ondas delta durante o sono profundo. Os benzodiazepínicos não devem ser utilizados em pacientes com fibromialgia de maneira rotineira devido ao aparecimento de dependência química.
- 08) Bloqueadores seletivos de recaptção de serotonina, especialmente a fluoxetina, não devem ser utilizados na síndrome. A fluoxetina, quando usada em conjunto com um derivado tricíclico, pode inibir a ação desses últimos no alívio da dor, do sono e bem estar global.
- 16) Os exercícios são importantes e fazem parte do tratamento dessa síndrome. Os exercícios mais adequados são os aeróbicos, sem carga, sem grandes impactos para o aparelho osteoarticular, como dança, natação e hidroginástica, auxiliando tanto no relaxamento como no fortalecimento muscular, reduzindo a dor e em menor grau melhorando a qualidade do sono.

09 – Reconhecendo que são fatores de risco para osteoporose, os abaixo relacionados:

- tabagismo;
- baixo peso corporal (< 57,8Kg);
- história de fratura após 40 anos;
- idade avançada;
- hipoestrogenismo devido a:
 - menopausa precoce (< 45a);
 - ooforectomia bilateral;
 - amenorréia prolongada na pré-menopausa;
- brancas ou asiáticas;
- distúrbios da visão;
- queda recorrente;
- demência com risco de quedas;
- má saúde geral;
- atividade física inadequada;
- saúde comprometida;
- uso de glicocorticoides (prednisona >7,5mg/ dia > 3 m) ou hipercortisolismo endógeno;
- alcoolismo;
- cafeína em excesso;
- baixa ingestão de cálcio;
- sexo feminino;
- história de fraturas de colo do fêmur, punho ou vértebra (1^o grau).

Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) Fatores de risco considerados maiores incluem história familiar de osteoporose, uso de corticosteroides e estados de deficiência estrogênica, como a menopausa antes dos 45 anos.
- 02) O risco de fratura tem sido consistentemente associado com a história de quedas, baixa função física, diminuição da força do quadril, diminuição da cognição, da visão e presença de armadilhas ambientais.
- 04) O tratamento da osteoporose é, em princípio, de longa duração. As pacientes devem ser orientadas que o uso de drogas para prevenção ou tratamento da osteoporose por três anos traz proteção suficiente para a suspensão do medicamento, pois a massa óssea foi restabelecida definitivamente.
- 08) Todas as mulheres se beneficiarão de uma dieta rica em cálcio ou da suplementação nos casos de baixa ingestão ou déficit de absorção, uma vez que esse é um nutriente essencial para a manutenção da saúde em geral e, em particular, para a manutenção do tecido ósseo.
- 16) Em pacientes com osteoporose estabelecida deve se estimular exercícios de alto impacto pelos efeitos benéficos sobre o tecido ósseo e muscular.

10 – A osteoartrite, doença articular degenerativa, artrose ou osteoartrose, como ainda é conhecida no nosso meio, é a doença reumática mais prevalente entre indivíduos com mais de 65 anos de idade. Estudos americanos apontam que mais de 50 milhões de pessoas apresentam hoje essa enfermidade. No Brasil, não existem dados precisos sobre essa prevalência. Os conhecimentos adquiridos recentemente no conhecimento da fisiopatogenia levaram a uma alteração no conceito dessa doença. Antes se acreditava tratar-se de uma doença progressiva, de evolução arrastada, sem perspectivas de tratamento, encarada por muitos como natural do processo de envelhecimento. Hoje, no entanto, é vista como uma enfermidade em que é possível modificar o seu curso evolutivo, tanto em relação ao tratamento sintomático imediato, quanto ao seu prognóstico. É uma das causas mais frequentes de dor do sistema músculo-esquelético e de incapacidade para o trabalho no Brasil e no mundo. É uma afecção dolorosa das articulações que ocorre por insuficiência da cartilagem, ocasionada por um desequilíbrio entre a formação e a destruição dos seus principais elementos, associada a uma variedade de condições como: sobrecarga mecânica, alterações bioquímicas da cartilagem e membrana sinovial e fatores genéticos. A denominação mais aceita internacionalmente da doença é osteoartrite. Nesse contexto, assinale o que for correto.

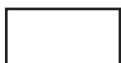
- 01) No esclarecimento sobre a doença ao paciente, salientar que a doença não é sinônimo de envelhecimento e está relacionada com a capacidade funcional, sendo que a intervenção terapêutica trará considerável melhora de qualidade de vida.
- 02) A prática de atividades esportivas deve ser estimulada, sob orientação de um profissional habilitado, que programará os exercícios de sobrecarga articular e de alto impacto nas articulações comprometidas.
- 04) Paracetamol em doses efetivas, até 4 g/dia, para se obter analgesia, em pacientes com manifestação leve ou moderada, é indicado como medicação de primeira escolha, ressaltando-se contudo não utilizá-lo em pacientes com história de hepatopatias; a dipirona, em nosso meio disponível gratuitamente na rede básica de saúde, pode ser usada com o mesmo objetivo.
- 08) O uso de capsaicina e anti-inflamatórios não hormonais tópicos, como cetoprofeno, ibuprofeno, felbinaco e piroxicam, tem um efeito significativo no tratamento sintomático da dor aguda ou para sintomatologia dolorosa crônica.
- 16) Os pacientes com osteoartrite grau II e III com comprometimento progressivo da independência das atividades de vida diária e falha do tratamento conservador devem ser referidos para o ortopedista que fará a indicação do tratamento cirúrgico.

11 – No tratamento das artroses, além das medidas gerais de fortalecimento muscular e orientação quanto à melhora dos hábitos alimentares, redução de peso quando necessário, indica-se o uso de órteses (bengala, palmilhas, talas, joelheira etc.). Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) A artrodese, indicada principalmente na dor e incapacidade funcional persistentes da osteoartrite de tornozelos e joelhos que não tenha melhorado com tratamento conservador.
- 02) O uso de anti-inflamatórios não hormonais tradicionais são os medicamentos de primeira escolha para tratamento prolongado da dor na osteoartrite, pois os inibidores seletivos da COX-2 são contraindicados em pacientes maiores de 60 anos.
- 04) A infiltração intra-articular com triancinolona hexacetonida também pode apresentar controle da dor e da inflamação em casos com quadro inflamatório evidente.
- 08) Nos casos de má resposta terapêutica aos medicamentos, cloroquina e triancinolona hexacetonida, ou ainda, quando houver contra-indicação ao uso de inibidores específicos da COX-2 ou aos anti-inflamatórios não seletivos, pode-se associar os opioides naturais ou sintéticos.
- 16) A cloroquina vem sendo utilizada em vários serviços brasileiros, mostrando bons resultados. A indicação inicial foi para osteoartrite erosiva de mão e, posteriormente, passou a ser usada em outras formas da doença, com resultados tão espetaculares, com regeneração total da cartilagem erodida.

12 – O conceito das espondiloartropatias soronegativas foi estabelecido em 1974, quando os pesquisadores ingleses Moll e Wright propuseram que se englobasse dentro de um mesmo conjunto algumas doenças até então consideradas completamente distintas entre si, mas que na verdade apresentavam diversas características comuns. Essas características englobavam aspectos clínicos (dor axial inflamatória, associada à artrite, predominante em grandes articulações de membros inferiores, e entesopatias periféricas), radiológicos (sacroiliíte) e laboratoriais (soronegatividade para o fator reumatoide, pois, até a década de 1970, alguns pesquisadores consideravam a espondilite anquilosante como o componente axial da artrite reumatoide), em indivíduos com predisposição genética (ligada ao antígeno de histocompatibilidade HLA-B27). Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) Esse conjunto de patologias incluiu a espondilite anquilosante, a artrite psoriásica, a artrite reativa, a síndrome de Reiter e as artropatias enteropáticas (associadas às doenças inflamatórias intestinais). Nos últimos 20 anos, devido ao crescente número de pacientes que apresentam um diagnóstico provável, mas que não conseguem preencher os critérios diagnósticos para uma doença definida dentro do grupo, foi criado o conceito das espondiloartropatias indiferenciadas.
- 02) A espondilite anquilosante é uma doença inflamatória crônica que acomete preferencialmente a coluna vertebral, podendo evoluir com rigidez e limitação funcional progressiva do esqueleto axial. Geralmente se inicia no adulto jovem (segunda a quarta décadas da vida), preferencialmente do sexo masculino, da cor branca e em indivíduos HLA-B27 positivos.
- 04) A doença juvenil, que se manifesta antes dos 16 anos de idade, costuma iniciar-se com artrite e entesopatias periféricas, evoluindo, somente após alguns anos, para a característica lombalgia de ritmo inflamatório. O comprometimento do quadril é mais frequente na criança do que no adulto, o que determina um pior prognóstico, pela necessidade de próteses totais de quadril em muitos pacientes.
- 08) A espondilite de início no adulto, que se inicia a partir dos 16 anos, costuma ter como sintoma inicial a lombalgia de ritmo inflamatório, com rigidez matinal prolongada e predomínio dos sintomas axiais durante sua evolução. A doença juvenil, que se manifesta antes dos 16 anos de idade, costuma iniciar-se com artrite e entesopatias periféricas, evoluindo, somente após alguns anos, para a característica lombalgia de ritmo inflamatório.
- 16) Não existe cura para a espondilite anquilosante, pois o portador dessa enfermidade evolutiva, ficará progressivamente rijo e anquilosado, independente da terapêutica medicamentosa e física orientada.



13 – Para a confirmação do diagnóstico da espondilite anquilosante, os critérios mais utilizados são os de Nova York modificados, que combinam critérios clínicos e radiográficos.

Os critérios clínicos são:

- dor lombar com mais de três meses de duração que melhora com o exercício e não é aliviada pelo repouso;
- limitação da coluna lombar nos plano frontal e sagital;
- expansibilidade torácica diminuída (corrigida para idade e sexo).

Os critérios radiográficos são:

- sacroiliíte bilateral, grau 2, 3 ou 4;
- sacroiliíte unilateral, grau 3 ou 4.

Para o diagnóstico de doença, é necessária a presença de um critério clínico e um radiográfico. Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) As entesopatias (inflamações nas inserções dos tendões e/ou ligamentos nos ossos) costumam ser manifestações iniciais na doença de início juvenil e acometem preferencialmente a inserção de tendão de Aquiles e a fásia plantar. Quanto às manifestações extra-articulares, a mais frequente é a uveíte anterior, aguda, unilateral, recorrente, podendo ser observada em até 40% dos pacientes num seguimento prolongado, estando geralmente associada ao HLA-B27 positivo e raramente cursa com sequelas.
- 02) Nos pacientes não responsivos ao uso crônico de AINH devem ser utilizadas drogas de base de ação prolongada. A sulfasalazina, na dose de 30 a 50 mg/kg/dia, apresenta resposta mais significativa na artrite periférica e na prevenção de surtos recorrentes de uveíte. O metotrexato, na dose semanal de 7,5 a 25, também apresenta melhor resposta nos pacientes com doença de comprometimento periférico.
- 04) Os anti-inflamatórios não hormonais (AINH) devem ser utilizados desde o início do tratamento; não existem trabalhos evidenciando que um determinado AINH se mostre superior aos outros na comparação direta, embora na prática clínica exista o consenso de que a indometacina parece apresentar melhores resultados terapêuticos.
- 08) Inicialmente, o paciente espondilítico costuma queixar-se de dor lombar alta, na transição cervico-dorsal, de ritmo inflamatório, caracterizada por melhorar com o movimento e piorar com o repouso, apresentando rigidez matinal prolongada. A evolução costuma ser descendente, acometendo progressivamente a coluna contribuindo para o desenvolvimento da "postura do esquiador".
- 16) A fisioterapia, notadamente os programas de exercícios supervisionados, deve ser realizada de maneira sistemática em todos os estágios da doença, já que os seus benefícios na prevenção de limitações funcionais e na restauração de uma adequada mobilidade articular somente são observados no período em que o paciente os realiza.



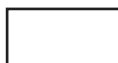
14 – A artrite psoriásica é uma artrite inflamatória, soronegativa para o fator reumatoide, associada à psoríase cutânea. A psoríase cutânea é doença bastante frequente, podendo acometer até 1% a 2% da população; em média, 5% a 10% dos pacientes com psoríase cutânea evoluirão com artrite psoriásica, cuja porcentagem pode chegar a 40% em alguns estudos. Costuma iniciar-se entre a terceira e a quinta décadas de vida; a artrite psoriásica juvenil é rara e em mais da metade dos casos pode manifestar-se inicialmente apenas por artrite (geralmente oligoartrite assimétrica), evoluindo posteriormente para acometimento cutâneo. Não costuma ter predomínio de sexo, exceto em subtipos específicos, com predomínio do sexo feminino na forma poliarticular simétrica e do sexo masculino na forma espondilítica. É mais prevalente em populações brancas. O acometimento da pele costuma preceder a artrite em 75% dos casos, havendo início simultâneo em 10% dos pacientes; nos outros 15%, a artrite pode preceder a lesão de pele. Não é comum haver correlação entre o tipo ou a gravidade da lesão cutânea e a presença, tipo ou extensão do quadro articular. Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) Acredita-se que, num indivíduo geneticamente predisposto, a presença de um fator ambiental possa funcionar como "gatilho" para desencadear as alterações imunológicas que darão origem à doença. Dentre os fatores ambientais, pode-se citar infecção (retrovírus ou bactérias gram-positivas, como o estreptococo, e mais recentemente o HIV) e trauma articular (principalmente em crianças); o estresse emocional representa importante papel no desencadeamento tanto da psoríase cutânea quanto da articular.
- 02) Classicamente, a artrite psoriásica apresenta cinco formas clínicas: oligoartrite assimétrica (70%), poliartite simétrica (15%), distal (5%), artrite mutilante (<5%) e espondilite (5%).
- 04) Dentre as doenças reumáticas autoimunes, a artrite psoriásica é uma daquelas onde o estresse emocional representa um importante fator desencadeante da crise tanto articular quanto cutânea; sendo assim, o suporte psicológico é importante e indispensável na condução dos pacientes psoriásicos, principalmente para assegurar-lhes que a doença é controlável na maioria dos casos.
- 08) Não existe nenhum AINH específico comprovadamente melhor que os demais; no entanto, é importante salientar que o ácido acetilsalicílico, a indometacina e os oxicams podem exacerbar as lesões da pele.
- 16) Nos casos não responsivos aos AINH, a droga de primeira escolha é o metotrexato, em doses habituais (por via oral ou intramuscular), até se obter controle da doença. A hepatotoxicidade do metotrexato na artrite psoriásica parece ser maior que a observada em pacientes com artrite reumatoide.



15 – O lúpus eritematoso sistêmico é uma doença inflamatória crônica, multissistêmica, de causa desconhecida e de natureza autoimune, caracterizada pela presença de diversos autoanticorpos. Evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões. De etiologia não esclarecida, o desenvolvimento da doença está ligado à predisposição genética e aos fatores ambientais, como luz ultravioleta e alguns medicamentos. É uma doença rara, incidindo mais frequentemente em mulheres jovens, ou seja, na fase reprodutiva, numa proporção de nove a dez mulheres para um homem, e com prevalência variando de 14 a 50/100.000 habitantes, em estudos norte americanos. A doença pode ocorrer em todas as raças e em todas as partes do mundo. Na prática, costuma-se estabelecer o diagnóstico utilizando-se os critérios de classificação propostos, em 1982, pelo *American College of Rheumatology*, e revisados em 1997. O diagnóstico se baseia na presença de pelo menos quatro critérios, dos onze citados a seguir: eritema malar, lesão discoide, fotossensibilidade, úlceras orais/nasais, artrite, serosite, comprometimento renal, alterações neurológicas, alterações hematológicas, alterações imunológicas, anticorpos antinucleares. Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) O tratamento medicamentoso deve ser individualizado para cada paciente e dependerá dos órgãos ou sistemas acometidos e da gravidade desses acometimentos. O tratamento de pacientes com comprometimento de múltiplos sistemas deverá ser orientado para o comprometimento mais grave.
- 02) Entre os exames laboratoriais, a presença de FAN positivo, mesmo em títulos baixos e qualquer padrão, é diagnóstico de certeza de lúpus eritematoso sistêmico.
- 04) Os glicocorticoides são as drogas mais utilizadas no tratamento. A dose de glicocorticoides varia de acordo com a gravidade de cada caso. Didaticamente as doses de glicocorticoides, tendo a prednisona como padrão, podem ser divididas em: dose baixa: 0,125 mg/kg/dia, dose moderada: 0,125 a 0,5 mg/kg/dia, dose alta: 0,6 a 1 mg/kg/dia e dose muito alta: 1 a 2 mg/kg/dia.
- 08) O uso de bloqueadores solares de amplo espectro pode trazer benefício adicional pela capacidade de proteção contra UV-A, em algumas lesões cutâneas como as lesões subagudas, bem como no melhor prognóstico relacionado às lesões renal e trombocitopênica.
- 16) Pulsoterapia com glicocorticoides: injeção intravenosa de 1 g de metilprednisolona (15-20 mg/kg/dia) por três dias consecutivos é um procedimento tão seguro e com excelentes resultados que pode ser realizado em regime ambulatorial, pois a dose alta, aplicada endovenosa, elimina os efeitos colaterais das manutenções por longo prazo.



16 – Entre os cuidados gerais, a orientação ao paciente portador de lúpus eritematoso sistêmico, de evitar a exposição à luz solar e outras fontes de luz ultravioleta (UVA), deve ser enfatizada a cada consulta, principalmente nos meses de verão quando há frequência à piscina e à praia. É sabido que a exposição à luz ultravioleta pode reagudizar as lesões de pele e de órgãos internos também. Portanto a orientação de uso de protetor solar (filtros) é importante mesmo quando o paciente sair à rua durante o dia. Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) A fertilidade no lúpus é normal e a gravidez, embora não contra-indicada, deve ser planejada. Considerar atividade e gravidade da doença e toxicidade das drogas. A gravidez é contra-indicada em casos de nefropatia lúpica em atividade.
- 02) Na gravidez, podem ocorrer eritemas palmar e facial, artralguas e elevação da VHS, dificultando a caracterização da atividade da doença. A presença do anti-DNAs e/ou elevação dos seus títulos e consumo do complemento podem auxiliar na diferenciação entre atividade de doença e pré-eclâmpsia.
- 04) Existe uma maior incidência de retardo de crescimento intra-uterino, prematuridade, hipertensão induzida pela gravidez e diabetes. Deve-se estar atento à possibilidade de insuficiência suprarrenal na mãe e no feto no pós-parto imediato.
- 08) A anticoncepção pode ser feita com progesterona e métodos de barreira ou com associação de ambos. A utilização de estrógenos em baixas doses na anticoncepção e na reposição permanece controversa, na síndrome antifosfolípide, seu uso é contraindicado.
- 16) As plaquetopenias leves, contagem maior que 50.000, geralmente não requerem tratamento específico. Prednisona em dose alta é o tratamento de escolha para plaquetopenia sintomática. Pulsoterapia com metilprednisolona pode ser utilizada para plaquetopenia grave, quando se requer resposta mais rápida, embora sua superioridade em relação ao uso de glicocorticoides oral não tenha sido confirmada.

17 – Assinale o que for correto, no que se refere ao comprometimento sistêmico no lúpus eritematoso sistêmico, e cuidados gerais.

- 01) No sistema hematológico, podem estar comprometidas a série vermelha com anemias hemolíticas autoimunes, os glóbulos brancos com leucopenia e as plaquetas, com plaquetopenia, sendo que para todas essas manifestações, a corticoterapia deve ser a alternativa terapêutica inicial.
- 02) A pleurite geralmente é responsiva a corticosteroides em doses moderadas. O comprometimento parenquimatoso, embora mais raro, é muito grave, principalmente a pneumonite aguda e a hemorragia pulmonar; nesses casos está indicada a imunossupressão vigorosa com corticosteroides.
- 04) O envolvimento das túnica cardíacas geralmente apresenta boa resposta à corticoterapia, em doses moderadas, com exceção das miocardiopatias, que em alguns casos podem ter resposta inadequada. Nos raros casos de tamponamento cardíaco, é indicado o aumento da dose de corticoesteróide a 2 mg/kg por 30 dias.
- 08) Para o tratamento das convulsões não é indicada a prescrição dos anticonvulsivantes e a psicose é, de modo geral, fruto do dano imunológico da doença, embora possa, mais raramente, ser secundária à corticoterapia.
- 16) As vacinas contra o pneumococo e influenza são seguras e têm uma eficácia quase semelhante à da população normal, mas não devem ser administradas nos períodos de atividade da doença. As vacinas com vírus vivos não devem ser prescritas a pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. Não estão determinadas a segurança e a eficácia da vacina contra hepatite B nesses pacientes.

18 – No que se refere ao comprometimento renal no lúpus eritematoso sistêmico, assinale o que for correto.

- 01) Os parâmetros utilizados para avaliar o envolvimento renal e o monitoramento da terapêutica são: Clínico – edema, oligúria e hipertensão arterial, em número significativo de casos e pode estar assintomática; Laboratorial – exame do sedimento urinário, proteinúria de 24 horas, creatinina e albumina séricas, depuração de creatinina, C3 e anti-DNAs; Biópsia Renal – é desejável sua realização em pacientes com envolvimento renal, caracterizado por sedimento urinário anormal (hematúria e cilindrúria) e/ou proteinúria maior que 1 g/24h e/ou alteração da função renal, excluindo-se sua indicação na nefropatia crônica terminal.
- 02) Na tentativa de diminuir os efeitos colaterais decorrentes do uso prolongado de ciclofosfamida, um estudo mostrou melhores resultados com uso de azatioprina ou de micofenolato mofetil como drogas de manutenção, após a indução da remissão da nefrite lúpica proliferativa com o esquema clássico de ciclofosfamida intravenosa por seis meses.
- 04) Na situação de evolução para a perda cronicamente evolutiva da função renal, com depuração de creatinina menor que 30 ml/min, não estará indicada a terapia imunossupressora, com glicocorticoides ou citostáticos, exceto para o tratamento de manifestações extrarrenais.
- 08) Controle rigoroso da hipertensão arterial, estando também indicados os agentes inibidores das ciclooxigenases 1 e 2, tendo em vista seus efeitos antiproteinúricos e renoprotetores, exceto quando ocorrer disfunção renal aguda.
- 16) Para os pacientes com glomerulonefrite proliferativa, classes III e IV da OMS, o glicocorticoide é a droga de escolha para a doença ativa, na dose de 1 a 1,5 mg/kg/dia de dexametazona, por um período de seis a oito semanas, seguindo-se sua redução progressiva até 0,25 mg/kg/dia.

19 – Na artrite reumatoide, a terapêutica do paciente vai variar de acordo com o estágio da doença, sua atividade e gravidade, devendo ser mais agressivo no tratamento quanto mais agressiva for a doença. Isso quer dizer que deve-se ter uma diretriz de tratamento, mas individualizar as condutas conforme as condições gerais do paciente e a forma de apresentação da doença. Nesse contexto, assinale o que for correto.

- 01) Para o controle da dor e do processo inflamatório articular, uso de anti-inflamatórios não hormonais e também doses baixas de glicocorticoides, até no máximo 15 mg de prednisona ao dia.
- 02) Pacientes em uso prolongado de glicocorticoides devem receber suplementação de cálcio (1.500 mg/cálcio elementar/dia) e vitamina D (5000 UI/dia-tratamento de osteomalácia) ou sua forma ativada alfacalcidol ou calcitriol. O uso de agentes antirreabsortivos é indicado.
- 04) Entre as drogas modificadoras do curso da doença, a sulfasalazina cloroquina/hidroxicloroquina, e metotrexate, estão entrando em desuso, por serem drogas antigas e superadas, sendo citadas como ilustração.
- 08) Drogas modificadoras do curso da doença (leflunomida, metotrexate, sulfasalazina, hidroxicloroquina, azatioprina, ciclosporina) devem ser indicadas logo no início do tratamento, três a seis primeiros meses, para todo paciente com diagnóstico estabelecido de artrite reumatoide.
- 16) O tratamento com anti-inflamatórios deve ser mantido enquanto se observar sinais inflamatórios ou o paciente apresentar dores articulares. O uso de drogas modificadoras do curso da doença deve ser mantido indefinidamente, sob controle.

20 – A artrite reumatoide é uma doença autoimune de etiologia desconhecida, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva à deformidade e à destruição das articulações por erosão do osso e da cartilagem. Afeta mulheres duas vezes mais do que os homens e sua incidência aumenta com a idade. Em geral, acomete grandes e pequenas articulações em associação com manifestações sistêmicas como rigidez matinal, fadiga e perda de peso. Quando envolve outros órgãos, a morbidade e a gravidade da doença são maiores, podendo diminuir a expectativa de vida em cinco a dez anos. Com a progressão da doença, os pacientes desenvolvem incapacidade para realização de suas atividades tanto de vida diária como profissional, com impacto econômico significativo para o paciente e para a sociedade. Nesse contexto, assinale o que for correto.

01) A orientação para diagnóstico é baseada nos critérios de classificação do Colégio Americano de Reumatologia:

- 1 - rigidez matinal: rigidez articular durando pelo menos 1 hora;
- 2 - artrite de três ou mais áreas: pelo menos três áreas articulares com edema de partes moles ou derrame articular, observado pelo médico;
- 3 - artrite de articulações das mãos (punho, metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais);
- 4 - artrite simétrica;
- 5 - nódulos reumatoides;
- 6 - fator reumatoide sérico;
- 7 - alterações radiográficas: erosões ou descalcificações localizadas em radiografias de mãos e punhos.

Os critérios de 1 a 4 devem estar presentes por pelo menos seis semanas.

- 02) O papel do repouso e exercício deve ser enfatizado, reconhecendo-se que a degeneração articular é maior quando o repouso é prolongado. A estratégia terapêutica deverá contemplar períodos alternados de atividades e repouso, este sempre em posição funcional.
- 04) O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento não são tão importantes para o controle da atividade da doença e para prevenir incapacidade funcional e lesão articular irreversíveis, pois a doença é crônica e incurável.
- 08) Fisioterapia e terapia ocupacional contribuem para que o paciente possa continuar a exercer as atividades da vida diária. A proteção articular deve garantir o fortalecimento da musculatura periarticular e adequado programa de flexibilidade, evitando o excesso de movimento e privilegiando as cargas moderadas.
- 16) Provas laboratoriais – fator reumatoide: realizado somente na avaliação inicial para se estabelecer o diagnóstico; se inicialmente negativo, pode ser repetido 6 a 12 meses após o início de doença; líquido sinovial: se necessário para excluir outras doenças; pode ser repetido durante o acompanhamento do paciente com reagudizações do quadro, para se afastar artrite séptica.

