



SUS

GABARITO | 2025 | BA | 45 Questões



Gabarito: SUS

2025 | BA

- | | |
|--------|--------|
| 1 - C | 40 - C |
| 2 - B | 41 - B |
| 3 - D | 42 - D |
| 4 - A | 43 - C |
| 5 - B | 44 - B |
| 6 - D | 45 - A |
| 7 - C | |
| 8 - D | |
| 9 - A | |
| 10 - B | |
| 11 - A | |
| 12 - B | |
| 13 - D | |
| 14 - C | |
| 15 - B | |
| 16 - A | |
| 17 - B | |
| 18 - D | |
| 19 - B | |
| 20 - C | |
| 21 - D | |
| 22 - A | |
| 23 - A | |
| 24 - D | |
| 25 - D | |
| 26 - A | |
| 27 - C | |
| 28 - C | |
| 29 - D | |
| 30 - B | |
| 31 - D | |
| 32 - B | |
| 33 - A | |
| 34 - B | |
| 35 - C | |
| 36 - A | |
| 37 - B | |
| 38 - A | |
| 39 - A | |

Comentários e Explicações

Questão 1

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta melhora parcial de um transtorno depressivo maior, mas mantém sintomas como fadiga e insônia, além de apresentar um novo sintoma: ganho de peso sem alteração na dieta. O objetivo é identificar qual antidepressivo justifica o ganho de peso como efeito colateral, mas que não seria a causa da insônia.

Alternativa a: Incorreta. A fluoxetina é um Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS) com perfil estimulante. Embora possa causar insônia como efeito colateral, ela é tipicamente associada à perda de peso ou neutralidade ponderal no início do tratamento, não explicando o ganho de peso relatado pelo paciente.

Alternativa b: Incorreta. A bupropiona é um Inibidor da Recaptação de Noradrenalina e Dopamina (IRND). É um dos antidepressivos que mais comumente causa insônia e agitação devido ao seu efeito ativador. No entanto, ela promove a perda de peso, sendo inclusive utilizada em protocolos de tratamento para obesidade, o que a exclui como causa do ganho ponderal.

Alternativa c: Correta. A mirtazapina é um antidepressivo com ação antagonista nos receptores alfa-2 adrenérgicos e nos receptores serotoninérgicos 5-HT₂ e 5-HT₃. Ela possui uma forte afinidade pelos receptores H₁ da histamina. O bloqueio histaminérgico é o responsável direto por dois efeitos marcantes: sedação intensa e aumento considerável do apetite com consequente ganho de peso. Portanto, o ganho de peso é um efeito colateral clássico da mirtazapina. Já a insônia não é causada pelo fármaco; pelo contrário, a mirtazapina é frequentemente prescrita à noite justamente para tratar a insônia. No caso clínico, a insônia persistente seria considerada um sintoma residual da depressão que ainda não foi totalmente controlado, e não um efeito adverso da medicação.

Alternativa d: Incorreta. A venlafaxina é um Inibidor da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN). O aumento da noradrenalina pode causar insônia e agitação. Contudo, a venlafaxina não costuma causar ganho de peso, sendo geralmente associada à neutralidade ponderal ou leve perda de peso em alguns pacientes.

Questão 2

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta um quadro de Transtorno Depressivo Maior com resposta parcial ao tratamento inicial. Os principais desafios no momento são a persistência de sintomas residuais (fadiga e insônia) e o surgimento de um efeito colateral comum a diversos antidepressivos: o ganho de peso. Em pacientes com sobrepeso e hipertensão, o manejo desses efeitos é fundamental para a adesão e para a saúde metabólica.

Alternativa a: Incorreta. O zolpidem é um indutor do sono indicado para tratamentos de curto prazo. Ele não atua na fisiopatologia da depressão nem melhora a fadiga. Além disso, o uso de hipnóticos deve ser cauteloso devido ao risco de tolerância e dependência, não sendo a primeira escolha para sintomas residuais de um quadro depressivo que ainda requer ajuste global.

Alternativa b: Correta. Esta alternativa foca em intervenções não farmacológicas que possuem alto nível de evidência. A higiene do sono é o passo inicial essencial para o manejo da insônia persistente. O exercício físico regular é uma ferramenta terapêutica poderosa na depressão, agindo diretamente na melhora da fadiga, do humor e do condicionamento cardiovascular. Além disso, a perda de peso e a atividade física são fundamentais para contrapor o ganho ponderal causado pelo medicamento, tratando o paciente de forma integral em vez de apenas adicionar mais fármacos (polifarmácia).

Alternativa c: Incorreta. Antipsicóticos de segunda geração (como a quetiapina) são frequentemente utilizados como potencializadores em depressões de difícil controle e podem auxiliar no sono. No entanto, eles são conhecidos por causar ganho de peso expressivo, aumento da circunferência abdominal e alterações lipídicas. Como o paciente já relatou ganho de peso e já possui sobrepeso e hipertensão, essa conduta seria contraproducente e aumentaria o risco metabólico.

Alternativa d: Incorreta. A melatonina tem indicação específica para distúrbios do ritmo circadiano e evidência modesta para insônia em quadros depressivos graves. Aumentar a dose do antidepressivo atual poderia ser uma opção para buscar a remissão completa dos sintomas, mas não resolve a questão da insônia e pode agravar o ganho de peso, caso o medicamento em uso tenha esse perfil dose-dependente.

Conclusão:

A abordagem de sintomas residuais na atenção primária deve priorizar a modificação do estilo de vida. O exercício físico e a higiene do sono tratam a fadiga e a insônia sem adicionar novos efeitos colaterais, auxiliando também no controle do peso e da

pressão arterial do paciente.

Questão 3

Alternativa correta: d

A alternativa D está correta, porque o paciente apresenta um perfil epidemiológico e clínico clássico para a Síndrome da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono (SAHOS): sexo masculino, meia-idade, sobrepeso e hipertensão arterial. A SAHOS é uma das comorbidades orgânicas mais frequentemente associadas à resistência ao tratamento do transtorno depressivo maior. Sintomas como fadiga persistente, sonolência diurna (que o paciente pode interpretar como cansaço ou insônia devido aos microdespertares), dificuldade de concentração e irritabilidade são manifestações comuns da apneia que se sobrepõem aos sintomas depressivos. Em pacientes com esse fenótipo, a fragmentação do sono impede a remissão completa do quadro psiquiátrico, sendo necessária a investigação por polissonografia.

A alternativa A está incorreta, porque, embora o hipotireoidismo seja uma causa importante de fadiga, ganho de peso e humor depressivo, ele costuma cursar com sonolência excessiva (hipersonia) e lentidão psicomotora, em vez da queixa de insônia e ansiedade relatada. Além disso, a forte associação com hipertensão e sobrepeso em um homem de 48 anos torna a SAHOS uma hipótese diagnóstica superior neste contexto de refratariedade.

A alternativa B está incorreta, pois a doença arterial coronariana se manifestaria tipicamente com angina ou dispneia de esforço. Embora a fadiga possa ser um equivalente anginoso, ela não justifica a persistência dos distúrbios do sono e da sintomatologia cognitiva de forma tão direta quanto um distúrbio respiratório do sono.

A alternativa C está incorreta, porque o diabetes mellitus tipo 2, apesar de ser uma comorbidade metabólica comum em pacientes com sobrepeso, não é a causa primária para a manutenção de insônia e fadiga persistente em um paciente com tratamento antidepressivo em curso. O diabetes costuma ser uma consequência do estilo de vida ou uma comorbidade paralela, mas não o principal fator de refratariedade da depressão nessas condições.

Portanto, diante de um paciente hipertenso, com sobrepeso, apresentando fadiga e sintomas depressivos que não melhoram totalmente com medicação, a Síndrome da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono deve ser a principal suspeita clínica.

Questão 4

Essa questão aborda o manejo inicial da Hemorragia Digestiva Alta (HDA) varicosa em um paciente cirrótico. O quadro clínico de hematêmese, melena, ascite e alterações laboratoriais (anemia, plaquetopenia e RNI alargado) em um paciente com hepatite C é altamente sugestivo de ruptura de varizes esofágicas.

Análise das alternativas:

a) Iniciar terlipressina e ceftriaxona intravenosas.

Esta é a alternativa correta. Diante da suspeita de hemorragia varicosa, o tratamento farmacológico deve ser iniciado o mais precocemente possível, preferencialmente ainda na admissão. A terlipressina é um análogo da vasopressina que promove vasoconstrição esplâncnica, reduzindo a pressão na veia porta e auxiliando no controle do sangramento. O uso de antibióticos (como a ceftriaxona) é obrigatório em cirróticos com hemorragia digestiva, pois reduz a incidência de infecções (como a Peritonite Bacteriana Espontânea), o risco de ressangramento e a mortalidade.

b) Infusão de albumina e noradrenalina.

Incorreto. Embora o paciente apresente sinais de choque (hipotensão e taquicardia), a prioridade na hemorragia aguda é a estabilização hemodinâmica com cristaloides e, neste caso específico (Hb 5,8 g/dL), a transfusão de concentrado de hemácias. A noradrenalina não é a primeira escolha no choque hemorrágico antes da reposição volêmica. A albumina é indicada em situações específicas na cirrose (como após paracentese de grande volume ou na síndrome hepatorenal), mas não como expansor de primeira linha na hemorragia aguda.

c) Passagem do balão de Sengstaken-Blakemore.

Incorreto. O balão de Sengstaken-Blakemore é uma medida de exceção, utilizada apenas como "ponte" para terapias definitivas quando o sangramento é maciço e refratário ao tratamento farmacológico e endoscópico. Não deve ser a conduta inicial imediata.

d) Endoscopia digestiva alta com ligadura elástica.

Incorreto. A endoscopia é fundamental tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento (ligadura elástica das varizes), devendo ser realizada preferencialmente nas primeiras 12 horas. No entanto, ela deve ser precedida pela estabilização hemodinâmica do paciente e pelo início das medidas farmacológicas (vasoativos e antibióticos). O enunciado pede a conduta imediata, e os medicamentos devem ser administrados antes mesmo do deslocamento para a sala de endoscopia.

Questão 5

O quadro clínico descreve um paciente com cirrose descompensada (Child-Pugh C ou MELD elevado, dada a icterícia, ascite e confusão mental) apresentando uma hemorragia digestiva alta varicosa grave, evidenciada pelo choque hipovolêmico (hipotensão e taquicardia) e anemia severa. O manejo inicial padrão inclui estabilização hemodinâmica, antibioticoterapia profilática, drogas vasoativas (como terlipressina ou octreotide) e endoscopia digestiva alta precoce. A questão foca na conduta diante da refratariedade desse tratamento inicial.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. Os betabloqueadores (como o propranolol) são fundamentais na profilaxia primária e secundária das varizes esofágicas, mas são absolutamente contraindicados na fase aguda do sangramento. Como o paciente está instável hemodinamicamente (hipotenso e taquicárdico), o uso de betabloqueadores impediria a resposta compensatória do coração ao choque, podendo levar ao óbito. Além disso, não existe formulação em bomba de infusão contínua para esse propósito no manejo da hemorragia varicosa.

b) Correta. O TIPS (Shunt Portossistêmico Intra-hepático Transjugular) é o tratamento de escolha para o sangramento varicoso refratário ao tratamento endoscópico e farmacológico inicial. Ele atua reduzindo a pressão portal ao criar uma comunicação entre a veia porta e a veia hepática. Também pode ser indicado de forma precoce (TIPS precoce ou "early-TIPS") em pacientes com alto risco de falha terapêutica (Child-Pugh C ou Child-Pugh B com sangramento ativo).

c) Incorreta. A escleroterapia é uma opção técnica, mas a ligadura elástica é superior e preferível para varizes esofágicas por apresentar menores taxas de complicações e maior eficácia. O uso de adrenalina é uma técnica aplicada especificamente para o manejo de úlceras pépticas (sangramento não varicoso) para promover vasoconstrição local, não sendo o tratamento padrão para varizes de esôfago.

d) Incorreta. O balão de Sengstaken-Blakemore é uma medida de salvamento temporária (ponte) para pacientes com sangramento maciço que não para com endoscopia, servindo para estabilizar o paciente até que o TIPS ou uma nova endoscopia possa ser realizada. No entanto, ele não deve ser "trocado a cada 24 horas". Pelo contrário, o balão deve permanecer insuflado por, no máximo, 12 a 24 horas, devido ao alto risco de necrose isquêmica do esôfago e perfuração. Se o sangramento for refratário, a solução definitiva após o balão é o TIPS.

Questão 6

Este paciente apresenta um quadro clínico de hemorragia digestiva alta varicosa, decorrente de hipertensão portal por cirrose (etiologia: hepatite C). O quadro é grave, manifestando-se com instabilidade hemodinâmica (choque hipovolêmico), anemia severa e sinais de insuficiência hepática aguda sobre crônica.

Para determinar o prognóstico de pacientes cirróticos em episódios de sangramento, a medicina baseia-se na reserva funcional do fígado, geralmente calculada pelos escores de Child-Pugh e MELD. O fator que melhor reflete a capacidade de sobrevivência do paciente não é apenas o volume de sangue perdido, mas sim o quanto o fígado ainda consegue exercer suas funções de síntese.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A pressão arterial de 90x60 mmHg indica que o paciente está em choque hipovolêmico. Embora seja um sinal de gravidade imediata que exige intervenção rápida com expansão volêmica e drogas vasoativas, a hipotensão é uma alteração fisiológica aguda. Em pacientes cirróticos, o sucesso do tratamento e a sobrevida após o controle do sangramento dependem muito mais da função hepática residual do que do estado hemodinâmico inicial.

Alternativa b) Incorreta. O histórico de etilismo é um dado epidemiológico e etiológico. Ele ajuda a entender a causa da cirrose, mas não serve como marcador prognóstico para o desfecho de um episódio agudo de hematêmese.

Alternativa c) Incorreta. A ascite é um sinal de descompensação da cirrose e de hipertensão portal, sendo um dos critérios do escore de Child-Pugh. No entanto, o enunciado descreve uma ascite moderada. Além disso, a ascite isoladamente tem menor peso prognóstico em comparação com marcadores diretos de síntese hepática em um cenário de sangramento ativo.

Alternativa d) Correta. O tempo de protrombina (avaliado pelo RNI) é um dos melhores marcadores da função de síntese hepática. Um RNI de 2,5 indica uma coagulopatia grave e uma falência importante da produção de fatores de coagulação pelo fígado. Tanto no escore de Child-Pugh quanto no MELD, o RNI elevado é um dos principais preditores de mortalidade. Em pacientes com hemorragia por varizes, a gravidade da disfunção hepática é o fator mais determinante para o risco de ressangramento e óbito em 6 semanas. Um RNI tão elevado coloca o paciente em uma classificação de alto risco (Child-Pugh C), o que confere o pior prognóstico entre as opções apresentadas.

Questão 7

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

A paciente em questão apresenta 65 anos de idade e sinais clínicos sugestivos de osteoporose e possíveis fraturas vertebrais assintomáticas, evidenciadas pela cifose dorsal e pela perda de estatura significativa (4 cm em relação à altura prévia). De acordo com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Reumatologia e organizações internacionais como o USPSTF, a densitometria óssea é indicada para todas as mulheres com 65 anos ou mais, independentemente de fatores de risco adicionais.

POR QUE A ALTERNATIVA C ESTÁ CORRETA:

A densitometria óssea (DXA) de fêmur e coluna lombar é o exame padrão-ouro para o diagnóstico de osteoporose e para a avaliação do risco de fraturas futuras. Já a dosagem de Vitamina D (25-hidroxivitamina D) é parte fundamental da propeidêutica inicial para avaliar a saúde óssea, uma vez que a hipovitaminose D é muito frequente em idosos e sua correção é indispensável antes de iniciar qualquer tratamento farmacológico para osteoporose.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS:

Alternativa A: A radiografia de coluna é útil para identificar fraturas já existentes, mas não é o exame de escolha para o rastreio e diagnóstico de densidade mineral óssea, pois só detecta perdas superiores a 30%. O NTX (telopeptídeo aminoterminal) é um marcador bioquímico de reabsorção óssea utilizado para monitorar a resposta ao tratamento, não sendo indicado para o diagnóstico inicial na rotina da UBS.

Alternativa B: A cintilografia óssea é um exame funcional de alta sensibilidade para detectar aumento do metabolismo ósseo, sendo indicada para pesquisa de metástases, doença de Paget ou fraturas de estresse, mas não tem papel no diagnóstico de osteoporose. O CTX, assim como o NTX, é um marcador de remodelamento ósseo e não um exame diagnóstico de triagem.

Alternativa D: Embora a tomografia computadorizada quantitativa possa medir a densidade óssea, ela não é o exame de escolha inicial devido ao seu alto custo e à maior exposição do paciente à radiação ionizante quando comparada à densitometria óssea (DXA), que permanece como a referência clínica.

Questão 8

Análise do caso clínico:

O quadro clínico apresenta uma paciente de 65 anos com perda de estatura significativa (4 cm) e hipercifose dorsal. Em mulheres na pós-menopausa, esses achados são sinais clássicos de osteoporose. A perda de altura e a alteração da curvatura da coluna (cifose) ocorrem devido ao colapso dos corpos vertebrais, resultante da fragilidade óssea.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. A presença de osteófitos (conhecidos popularmente como bicos de papagaio) e o estreitamento do canal vertebral são achados típicos da osteoartrose de coluna (espondilose). Embora comuns em idosos e causadores de dor lombar, eles não explicam a perda de estatura de 4 cm e a cifose progressiva de forma tão característica quanto as fraturas osteoporóticas.

b) Incorreta. Embora a cifose torácica esteja realmente aumentada no quadro descrito, a presença de cistos ósseos não é um achado radiográfico da osteoporose primária. Cistos ósseos podem aparecer em outras patologias, como no hiperparatireoidismo (tumores marrons) ou em processos degenerativos geódicos da artrose, mas não são o padrão esperado aqui.

c) Incorreta. A calcificação da aorta abdominal é um achado frequente em idosos devido à aterosclerose, mas é independente da patologia óssea vertebral. Além disso, em processos degenerativos ou por fragilidade óssea, o espaço intervertebral geralmente diminui ou permanece inalterado, e não aumenta.

d) Correta. Este é o diagnóstico mais provável. A redução da densidade óssea (que pode ser percebida na radiografia como um aspecto mais radiolúcido do osso) e as fraturas por compressão vertebral (frequentemente em formato de cunha) são as causas diretas da redução da estatura e da cifose dorsal em pacientes com osteoporose. Muitas dessas fraturas são assintomáticas ou causam apenas dor leve/ocasional, exatamente como descrito no caso.

Questão 9

Análise do caso:

A paciente apresenta sinais clássicos sugestivos de osteoporose: idade avançada (pós-menopausa), perda de estatura superior a 2 cm em relação à altura prévia e cifose dorsal (consequência comum de microfraturas vertebrais assintomáticas). O objetivo das medidas não farmacológicas é otimizar a densidade mineral óssea e reduzir o risco de quedas e fraturas.

Alternativa (a) Correta:

Esta alternativa contempla o tripé fundamental do manejo não farmacológico da saúde óssea. O cálcio é o principal mineral da matriz óssea. Os exercícios de impacto e resistência são fundamentais porque o tecido ósseo sofre remodelação positiva quando submetido a estresse mecânico (Lei de Wolff), aumentando sua força e densidade. A exposição solar regular é a forma mais eficaz de garantir a síntese de vitamina D, essencial para que o cálcio ingerido seja absorvido no trato gastrointestinal.

Alternativa (b) Incorreta:

A restrição de atividades com carga é um erro terapêutico para pacientes com perda de massa óssea, pois a ausência de carga acelera a reabsorção óssea. Além disso, embora a vitamina K2 e os fitoestrogênios sejam estudados, eles não possuem o mesmo nível de evidência e prioridade que o aporte de cálcio, vitamina D e exercícios físicos no tratamento padrão.

Alternativa (c) Incorreta:

A restrição de atividades com impacto impede o estímulo necessário para a formação óssea. O consumo de fibras é importante para a saúde intestinal, mas não possui impacto direto na densidade mineral óssea. O magnésio é um cofator importante, mas sua suplementação isolada não é a conduta principal para esta paciente.

Alternativa (d) Incorreta:

A suplementação de fósforo não é recomendada, pois a dieta ocidental já é rica nesse mineral e o excesso de fósforo pode, inclusive, prejudicar o metabolismo do cálcio através do aumento do paratormônio (PTH). Alongamentos são benéficos para a flexibilidade, mas a fisioterapia sem carga não é eficaz para o ganho ou manutenção da massa óssea, que depende justamente do estímulo de carga e resistência.

Questão 10

A cicatrização de feridas é um processo dinâmico e contínuo, didaticamente dividido em três fases principais: inflamatória, proliferativa e de maturação (ou remodelamento). No caso clínico apresentado, a descrição das características da ferida é fundamental para identificar o estágio atual.

Alternativa a) Incorreta. A fase inflamatória ocorre imediatamente após a lesão e dura, em média, de 3 a 6 dias. É caracterizada por hemostasia e recrutamento de células de defesa (neutrófilos e macrófagos). Clinicamente, observam-se sinais flogísticos (dor, calor, rubor e edema) e, muitas vezes, a presença de exsudato ou

tecidos desvitalizados. O paciente em questão não apresenta dor, sinais flogísticos ou necrose, o que indica que esta fase inicial já foi superada.

Alternativa b) Correta. A fase proliferativa (ou de granulação) geralmente ocorre do 4º ao 24º dia, mas em feridas crônicas ou de grandes proporções, pode se estender. Seus pilares são a angiogênese, a fibroplasia e a reepitelização. O leito avermelhado mencionado no enunciado representa o tecido de granulação, rico em novos capilares sanguíneos (angiogênese). Já as áreas esbranquiçadas representam a migração de queratinócitos para a reepitelização da superfície. Portanto, a descrição física da ferida é patognomônica da fase proliferativa.

Alternativa c) Incorreta. A fase de maturação ou remodelamento é a fase final, que começa após o fechamento completo da ferida. Nela, o colágeno tipo III é substituído pelo colágeno tipo I, e as fibras se reorganizam para aumentar a força tênsil da cicatriz. Como o paciente ainda possui uma ferida aberta com perda de cobertura cutânea e presença de tecido de granulação ativo, ele ainda não entrou na fase de maturação.

Alternativa d) Incorreta. A maturação tardia refere-se ao estágio final de estabilização da cicatriz, que pode durar meses ou até anos após a lesão inicial. Nesse estágio, a cicatriz torna-se mais clara, plana e resistente. Não se aplica ao caso, pois o paciente ainda possui uma solução de continuidade na pele (ferida aberta).

Questão 11

O caso clínico descreve um paciente com uma ferida de 4 meses de evolução, o que a caracteriza como uma ferida crônica. Do ponto de vista da fisiologia da cicatrização, quando uma lesão não progride para o fechamento em um período de 4 a 6 semanas, considera-se que ela está estagnada na fase inflamatória.

Diferentemente das feridas agudas, nas quais a inflamação é um estágio temporário e necessário para a limpeza do leito, nas feridas crônicas ocorre um desequilíbrio persistente. Há um aumento excessivo de citocinas pró-inflamatórias e de enzimas que degradam a matriz (metaloproteinases), enquanto os fatores de crescimento estão diminuídos ou inativados.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Esta é a alternativa correta. O TNF-alfa (fator de necrose tumoral), a IL-1 (interleucina-1) e a IL-6 (interleucina-6) são os principais mediadores da resposta inflamatória aguda e sistêmica. Em feridas crônicas, essas citocinas permanecem em níveis elevados, recrutando continuamente células inflamatórias e impedindo que a

ferida avance para a fase proliferativa.

Alternativa B: Incorreta. Embora presente a IL-1 e a IL-6, a alternativa inclui a IL-4. A IL-4 é uma citocina relacionada à resposta imune do tipo Th2 e possui propriedades anti-inflamatórias, auxiliando na transição para o reparo tecidual, o que não é o quadro predominante em uma ferida estagnada há meses.

Alternativa C: Incorreta. O TGF-beta (fator de crescimento transformador beta) e a IL-10 são mediadores que atuam, respectivamente, na promoção da fibrose/cicatrização e na redução da inflamação. Em uma ferida crônica inflamada, a bioatividade do TGF-beta costuma estar reduzida e a IL-10 não está aumentada o suficiente para frear o processo inflamatório causado pelo TNF-alfa.

Alternativa D: Incorreta. O EGF (fator de crescimento epidérmico) e o TGF-beta são essenciais para a fase de proliferação, estimulando a reepitelização e a formação de colágeno. Em feridas crônicas, esses fatores de crescimento são frequentemente degradados pelas proteases em excesso no leito da ferida, estando, portanto, com sua atividade diminuída. A IL-14 não possui papel central ou característico no processo de cicatrização de feridas cutâneas.

Questão 12

Análise do caso clínico:

O paciente apresenta uma ferida que persiste por 4 meses, o que a caracteriza como uma ferida crônica. Em condições fisiológicas, uma ferida aguda deve progredir através das fases de hemostasia, inflamação, proliferação e remodelamento. Quando uma ferida não cicatriza em um período esperado (geralmente acima de 4 a 6 semanas), ela entra em um estado de estase, permanecendo "travada" em uma fase inflamatória prolongada e patológica.

Análise das alternativas:

Alternativa A - INCORRETA: Nas feridas crônicas, o perfil de citocinas é predominantemente pró-inflamatório. Existe uma alta concentração de citocinas como Interleucina-1 (IL-1), Interleucina-6 (IL-6) e Fator de Necrose Tumoral Alfa (TNF-alfa). As citocinas anti-inflamatórias, que ajudariam a encerrar o processo inflamatório e iniciar a fase proliferativa, estão em níveis reduzidos.

Alternativa B - CORRETA: Esta é a principal característica bioquímica das feridas crônicas. As Metaloproteinases de Matriz (MMPs) são enzimas que degradam os componentes da matriz extracelular. Em uma cicatrização normal, elas são

necessárias para a limpeza do tecido lesado. Contudo, na ferida crônica, há um desequilíbrio: a quantidade de MMPs é muito elevada e supera a capacidade de seus inibidores naturais (conhecidos como TIMPs). O excesso de MMPs acaba destruindo não só o tecido morto, mas também a matriz extracelular saudável e os fatores de crescimento recém-produzidos, impedindo o fechamento da ferida.

Alternativa C - INCORRETA: O TNF-alfa é um potente estimulador da produção de metaloproteinases. Ele age aumentando a expressão de genes que codificam as MMPs em macrófagos e fibroblastos. Portanto, o TNF-alfa aumenta, e não diminui, a produção dessas enzimas degradativas.

Alternativa D - INCORRETA: A inflamação é uma etapa essencial para o início da cicatrização (fase inflamatória), mas ela deve ser limitada no tempo. Quando a inflamação é excessiva, persistente ou muito intensa, ela se torna deletéria ao tecido. Esse excesso de atividade inflamatória gera estresse oxidativo e proteólise exagerada, o que interrompe o processo de reparo e impede a formação do tecido de granulação saudável.

Conclusão:

O quadro clínico de uma ferida de 4 meses sem sinais de infecção aguda, mas que não evolui para a cura, reflete um microambiente bioquímico hostil dominado pelo excesso de metaloproteinases, o que justifica a alternativa B.

Questão 13

O caso clínico apresenta um paciente de 65 anos no 5º dia de pós-operatório (PO) de uma colectomia direita com anastomose ileocólica. O paciente apresentava boa evolução (já em dieta) e subitamente desenvolveu distensão abdominal, dor, febre (38 °C) e taquicardia (108 bpm).

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora o paciente apresente sinais de uma resposta inflamatória/infecciosa, o termo infecção de sítio cirúrgico intra-abdominal é genérico. No contexto de uma cirurgia com anastomose intestinal recente, a infecção intra-abdominal é geralmente uma consequência direta de uma falha na sutura intestinal (deiscência). Portanto, a fístula é a suspeita diagnóstica primária e específica que justifica a infecção.

Alternativa (b) Incorreta: O íleo parálitico é comum no pós-operatório imediato (geralmente nas primeiras 48-72 horas). O fato de o paciente já estar tolerando dieta

(água, chá e gelatina) indica que o trânsito intestinal já havia retornado. Além disso, o íleo paralítico isolado não costuma cursar com sinais sistêmicos como febre e taquicardia importante.

Alternativa (c) Incorreta: A obstrução intestinal mecânica (por bridas ou hérnias internas) pode causar dor e distensão, mas o quadro de febre e taquicardia associado ao 5º dia de pós-operatório de uma anastomose intestinal aponta mais fortemente para uma complicação inflamatória/infecciosa decorrente de deiscência do que para uma simples obstrução mecânica.

Alternativa (d) Correta: Esta é a principal suspeita clínica. O período entre o 4º e o 7º dia de pós-operatório é considerado a "janela clássica" para as deiscências de anastomose (fístulas). O paciente apresenta os sinais precoces mais comuns: taquicardia (muitas vezes o primeiro sinal), febre e interrupção da evolução favorável da dieta. A quimioterapia neoadjuvante citada no enunciado é um fator de risco adicional que pode prejudicar a cicatrização tecidual. Mesmo com a descompressão brusca negativa, a suspeita deve ser mantida, pois o bloqueio inflamatório inicial pode ser localizado.

Em resumo, diante de taquicardia, febre e dor abdominal no 5º dia de pós-operatório de cirurgia colorretal, a fístula da anastomose deve ser sempre a primeira hipótese a ser afastada.

Questão 14

Análise do caso clínico:

O paciente encontra-se no 5º dia de pós-operatório de uma colectomia direita com anastomose, um período crítico para o surgimento de deiscências (aberturas) de anastomose, que tipicamente ocorrem entre o 4º e o 7º dia. A presença de febre (38 °C) e taquicardia (108 bpm) em um paciente recém-operado são sinais de alerta que exigem investigação imediata. Embora o abdome esteja doloroso e distendido, a ausência de sinais de irritação peritoneal (descompressão brusca negativa) e a estabilidade hemodinâmica permitem uma investigação por imagem antes de qualquer tomada de decisão invasiva.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Incorreta. O jejum e a passagem de sonda nasogástrica são medidas de suporte para tratar a distensão e o conforto do paciente (íleo pós-operatório), mas não ajudam no diagnóstico etiológico da febre e taquicardia. O encaminhamento para a UTI pode ser necessário caso o paciente evolua com choque ou insuficiência

orgânica, mas não é a conduta diagnóstica prioritária neste momento.

Alternativa B: Incorreta. A drenagem guiada por ultrassonografia só pode ser realizada após a identificação e localização de uma coleção específica. Além disso, o ultrassom tem baixa sensibilidade no pós-operatório de cirurgia abdominal devido à presença de gases e curativos. Ampliar a antibioticoterapia sem diagnosticar a causa pode mascarar uma complicação que exige reintervenção cirúrgica.

Alternativa C: Correta. A Tomografia Computadorizada (TC) de abdome com contraste (venoso e, se possível, retal/oral conforme o protocolo) é o padrão-ouro para investigar complicações pós-operatórias em cirurgia abdominal. Ela permite identificar abscessos, coleções, sinais de deiscência de anastomose ou isquemia intestinal. Como o paciente está hemodinamicamente estável e sem sinais de peritonite generalizada, a TC é o exame que orientará se a conduta será conservadora, por drenagem percutânea ou por reintervenção cirúrgica.

Alternativa D: Incorreta. A laparotomia exploradora (reoperação) é uma conduta agressiva reservada para pacientes com sinais claros de peritonite generalizada ao exame físico, instabilidade hemodinâmica ou quando o exame de imagem confirma uma catástrofe abdominal. No caso em questão, o paciente está estável e tem exame físico abdominal duvidoso, o que torna a propedêutica por imagem indispensável para evitar uma reoperação desnecessária.

Questão 15

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O paciente em questão está no 5º dia de pós-operatório (DPO) de uma colectomia direita, um período crítico para o surgimento de complicações cirúrgicas, especialmente a deiscência de anastomose (fuga de material entérico pela emenda do intestino). Ele apresenta sinais sugestivos de resposta inflamatória e possível sepse de foco abdominal: taquicardia (108 bpm), febre (38 °C), distensão e dor abdominal. O ponto-chave da questão é identificar qual fator, entre as opções, mais contribui para esse cenário de evolução desfavorável.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

O paciente foi submetido à quimioterapia neoadjuvante para o tratamento de um adenocarcinoma de cólon. Tanto a presença de uma neoplasia maligna quanto o tratamento quimioterápico prévio impactam severamente o estado nutricional e a competência imunológica do indivíduo. A cicatrização de uma anastomose intestinal depende diretamente da síntese de colágeno e da perfusão tecidual, processos que ficam prejudicados em pacientes desnutridos ou imunossuprimidos. Portanto, a alteração do estado nutricional e imunológico é o principal fator de risco sistêmico

para a falha na cicatrização (deiscência) e para a dificuldade em combater infecções no pós-operatório, justificando a evolução clínica negativa.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa (a): A introdução da dieta oral (água, chá e gelatina) no 5º DPO não é um fator de risco. Pelo contrário, protocolos modernos de recuperação acelerada (como o ACERTO ou ERAS) preconizam a realimentação precoce, que auxilia na motilidade intestinal e reduz a translocação bacteriana. A dieta não causa a deiscência; a dor e a distensão surgiram após a dieta porque o intestino já não estava funcionando adequadamente ou havia um processo inflamatório em curso.

Alternativa (c): A formação de aderências (bridas) é um processo cicatricial comum após qualquer cirurgia abdominal e pode causar obstrução intestinal tardia. No entanto, no 5º DPO, as aderências ainda são precoces e fibrinosas, não sendo o principal fator de risco para a evolução desfavorável descrita, que sugere um quadro inflamatório/infeccioso mais agudo relacionado à cirurgia oncológica de grande porte.

Alternativa (d): Distúrbios eletrolíticos (como hipocalcemia) podem ocorrer no pós-operatório e levar ao íleo paralítico (parada do funcionamento do intestino). Contudo, eles costumam ser consequência do estresse cirúrgico ou do próprio quadro de distensão, e não a causa primária da evolução desfavorável em um paciente com câncer e quimioterapia prévia. O fator sistêmico (nutricional/imunológico) é muito mais determinante para complicações graves, como a deiscência de anastomose.

Questão 16

A compreensão desta questão exige o conhecimento sobre a fisiologia da termorregulação e o impacto das drogas anestésicas e do trauma no organismo humano.

Alternativa a: Esta é a alternativa correta. Os analgésicos opioides agem diretamente no sistema nervoso central, especificamente no hipotálamo, reduzindo o limiar para o início das respostas compensatórias ao frio, como o tremor e a vasoconstrição. Além disso, os opioides promovem vasodilatação periférica. Esses mecanismos facilitam a redistribuição de calor do núcleo central para a periferia, aumentando significativamente a suscetibilidade do paciente à hipotermia no período perioperatório.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta, porque o propofol, assim como a maioria dos agentes anestésicos, causa vasodilatação periférica, e não vasoconstrição. Esse efeito promove a perda de calor por redistribuição e reduz a

capacidade do corpo de manter a temperatura central estável, contribuindo para a hipotermia em vez de evitá-la.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta, pois, embora as mantas térmicas (especialmente as de ar forçado) sejam fundamentais no cuidado perioperatório para evitar a perda de calor para o ambiente, a hipotermia ligada à instabilidade hemodinâmica no trauma é muito mais complexa. No choque hemorrágico, a produção de calor metabólico está reduzida, e o paciente frequentemente recebe grandes volumes de fluidos e sangue que, se não aquecidos, agravam a temperatura interna. A manta térmica isoladamente não é suficiente para reverter ou prevenir a hipotermia sistêmica profunda causada pela tríade letal do trauma (acidose, coagulopatia e hipotermia).

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta, porque a hipotermia no trauma é um evento multifatorial e precoce. Ela não é condicionada apenas pelo tempo de cirurgia, começando muitas vezes na cena do acidente (fase pré-hospitalar) devido à exposição ambiental, à gravidade da perda sanguínea e à administração de líquidos em temperatura ambiente durante a reanimação inicial. O tempo cirúrgico é apenas um dos diversos fatores agravantes.

Questão 17

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A instabilidade hemodinâmica não é independente dos eventos trombóticos; pelo contrário, ela é um fator de risco importante. O estado de choque, a hipoperfusão tecidual e a necessidade de manobras de ressuscitação contribuem para a estase venosa e para um estado pró-inflamatório e pró-coagulante, que são componentes fundamentais da Tríade de Virchow para o desenvolvimento de trombose.

Alternativa (b) Correta: A maioria dos êmbolos pulmonares com significado clínico (aqueles que causam repercussão hemodinâmica ou respiratória importante) tem sua origem em trombos formados no sistema venoso profundo proximal, que compreende as veias ilíacas e femorais. Embora a trombose possa ocorrer em veias distais (como as da panturrilha), estas raramente geram êmbolos grandes o suficiente para causar oclusões arteriais pulmonares graves.

Alternativa (c) Incorreta: No que se refere ao acesso venoso central, o risco de trombose é maior na veia femoral, seguida pela jugular interna. A veia subclávia é considerada o sítio com menor taxa de complicações trombóticas e infecciosas, embora apresente maior risco de complicações mecânicas durante a punção, como o

pneumotórax.

Alternativa (d) Incorreta: A prescrição de enoxaparina na dose de 1 mg/kg a cada 12 horas configura anticoagulação plena (dose terapêutica), indicada para tratar um evento trombótico já diagnosticado. Para a profilaxia de eventos tromboembólicos em pacientes de trauma, as doses recomendadas são menores, usualmente 40 mg uma vez ao dia ou 30 mg de 12 em 12 horas, dependendo do protocolo institucional e do perfil de risco do paciente.

Gabarito: Letra (b).

Questão 18

Alternativa a) Incorreta. A antibioticoprofilaxia deve ser administrada antes da incisão cirúrgica, e não no momento exato em que ela ocorre. O objetivo é que o antibiótico já tenha atingido níveis terapêuticos nos tecidos antes do primeiro contato com o ambiente. Geralmente, recomenda-se a administração entre 30 e 60 minutos antes da incisão (ou até 120 minutos para drogas como vancomicina ou fluoroquinolonas).

Alternativa b) Incorreta. De acordo com o Protocolo de Cirurgia Segura da Organização Mundial da Saúde (OMS), a demarcação do sítio cirúrgico e a confirmação da lateralidade devem ser realizadas, preferencialmente, antes de o paciente entrar na sala de cirurgia. O ideal é que a marcação seja feita com o paciente ainda lúcido e participante do processo, para evitar erros de localização.

Alternativa c) Incorreta. A tricotomia (remoção de pelos) não deve ser feita de rotina. Quando estritamente necessária por interferir na técnica cirúrgica, deve ser realizada imediatamente antes da cirurgia com o uso de tricotomizadores elétricos. O uso de lâminas de bisturi ou aparelhos de barbear é contraindicado, pois causa microlesões na pele que favorecem a colonização bacteriana e aumentam o risco de infecção do sítio cirúrgico.

Alternativa d) Correta. A clorexidina alcoólica demonstrou superioridade em relação à iodopovidona (PVPI) na antissepsia da pele para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico em diversas meta-análises e diretrizes internacionais (como as do CDC). Isso se deve ao fato de a clorexidina ter um início de ação rápido, maior efeito residual (permanece ativa por mais tempo na pele) e não ser inativada por sangue ou fluidos orgânicos de forma tão significativa quanto o iodo.

Questão 19

O teratoma imaturo é um tumor de células germinativas maligno que acomete predominantemente mulheres jovens e adolescentes, como no caso da paciente de 18 anos descrita. Diferente do teratoma maduro (cisto dermoide), que é benigno e predominantemente cístico, o teratoma imaturo costuma ser maior, mais agressivo e apresentar uma composição tecidual mais complexa.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. Estruturas uniloculares (com apenas uma cavidade) e bem definidas são características de cistos simples ou funcionais, como o cisto folicular. O teratoma imaturo é uma massa complexa, geralmente multiloculada e com componentes sólidos proeminentes.

Alternativa b) Correta. Os teratomas são tumores derivados dos três folhetos germinativos (ectoderme, mesoderme e endoderme). Por isso, na ultrassonografia, apresentam uma aparência heterogênea marcante. A presença de componentes sólidos (representando tecidos imaturos, frequentemente neuroectodérmicos), áreas císticas (contendo fluido seroso ou mucoso), debris (como sebo e cabelos) e focos de calcificação (representando osso ou dentes) define a morfologia clássica dessa neoplasia.

Alternativa c) Incorreta. Por ser uma neoplasia maligna com rápido crescimento, o teratoma imaturo frequentemente apresenta vascularização ao estudo com Doppler, refletindo a neoangiogênese tumoral necessária para suprir a massa. A ausência de fluxo é mais comum em lesões benignas avasculares ou em casos de torção ovariana completa.

Alternativa d) Incorreta. Uma massa homogênea, anecoica (totalmente preta na imagem) e com contornos regulares descreve um cisto simples. Teratomas são inerentemente heterogêneos devido à mistura de gordura, líquidos, tecidos sólidos e cálcio em seu interior.

Questão 20

Análise da Questão:

O quadro clínico apresenta uma paciente de 18 anos com dor e aumento do volume abdominal associados a uma massa ovariana de 8 cm. A principal suspeita citada é o teratoma imaturo, que é um tumor de células germinativas maligno, sendo o segundo tumor germinativo maligno mais comum em adolescentes e mulheres jovens.

Alternativa (c) - CORRETA: O manejo inicial de massas ovarianas volumosas e suspeitas de malignidade deve ser obrigatoriamente cirúrgico. A laparotomia exploratória (ou laparoscopia em casos selecionados por especialistas) é necessária para a remoção da massa e para realizar o estadiamento cirúrgico adequado, que inclui a inspeção da cavidade e coleta de material para citologia. O diagnóstico definitivo de teratoma imaturo e a definição do seu grau histológico (que guiará o tratamento posterior) só podem ser estabelecidos através do exame histopatológico da peça cirúrgica. Em pacientes jovens, a conduta padrão é a cirurgia preservadora de fertilidade, realizando-se a salpingo-ooforectomia unilateral.

Alternativa (a) - INCORRETA: A conduta de vigilância ativa ou expectante é indicada apenas para cistos funcionais ou massas pequenas com características ultrassonográficas nitidamente benignas. O teratoma imaturo é uma neoplasia maligna com potencial de crescimento rápido e disseminação peritoneal, o que contraindica a observação.

Alternativa (b) - INCORRETA: A quimioterapia é uma modalidade terapêutica fundamental nos tumores de células germinativas, porém ela é quase sempre adjuvante. Isso significa que é realizada após a cirurgia de remoção e estadiamento, exceto em casos raros de doença avançada inoperável. Não se inicia quimioterapia sem antes obter o diagnóstico histopatológico e o estadiamento cirúrgico.

Alternativa (d) - INCORRETA: O uso isolado de analgésicos trata apenas o sintoma, ignorando a patologia de base. Uma massa de 8 cm em uma paciente jovem requer intervenção definitiva pelo risco de malignidade, além do risco agudo de torção ovariana ou ruptura da cápsula tumoral.

Em resumo, diante de uma massa anexial volumosa em paciente jovem com suspeita de tumor germinativo maligno, a cirurgia é o primeiro e mais importante passo para o diagnóstico e tratamento.

Questão 21

O teratoma imaturo é uma neoplasia maligna de células germinativas do ovário, sendo o segundo tumor germinativo maligno mais comum, perdendo apenas para o disgerminoma. Diferentemente do teratoma maduro (cisto dermoide), que é benigno, o teratoma imaturo possui tecidos derivados dos três folhetos embrionários, mas com a presença de tecidos embrionários imaturos, predominantemente neuroectoderma.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O teratoma imaturo é, por definição, um tumor maligno. O termo

"imaturo" indica potencial de invasão e metástase. A confusão comum ocorre com o teratoma maduro, este sim benigno. No teratoma imaturo, o grau de diferenciação (grau histológico de Norris) é o fator que determina a agressividade do tumor.

b) Incorreta. Embora o prognóstico geral seja favorável com o tratamento adequado, o risco de recorrência existe e está diretamente relacionado ao estágio da doença e, principalmente, ao grau histológico (quantidade de tecido neuroepitelial imaturo presente na amostra). Tumores de alto grau (grau 3) têm maior taxa de recidiva se não tratados com quimioterapia adjuvante.

c) Incorreta. O tratamento inicial para o teratoma imaturo é obrigatoriamente cirúrgico. Em pacientes jovens que desejam preservar a fertilidade, realiza-se a salpingo-ooforectomia unilateral com estadiamento cirúrgico completo. A conduta de observação ("watchful waiting") não é aplicada a tumores germinativos malignos suspeitos ou confirmados devido ao seu rápido crescimento e potencial de disseminação.

d) Correta. Esta é a alternativa que melhor define a realidade clínica da patologia. O prognóstico dos tumores de células germinativas, incluindo o teratoma imaturo, melhorou drasticamente com o advento da quimioterapia moderna (esquema BEP – Bleomicina, Etoposídeo e Cisplatina). Atualmente, a sobrevida em 5 anos é alta. No entanto, o desfecho clínico depende fundamentalmente do estágio da doença no diagnóstico e das características histológicas, especificamente o grau de imaturidade dos tecidos (Sistema de Graduação de Norris: Graus 1, 2 e 3). Quanto maior o grau, maior o risco de metástases e pior o prognóstico se não houver complementação terapêutica.

Questão 22

Esta paciente apresenta um quadro de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, evidenciados pela pressão arterial de 160x105 mmHg e pelos sintomas de iminência de eclâmpsia (cefaleia persistente e visão turva). Com 36 semanas de gestação, a conduta recomendada pelas principais diretrizes, como as da FEBRASGO e do ACOG, é a estabilização materna inicial seguida da interrupção da gestação, pois o risco de manutenção da gravidez supera os riscos da prematuridade tardia.

Alternativa a: Esta alternativa está correta. A Síndrome HELLP é uma das complicações mais graves do espectro da pré-eclâmpsia, caracterizada por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia. Ela representa uma deterioração clínica e laboratorial aguda que coloca em risco a vida da gestante. Quando diagnosticada ou suspeitada no contexto de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, torna-se uma indicação absoluta de interrupção da gestação após a estabilização dos

níveis tensionais e prevenção de crises convulsivas com sulfato de magnésio.

Alternativa b: Esta alternativa está incorreta. O oligoidrâmnio é um sinal de insuficiência placentária e sofrimento fetal crônico, comum em quadros hipertensivos da gestação. Embora seja um dado importante na avaliação do bem-estar fetal e possa influenciar a decisão pelo parto em gestações pré-termo, ele não é classificado como um critério de deterioração materna aguda tão imperativo para a interrupção imediata quanto a Síndrome HELLP.

Alternativa c: Esta alternativa está incorreta. A hipertensão arterial é o sinal primário para o diagnóstico da pré-eclâmpsia. O manejo de níveis pressóricos elevados (especialmente acima de 160/110 mmHg) exige o uso de medicação anti-hipertensiva para prevenir complicações vasculares cerebrais. No entanto, a necessidade de medicação por si só não é o fator de "deterioração" que define a interrupção; o que define a conduta é o quadro clínico sindrômico e a idade gestacional.

Alternativa d: Esta alternativa está incorreta. O valor da proteinúria de 24 horas (4g neste caso) é um critério diagnóstico para pré-eclâmpsia. Contudo, protocolos modernos de obstetrícia removeram a proteinúria maciça (antigamente considerada acima de 5g) como critério de gravidade ou como indicador isolado para a interrupção do parto. A quantidade de proteína na urina não se correlaciona diretamente com o desfecho materno-fetal imediato e não deve guiar a urgência da interrupção.

Questão 23

A paciente apresenta um quadro de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, evidenciado pela pressão arterial em níveis de crise (160 x 105 mmHg), sintomas neurológicos (cefaleia persistente e visão turva), proteinúria maciça e repercussão fetal (oligoidrâmnio). Com 36 semanas de gestação, a conduta definitiva é a interrupção da gravidez.

Análise das alternativas:

Alternativa A: Correta. Conforme os protocolos da FEBRASGO e do ACOG, em gestações com 34 semanas ou mais que apresentam pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, a interrupção está indicada. No entanto, o parto não deve ser realizado de forma desorganizada. É imperativo que, antes de qualquer procedimento, a paciente seja estabilizada. Isso inclui o controle dos níveis pressóricos com anti-hipertensivos de ação rápida (se necessário) e, principalmente, a administração de sulfato de magnésio para a profilaxia de crises convulsivas (eclâmpsia). Somente após essa

estabilização clínica materna, o parto deve ser conduzido.

Alternativa B: Incorreta. A conduta expectante até a 37ª semana (termo) só é permitida nos casos de pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade. No caso descrito, a presença de sintomas visuais e cefaleia indica iminência de eclâmpsia, o que torna perigoso o prolongamento da gestação.

Alternativa C: Incorreta. O termo "imediatamente" pode induzir ao erro. Em obstetrícia, salvo casos de extrema urgência como o descolamento prematuro de placenta com sofrimento fetal agudo ou hemorragia materna incoercível, a prioridade é a estabilização da mãe antes do parto. Realizar um parto ou cesariana em uma paciente com níveis pressóricos descontrolados e sem sulfatação prévia aumenta significativamente o risco de acidente vascular cerebral (AVC) e convulsões durante o ato operatório.

Alternativa D: Incorreta. Assim como na alternativa B, aguardar as 37 semanas é inadequado para o cenário de pré-eclâmpsia grave após a 34ª semana. O risco de deterioração materna e morte fetal supera os benefícios de ganhar mais alguns dias de maturidade fetal.

Resumo do Manejo na Pré-eclâmpsia Grave (IG maior ou igual a 34 semanas):

1. Internação e monitorização contínua.
2. Controle da hipertensão (objetivo: manter PA diastólica entre 90-100 mmHg).
3. Prevenção de convulsões com sulfato de magnésio (esquema de Zuspan ou Pritchard).
4. Avaliação da vitalidade fetal.
5. Interrupção da gestação após estabilização do quadro materno.

Questão 24

Essa questão aborda o manejo farmacológico da pré-eclâmpsia grave, focando especificamente na prevenção da sua complicação mais temida: a eclâmpsia (crises convulsivas). A paciente apresenta sinais clássicos de gravidade, como níveis pressóricos elevados (160 x 105 mmHg) e sintomas de iminência (cefaleia e visão turva).

Análise das alternativas:

a) Anti-hipertensivos: Estão indicados para o controle dos níveis pressóricos, visando reduzir o risco de complicações maternas, como o acidente vascular cerebral (AVC) e o edema agudo de pulmão. No entanto, embora controlem a pressão, não possuem a propriedade de estabilizar a membrana neuronal para prevenir as convulsões da

eclâmpsia.

b) Gluconato de cálcio: Esta substância é o antídoto utilizado em casos de intoxicação pelo sulfato de magnésio. Deve estar sempre à beira do leito durante a infusão do magnésio, caso a paciente apresente sinais de toxicidade (como perda de reflexo patelar ou depressão respiratória), mas não serve para prevenir a eclâmpsia.

c) Corticoide: O uso de corticoides (como betametasona ou dexametasona) na gestação tem como objetivo principal a aceleração da maturidade pulmonar fetal em casos de risco de parto prematuro, geralmente até as 34 semanas. Além de a paciente estar com 36 semanas, o corticoide não possui efeito na prevenção de convulsões.

d) Sulfato de magnésio: É a alternativa correta. O sulfato de magnésio é a droga de escolha e o padrão-ouro mundial para a prevenção e o tratamento das convulsões na pré-eclâmpsia com critérios de gravidade. Ele atua no sistema nervoso central promovendo vasodilatação cerebral e bloqueando receptores NMDA, o que reduz a excitabilidade neuronal. Deve ser iniciado imediatamente em pacientes com sinais de iminência ou pré-eclâmpsia grave.

Justificativa do Gabarito: O sulfato de magnésio é a única intervenção farmacológica, entre as listadas, que comprovadamente reduz o risco de progressão da pré-eclâmpsia para eclâmpsia. Portanto, a alternativa (d) está correta.

Questão 25

A classificação FIGO para leiomiomas uterinos, parte integrante do sistema PALM-COEIN, é essencial para a prática ginecológica, pois padroniza a localização dos miomas, auxiliando na decisão terapêutica, especialmente em pacientes que desejam preservar a fertilidade. Ela organiza os miomas em categorias numéricas de 0 a 8.

Análise das alternativas:

Alternativa a: Incorreta. Miomas localizados na camada subserosa são classificados como FIGO 5 (quando possuem 50% ou mais de seu volume no miométrio), FIGO 6 (quando menos de 50% do volume é intramural) ou FIGO 7 (quando são pediculados subserosos).

Alternativa b: Incorreta. Um mioma submucoso com mais de 50% do seu volume visível na cavidade uterina (o que significa que menos de 50% de seu volume é intramural) é classificado como FIGO 1. Se ele fosse totalmente intracavitário e

pediculado, seria FIGO 0.

Alternativa c: Incorreta. O mioma puramente intramural, ou seja, aquele que não possui contato com o endométrio (camada interna) e nem com a serosa (camada externa), sendo totalmente cercado por miométrio, recebe a classificação FIGO 4.

Alternativa d: Correta. O leiomioma FIGO 3 é definido como um nódulo que é 100% intramural, mas que, diferentemente do tipo 4, possui contato direto com o endométrio. Importante notar que, apesar do contato, ele não distorce ou invade a cavidade uterina. Essa proximidade com a mucosa ajuda a explicar sintomas de sangramento uterino anormal relatados pela paciente.

Resumo da classificação FIGO (0 a 4):

- FIGO 0: Intracavitário pediculado.
- FIGO 1: Submucoso com componente intramural menor que 50%.
- FIGO 2: Submucoso com componente intramural maior ou igual a 50%.
- FIGO 3: 100% intramural, mas em contato com o endométrio.
- FIGO 4: Intramural puro (sem contato com serosa ou endométrio).

Questão 26

Essa questão aborda o manejo pré-operatório de leiomiomas uterinos em pacientes que desejam preservar a fertilidade. O foco é a redução do volume do nódulo para facilitar o ato cirúrgico (miomectomia) e diminuir as complicações.

Análise das alternativas:

a) Alternativa CORRETA. Os análogos do GnRH (como a leuprolida) são considerados o tratamento medicamentoso padrão-ouro quando o objetivo é a redução do volume do leiomioma e do útero antes de uma cirurgia. Eles agem promovendo um estado de hipoestrogenismo profundo por meio da dessensibilização dos receptores de GnRH na hipófise. Isso resulta em uma redução de cerca de 30% a 50% no volume do mioma em um período de 3 meses, além de induzir amenorreia, o que permite a recuperação dos níveis de hemoglobina em pacientes anêmicas e reduz o sangramento intraoperatório.

b) Alternativa INCORRETA. Os anticoncepcionais orais combinados são frequentemente utilizados para o controle do fluxo menstrual em pacientes com miomatose. No entanto, eles não têm a capacidade de reduzir o tamanho do leiomioma. Em alguns casos, o componente estrogênico pode até estimular o crescimento do nódulo, sendo, portanto, ineficazes para o objetivo pré-operatório descrito.

c) Alternativa INCORRETA. Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) são úteis para o manejo sintomático da dor pélvica e para a redução moderada do volume de sangramento (ao interferir na cascata das prostaglandinas). Contudo, eles não exercem qualquer efeito sobre a massa tumoral ou sobre o volume do leiomioma.

d) Alternativa INCORRETA. Embora existam estudos sobre o uso de inibidores da aromatase (como o letrozol) para a redução de miomas, eles não são a primeira linha de tratamento nem a conduta mais indicada nos protocolos clínicos atuais para o preparo pré-operatório, quando comparados à eficácia e sedimentação do uso dos análogos de GnRH.

Resumo do caso: Para uma paciente com mioma FIGO 3 de 5 cm e desejo de fertilidade, a redução do volume com análogos de GnRH torna a miomectomia tecnicamente mais simples, permitindo uma melhor reconstrução da parede uterina e diminuindo a morbidade do procedimento.

Questão 27

A questão aborda o manejo pós-operatório de uma miomectomia em uma paciente com desejo reprodutivo. O leiomioma descrito é de classificação FIGO 3, o que indica um nódulo totalmente intramural que toca o endométrio. Devido ao seu tamanho de 5 cm, a remoção cirúrgica exige uma incisão significativa na musculatura uterina (miométrio).

O ponto crucial para responder a essa questão é o tempo de cicatrização tecidual. O útero precisa de um período de repouso e remodelação para que a cicatriz ganhe resistência mecânica suficiente. Caso a gestação ocorra precocemente, o crescimento do saco gestacional e a distensão das fibras musculares podem causar a deiscência da cicatriz ou, em casos mais graves, a ruptura uterina durante a gravidez ou no trabalho de parto.

Análise das alternativas:

Alternativa a) Incorreta. A tentativa imediata de gravidez é contraindicada. O processo de cicatrização do miométrio é lento e, logo após a cirurgia, a parede uterina está fragilizada, com alto risco de complicações obstétricas catastróficas.

Alternativa b) Incorreta. O período de um mês é insuficiente para a completa recuperação da integridade estrutural do útero. Estudos de imagem mostram que o processo de reorganização das fibras musculares e a formação de uma cicatriz estável levam mais tempo.

Alternativa c) Correta. A recomendação padrão na ginecologia e obstetrícia, frequentemente cobrada em concursos, é aguardar um período de 3 a 6 meses após uma miomectomia que atinja o miométrio (especialmente nos casos de miomas intramurais ou subserosos profundos). O intervalo de 6 meses é considerado o mais seguro para garantir que o útero suporte a pressão intrauterina de uma gestação a termo sem risco aumentado de ruptura.

Alternativa d) Incorreta. Esta alternativa apresenta dois erros. Primeiro, o tempo de um mês é insuficiente para a segurança da paciente. Segundo, embora em muitos casos de miomectomia profunda a via de parto preferencial seja a cesariana (especialmente se a cavidade endometrial tiver sido invadida), a indicação de via de parto não anula a necessidade do tempo de espera biológico para a cicatrização antes da concepção.

Portanto, a conduta correta para uma paciente que realizou a retirada de um mioma intramural de 5 cm é aguardar, no mínimo, 6 meses antes de iniciar as tentativas de gravidez.

Questão 28

ANÁLISE DO CASO

Para resolver essa questão, devemos dividir o raciocínio em dois pilares: a classificação da exacerbação (crise aguda) e a avaliação do controle da asma (quadro crônico).

1. Classificação da Crise Aguda:

A paciente apresenta sinais claros de gravidade no exame físico. A frequência respiratória de 40 ipm (taquipneia importante para 10 anos), o uso de musculatura acessória e, principalmente, a saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente classificam a crise como GRAVE. De acordo com as diretrizes da GINA (Global Initiative for Asthma) e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, uma saturação abaixo de 92% em crianças e adolescentes é um critério definidor de crise grave, exigindo intervenção imediata. Crises leves ou moderadas geralmente mantêm saturação entre 92% e 95%.

2. Classificação do Controle da Asma:

Para avaliar o controle, observamos os sintomas das últimas semanas baseados em quatro critérios:

- Sintomas diurnos mais de duas vezes por semana? Sim (apresenta quase diariamente).

- Despertares noturnos por asma? Sim (frequentes).
- Uso de medicação de resgate mais de duas vezes por semana? Sim (implícito pelos sintomas diários).
- Limitação de atividades físicas? Sim (afastada das atividades na escola).

Como a paciente preenche todos os quatro critérios, a asma é classificada como **NÃO CONTROLADA**. Se preenchesse apenas 1 ou 2 critérios, seria parcialmente controlada. Se não preenchesse nenhum, seria controlada.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

a) Incorreta. A crise não é moderada, pois a presença de saturação de 88% e o uso de musculatura acessória elevam a classificação para grave. Embora a classificação de asma "não controlada" esteja correta para o quadro crônico, o erro na classificação da crise invalida a opção.

b) Incorreta. A crise é grave ($\text{SatO}_2 < 92\%$ e esforço respiratório visível). Além disso, a asma não é apenas parcialmente controlada, pois a paciente apresenta todos os critérios de descontrole (sintomas diários, noturnos e limitação de atividade).

c) **CORRETA**. A alternativa correlaciona adequadamente a Crise Aguda Grave (baseada na hipoxemia de 88% e sinais de desconforto respiratório) com o diagnóstico de Asma Não Controlada (baseado na frequência dos sintomas diurnos, noturnos e impacto na qualidade de vida/atividades físicas).

d) Incorreta. Embora identifique corretamente a gravidade da crise (Grave), erra ao classificar o controle da doença. Para ser "parcialmente controlada", a paciente deveria apresentar apenas um ou dois dos critérios de descontrole, mas ela apresenta todos.

Questão 29

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO:

O caso descreve uma criança de 10 anos com exacerbação grave de asma. Os critérios de gravidade são evidentes: saturação de oxigênio abaixo de 92% (88% em ar ambiente), frequência respiratória elevada para a idade (40 ipm), uso de musculatura acessória e ansiedade. Além disso, a paciente apresenta asma persistente mal controlada, com sintomas diários e despertares noturnos. O objetivo do tratamento de emergência é reverter a obstrução brônquica e reduzir a inflamação das vias aéreas.

POR QUE A ALTERNATIVA (D) ESTÁ CORRETA?

O tratamento padrão-ouro para crises de asma moderadas a graves consiste na combinação de:

1. Broncodilatador beta-2 agonista de curta ação por via inalatória: é a medicação de escolha para alívio rápido do broncoespasmo. A via inalatória é preferencial por agir diretamente nos receptores pulmonares com menores efeitos colaterais.
2. Corticosteroide sistêmico: seja por via oral ou endovenosa, é fundamental em crises graves para reduzir a inflamação brônquica, acelerar a recuperação e diminuir as chances de internação ou recidiva.

POR QUE AS OUTRAS ALTERNATIVAS ESTÃO INCORRETAS?

Alternativa a) O uso de broncodilatadores por via endovenosa (como a aminofilina ou salbutamol venoso) não é a primeira escolha. A via inalatória é mais eficaz e segura. Além disso, embora o corticoide inalatório faça parte do tratamento de manutenção da paciente, na crise aguda ele não substitui o corticoide sistêmico.

Alternativa b) Está incompleta para a gravidade do quadro. O corticoide inalatório isolado não tem o poder de ação sistêmica necessário para reverter a inflamação intensa de uma crise grave com hipoxemia. O corticoide sistêmico é mandatório neste cenário.

Alternativa c) O erro principal aqui é a inclusão da antibioticoterapia empírica. Crises de asma são processos inflamatórios, frequentemente desencadeados por vírus ou alérgenos. O uso de antibióticos só deve ser considerado se houver evidências claras de infecção bacteriana (como febre persistente e infiltrados no raio X), o que não foi descrito no caso.

Alternativa d) Está correta, pois associa o tratamento broncodilatador rápido (inalatório) com a terapia anti-inflamatória potente necessária para o quadro (corticosteroide sistêmico).

Questão 30

Esta questão aborda o manejo de uma crise asmática grave em uma paciente pediátrica. A criança apresenta sinais claros de insuficiência respiratória iminente: taquipneia importante (40 ipm), saturação de oxigênio baixa (88% em ar ambiente), uso de musculatura acessória e histórico de asma mal controlada. Diante de uma exacerbação grave que não responde imediatamente ou que já se apresenta com hipoxemia significativa, a avaliação da função ventilatória é prioritária.

Alternativa (a) Incorreta: A gasometria venosa é útil para avaliar o equilíbrio ácido-básico e o status metabólico, mas não é o exame padrão-ouro para avaliar a

pressão parcial de oxigênio (PaO₂) e a ventilação alveolar (PaCO₂) com a precisão necessária em uma insuficiência respiratória aguda grave. Em situações de emergência respiratória, a correlação entre o CO₂ venoso e arterial pode não ser confiável o suficiente para decidir sobre intervenções invasivas.

Alternativa (b) Correta: A gasometria arterial é o exame mais adequado neste momento. Em pacientes com crise asmática grave e SatO₂ inferior a 90%, ela é fundamental para avaliar a gravidade da obstrução e o risco de falência respiratória. Um achado de PaCO₂ normal ou elevado em um paciente taquipneico é um sinal de alerta crítico, indicando fadiga da musculatura respiratória e necessidade de suporte ventilatório intensivo. Além disso, permite a medida exata da PaO₂ e do gradiente alvéolo-arterial.

Alternativa (c) Incorreta: A radiografia de tórax não deve ser solicitada de rotina em todas as crises de asma. Ela está indicada apenas quando há suspeita de complicações, como pneumotórax, pneumomediastino, pneumonia associada ou quando o paciente não apresenta melhora clínica após as medidas iniciais. No momento da chegada, com sinais de gravidade, a prioridade é a avaliação funcional e gasométrica, não a imagem.

Alternativa (d) Incorreta: O Óxido Nítrico Exalado (FeNO) é um biomarcador de inflamação eosinofílica das vias aéreas. Seu uso é voltado para o diagnóstico de asma em casos duvidosos, monitoramento da adesão ao tratamento com corticoides inalatórios e ajuste de doses na manutenção ambulatorial. Ele não tem qualquer papel no manejo ou na avaliação de gravidade de uma crise aguda no pronto atendimento.

Questão 31

A questão descreve um quadro clínico clássico de meningite bacteriana aguda em um lactente de 10 meses. Os pontos-chave para o diagnóstico são: febre alta, prostração intensa, sinais de hipertensão intracraniana (vômitos e fontanela abaulada) e, crucialmente, a presença de pequenas manchas avermelhadas (petéquias), que sugerem meningococemia associada.

Análise das alternativas:

a) Incorreta. O *Streptococcus agalactiae* (Estreptococo do grupo B) é o principal agente de meningite no período neonatal (0 a 28 dias de vida). Embora possa ocorrer em lactentes jovens, é extremamente raro aos 10 meses de idade e não costuma cursar com o exantema petequial descrito.

b) Incorreta. O *Haemophilus influenzae* tipo b já foi um dos principais agentes de meningite em crianças. No entanto, após a introdução da vacina conjugada (Hib) no calendário vacinal básico, sua incidência caiu drasticamente. Além disso, as lesões cutâneas hemorrágicas são muito mais características da infecção meningocócica do que da infecção por *Haemophilus*.

c) Incorreta. A *Listeria monocytogenes* acomete predominantemente recém-nascidos (via transplacentária ou durante o parto), idosos e indivíduos imunocomprometidos. Não é um agente comum em lactentes hígidos de 10 meses.

d) Correta. A *Neisseria meningitidis* (meningococo) é, junto ao *Streptococcus pneumoniae*, o principal agente etiológico de meningite bacteriana em crianças fora do período neonatal. A presença de petéquias e equimoses (manchas avermelhadas) em um paciente com sinais meníngeos é um sinal patognomônico de doença meningocócica. O quadro de início súbito, evolução rápida para prostração e sinais de irritação meníngea (como o abaulamento de fontanela em lactentes) fecha o diagnóstico clínico para este agente.

Portanto, diante de um lactente com sinais de meningite e lesões cutâneas purpúricas/petequiais, a *Neisseria meningitidis* deve ser sempre a primeira hipótese diagnóstica.

Questão 32

ANÁLISE DO CASO CLÍNICO

O quadro clínico descreve um lactente de 10 meses com sinais clássicos de meningite bacteriana aguda, possivelmente evoluindo para meningococcemia. Os sintomas de febre alta, prostração, vômitos e abaulamento de fontanela (sinal de hipertensão intracraniana em lactentes) indicam gravidade. A presença de pequenas manchas avermelhadas (petéquias) sugere uma infecção sistêmica grave que pode levar rapidamente à instabilidade hemodinâmica.

POR QUE A ALTERNATIVA (B) ESTÁ CORRETA?

O paciente apresenta sinais de gravidade extrema, como palidez e alteração do nível de consciência (não responde a estímulos), o que sugere uma má perfusão tecidual. Em casos de suspeita de sepse ou meningite meningocócica, a prioridade absoluta no manejo inicial é a estabilização hemodinâmica e o início imediato de antibioticoterapia e expansão volêmica. O objetivo é impedir que a resposta inflamatória sistêmica evolua para o choque séptico, que possui altíssima taxa de mortalidade e risco de falência de múltiplos órgãos.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS INCORRETAS:

a) Reduzir a febre e aliviar a dor de cabeça: Embora o controle da febre (antitérmicos) e o manejo da dor sejam parte do cuidado de suporte, eles são medidas sintomáticas e secundárias diante de um quadro de instabilidade sistêmica e risco de morte iminente.

c) Prevenir complicações respiratórias: Embora a manutenção das vias aéreas e a oxigenação façam parte do protocolo de reanimação (ABC do trauma e suporte de vida), a principal ameaça imediata na fisiopatologia da meningococemia e da sepse bacteriana é o colapso circulatório (choque), e não primariamente uma falência respiratória isolada.

d) Regularizar o monograma (provável erro de digitação para ionograma): A correção de distúrbios hidroeletrólíticos (como alterações de sódio e potássio) é necessária durante a internação e o suporte avançado, mas não constitui o objetivo principal do atendimento inicial de emergência em um paciente com sinais de sepse e meningite. O foco deve ser a perfusão e o combate ao agente infeccioso.

Questão 33

ANÁLISE DO QUADRO CLÍNICO

O paciente apresenta um quadro clássico de meningite bacteriana aguda associada a sinais de meningococemia. A combinação de febre alta, irritabilidade, prostração, fontanela abaulada (sinal de hipertensão intracraniana em lactentes) e, crucialmente, as pequenas manchas avermelhadas (petéquias/púrpura) aponta fortemente para a infecção pela *Neisseria meningitidis* (meningococo). Diante de um caso suspeito de doença meningocócica, a medida de saúde pública imediata é a quimioprofilaxia dos contatos íntimos para eliminar o estado de portador na orofaringe e prevenir casos secundários.

EXPLICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS

Alternativa A (CORRETA): A rifampicina é a droga de escolha para a quimioprofilaxia de contatos íntimos de pacientes com doença meningocócica. Ela deve ser administrada o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras 24 horas após a identificação do caso índice. O esquema para crianças menores de 1 mês é de 5 mg/kg a cada 12 horas por 2 dias; para crianças acima de 1 mês, 10 mg/kg a cada 12 horas por 2 dias; e para adultos, 600 mg a cada 12 horas por 2 dias. Outras opções como ceftriaxona (via intramuscular) ou ciprofloxacino (dose única em adultos) também podem ser utilizadas em situações específicas.

Alternativa B (INCORRETA): A vacinação é uma medida de controle de longo prazo e faz parte do calendário vacinal de rotina. No entanto, ela não substitui a quimioprofilaxia no bloqueio imediato de casos secundários após a exposição, pois o tempo para o desenvolvimento de anticorpos é superior ao período de incubação da doença em contatos suscetíveis.

Alternativa C (INCORRETA): A doença meningocócica é uma condição de notificação compulsória imediata e exige profilaxia específica para todos os contatos íntimos (moradores do mesmo domicílio, pessoas que compartilham o dormitório, namorados ou contatos em creches/escolas). A taxa de ataque entre contatos íntimos é significativamente maior do que na população geral.

Alternativa D (INCORRETA): Não há indicação de uso de imunoglobulina humana para a profilaxia de contatos de meningite meningocócica. A imunoglobulina é utilizada para outras patologias, como hepatite A, sarampo ou varicela, em cenários de pós-exposição específicos, mas não possui papel na prevenção da doença causada pelo meningococo ou pelo *Haemophilus influenzae* tipo b.

Questão 34

Diagnóstico e Contexto Clínico:

O quadro clínico descreve uma paciente de 8 anos com a tríade clássica do diabetes mellitus tipo 1 (DM1): polidipsia (sede excessiva), poliúria (aumento da frequência urinária) e perda de peso, apesar da polifagia. A evolução aguda com dor abdominal, vômitos, sonolência e o padrão respiratório de Kussmaul (movimentos rápidos e profundos), somada aos achados laboratoriais de hiperglicemia (480 mg/dL), acidose metabólica com ânion gap elevado (pH 7,15 e bicarbonato 10 mEq/L) e cetonúria (+++), confirma o diagnóstico de cetoacidose diabética (CAD). A CAD é frequentemente a manifestação inicial do DM1 em crianças e adolescentes.

Análise das Alternativas:

Alternativa a) Incorreta. O diagnóstico de diabetes em menores de 2 anos é significativamente menos comum. Casos em lactentes muito jovens podem estar associados ao diabetes neonatal (causas genéticas) ou a formas muito precoces de autoimunidade, mas não representam a faixa etária de maior prevalência para o início do DM1.

Alternativa b) Correta. O diabetes mellitus tipo 1 apresenta uma incidência bimodal, com dois picos principais: o primeiro ocorre entre os 4 e 7 anos de idade e o segundo

entre os 10 e 14 anos (período peripuberal). Portanto, a faixa etária de 5 a 14 anos engloba os dois períodos de maior risco para o surgimento da doença na infância, sendo a resposta correta para a questão.

Alternativa c) Incorreta. Embora o DM1 possa ser diagnosticado no final da adolescência e início da vida adulta, a taxa de incidência de novos casos começa a apresentar um declínio após a puberdade, sendo menos frequente do que na faixa escolar e pré-puberal.

Alternativa d) Incorreta. Diagnósticos de DM1 entre os 20 e 30 anos são bem menos comuns do que na pediatria. Nessa faixa etária, aumentam as chances de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (especialmente se houver obesidade) ou LADA (diabetes autoimune latente do adulto), mas o pico clássico de incidência da forma infantojuvenil já foi ultrapassado.

Questão 35

O quadro clínico e laboratorial da paciente aponta para Cetoacidose Diabética (CAD), caracterizada pela tríade de hiperglicemia (480 mg/dL), acidose metabólica (pH 7,15 e bicarbonato 10 mEq/L) e cetonúria. Em pediatria, a gravidade da CAD é classificada especificamente por meio dos valores de pH e bicarbonato sérico obtidos pela gasometria.

Alternativa a: Incorreta. A dor abdominal é um sintoma muito comum na CAD, muitas vezes simulando um quadro de abdome agudo devido à própria acidose metabólica e à desidratação. No entanto, a ultrassonografia abdominal não é o exame utilizado para avaliar a gravidade metabólica do quadro e não deve ser o foco inicial, a menos que haja uma suspeita clínica muito forte de uma causa cirúrgica concomitante que não melhore com a estabilização da acidose.

Alternativa b: Incorreta. O eletrocardiograma (ECG) é fundamental durante o manejo da CAD para monitorar alterações eletrolíticas, especialmente as variações de potássio que ocorrem durante a reposição de insulina (risco de hipocalcemia). Contudo, o ECG não é o parâmetro que define a classificação de gravidade da cetoacidose em si.

Alternativa c: Correta. A gasometria é o exame primordial para graduar a gravidade da CAD e definir o local de tratamento (enfermaria ou UTI). Pelos critérios do Consenso da ISPAD (Sociedade Internacional de Diabetes Pediátrica e do Adolescente), a CAD é classificada como: leve (pH menor que 7,3 ou bicarbonato menor que 15), moderada (pH menor que 7,2 ou bicarbonato menor que 10) e grave (pH menor que 7,1 ou bicarbonato menor que 5). No caso relatado, o pH de 7,15 e o

bicarbonato de 10 mEq/L classificam a paciente em um quadro de moderada gravidade.

Alternativa d: Incorreta. O raio X de tórax pode ser solicitado para investigar possíveis fatores precipitantes da CAD, como uma infecção pulmonar oculta. Entretanto, ele não tem papel na avaliação da gravidade do distúrbio metabólico apresentado pela criança.

Questão 36

DIAGNÓSTICO: CETOACIDOSE DIABÉTICA (CAD)

A paciente apresenta os critérios clássicos para o diagnóstico de CAD: hiperglicemia (480 mg/dL), acidose metabólica (pH 7,15 e bicarbonato 10 mEq/L) com ânion gap elevado (22 mEq/L) e cetonúria (+++). Os sintomas de polidipsia, poliúria e perda de peso há duas semanas sugerem a abertura de um quadro de Diabetes Mellitus Tipo 1, que evoluiu para descompensação aguda caracterizada por dor abdominal, vômitos e respiração de Kussmaul (movimentos rápidos e profundos).

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A: **ESTÁ CORRETA.** O manejo da CAD baseia-se em três pilares fundamentais: restauração da volemia (hidratação), correção dos distúrbios eletrolíticos e reversão da acidose e da cetose. A administração de insulina é essencial para interromper a produção de corpos cetônicos, que são a causa da acidose metabólica. O monitoramento e a correção do potássio (que está em 4,0 mEq/L, um valor perigoso considerando que a acidose mascara uma deficiência real de potássio corporal) são críticos para evitar arritmias durante o tratamento.

Alternativa B: **ESTÁ INCORRETA.** Embora a hidratação seja fundamental para manter a perfusão renal e estabilizar a paciente hemodinamicamente, o foco principal e específico na CAD é a reversão do processo metabólico (cetose e acidose). A estabilização da pressão e a prevenção de falência renal são consequências de uma abordagem correta, mas não definem o objetivo terapêutico completo da patologia.

Alternativa C: **ESTÁ INCORRETA.** A glicemia da paciente já está muito elevada (480 mg/dL). O objetivo do tratamento é reduzir a glicemia de forma gradual e controlada para evitar o risco de edema cerebral, e nunca aumentá-la para os níveis normais de forma imediata ou a partir do ponto em que se encontra.

Alternativa D: **ESTÁ INCORRETA.** A dor abdominal na CAD é um achado clínico comum, frequentemente simulando um abdome agudo (pseudo-abdome agudo

diabético), decorrente da própria acidose e cetose intensa. O objetivo do tratamento não é o controle sintomático da dor, mas sim a correção da causa-base; uma vez corrigida a acidose, a dor abdominal desaparece espontaneamente. Focar apenas na dor atrasaria o tratamento vital de suporte à vida.

Questão 37

Esta questão exige o conhecimento sobre a classificação temporal da tosse e os critérios diagnósticos e epidemiológicos utilizados na prática médica e no Sistema Único de Saúde (SUS). O caso clínico apresenta um paciente com um quadro altamente sugestivo de tuberculose pulmonar, mas a pergunta foca especificamente no critério para definir "tosse crônica".

A classificação da tosse, baseada em consensos de pneumologia e diretrizes de saúde pública, é dividida em três períodos:

1. Aguda: duração de até 3 semanas.
2. Subaguda: duração entre 3 e 8 semanas.
3. Crônica: duração superior a 8 semanas.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta. Uma tosse com 10 dias de evolução é considerada aguda. Mesmo que haja escarro purulento, o que sugere uma etiologia infecciosa (como pneumonia ou sinusite), o tempo decorrido não permite a classificação como crônica.

Alternativa (b) Correta. Este é o critério técnico e epidemiológico padrão. A tosse é definida como crônica quando persiste por um período superior a 8 semanas. Essa definição é independente da presença de outros sintomas, como febre ou expectoração, embora esses sinais ajudem a guiar o diagnóstico diferencial (como tuberculose, DPOC ou neoplasia). No caso do paciente em questão, ele apresenta tosse há 3 meses (aproximadamente 12 semanas), o que o enquadra perfeitamente neste critério.

Alternativa (c) Incorreta. É comum haver confusão com o marco de 3 ou 4 semanas devido ao protocolo de busca ativa de tuberculose no SUS. O Ministério da Saúde define como "Sintomático Respiratório" o indivíduo com tosse há 3 semanas ou mais, visando ao diagnóstico precoce da doença. No entanto, o termo específico "tosse crônica" permanece reservado para durações superiores a 8 semanas.

Alternativa (d) Incorreta. Perda de peso e febre são sintomas constitucionais conhecidos como "sinais de alerta" (red flags). Eles indicam que a tosse pode estar associada a uma patologia grave e exigem investigação imediata, mas não definem o

critério de cronicidade da tosse, que é estritamente temporal.

Gabarito: Letra (b).

Questão 38

Análise do caso: O paciente apresenta um quadro clínico clássico de tuberculose pulmonar, caracterizado por tosse produtiva, emagrecimento, febre vespertina e sinais físicos de acometimento dos terços superiores dos pulmões. A questão foca especificamente na finalidade da vacina BCG aplicada em seus filhos.

1. Alternativa (a) Correta: A vacina BCG (Bacilo Calmette-Guérin) é composta por bacilos vivos atenuados do *Mycobacterium bovis*. Sua principal função em termos de saúde pública é proteger as crianças das formas mais graves e letais da doença, que decorrem da disseminação hematogênica do bacilo logo após a infecção inicial. Essas formas são a meningite tuberculosa e a tuberculose miliar (disseminada).
 2. Alternativa (b) Incorreta: A vacina BCG não impede que a pessoa seja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Ela não evita a primoinfecção (a entrada do bacilo no organismo), mas sim a progressão para as formas sistêmicas graves após o contato. Portanto, uma criança vacinada ainda pode apresentar o teste de Mantoux (PPD) positivo se for exposta ao bacilo.
 3. Alternativa (c) Incorreta: A tuberculose pós-primária é a forma típica do adulto, que ocorre por reativação de focos latentes ou por nova exposição (reinfecção). A eficácia da vacina BCG contra a tuberculose pulmonar do adulto é extremamente variável e tende a diminuir com o passar dos anos, não sendo este o seu principal objetivo clínico.
 4. Alternativa (d) Incorreta: O termo "tuberculose extrapulmonar" abrange uma gama muito vasta de manifestações, como a pleural, ganglionar, óssea e urinária. A vacina BCG não oferece proteção robusta e uniforme contra todas essas formas. A sua indicação e proteção comprovada são especificamente direcionadas às formas graves citadas na alternativa (a).
-

Questão 39

O caso clínico descreve um paciente com tuberculose (TB) pulmonar bacilífera, vivendo em ambiente de aglomeração domiciliar, o que torna a investigação de contatos obrigatória para identificar novos casos de doença ativa ou tratar a infecção latente por tuberculose (ILTb).

Alternativa (a) Correta: O protocolo do Ministério da Saúde preconiza que todos os contatos de pacientes com TB ativa devem ser avaliados. O primeiro passo é excluir a doença ativa por meio da avaliação clínica (sintomas) e, se necessário, exames complementares como radiografia de tórax. Uma vez descartada a doença ativa, os contatos assintomáticos devem realizar testes de infecção (PPD ou IGRA). Se esses testes forem reatores, indica-se o tratamento da ILTB, sendo a isoniazida um dos esquemas-padrão para prevenir a progressão para a forma ativa da doença.

Alternativa (b) Incorreta: A vacina BCG é recomendada prioritariamente para recém-nascidos e crianças de até 4 anos de idade para prevenir formas graves de tuberculose (miliar e meníngea). Ela não é utilizada como medida de profilaxia ou bloqueio para contatos de casos de tuberculose pulmonar em adultos ou em pessoas com histórico vacinal prévio fora das indicações específicas.

Alternativa (c) Incorreta: Embora a rifampicina por 4 meses seja um esquema aceito para o tratamento da ILTB (especialmente em crianças menores de 10 anos, idosos ou pessoas com intolerância à isoniazida), o erro da alternativa reside em afirmar que o uso deve ser para "todos os contatantes". O tratamento preventivo só deve ser iniciado após a exclusão de doença ativa e a confirmação de infecção latente (PPD ou IGRA reator), salvo exceções muito específicas de contatos de alto risco.

Alternativa (d) Incorreta: Embora crianças menores de 5 anos sejam consideradas um grupo de alto risco e prioridade na investigação, o tratamento não é automático apenas após o PPD. É fundamental a triagem prévia para afastar doença ativa (avaliação clínica e radiológica). Além disso, a alternativa (a) é mais completa por abranger a lógica geral do manejo de contatos em uma casa onde vivem adultos e crianças.

Questão 40

A questão apresenta o caso clínico clássico de uma paciente no climatério, em fase de pós-menopausa recente (1 ano de amenorreia), apresentando a chamada síndrome climatérica. A paciente tem 52 anos, está dentro da "janela de oportunidade" para o início da Terapia de Reposição Hormonal (TRH) e apresenta sintomas vasomotores intensos (fogachos e suores noturnos) que impactam sua qualidade de vida e sono, além de queixa de ressecamento vaginal.

O foco da questão é identificar a indicação precípua da TRH com base em evidências científicas sólidas.

Alternativa A (Incorreta): Embora existam evidências de que o início da TRH em mulheres com menos de 60 anos ou com menos de 10 anos de menopausa (janela de

oportunidade) possa ter um efeito neutro ou discretamente protetor sobre o sistema cardiovascular, a TRH não deve ser prescrita com o objetivo primário de prevenção de doenças cardiovasculares. O uso de hormônios para esse fim não é recomendado pelas principais diretrizes nacionais e internacionais.

Alternativa B (Incorreta): Não há evidências científicas consistentes que comprovem que a reposição hormonal seja eficaz na prevenção da demência senil ou da doença de Alzheimer. Alguns estudos sugerem que o início tardio da TRH (em mulheres idosas) poderia até aumentar o risco de declínio cognitivo em certas populações.

Alternativa C (Correta): Esta é a principal indicação da Terapia de Reposição Hormonal. A TRH é o tratamento mais eficaz disponível para o alívio dos sintomas vasomotores (fogachos e sudorese) e para o tratamento da atrofia urogenital (ressecamento vaginal). Ao controlar esses sintomas, a terapia promove uma melhora significativa na qualidade de vida, no padrão de sono e no bem-estar geral da paciente. No caso descrito, a paciente sofre com despertares noturnos e fogachos frequentes, sendo a candidata ideal para esse objetivo terapêutico.

Alternativa D (Incorreta): A TRH não previne o câncer de mama. Pelo contrário, o uso da terapia combinada (estrogênio + progesterona) por longo prazo (geralmente acima de 5 anos) está associado a um pequeno aumento no risco de desenvolvimento de câncer de mama. Em pacientes que usam apenas estrogênio (histerectomizadas), esse risco parece ser menor ou neutro, mas em hipótese alguma a TRH é utilizada como quimioprevenção para neoplasia mamária.

Resumo: O principal objetivo da TRH é o controle sintomático (vasomotores e geniturinários), visando sempre à melhor qualidade de vida para a mulher no período de transição menopausal e pós-menopausa inicial.

Questão 41

Análise do caso clínico:

Estamos diante de uma paciente de 52 anos, na pós-menopausa (amenorreia há mais de 12 meses), apresentando sintomas vasomotores intensos (fogachos e suores noturnos) e atrofia urogenital (ressecamento vaginal). Ela está dentro da chamada "janela de oportunidade" para o início da Terapia Hormonal (TH), que compreende mulheres com menos de 60 anos ou com menos de 10 anos de menopausa, desde que não apresentem contra-indicações.

O ponto crucial para definir o esquema de TH nesta questão é a presença do útero. Na prática médica e em provas de residência, se não for mencionado que a paciente

realizou histerectomia, devemos considerar que ela possui o útero íntegro.

Explicação das alternativas:

a) Incorreta. O estrogênio isolado é o tratamento de escolha para os sintomas vasomotores, porém só pode ser prescrito de forma isolada para mulheres que não possuem útero (histerectomizadas). O uso de estrogênio sem oposição em mulheres com útero aumenta drasticamente o risco de hiperplasia e câncer de endométrio.

b) Correta. Como a paciente possui útero, é obrigatória a associação de um progestagênio ao estrogênio. O objetivo do progestagênio neste esquema é puramente a proteção endometrial, impedindo a proliferação excessiva causada pelo estrogênio. A via de administração pode ser tanto oral quanto transdérmica, uma vez que a paciente não apresenta contraindicações específicas (como hipertensão descontrolada, hipertrigliceridemia ou alto risco trombótico) que exijam obrigatoriamente a via não oral.

c) Incorreta. O progestagênio isolado não é o tratamento padrão para sintomas climatéricos. Embora possa ter um efeito leve nos fogachos, ele não trata a atrofia vaginal e não é a conduta de primeira linha quando o objetivo é o alívio dos sintomas vasomotores intensos.

d) Incorreta. A associação com testosterona não é recomendada para o tratamento de fogachos ou suores noturnos. O uso de androgênios na pós-menopausa é restrito a casos selecionados de transtorno do desejo sexual hipoativo, após avaliação rigorosa, e nunca substitui a necessidade do progestagênio para proteção uterina.

Resumo: Paciente com útero e sintomas de menopausa deve receber estrogênio (para tratar os sintomas) + progestagênio (para proteger o endométrio).

Questão 42

Esta questão aborda as contraindicações para a Terapia de Reposição Hormonal (TRH) em uma paciente no climatério com sintomas vasomotores intensos (fogachos e suores noturnos) e síndrome geniturinária (ressecamento vaginal). A paciente tem 52 anos e está na menopausa há um ano, período conhecido como janela de oportunidade para o início da terapia.

Análise das alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: A doença hepática ativa e grave é, de fato, listada em diversas diretrizes (como as da FEBRASGO) como uma contraindicação absoluta à

TRH, pois o fígado é o principal local de metabolização dos hormônios. No entanto, em provas de residência, o histórico de eventos tromboembólicos (alternativa d) é frequentemente priorizado como a resposta mais clássica, ou o examinador pode considerar que certas formas de doença hepática crônica estável permitiriam vias não orais em casos de extrema necessidade, enquanto o histórico de trombose é um impedimento mais rigoroso para o uso sistêmico.

Alternativa (b) Incorreta: A história familiar de cardiopatia coronariana não contraindica a TRH. A contraindicação se aplica apenas se a própria paciente tiver história pessoal de doença coronariana estabelecida ou evento arterial agudo (como infarto ou AVC). Em mulheres saudáveis e no início da menopausa, a TRH pode ter, inclusive, um efeito cardioprotetor.

Alternativa (c) Incorreta: A osteoporose confirmada não é uma contraindicação, mas sim uma das indicações clínicas para a terapia hormonal. O estrogênio reduz a atividade dos osteoclastos, diminuindo a reabsorção óssea e o risco de fraturas em mulheres na pós-menopausa.

Alternativa (d) Correta: O histórico de Trombose Venosa Profunda (TVP) prévia ou atual, assim como o Tromboembolismo Pulmonar (TEP), constitui uma contraindicação absoluta e consensual para a TRH sistêmica. O uso de estrogênio, especialmente por via oral, aumenta a produção hepática de fatores de coagulação, elevando significativamente o risco de novos episódios trombóticos em pacientes que já apresentam essa predisposição ou histórico.

Resumo das principais contraindicações absolutas à TRH:

1. Câncer de mama (atual ou prévio).
2. Lesões precursoras do câncer de mama.
3. Câncer de endométrio ou outros tumores estrogênio-dependentes.
4. Sangramento vaginal de causa indeterminada.
5. Tromboembolismo venoso atual ou prévio (TVP/TEP).
6. Doença arterial coronariana ou cerebrovascular (ex.: infarto, AVC).
7. Doença hepática ativa e grave.
8. Porfíria.
9. Lúpus eritematoso sistêmico com alto risco trombótico.

Questão 43

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta um quadro clássico de "Pé Diabético", uma complicação grave do Diabetes Mellitus tipo 2. Os pontos-chave para a resolução são a presença de uma úlcera plantar crônica associada a sinais inflamatórios locais e secreção. O diagnóstico de infecção no pé diabético é eminentemente clínico. Segundo os consensos internacionais (IWGDF) e a Sociedade Brasileira de Diabetes, a infecção é definida pela presença de pelo menos dois dos seguintes sinais: edema (induração), eritema (rubor), dor/sensibilidade local, calor ou exsudato purulento.

Análise das Alternativas:

Alternativa A (Incorreta): Embora a diminuição de pulsos periféricos sugira um componente isquêmico (Doença Arterial Periférica), a descrição de exsudato purulento, edema e rubor confirma que há um processo infeccioso sobreposto. Uma lesão puramente isquêmica não explicaria a secreção purulenta. Portanto, a antibioticoterapia é, sim, necessária para tratar a infecção secundária.

Alternativa B (Incorreta): A presença de pulsos diminuídos e dor ao caminhar (claudicação) são marcadores de insuficiência vascular, e não critérios para o uso de antibióticos. O antibiótico é indicado para tratar a invasão bacteriana dos tecidos, e não a deficiência de fluxo sanguíneo.

Alternativa C (Correta): Esta alternativa descreve exatamente os critérios clínicos para o diagnóstico de infecção no pé diabético. A presença de exsudato purulento (pus), edema e rubor (eritema) ao redor da lesão caracteriza uma infecção cutânea/subcutânea. Nesses casos, o tratamento envolve cuidados locais, controle glicêmico e, obrigatoriamente, antibioticoterapia sistêmica para evitar a progressão para tecidos profundos, osteomielite ou sepse.

Alternativa D (Incorreta): A glicemia de 240 mg/dL indica um mau controle metabólico, que é comum em pacientes com infecções agudas (o estresse infeccioso eleva o cortisol e a adrenalina, aumentando a glicemia). No entanto, o valor isolado da glicemia não é o critério para iniciar antibióticos; o que define a terapia antimicrobiana são os sinais flogísticos de infecção no exame físico da lesão.

Questão 44

Análise do Caso Clínico:

O paciente apresenta uma complicação clássica e grave do diabetes mellitus tipo 2: o pé diabético. Os pontos-chave para a condução do caso são a presença de sinais flogísticos (edema, rubor, dor), exsudato purulento (indicando infecção), pulsos periféricos diminuídos (sugerindo doença arterial obstrutiva periférica associada) e um contexto social de difícil acesso à saúde e baixa adesão ao tratamento.

Explicação das Alternativas:

Alternativa (a) Incorreta: Embora o início do antibiótico seja necessário, manter o paciente em repouso absoluto com revisão apenas em uma semana é uma conduta de alto risco. Em áreas de difícil acesso e com um paciente que já demonstra sinais de má perfusão (pulsos diminuídos) e infecção ativa, o quadro pode evoluir rapidamente para gangrena ou sepse sem uma avaliação especializada mais ágil.

Alternativa (b) Correta: Esta é a conduta mais segura e adequada. O paciente apresenta uma úlcera infectada em um pé com provável comprometimento vascular (isquemia). O início imediato da antibioticoterapia visa conter a progressão da infecção. A referência ao serviço hospitalar é indispensável para realizar exames complementares (como radiografia para excluir osteomielite e Doppler vascular para avaliar a perfusão), além de garantir o desbridamento em ambiente controlado e o ajuste rigoroso da glicemia, que está bastante elevada (240 mg/dL). O contexto de difícil acesso reforça a necessidade de um suporte hospitalar inicial para evitar a perda do membro.

Alternativa (c) Incorreta: O desbridamento é fundamental no tratamento do pé diabético, mas não deve ser a única conduta inicial em nível ambulatorial neste caso. Antes de realizar desbridamentos profundos, é essencial avaliar a vascularização do membro (que está diminuída no exame físico). Desbridar um tecido com grave deficiência circulatória sem o devido suporte pode impedir a cicatrização e piorar a lesão. Além disso, a infecção precisa ser tratada sistemicamente.

Alternativa (d) Incorreta: O agente comunitário de saúde não possui competência técnica legal ou treinamento para realizar desbridamentos ou curativos complexos em úlceras infectadas. Essa é uma atribuição de enfermeiros ou médicos. O ajuste da medicação oral é necessário, mas insuficiente para resolver uma complicação aguda e infectada que já apresenta sinais de alarme.

Resumo Terapêutico:

O manejo do pé diabético exige a classificação da gravidade da infecção e da

isquemia. Diante de sinais de infecção associados à diminuição de pulsos e vulnerabilidade social, a estabilização clínica e a avaliação por equipe multidisciplinar em ambiente hospitalar ou secundário são as prioridades para salvar o membro do paciente.

Questão 45

O caso descreve um paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 de longa data, com controle inadequado e presença de uma úlcera em membro inferior, configurando o quadro de Pé Diabético. A presença de pulsos diminuídos sugere um componente isquêmico associado (Doença Arterial Periférica), e os sinais inflamatórios com exsudato sugerem infecção. A decisão por uma amputação em pacientes com pé diabético é baseada na viabilidade do tecido, no controle da infecção e na funcionalidade do membro.

Alternativa (a): CORRETA. Esta alternativa lista os principais determinantes clássicos para a amputação. A infecção sistêmica (sepse de foco cutâneo/ósseo) impõe risco imediato à vida, exigindo o controle do foco, que por vezes é a amputação. A necrose irreversível (gangrena) indica que o tecido não pode mais ser recuperado por revascularização ou desbridamento. A osteomielite, especialmente quando extensa, crônica ou associada a grande destruição óssea que impede o apoio do pé, é uma causa frequente de amputações maiores ou menores.

Alternativa (b): INCORRETA. Embora a miosite infecciosa seja uma complicação grave e a diminuição de pulsos indique isquemia, esses achados isolados não determinam obrigatoriamente uma amputação. Inicialmente, o manejo clínico envolve antibioticoterapia de amplo espectro, drenagem de abscessos e tentativa de revascularização do membro para melhorar o aporte sanguíneo.

Alternativa (c): INCORRETA. O descontrole glicêmico é um fator de risco que dificulta a cicatrização e favorece infecções, mas nunca é uma indicação de amputação. O tratamento para o descontrole glicêmico é o ajuste da insulino terapia e medidas educativas, e não a remoção cirúrgica do membro.

Alternativa (d): INCORRETA. A neuropatia periférica e a artropatia de Charcot (neuroartropatia) são complicações crônicas do diabetes. A artropatia de Charcot causa deformidades graves e instabilidade articular, mas o tratamento inicial é conservador, com imobilização e descarga de peso (offloading). A amputação na neuroartropatia de Charcot só é considerada em casos de deformidades extremas que impedem o uso de órteses ou quando há infecção secundária (osteomielite) intratável associada.

Resumo do raciocínio: A amputação é um recurso terapêutico de exceção, indicado quando há perda da viabilidade tecidual (necrose), falha no tratamento de infecções profundas (osteomielite grave) ou quando a infecção local coloca em risco a vida do paciente (infecção sistêmica).
