



SUS-BA — Residência Médica 2025 (R1)

Prova comentada

44 questões · gabarito oficial e comentário autoral da equipe OsceLabs em cada questão

objetiva

Conteúdo da prova: documento de acesso público do processo seletivo.

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito C

Diante do caso relatado, em relação aos sintomas atuais, é correto afirmar que:

- A. Todos os sintomas podem ter sido causados pelo antidepressivo, caso tenha sido iniciada a fluoxetina.
- B. Todos os sintomas podem ter sido causados pelo antidepressivo, caso tenha sido iniciada a bupropiona.
- C. O ganho de peso, mas não a insônia, pode ser decorrente do antidepressivo, caso tenha sido iniciada a mirtazapina. ✓**
- D. O ganho de peso, mas não a insônia, pode ser decorrente do antidepressivo, caso tenha sido iniciada a venlafaxina.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra perfil de efeitos adversos dos antidepressivos: homem de 48 anos com sobrepeso, em tratamento de transtorno depressivo, que apresenta ganho de peso e insônia. A mirtazapina é um antagonista alfa-2 pré-sináptico com potente bloqueio histaminérgico H1 e 5-HT2C, e por isso aumenta apetite e peso de forma marcante; ao mesmo tempo é sedativa, sendo frequentemente prescrita justamente para melhorar o sono. Logo, ela explica o ganho de peso, mas não explicaria a insônia, exatamente o que a alternativa C afirma. A fluoxetina é um ISRS ativador: pode causar insônia, mas costuma ser neutra ou até reduzir o peso no curto prazo, de modo que não daria conta de todos os sintomas, o que elimina a A. A bupropiona é noradrenérgica e dopaminérgica, cursa com insônia e anorexia com perda de peso, jamais com ganho ponderal, o que invalida a B. A venlafaxina, IRSN, tem perfil ativador com insônia e efeito neutro ou redutor sobre o peso, ou seja, a alternativa D inverte exatamente o par de efeitos esperado. Resposta C

QUESTÃO 2 — Gabarito B

A alternativa que contém a conduta mais adequada em relação aos sintomas atuais deste paciente:

- A. Prescrever zolpidem, para induzir o sono em curto prazo.
- B. Recomendar higiene do sono, exercícios físicos regulares e perda de peso. ✓**
- C. Adicionar um antipsicótico de segunda geração para controle da insônia.
- D. Prescrever um suplemento de melatonina e aumentar a dose do antidepressivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a hierarquia terapêutica da insônia e da fadiga em paciente com sobrepeso, hipertensão e transtorno depressivo acompanhado na atenção primária. Antes de qualquer escalonamento farmacológico, a conduta de maior evidência e menor risco é a abordagem comportamental: higiene do sono (horários regulares, retirada de telas e cafeína à noite, restrição do tempo na cama), exercício físico regular e perda de peso, medidas que atuam simultaneamente sobre o humor, o controle pressórico e sobre a principal causa orgânica de sono não reparador nesse fenótipo, a apneia obstrutiva. Prescrever zolpidem é inadequado como primeira medida porque hipnóticos Z geram tolerância e dependência, aumentam risco de quedas e mascaram distúrbio respiratório do sono, o que afasta a A. Antipsicótico de segunda geração para insônia é uso off-label que agrava justamente o ganho de peso e o risco metabólico do paciente, eliminando a C. Melatonina tem benefício restrito a distúrbios de fase circadiana e aumentar a dose do antidepressivo sem antes tratar a causa comportamental e orgânica pode inclusive piorar insônia e peso, o que descarta a D. Resposta B

QUESTÃO 3 — Gabarito D

A comorbidade, dentre as abaixo, que mais provavelmente poderia estar associada à refratariedade dos sintomas:

- A. Hipotireoidismo.
- B. Doença arterial coronariana.
- C. Diabetes mellitus tipo 2.

D. Síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono. QUESTÕES OBJETIVAS DE MÚLTIPLA ESCOLHA

■ Questões de 1 a 45 Instruções ■ Para responder as questões, identifique apenas uma única alternativa correta e marque a letra correspondente na Folha de Respostas. Homem, 48 anos de idade, com histórico de hipertensão arterial controlada e sobrepeso, apresenta queixa de fadiga persistente, dificuldade de concentração e insônia há 6 meses. Ele também relata episódios de ansiedade e tristeza que afetam suas atividades diárias. O paciente é avaliado na UBS e, após investigação, é diagnosticado com transtorno depressivo maior. Iniciado tratamento com antidepressivo. Após 2 meses, ele retorna, relatando melhora parcial dos sintomas, mas continua apresentando fadiga e insônia. Ele também menciona aumento de peso desde o início do tratamento, apesar de manter os mesmos hábitos alimentares. Não há histórico de abuso de substâncias, e os sinais vitais estão normais. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 - ACESSO DIRETO 2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre a comorbidade que sustenta a refratariedade dos sintomas depressivos. O conjunto sobrepeso, hipertensão arterial, fadiga persistente, sono não reparador e dificuldade de concentração compõe o fenótipo clássico da síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono, condição altamente prevalente nesse perfil e reconhecidamente associada a resposta insuficiente ao antidepressivo, porque a fragmentação do sono e a hipóxia intermitente perpetuam fadiga, déficit cognitivo e sintomas de humor. Investigar e tratar a apneia frequentemente é o que destrava a resposta terapêutica. O hipotireoidismo é distrator forte e deve ser rastreado, mas costuma cursar com sonolência, intolerância ao frio, pele seca, constipação e bradicardia, e não com o padrão de sono fragmentado descrito. A doença arterial coronariana associa-se a depressão, porém o paciente não tem sintomas anginosos e ela não explica insônia nem fadiga diurna. O diabetes tipo 2 também se associa a humor deprimido, mas não é a comorbidade que classicamente sustenta refratariedade nesse cenário, e sequer é referido no caso. Vale registrar que a disfunção tireoidiana é rastreio obrigatório em depressão refratária, de modo que a diferença entre as opções aqui é de probabilidade clínica, não de exclusão absoluta. Resposta D

QUESTÃO 4 — Gabarito A

Considerando o caso descrito, a conduta imediata mais adequada envolve:

- A. Iniciar terlipressina e ceftriaxone intravenosos. ✓**
- B. Infusão de albumina e noradrenalina.
- C. Passagem do balão de Sengstaken-Blakemore.
- D. Endoscopia digestiva alta com ligadura elástica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de hemorragia digestiva alta varicosa em cirrótico por hepatite C, com instabilidade hemodinâmica, anemia grave, plaquetopenia, RNI alargado e encefalopatia. As duas medidas que comprovadamente reduzem mortalidade e devem ser iniciadas imediatamente, antes mesmo da endoscopia, são a droga vasoativa esplâncnica (terlipressina, ou octreotida/somatostatina) e a antibioticoprofilaxia com ceftriaxona, conforme o consenso de Baveno, pois a translocação bacteriana no sangramento aumenta ressangramento e infecção. A endoscopia digestiva alta com ligadura elástica é o tratamento definitivo, mas está indicada nas primeiras doze horas, após ressuscitação e com o paciente já sob droga vasoativa e antibiótico, portanto não é a conduta imediata, o que afasta a D. Albumina tem indicação em peritonite bacteriana espontânea, pós-paracentese de grande volume e síndrome hepatorenal, não como expansor da hemorragia aguda, e noradrenalina só entraria em choque refratário após reposição volêmica, o que elimina a B. O balão de Sengstaken-Blakemore é medida de resgate temporária para sangramento exsanguinante ou refratário, jamais a primeira conduta, descartando a C. Resposta A

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Caso o paciente evolua com um quadro refratário, é correto afirmar que:

- A. Deve-se iniciar betabloqueador intravenoso em bomba de infusão contínua.
- B. Deve ser indicado um shunt portossistêmico intra- hepático transjugular. ✓**
- C. O próximo passo deve ser a escleroterapia das varizes esofágicas com adrenalina.
- D. O balão de Sengstaken-Blakemore deve ser colocado e trocado a cada 24 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão avança para o cenário de hemorragia varicosa refratária, isto é, sangramento que persiste ou recidiva apesar de droga vasoativa e terapia endoscópica. Nessa situação, a conduta indicada é a descompressão do sistema porta pelo shunt portossistêmico intra-hepático transjugular (TIPS), que reduz o gradiente de pressão venosa hepática e controla o sangramento em mais de 90% dos casos, sendo também a estratégia de resgate consagrada pelo consenso de Baveno. O betabloqueador não tem papel na fase aguda: reduzir pressão arterial e bloquear a taquicardia compensatória em paciente com PA de 90x60mmHg é deletério, e o propranolol só entra depois, na profilaxia secundária, o que elimina a A. A escleroterapia com adrenalina é técnica de hemostasia de úlcera péptica; em varizes usam-se agentes esclerosantes como etanolamina ou polidocanol, e mesmo assim como segunda linha em relação à ligadura elástica, invalidando a C. O balão de Sengstaken-Blakemore é ponte por no máximo 24 horas, com risco de necrose esofágica e broncoaspiração, e não se sustenta como estratégia de troca seriada, o que descarta a D. Resposta B

QUESTÃO 6 — Gabarito D

O fator de mau prognóstico mais importante neste caso é:

- A. Pressão arterial de 90x60mmHg.
- B. Passado de etilismo.
- C. Presença de ascite volumosa.
- D. Tempo de protrombina alargado. Homem, 62 anos de idade, portador de hepatite C crônica, comparece ao Pronto-Socorro com hematêmese volumosa e melena há três dias. O paciente apresenta-se icterício, com PA: 90x60mmHg, FR: 115bpm e confusão mental. Ao exame, há ascite moderada. A avaliação laboratorial revela hemoglobina de 5,8g/dL, plaquetas de 70.000/mm³, RNI: 2,5. Situação-Problema: Questões de 4 a 6 CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 - ACESSO DIRETO 3 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta cobra reconhecimento dos marcadores de gravidade da doença hepática, e não da hemorragia em si. O tempo de protrombina alargado, traduzido pelo RNI de 2,5, indica falência da síntese hepática dos fatores de coagulação e é componente tanto do Child-Pugh quanto do MELD, os dois escores que determinam prognóstico do cirrótico; somado à icterícia e à encefalopatia, coloca o paciente em Child C, com mortalidade elevada no episódio de sangramento. A hipotensão de 90x60mmHg é marcador de gravidade aguda, mas é potencialmente reversível com ressuscitação volêmica e hemocomponentes, não sendo o determinante prognóstico de fundo, o que afasta a A. O passado de etilismo é fator etiológico e de risco para a hepatopatia, sem peso prognóstico independente no episódio agudo, eliminando a B. A ascite descrita no caso é moderada, não volumosa, e ainda que pontue no Child, tem impacto prognóstico menor que a coagulopatia, o que descarta a C. Resposta D

QUESTÃO 7 — Gabarito C

Considerando o caso relatado, dentre os exames complementares a serem solicitados, inicialmente, estão:

- A. Radiografia de coluna, telopeptídeo aminoterminal - NTX.

B. Cintilografia óssea, telopeptídeo carboxiterminal do colágeno tipo 1 - CTX.

C. Densitometria óssea de fêmur e coluna lombar, vitamina D. ✓

D. Tomografia computadorizada de coluna, vitamina D.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 65 anos com dor lombar, cifose dorsal e perda de 4 cm de estatura em relação à juventude tem, até prova em contrário, osteoporose com fratura vertebral por fragilidade, e a investigação inicial precisa fazer duas coisas: quantificar a massa óssea e rastrear causas secundárias. A densitometria óssea (DXA) de coluna lombar e fêmur proximal é o exame padrão, pois fornece o T-score que define osteoporose pelo critério da OMS (T-score menor ou igual a -2,5), e a dosagem de vitamina D é parte obrigatória do rastreio metabólico, junto com cálcio, fósforo, função renal e PTH. O telopeptídeo aminoterminal NTX é marcador de reabsorção usado para monitorar resposta terapêutica, não para diagnosticar, o que elimina a A. A cintilografia óssea investiga metástase, fratura oculta e doença de Paget, e o CTX igualmente é marcador de remodelação para seguimento, afastando a B. A tomografia de coluna expõe a radiação desnecessária e não fornece T-score comparável ao padrão diagnóstico, o que descarta a D. Resposta C

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Os achados mais provavelmente encontrados numa radiografia de tórax desta paciente:

A. Presença de osteófitos e estreitamento do canal vertebral.

B. Cifose torácica aumentada e presença de cistos ósseos.

C. Calcificação da aorta abdominal e aumento do espaço intervertebral.

D. Redução da densidade óssea e fraturas por compressão vertebral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o correlato radiológico da osteoporose com fratura vertebral em paciente com cifose e perda de estatura. Na radiografia de tórax espera-se redução da densidade óssea, com corpos vertebrais hipotransparentes, trabeculado rarefeito e realce relativo das corticais, associada a fraturas por compressão vertebral, tipicamente em cunha na coluna torácica, que são justamente o que explica a cifose dorsal e os 4 cm perdidos de altura. Osteófitos e estreitamento do canal vertebral traduzem espondiloartrose degenerativa, e o canal medular sequer é avaliável em radiografia simples de tórax, o que elimina a A. A cifose torácica aumentada de fato está presente, mas cistos ósseos remetem a tumor de células gigantes, displasia fibrosa ou osteíte fibrosa cística do hiperparatireoidismo, e não à osteoporose, invalidando a B. A calcificação da aorta abdominal não é vista em radiografia de tórax, e na osteoporose o espaço intervertebral não aumenta, o que descarta a C. Resposta D

QUESTÃO 9 — Gabarito A

As medidas não farmacológicas mais adequadas no momento para esta paciente:

A. Aumento da ingestão de cálcio, exercícios de impacto e resistência e exposição solar regular. ✓

B. Restrição de atividades com carga, suplementação de vitamina K2 e consumo de fitoestrogênios.

C. Suplementação de magnésio, aumento do consumo de fibras e restrição de atividades com impacto.

D. Suplementação de fósforo e cálcio, alongamentos regulares e fisioterapia sem carga. Mulher, 65 anos de idade, comparece à UBS para consulta de rotina. Refere dor lombar ocasional, sem outras queixas. Ao exame físico, apresenta leve cifose dorsal e sua estatura parece estar diminuída em 4cm em relação à altura da juventude. Situação-Problema: Questões de 7 a 9

COMENTÁRIO OSCELABS

O que se cobra aqui é o tripé não farmacológico da osteoporose pós-menopausa. A adequação da ingestão de cálcio, em torno de 1000 a 1200 mg por dia preferencialmente pela dieta, os exercícios de impacto e de resistência, que estimulam a formação óssea pela carga mecânica sobre o osteoblasto e ainda melhoram força muscular e equilíbrio reduzindo o risco de queda, e a exposição solar regular, que garante a síntese cutânea de vitamina D, compõem exatamente essa base terapêutica. Restringir atividades com carga é o oposto do recomendado, pois a descarga mecânica acelera a perda óssea, e vitamina K2 e fitoestrogênios não têm evidência de redução de fratura, o que elimina a B. Magnésio e fibras não têm papel estabelecido na massa óssea e novamente se restringe o impacto, afastando a C. A suplementação de fósforo é desnecessária e o excesso piora o balanço de cálcio ao estimular o PTH, e fisioterapia sem carga não gera o estímulo osteogênico pretendido, o que descarta a D. Resposta A

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Determine em qual fase da cicatrização esta ferida se encontra neste momento.

- A. Inflamatória.
- B. Proliferativa. ✓**
- C. Maturação.
- D. Maturação tardia. Situação-Problema: Questões de 10 a 12

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o estadiamento das fases da cicatrização a partir do exame da ferida. Trata-se de lesão com quatro meses de evolução, sem exposição óssea, sem sinais flogísticos, afebril, com leito já preenchido por tecido de granulação. Esse é o retrato da fase proliferativa, caracterizada por angiogênese, fibroplasia com deposição de colágeno tipo III, formação de tecido de granulação e início da epitelização a partir das bordas. A fase inflamatória vai das primeiras horas até cerca do terceiro ao quinto dia, é dominada por neutrófilos e macrófagos e cursa com sinais flogísticos e exsudato, ausentes no exame descrito, o que elimina a A. A fase de maturação ou remodelação inicia por volta da terceira semana e se estende por meses a anos, com substituição do colágeno tipo III pelo tipo I, contração e ganho de resistência tênsil, e pressupõe ferida já epitelizada, o que não é o caso, afastando a C. Maturação tardia não constitui fase formal da classificação clássica, apenas um prolongamento da remodelação, o que descarta a D. Resposta B

QUESTÃO 11 — Gabarito A

Indique as citocinas e/ou fatores de crescimento que estão aumentados na ferida deste paciente neste momento.

- A. TNF-alfa, IL-1 e IL-6. ✓**
- B. IL-1, IL-4 e IL-6.
- C. TNF-alfa, TGF-beta e IL-10.
- D. EGF, TGF-beta e IL-14.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ainda que o leito apresente tecido de granulação, trata-se de uma ferida crônica com quatro meses de evolução, e o traço bioquímico que define a cronicidade é justamente a persistência do estímulo pró-inflamatório, com níveis elevados de TNF-alfa, IL-1 e IL-6. Essas três citocinas mantêm o recrutamento de neutrófilos e macrófagos, estimulam a produção de metaloproteinasas e degradam matriz e fatores de crescimento, sendo o mecanismo que trava a progressão ordenada para a remodelação. A IL-4 tem perfil Th2 e ação anti-inflamatória, não estando elevada nesse contexto, o que elimina a B. TGF-beta e IL-10 são mediadores reparadores e anti-inflamatórios, característicos da resolução do processo e tipicamente reduzidos na ferida crônica, afastando a C. O EGF e o TGF-beta são fatores de crescimento pró-reparo, cuja atividade está prejudicada aqui, e a IL-14 não tem papel estabelecido na cicatrização, o que descarta a D. Resposta A

QUESTÃO 12 — Gabarito B

De acordo com as características da ferida deste paciente, neste momento, é correto afirmar:

A. As citocinas anti-inflamatórias estão em níveis elevados.

B. A quantidade de metaloproteinasas está em níveis elevados. ✓

C. O TNF-alfa diminui a produção das metaloproteinasas.

D. Quanto maior for a inflamação na ferida, maior é a probabilidade de cicatrização. Paciente, sexo masculino, 55 anos de idade, procura o ambulatório de cirurgia geral com queixa de ferida em perna direita há 4 meses após trauma contuso. O paciente relata que sofreu trauma contuso na região anterior da perna direita, que causou perda de pele. Nega dor ou outros sintomas no momento. Ao exame físico, bom estado geral; afebril; presença de ferida de cerca de 5x5cm na região ântero-lateral da perna direita, com perda da cobertura cutânea sem exposição óssea, sem sinais flogísticos, com leito avermelhado e algumas áreas esbranquiçadas, sem tecido necrótico. Diante desse caso clínico: Paciente, sexo masculino, 65 anos de idade, realizou quimioterapia neoadjuvante e está no 5º dia de pós-operatório de colectomia direita com anastomose ileocólica para tratamento de adenocarcinoma de cólon. O paciente já estava com dieta de água, chá e gelatina, quando passou a cursar com distensão e dor abdominal. Sem outras queixas. Ao exame físico, bom estado geral, corado, temperatura axilar de 38°C, FC: 108bpm, PA: 134x78mmHg; abdome levemente distendido, com dor à palpação profunda difusamente, com descompressão brusca negativa; toque retal sem alterações. Diante desse caso clínico: Situação-Problema: Questões de 13 a 15

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão fecha o raciocínio sobre o ambiente molecular da ferida crônica. O excesso persistente de citocinas pró-inflamatórias, sobretudo TNF-alfa e IL-1, mantém a quantidade de metaloproteinasas de matriz em níveis elevados, e esse desequilíbrio entre MMP e seus inibidores teciduais (TIMP) degrada colágeno recém-formado, fibronectina e fatores de crescimento, sendo a explicação clássica para a ferida que não fecha apesar de granular. As citocinas anti-inflamatórias, como IL-10 e TGF-beta, estão reduzidas e não elevadas nesse cenário, o que elimina a A. O TNF-alfa aumenta, e não diminui, a expressão de metaloproteinasas, de modo que a alternativa C inverte o mecanismo. E a relação com a inflamação é inversa à proposta na D: quanto mais intensa e prolongada a inflamação, maior a degradação de matriz e menor a probabilidade de cicatrização adequada. Resposta B

QUESTÃO 13 — Gabarito D

Indique a principal suspeita diagnóstica para este paciente, neste momento.

A. Infecção de sítio cirúrgico intra-abdominal.

B. Íleo paralítico.

C. Obstrução intestinal.

D. Fístula da anastomose ileocólica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o raciocínio diante da deterioração clínica no pós-operatório de uma anastomose ileocólica, e nesse cenário a hipótese que precisa ser levantada primeiro é sempre a falha da anastomose. A fístula anastomótica ileocólica tem pico de apresentação entre o quarto e o sétimo dia de pós-operatório e se anuncia por febre, taquicardia, dor abdominal que piora em vez de melhorar, íleo que não resolve, leucocitose e, quando já há comunicação externa, saída de conteúdo entérico ou purulento pelo dreno ou pela ferida. É a complicação de maior letalidade da cirurgia colorretal e a que muda a conduta de imediato, por isso é a principal suspeita neste momento.

A infecção de sítio cirúrgico intra-abdominal, na forma de abscesso, quase sempre é consequência de uma deiscência anastomótica, e não um diagnóstico primário independente: assumi-la como causa faz o candidato parar a investigação no meio do caminho. O íleo paralítico é diagnóstico de exclusão, tende a se resolver até o terceiro ou quarto dia e não justifica resposta inflamatória sistêmica nem piora progressiva. A obstrução intestinal mecânica por aderências é evento tardio, raro nos primeiros dias, e também não explica o componente séptico do quadro. Resposta D

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Indique a conduta que deve ser realizada neste momento.

- A. Jejum, passar sonda nasogástrica e encaminhar o paciente para a unidade de terapia intensiva.
- B. Drenagem da cavidade abdominal guiada por ultrassonografia e ampliar a antibioticoterapia.
- C. Tomografia computadorizada do abdome com contraste. ✓**
- D. Laparotomia exploradora.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre o próximo passo diante da suspeita de fístula da anastomose ileocólica, e o princípio é simples: confirmar e caracterizar a complicação antes de escolher entre tratamento percutâneo e reoperação. A tomografia computadorizada de abdome com contraste é o exame de escolha porque mostra a coleção, define seu tamanho e localização, identifica extravasamento de contraste ou pneumoperitônio tardio e ainda avalia se há janela segura para drenagem guiada. É a informação que decide toda a sequência do tratamento. Jejum, sonda nasogástrica e vaga em terapia intensiva são medidas de suporte legítimas, mas não diagnosticam nem tratam a causa, e transferir o paciente sem definir o problema apenas adia a decisão. A drenagem guiada por imagem com ampliação do esquema antimicrobiano pressupõe uma coleção já caracterizada e acessível, o que só se sabe depois da tomografia. A laparotomia exploradora está indicada quando há peritonite difusa, sepse não controlada ou instabilidade hemodinâmica, situações em que não se perde tempo com exame; fora desse contexto, reoperar sem imagem é submeter o paciente a uma cirurgia que a drenagem percutânea poderia evitar. Resposta C

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Indique o principal fator de risco para a evolução desfavorável deste paciente no pós-operatório.

- A. Introdução da dieta oral com água, chá e gelatina.
- B. Alteração do estado nutricional e imunológico. ✓**
- C. Formação de aderências intestinais no pós-operatório.
- D. Distúrbio eletrolítico no pós-operatório. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 - ACESSO DIRETO 4

COMENTÁRIO OSCELABS

O que se pede aqui é o fator de risco de maior peso para evolução desfavorável, ou seja, aquele que compromete a cicatrização da anastomose e a resposta à complicação séptica. O estado nutricional e imunológico é o principal: hipoalbuminemia, perda ponderal recente, anemia e imunossupressão reduzem a síntese de colágeno e a neovascularização na linha de sutura, aumentam a taxa de deiscência anastomótica e pioram a capacidade de conter a contaminação quando a fístula ocorre. É um marcador clássico de risco em cirurgia colorretal e entra em praticamente todos os escores de morbimortalidade perioperatória.

A introdução precoce de dieta oral com líquidos claros, água, chá e gelatina é justamente o que os protocolos de recuperação acelerada recomendam, com redução do tempo de íleo e sem aumento de deiscência, logo não é fator de risco. As aderências pós-operatórias são causa de obstrução tardia, e não de complicação séptica precoce. O distúrbio eletrolítico contribui para íleo prolongado, mas é reversível com correção clínica e não determina o desfecho como o estado nutricional e imunológico. Resposta B

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Quanto à correlação entre a termorregulação do paciente e os cuidados perioperatórios, é correto afirmar:

- A. O uso de analgésicos opioides aumenta o risco de hipotermia. ✓**
- B. O uso de propofol causa vasoconstrição, evitando a hipotermia por perda de calor.
- C. As mantas térmicas previnem hipotermia associada à instabilidade hemodinâmica.
- D. A hipotermia em vítimas de trauma é condicionada pelo tempo da cirurgia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da hipotermia perioperatória, que no paciente de trauma faz parte da tríade letal junto com acidose e coagulopatia. Os opioides, assim como os demais anestésicos, deprimem o centro termorregulador hipotalâmico e deslocam os limiares de vasoconstrição e de tremor para temperaturas mais baixas, além de promoverem vasodilatação; o resultado é redistribuição de calor do compartimento central para o periférico e perda da defesa autonômica contra o frio, o que aumenta o risco de hipotermia.

O propofol faz exatamente o oposto do que diz a alternativa: causa vasodilatação e queda rápida da temperatura central na primeira hora de anestesia, e não vasoconstrição protetora. As mantas térmicas de ar forçado são a medida mais eficaz de aquecimento ativo, mas previnem a perda de calor por convecção e radiação, não a hipotermia decorrente de hipoperfusão e choque, que exige controle do sangramento e aquecimento de fluidos e hemoderivados. A hipotermia da vítima de trauma começa antes do centro cirúrgico, com exposição na cena, infusão de cristalóide frio e má perfusão tecidual, portanto não é condicionada apenas pelo tempo de cirurgia. Resposta A

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Quanto aos eventos tromboembólicos perioperatórios, é correto afirmar:

- A. Os eventos trombóticos independem do grau de instabilidade hemodinâmica.
- B. O sistema venoso iliofemoral é a origem dos êmbolos clinicamente relevantes. ✓**
- C. A trombose relacionada ao acesso venoso central é mais comum na veia subclávia.
- D. A profilaxia está indicada com enoxaparina 1mg/kg de 12/12h para este paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é tromboembolismo perioperatório em politraumatizado, situação de altíssimo risco por imobilização, fraturas de membros inferiores, lesão endotelial e estado inflamatório, ou seja, a tríade de Virchow completa. Os êmbolos pulmonares clinicamente relevantes originam-se predominantemente das veias profundas proximais, do segmento poplíteo para cima, com destaque para o sistema iliofemoral, cujo grande calibre gera trombos volumosos capazes de obstruir a circulação pulmonar central. Trombose distal isolada de panturrilha raramente causa embolia grave sem progressão proximal.

Dizer que os eventos trombóticos independem da instabilidade hemodinâmica contraria a fisiopatologia: choque e baixo fluxo aumentam a estase e a ativação da coagulação. A trombose associada a cateter venoso central é mais frequente no acesso femoral, seguido do jugular interno, sendo a subclávia a via de menor incidência. E enoxaparina 1 mg/kg de doze em doze horas é dose plena de tratamento, não de profilaxia, que corresponde a 40 mg ao dia com ajustes por peso e função renal; usar dose terapêutica em vítima de trauma recente com fratura exposta é expor a sangramento sem indicação. Resposta B

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Quanto ao protocolo universal de segurança cirúrgica e o preparo do paciente, é correto afirmar:

- A. O antibiótico profilático deve ser administrado no momento da incisão cirúrgica.
- B. A lateralidade de procedimento cirúrgico deve ser estabelecida na sala da cirurgia.
- C. A tricotomia deve ser feita na sala cirúrgica, com uso de lâmina estéril de bisturi.

D. A clorexidina alcoólica é mais eficaz que a solução de iodo povidine na prevenção de infecção.

Paciente, sexo masculino, 45 anos de idade, vítima de trauma em colisão de moto com automóvel, deu entrada na urgência com instabilidade hemodinâmica, foi submetido à laparotomia exploradora de emergência, sendo identificado trauma esplênico grave e realizado esplenectomia total. O paciente apresentava também fratura exposta dos membros inferiores, sendo submetido à fixação externa das duas pernas pela ortopedia, para posterior fixação definitiva das fraturas em segundo tempo. O paciente evoluiu com melhora hemodinâmica e sem queixas no pós-operatório. Diante deste caso clínico: Situação-Problema: Questões de 16 a 18 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra pontos do protocolo universal de segurança cirúrgica e do preparo de pele. A evidência atual, incorporada às diretrizes de prevenção de infecção de sítio cirúrgico, mostra superioridade da clorexidina alcoólica sobre o iodopovidona aquoso na antisepsia da pele, com menor taxa de infecção, graças ao efeito residual prolongado da clorexidina e à ação rápida do álcool; o cuidado é aguardar a secagem completa antes de campos e bisturi elétrico, pelo risco de ignição.

O antibiótico profilático deve ser infundido até sessenta minutos antes da incisão, para que a concentração tecidual esteja adequada no momento do corte, e não no instante da incisão. A marcação da lateralidade é feita antes da entrada em sala, com o paciente ainda acordado e participando da conferência, justamente para evitar cirurgia em sítio errado; deixá-la para a sala anula essa barreira de segurança. A tricotomia, quando indispensável, deve ser feita com tricotomizador elétrico imediatamente antes do procedimento, pois lâmina de barbear ou de bisturi produz microlesões que aumentam a infecção de sítio cirúrgico. Resposta D

QUESTÃO 19 — Gabarito B

Identifique entre as seguintes características as mais sugestivas de um teratoma imaturo, na ultrassonografia:

- A. Presença de estruturas uniloculares e bem definidas.
- B. Presença de componentes sólido-císticos com calcificações e debris. ✓**
- C. Ausência de vascularização detectável ao Doppler, na massa.
- D. Presença de massa homogênea, anecoica e com contornos regulares.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é o de uma adolescente com massa anexial de cerca de 8 cm, e a pergunta é qual padrão ultrassonográfico sugere teratoma imaturo, um tumor maligno de células germinativas. A marca do teratoma é a heterogeneidade decorrente da presença de tecidos das três camadas germinativas: componente sólido misturado a áreas císticas, focos de calcificação, que correspondem a osso, dente ou cartilagem, e debris no interior do conteúdo cístico, atribuídos a sebo e pelos. No imaturo, o componente sólido é proporcionalmente maior e costuma apresentar vascularização ao Doppler, elemento que reforça a suspeita de malignidade. Estrutura unilocular e bem definida é o padrão de cisto simples ou funcional, sem componente sólido, classificado como lesão benigna. Ausência de vascularização detectável ao Doppler aponta para lesão inativa e benigna, contrariando o comportamento do tumor germinativo maligno. Massa homogênea, anecoica e de contornos regulares é a descrição clássica do cisto simples, praticamente excluindo teratoma. Resposta B

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Indique a conduta mais apropriada, considerando o manejo inicial da paciente com teratoma imaturo:

- A. Vigilância ativa com acompanhamento em consulta ambulatorial.
- B. Início imediato de quimioterapia.
- C. Realização de laparotomia exploratória para remoção da massa ovariana. ✓**
- D. Prescrição de analgésicos e orientação para retorno se a dor aumentar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante da suspeita de teratoma imaturo, um tumor maligno de células germinativas do ovário, a conduta inicial é cirúrgica, com finalidade simultaneamente diagnóstica e terapêutica. A histologia é a única forma de confirmar o diagnóstico e determinar o grau de imaturidade, e a cirurgia permite a remoção da massa com estadiamento adequado, tipicamente por salpingo-ooforectomia unilateral com preservação do ovário contralateral e do útero, já que a paciente tem 18 anos e a preservação da fertilidade é regra nesse tumor. Marcadores como alfafetoproteína e beta-hCG devem ser colhidos antes do procedimento.

Vigilância ambulatorial é conduta de cisto simples ou de lesão de baixo risco, inadequada para massa suspeita de malignidade. Quimioterapia não se inicia antes de diagnóstico histológico e estadiamento, e no teratoma imaturo estágio I de baixo grau ela sequer é necessária. Analgesia com orientação de retorno trata sintoma e ignora a suspeita oncológica, além de deixar de lado o risco de torção e ruptura de uma massa de 8 cm. Vale registrar que, na prática atual, a via minimamente invasiva é aceita em casos selecionados por equipe experiente, desde que sem ruptura da cápsula, mas o princípio cobrado pela banca é o da abordagem cirúrgica com remoção da massa. Resposta C

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Em relação ao prognóstico do teratoma imaturo, é correto afirmar:

- A. O teratoma imaturo é benigno, independentemente do grau de diferenciação.
- B. A recorrência é rara após o tratamento inicial.
- C. O tratamento cirúrgico não é necessário, pois a observação é suficiente.
- D. O prognóstico é geralmente bom, mas depende das características histológicas. Uma paciente de 18 anos de idade comparece ao serviço médico com queixa de dor abdominal baixa e aumento de volume abdominal. Durante a avaliação, foi realizada uma ultrassonografia pélvica, que revelou a presença de uma massa ovariana de, aproximadamente, 8cm. O médico suspeita de um teratoma imaturo. Situação-Problema: Questões de 19 a 21 CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 - ACESSO DIRETO 5 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão fecha o caso pedindo o prognóstico do teratoma imaturo. Trata-se de tumor maligno de células germinativas com prognóstico globalmente favorável, sobretudo em pacientes jovens e em doença inicial, mas que depende de fatores histológicos e de estadiamento: o grau de imaturidade, definido pela quantidade de tecido neuroepitelial imaturo por campo de grande aumento, o estágio ao diagnóstico e a presença de implantes peritoneais ou de componente de outro tumor germinativo. Lesões de grau 1 em estágio I costumam ser tratadas apenas com cirurgia, enquanto graus mais altos ou doença avançada exigem quimioterapia baseada em platina, com boas taxas de resposta.

Dizer que é benigno independentemente do grau ignora que o teratoma imaturo é, por definição, maligno, ao contrário do teratoma maduro. Afirmar que a recorrência é rara é impreciso, pois recidivas existem e concentram-se nos dois primeiros anos, exigindo seguimento com exame clínico, imagem e marcadores. E a observação isolada não substitui a cirurgia, que é a base do tratamento e do estadiamento. Resposta D

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Indique, para este caso, o momento ideal para interrupção da gestação com parto:

- A. Após estabilização dos níveis pressóricos maternos. ✓**
- B. Com 37 semanas, após controle da pressão arterial materna, para evitar a prematuridade.
- C. Imediatamente, para evitar evolução para eclâmpsia ou Descolamento Prematuro da Placenta.
- D. Com 37 semanas, após estabilização dos níveis pressóricos e das alterações laboratoriais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente tem 36 semanas e pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, definida pela pressão de 160x105 mmHg com cefaleia persistente e alteração visual, ou seja, sintomas de iminência de eclâmpsia. Nessa situação, a resolução da gestação está indicada, porque a partir de 34 semanas o risco materno supera qualquer benefício de prolongar a gravidez. O ponto cobrado é o momento: primeiro estabiliza-se a mãe, com controle pressórico por anti-hipertensivo de ação rápida e sulfato de magnésio para profilaxia de convulsão, e só então se interrompe a gestação. Parto com paciente hipertensa grave e sintomática aumenta o risco de acidente vascular cerebral, eclâmpsia intraparto e descolamento prematuro de placenta.

Interromper imediatamente, antes de estabilizar, é justamente o erro que a conduta correta evita, mesmo com a preocupação legítima de eclâmpsia e descolamento. As duas alternativas que propõem aguardar 37 semanas confundem a conduta da pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade, em que se pode esperar até o termo, com a forma grave, na qual a espera expõe mãe e feto, ainda mais neste caso com oligoidrânio. Resposta A

QUESTÃO 24 — Gabarito D

A intervenção farmacológica capaz de prevenir a eclâmpsia, no manejo da pré-eclâmpsia com critérios de gravidade é o uso de:

- A. Antihipertensivos.
- B. Gluconato de Cálcio.
- C. Corticoide.
- D. Sulfato de Magnésio. Uma paciente de 30 anos de idade, grávida de 36 semanas, apresenta-se ao Pronto-Socorro com queixas de cefaleia persistente e visão turva. Durante a avaliação, verifica-se PA: 160x105mmHg e a urina de 24 horas revela 4g de proteína. A ultrassonografia obstétrica realizada identifica feto com crescimento adequado e oligoidrânio. O médico assistente diagnostica pré-eclâmpsia com critérios de gravidade ou deterioração. Situação-Problema: Questões de 22 a 24 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta separa dois objetivos que os alunos costumam misturar: controlar a pressão arterial e prevenir a convulsão. O sulfato de magnésio é a droga que previne a eclâmpsia na pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, com redução de mais da metade no risco de convulsão comprovada em ensaios clínicos como o Magpie, e também é o tratamento da crise convulsiva instalada. Age por estabilização de membrana e antagonismo do receptor NMDA, com efeito vasodilatador cerebral, e exige monitorização de reflexo patelar, frequência respiratória e diurese durante a infusão.

Os anti-hipertensivos, como hidralazina, nifedipino e labetalol, reduzem o risco de acidente vascular cerebral hemorrágico ao controlar a pressão, mas não previnem convulsão. O gluconato de cálcio não tem papel profilático: é o antídoto da intoxicação por magnésio, usado quando surgem arreflexia, depressão respiratória ou bradicardia. O corticoide serve à maturação pulmonar fetal antes de 34 semanas e não interfere no risco de eclâmpsia, sendo desnecessário nesta idade gestacional de 36 semanas. Resposta D

QUESTÃO 25 — Gabarito D

De acordo com a classificação FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia - para leiomiomas uterinos, o termo FIGO 3, atribuída ao leiomioma desta paciente, significa:

- A. O leiomioma está localizado inteiramente na camada subserosa do útero.
- B. O leiomioma é submucoso, com mais de 50% do volume invadindo a cavidade uterina.
- C. O leiomioma é intramural, sem contato com o endométrio.
- D. O leiomioma é intramural, em contato com o endométrio, mas sem invadir a cavidade uterina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A classificação FIGO para leiomiomas, também chamada sistema PALM-COEIN para miomas, ordena as lesões de 0 a 8 conforme a relação com o endométrio e com a serosa, o que orienta diretamente a via de tratamento. O tipo 3 é o mioma inteiramente intramural que, apesar de não protruir para dentro da cavidade, faz contato com o endométrio; por isso é frequentemente sintomático em termos de sangramento e de infertilidade, embora não seja abordável por via histeroscópica, ao contrário dos tipos 0, 1 e 2.

Mioma inteiramente subseroso corresponde aos tipos 6 e 7, este último pediculado, e não ao tipo 3. Mioma submucoso com predomínio intracavitário corresponde ao tipo 0, quando totalmente intracavitário, ou ao tipo 1, quando menos de 50 por cento do volume é intramural, ou seja, mais da metade dentro da cavidade. Mioma intramural sem qualquer contato com o endométrio é o tipo 4, exatamente o que diferencia o 3 do 4: a presença ou não desse contato. Resposta D

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Identifique o tratamento medicamentoso mais indicado para reduzir o tamanho do leiomioma antes de um procedimento cirúrgico, caso venha a ser indicado:

- A. Análogos de GnRH. ✓**
- B. Anticoncepcionais orais combinados.
- C. Anti-inflamatórios não esteroides (AINEs).
- D. Inibidores da aromatase.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o único tratamento clínico com efeito comprovado sobre o VOLUME do mioma, e não apenas sobre o sangramento. Os análogos de GnRH (leuprorrelina, goserrelina) promovem dessensibilização hipofisária e hipoestrogenismo profundo, reduzindo o volume uterino e do leiomioma em cerca de 35% a 60% após 3 a 6 meses de uso; por isso são o preparo pré-operatório clássico, com o benefício adicional de corrigir a anemia por amenorreia antes da miomectomia. O uso é limitado a curto prazo pela perda de massa óssea e pelo efeito rebote após a suspensão. Os anticoncepcionais orais combinados controlam o fluxo menstrual e a dismenorreia, mas não reduzem o volume do mioma, além de serem incompatíveis com o desejo gestacional imediato. Os anti-inflamatórios não esteroides diminuem a dor e reduzem modestamente o volume do sangramento pela inibição de prostaglandinas, sem qualquer ação sobre o tamanho da lesão. Os inibidores da aromatase têm evidência escassa, não são aprovados para essa indicação e não figuram como preparo pré-operatório de rotina. Resposta A

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Indique quando essa paciente poderá começar a tentar engravidar com segurança, após um procedimento cirúrgico para tratamento do leiomioma em questão:

A. De imediato.

B. Após 1 mês.

C. Após, pelo menos, 6 meses. ✓

D. Após 1 mês, sendo contraindicado o parto por via vaginal. Uma paciente de 36 anos de idade, tentando engravidar, sem histórico de doenças ginecológicas relevantes, queixa-se de menstruação abundante e dor pélvica intermitente. Ao exame físico, o útero está aumentado e sensível. Uma ultrassonografia transvaginal revela a presença de um leiomioma intramural de classificação FIGO 3, de 5cm, localizado na parede posterior do útero, com características sugestivas de degeneração. A paciente está interessada em discutir opções de tratamento, já que deseja manter a fertilidade. Situação-Problema: Questões de 25 a 27 CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 - ACESSO DIRETO 6

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto avaliado é a cicatrização do miométrio após miomectomia e o risco de rotura uterina em gestação subsequente. Trata-se de leiomioma intramural FIGO 3, de 5 cm, cuja exérese exige histerotomia com sutura em planos e formação de cicatriz miometrial que precisa de tempo para remodelamento e ganho de resistência tênsil. A recomendação consagrada é aguardar pelo menos 6 meses antes de nova tentativa de gravidez, intervalo em que a cicatriz já completou a fase de maturação do colágeno; alguns serviços estendem para 6 a 12 meses quando a cavidade foi aberta ou houve múltiplos miomas. Tentar de imediato expõe a paciente a rotura uterina e a implantação sobre área ainda em cicatrização. Após 1 mês o miométrio ainda está na fase inflamatória/proliferativa da reparação, prazo insuficiente por qualquer critério. A última alternativa erra no prazo e também generaliza a contraindicação de parto vaginal: a via de parto é decidida caso a caso e a cesárea é indicada sobretudo quando a cavidade endometrial foi invadida ou a miomectomia foi extensa. Resposta C

QUESTÃO 28 — Gabarito C

Considerando a situação descrita, indique o diagnóstico e a classificação da doença:

A. Crise Aguda Moderada; Asma não controlada.

B. Crise Aguda Moderada; Asma parcialmente controlada.

C. Crise Aguda Grave; Asma não controlada. ✓

D. Crise Aguda Grave; Asma parcialmente controlada.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne dois julgamentos distintos que a questão exige separar: a gravidade da exacerbação atual e o grau de controle da doença de base. A menina chega com dificuldade INTENSA para respirar, sibilância, aperto torácico e agitação/ansiedade, quadro que corresponde a crise aguda grave, e não moderada; na crise grave o paciente apresenta desconforto marcado, fala entrecortada, agitação, taquipneia e uso de musculatura acessória, enquanto na moderada há dispneia aos esforços, fala em frases e resposta rápida ao broncodilatador. Quanto ao controle, os critérios do GINA avaliam nas últimas 4 semanas sintomas diurnos mais de 2 vezes por semana, despertares noturnos, necessidade de resgate mais de 2 vezes por semana e limitação de atividades: a paciente tem sintomas quase diários, despertares noturnos frequentes e uso de resgate apesar de corticoide inalatório regular, ou seja, três ou mais critérios, o que define asma NÃO controlada. Asma parcialmente controlada exigiria apenas um ou dois critérios presentes, o que não é o caso, e classificar a crise como moderada subestima a gravidade e atrasa a conduta. Resposta C

QUESTÃO 29 — Gabarito D

Além de oxigenoterapia, o tratamento farmacológico de primeira linha, no momento, para o caso descrito:

- A. Broncodilatador via endovenosa e corticosteroides inalatórios.
- B. Broncodilatador e corticosteroides inalatórios.
- C. Broncodilatador e corticosteroides inalatórios e antibioticoterapia empírica.

D. Broncodilatador inalatório, corticosteroide sistêmico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre o tratamento farmacológico de primeira linha da exacerbação asmática grave na sala de emergência, associado à oxigenoterapia. O esquema inicial obrigatório é broncodilatador de curta ação por via inalatória (salbutamol ou fenoterol, em nebulização ou espaçador, com doses repetidas na primeira hora e associação de brometo de ipratrópio nos casos graves) somado a corticosteroide sistêmico precoce, por via oral ou endovenosa, idealmente na primeira hora, pois é o corticoide sistêmico que reduz a inflamação, previne recaída e diminui internação. Broncodilatador endovenoso não é primeira linha e fica reservado a casos refratários, com risco cardiovascular e arritmias. Corticosteroide inalatório é medicação de controle de manutenção e não tem início de ação suficiente para reverter a crise instalada, portanto não substitui o sistêmico em nenhuma das opções que o trazem isoladamente. Antibioticoterapia empírica não está indicada na exacerbação de asma, que na maioria das vezes é desencadeada por vírus ou por má adesão, e só entra se houver evidência clara de infecção bacteriana, como pneumonia documentada. Resposta D

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Dentre os exames a seguir, o mais adequado para avaliação desta paciente, no momento:

- A. Gasometria venosa.
- B. Gasometria arterial. ✓**
- C. Radiografia de tórax.
- D. (FeNO) Óxido Nítrico Exalado. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 - ACESSO DIRETO 7

COMENTÁRIO OSCELABS

Em crise asmática grave, o exame que muda conduta é o que informa sobre troca gasosa e fadiga muscular respiratória. A gasometria arterial fornece PaO₂, PaCO₂ e pH: o achado clássico na crise é alcalose respiratória com hipocapnia pela hiperventilação, e a normalização ou a elevação da PaCO₂ em paciente ainda dispneico é sinal de exaustão e indicação de vigilância para ventilação mecânica, além de detectar hipoxemia e acidose. Por isso é o exame mais adequado neste momento. A gasometria venosa avalia razoavelmente pH e bicarbonato, mas não permite julgar oxigenação nem interpretar de forma confiável a PaCO₂, que é justamente o dado prognóstico aqui. A radiografia de tórax não é rotina na exacerbação asmática e fica reservada à suspeita de complicação, como pneumotórax, pneumomediastino ou pneumonia, ou à falta de resposta ao tratamento. O óxido nítrico exalado é marcador de inflamação eosinofílica usado no seguimento ambulatorial e no ajuste de terapia de controle, sem qualquer utilidade na avaliação de gravidade da crise aguda. Resposta B

QUESTÃO 31 — Gabarito D

Considerando os dados clínicos do caso, indique o agente etiológico mais provável:

- A. *Streptococcus agalactiae*.
- B. *Haemophilus influenzae*.
- C. *Listeria monocytogenes*.

D. *Neisseria meningitidis*. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 10 meses com febre alta, irritabilidade, vômitos, rebaixamento do nível de consciência, fontanela anterior abaulada e exantema petequeial disseminado configura meningite bacteriana com meningococemia associada. O dado que define a etiologia é a associação de meningite com lesões purpúrico-petequiais de instalação rápida, marca registrada da *Neisseria meningitidis*, que também é o agente mais frequente de meningite bacteriana fora do período neonatal em crianças e adolescentes no Brasil. *Streptococcus agalactiae* é agente do período neonatal e dos primeiros dois a três meses de vida, transmitido no canal de parto, e não se enquadra nesta idade nem cursa com púrpura fulminante típica. *Haemophilus influenzae* tipo b teve incidência drasticamente reduzida após a introdução da vacina conjugada no calendário básico e não costuma cursar com o exantema petequeial descrito. *Listeria monocytogenes* acomete recém-nascidos, gestantes, idosos e imunossuprimidos, sendo excepcional em lactente previamente hígido de 10 meses. Resposta D

QUESTÃO 32 — Gabarito B

O objetivo principal do tratamento inicial deste paciente:

- A. Reduzir a febre e aliviar a dor de cabeça.

B. Evitar a progressão para choque séptico. ✓

- C. Prevenir complicações respiratórias.

- D. Regularizar o monograma. Menino de 10 meses de vida é encaminhado à Emergência, com febre alta, irritabilidade e choro persistente há dois dias. Passou a apresentar vômitos há 12 horas e está recusando o leite materno. Apresentou tremores a caminho da Unidade de Saúde e está muito prostrado. Ao exame físico, não responde a estímulos; está febril, pálido, e apresenta pequenas manchas avermelhadas em várias regiões do corpo. A fontanela anterior está abaulada para fora. Situação-Problema: Questões de 31 a 33

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa se o candidato reconhece que a doença meningocócica é uma emergência de tempo, em que o desfecho depende da rapidez da antibioticoterapia e da ressuscitação. O paciente já apresenta sinais de gravidade — prostração intensa, não responsividade a estímulos, palidez e petéquias disseminadas —, ou seja, está em sepse com risco iminente de evoluir para choque séptico e púrpura fulminante, com falência de múltiplos órgãos e insuficiência adrenal por hemorragia (síndrome de Waterhouse-Friderichsen). Assim, o objetivo central do tratamento inicial é iniciar antibiótico endovenoso precoce e suporte hemodinâmico para impedir essa progressão. Reduzir febre e cefaleia é medida sintomática e não altera prognóstico, sendo perigoso tratá-la como prioridade. Prevenir complicações respiratórias não é o eixo do quadro, que é séptico e neurológico, e não primariamente pulmonar. Regularizar o hemograma não é objetivo terapêutico: as alterações hematológicas são consequência da sepse e se corrigem com o controle do foco infeccioso. Resposta B

QUESTÃO 33 — Gabarito A

Com relação à profilaxia dos contatos íntimos do paciente em foco, indique a conduta mais adequada:

A. Profilaxia com rifampicina. ✓

B. Vacinação dos contatos íntimos.

C. Não há necessidade de profilaxia específica.

D. Administrar imunoglobulina a todos os familiares. Situação-Problema: Questões de 28 a 30 Menina de 10 anos de idade chega à Unidade de Pronto Atendimento acompanhada por sua mãe, apresentando dificuldade intensa para respirar, chiado no peito e sensação de aperto torácico, que piorou nas últimas 48 horas. Desde os 4 anos de idade, houve múltiplas internações por quadros semelhantes. Nos últimos meses, tem apresentado sintomas quase que diariamente, e despertares noturnos frequentes. Tem usado corticosteroide inalatório regularmente, além de medicamentos de resgate. Está ansiosa porque tem sido necessário se afastar de atividades físicas na escola, devido à falta de ar. Ao exame físico, observa-se desconforto respiratório, com FR: 40ipm, SatO₂: 88% em ar ambiente, Temp: 36,6°C; sibilos difusos à ausculta pulmonar e uso de musculatura acessória para respirar.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é quimioprofilaxia da doença meningocócica, indicada para contatos íntimos com o objetivo de erradicar o estado de portador nasofaríngeo e interromper a cadeia de transmissão. A conduta preconizada pelo Ministério da Saúde é rifampicina para os contatos domiciliares e íntimos, na dose de 10 mg/kg a cada 12 horas por 2 dias em crianças (600 mg de 12 em 12 horas por 2 dias em adultos), iniciada preferencialmente nas primeiras 24 a 48 horas da identificação do caso; ceftriaxona e ciprofloxacino são alternativas, sendo a ceftriaxona a opção em gestantes. Vacinação isolada não protege os contatos no curto prazo, porque a resposta imune leva semanas e a vacina não elimina o portador — ela é medida complementar, sobretudo em surtos e conforme o sorogrupo identificado, mas não substitui a quimioprofilaxia. Afirmar que não há necessidade de profilaxia ignora a doença de notificação compulsória imediata e o risco elevado de casos secundários entre contatos próximos. Imunoglobulina não tem qualquer papel na profilaxia da doença meningocócica, ao contrário do que ocorre em outras exposições, como hepatite B ou varicela. Resposta A

QUESTÃO 34 — Gabarito B

De acordo com os dados clínicos do caso, indique a faixa etária mais comumente afetada pela doença responsável pela situação descrita:

A. Menores de 2 anos.

B. Entre 5 e 14 anos. ✓

C. Entre 15 e 20 anos.

D. Adultos de 20 a 30 anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro de poliúria, polidipsia, emagrecimento apesar de apetite preservado, evoluindo com dor abdominal, vômitos, sonolência, respiração de Kussmaul e desidratação, com glicemia de 480 mg/dL, é cetoacidose diabética como abertura de diabetes melito tipo 1 em criança previamente hígida. A questão pergunta a faixa etária mais comumente acometida pela doença de base: o DM1 tem distribuição bimodal na infância, com um pico entre 4 e 6 anos e outro, o mais expressivo, na pré-puberdade e puberdade, entre 10 e 14 anos, de modo que o intervalo de 5 a 14 anos concentra a maior parte dos diagnósticos, exatamente onde se situa a paciente de 8 anos. Menores de 2 anos correspondem a uma minoria dos casos, embora sejam justamente os que mais abrem o quadro já em cetoacidose por diagnóstico tardio. As faixas de 15 a 20 anos e de 20 a 30 anos apresentam incidência decrescente do tipo 1 clássico; nessa idade adulta jovem predominam formas de instalação mais lenta, como o LADA, e não o pico epidemiológico cobrado. Resposta B

QUESTÃO 35 — Gabarito C

O exame que deve ser realizado para avaliar a gravidade do quadro desta paciente, naquele momento:

- A. Ultrassonografia abdominal.
- B. Eletrocardiograma.

C. Gasometria arterial. ✓

D. Raio-X de tórax. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 - ACESSO DIRETO 8 Homem de 38 anos de idade, há três meses começou a apresentar tosse persistente, inicialmente seca, mas que evoluiu para tosse produtiva, com escarro amarelado. Refere perda de peso de cerca de 8kg e fadiga, febre baixa predominante à tarde. É morador de comunidade em periferia urbana. Vive em uma casa pequena, e divide o espaço com quatro familiares, incluindo duas crianças pequenas. Nenhum dos familiares apresenta sintomas no momento, mas todos convivem em contato próximo. Ao exame, apresenta-se emagrecido. Mucosas hipocrômicas. FR: 24ipm, PR: 91bpm, Temp: 36,8°C. Sem linfonodos cervicais e axilares patológicos. Ap resp: presença de crépitos e roncos que se intensificam pós tosse em terço superior de pulmão direito. O paciente relata que trabalha como pedreiro, mas tem se sentido muito cansado e, muitas vezes, falta ao trabalho devido aos sintomas. Situação-Problema: Questões de 37 a 39

COMENTÁRIO OSCELABS

Na cetoacidose diabética, quem define gravidade não é a glicemia, e sim o grau de acidose. A gasometria arterial fornece pH e bicarbonato, que são os parâmetros de classificação: cetoacidose leve com pH menor que 7,3 e bicarbonato menor que 15 mEq/L, moderada com pH menor que 7,2 e bicarbonato menor que 10, e grave com pH menor que 7,1 e bicarbonato menor que 5; a gasometria ainda permite calcular o ânion gap e acompanhar a resposta ao tratamento, além de estimar a compensação respiratória traduzida clinicamente pela respiração de Kussmaul. Por isso é o exame que estratifica a paciente naquele momento. A ultrassonografia abdominal não avalia gravidade e apenas serviria para afastar causas cirúrgicas de dor, sendo a dor abdominal aqui explicada pela própria cetoacidose. O eletrocardiograma é útil como leitura indireta de distúrbio do potássio, mas é complementar e não classifica a acidose. A radiografia de tórax só entra se houver suspeita de foco infeccioso desencadeante, o que não é o dado que gradua a doença. Resposta C

QUESTÃO 36 — Gabarito A

O principal objetivo do tratamento imediato da situação atual, a partir dos dados clínicos apresentados:

A. Corrigir o desequilíbrio ácido-base e os níveis de cetonas e eletrólitos. ✓

- B. Estabilizar a pressão arterial e prevenir insuficiência renal.
- C. Aumentar a glicemia para níveis normais.

D. Controlar a dor abdominal. Situação-Problema: Questões de 34 a 36 Menina de 8 anos de idade, previamente sadia, chega à Unidade de Pronto Atendimento com história de fraqueza intensa, sede excessiva e aumento da frequência urinária há duas semanas. Há relato de perda de peso nesse período,

embora se alimente normalmente. Nas últimas 24 horas, passou a apresentar dor abdominal, náuseas e vômitos frequentes. Ao exame, está sonolenta, taquicárdica, com movimentos respiratórios rápidos e profundos e prega cutânea com retorno prolongado. Exames Laboratoriais: Glicemia: 480 mg/dL Gasometria arterial: pH: 7,15; Bicarbonato: 10mEq/L; Anion gap: 22mEq/L Cetonúria: (+++) Potássio sérico: 4,0mEq/L; Sódio sérico: 130mEq/L; Creatinina sérica: 1,0mg/dL

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o alvo terapêutico imediato da cetoacidose diabética, que é revertê-la como distúrbio metabólico global e não tratar sintomas isolados. O tripé do manejo é hidratação venosa vigorosa para corrigir a desidratação e a hipoperfusão, insulinoterapia contínua para interromper a cetogênese e permitir a normalização do pH e do bicarbonato, e reposição cuidadosa de eletrólitos, sobretudo potássio, que apesar de sérico normal ou alto está profundamente depletado no intracelular e despenca com a insulina — daí a correção do desequilíbrio ácido-base, das cetonas e dos eletrólitos ser o objetivo principal. Estabilizar a pressão e prevenir insuficiência renal é consequência da expansão volêmica, e não a meta que orienta o tratamento. Aumentar a glicemia é o oposto do necessário, já que a paciente está com 480 mg/dL; a glicose só é acrescentada ao soro quando cai abaixo de 250 a 300 mg/dL para permitir manter a insulina até fechar o ânion gap. Controlar a dor abdominal é medida sintomática de um achado que regride com a correção da acidose. Resposta A

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Indique o critério empregado para definir este paciente como portador de tosse crônica, segundo os critérios empregados no SUS para fins epidemiológicos.

- A. Tosse persistente mais de 10 dias com escarro purulento.
- B. Tosse persistente há mais de 8 semanas, independente de outros sintomas. ✓**
- C. Tosse persistente mais de 4 semanas com perda ponderal e febre.
- D. Tosse com perda ponderal e febre independente da duração.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de tosse arrastada por três meses, com escarro purulento, perda de 8 kg, fadiga e febre vespertina em morador de comunidade com aglomeração domiciliar, ou seja, tuberculose pulmonar até prova em contrário. A pergunta, porém, é conceitual: qual o critério que define TOSSE CRÔNICA. A definição consagrada é temporal e independe da presença de outros sintomas — tosse persistente por mais de 8 semanas no adulto (mais de 4 semanas na criança), enquanto a tosse aguda dura até 3 semanas e a subaguda de 3 a 8 semanas. Por isso a alternativa correta ancora-se apenas na duração, sem exigir escarro, febre ou emagrecimento. Tosse por mais de 10 dias com escarro purulento descreve quadro agudo, compatível com infecção de via aérea, e não define cronicidade. Tosse por mais de 4 semanas com perda ponderal e febre mistura duração intermediária com sintomas constitucionais, criando um critério que não corresponde à definição. Tosse com perda ponderal e febre independente da duração abandona o eixo temporal, que é justamente o núcleo do conceito. Vale a ressalva de que, para fins de busca ativa de sintomático respiratório de tuberculose, o Ministério da Saúde adota o corte de tosse por 3 semanas ou mais, e nesse recorte específico o enunciado é discutível; ainda assim, a definição de tosse crônica propriamente dita é a de mais de 8 semanas. Resposta B

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Os filhos menores deste paciente foram vacinados contra BCG. Quanto a esta vacinação, é correto afirmar que protege contra:

- A. Meningite por tuberculose e tuberculose miliar. ✓**
- B. Primoinfecção tuberculosa.
- C. Tuberculose pós-primária.

D. Tuberculose extra pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o alcance real da proteção conferida pela BCG, tema recorrente porque a vacina é frequentemente supervalorizada. A BCG é feita com bacilo de Calmette-Guérin atenuado, derivado do *Mycobacterium bovis*, e sua eficácia demonstrada em ensaios e metanálises está na prevenção das formas graves e disseminadas da tuberculose na criança pequena: a meningoencefalite tuberculosa e a tuberculose miliar, com proteção da ordem de 75% a 85% para esses desfechos. É justamente por isso que o Programa Nacional de Imunizações mantém a dose única ao nascer, na maternidade, para recém-nascidos com peso igual ou maior que 2.000 g — o objetivo é blindar o lactente contra a disseminação hematogênica no período de maior vulnerabilidade, e não interromper a cadeia de transmissão. B está errada porque a vacina não impede a infecção pelo bacilo: o contato domiciliar com um caso bacilífero pode produzir primoinfecção mesmo em criança vacinada, e é por isso que os filhos deste paciente continuam precisando de investigação de contatos. C está errada porque a BCG não protege contra a tuberculose pós-primária, a forma pulmonar de reativação do adolescente e do adulto — se protegesse, a vacinação universal já teria controlado a endemia. D é ampla demais: a proteção alcança formas extrapulmonares hematogênicas graves do lactente, mas não o conjunto das apresentações extrapulmonares (pleural, ganglionar, óssea, renal) que aparecem em faixas etárias maiores. Resposta A

QUESTÃO 39 — Gabarito A

O paciente foi confirmado como doente com tuberculose pulmonar. Indique o tipo de profilaxia a ser empregada para os familiares contactantes:

- A. Isoniazida para os assintomáticos com PPD ou IGRA reatores após triagem para doença ativa. ✓
- B. Vacinação com BCG para contactantes, independente do histórico vacinal.
- C. Uso de rifampicina durante 4 meses para todos os contactantes.
- D. Terapia com isoniazida para os menores de 5 anos após PPD. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 - ACESSO DIRETO 9

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso trata da abordagem dos comunicantes de um caso índice de tuberculose pulmonar confirmada, situação em que a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde tem uma sequência obrigatória: primeiro afastar doença ativa, depois investigar infecção latente, e só então tratar. Todos os contatos são avaliados clinicamente e, havendo sintomático respiratório ou alteração de imagem, a investigação é de tuberculose-doença, não de infecção latente. Nos assintomáticos, solicita-se prova tuberculínica (PPD) ou IGRA; sendo reator — ponto de corte de 5 mm de induração para contatos, conforme o manual brasileiro — e excluída doença ativa por avaliação clínica e radiografia de tórax, indica-se o tratamento da infecção latente, classicamente com isoniazida por 6 a 9 meses (270 doses), tendo rifampicina por 4 meses e o esquema rifapentina-isoniazida semanal por 3 meses como alternativas. É exatamente essa a lógica descrita em A. B está errada porque a BCG não tem papel pós-exposição em contatos já expostos e nem sequer é indicada fora da faixa etária preconizada; a única exceção do calendário é o recém-nascido de mãe bacilífera, que recebe quimioprofilaxia primária e a BCG apenas ao final dela. C erra ao propor rifampicina indiscriminadamente para todos os contatos, sem triagem de doença ativa — tratar tuberculose ativa com droga única é a receita para monorresistência. D restringe demais o alvo, deixando de fora adolescentes, adultos e imunossuprimidos que sejam reatores, além de ignorar que a criança menor de 5 anos com PPD inicialmente não reator precisa de repetição do teste em 8 semanas. Resposta A

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Indique o principal objetivo de fazer reposição hormonal em pacientes como esta, com base na eficácia terapêutica demonstrada:

- A. Redução do risco cardiovascular.
- B. Prevenção de demência senil.
- C. Alívio dos sintomas e melhora da qualidade de vida. ✓**
- D. Prevenção do câncer de mama.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta é de uma mulher de 52 anos com menopausa há um ano, fogachos intensos, suores noturnos com insônia e ressecamento vaginal — ou seja, síndrome climatérica sintomática. A pergunta cobra o único desfecho para o qual a terapia hormonal tem eficácia consistentemente demonstrada em ensaios clínicos: o controle dos sintomas vasomotores e geniturinários, com ganho direto de qualidade de vida e de sono. É essa a indicação formal da terapia hormonal segundo as sociedades de menopausa e as diretrizes brasileiras, restrita à mulher sintomática, na chamada janela de oportunidade (até 60 anos ou até 10 anos de menopausa), na menor dose eficaz. A está errada porque o Women's Health Initiative sepultou a indicação cardiovascular: a terapia hormonal não deve ser prescrita para prevenção primária ou secundária de doença coronariana, e no braço estrogênio-progestagênio houve aumento de eventos coronarianos e de acidente vascular encefálico. B está errada pelo mesmo estudo — o braço WHIMS mostrou aumento, e não redução, do risco de demência em mulheres que iniciaram a terapia após os 65 anos. D inverte o efeito conhecido: a terapia combinada por tempo prolongado associa-se a aumento discreto do risco de câncer de mama, motivo pelo qual se reavalia periodicamente a manutenção do tratamento. Resposta C

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Indique o esquema de reposição hormonal preconizado para esta paciente, no Brasil:

- A. Estrogênio isolado via oral ou transdérmica.
- B. Estrogênio combinado com progestagênio, oral ou transdérmica. ✓**
- C. Progestagênio isolado via oral, sem uso de estrogênio.
- D. Estrogênio combinado com testosterona, por via oral. Mulher, 52 anos de idade, lavadeira. Na consulta à Unidade de Saúde da Família, queixa-se de fogachos intensos e suores noturnos há cerca de 6 meses. As ondas de calor surgem várias vezes ao dia, são súbitas e duram cerca de 3 a 5 minutos. Tem dificuldades para dormir devido aos suores noturnos. Relata menopausa há 1 ano, quando surgiram os sintomas, desde então vêm se intensificando. Sem sangramento vaginal há mais de 12 meses e relata ressecamento vaginal. Última consulta ginecológica há 2 anos, quando os exames de rotina foram normais. Nega história familiar de câncer de mama ou de trombose e nunca fez reposição hormonal. A paciente também nega tabagismo e possui uma dieta regular. Exame físico sem alterações com PA: 125x78mmHg e IMC- 24kg/m²
Situação-Problema: Questões de 40 a 42

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a regra mais simples e mais cobrada da terapia hormonal da menopausa: a escolha do esquema depende da presença ou não do útero. A paciente de 52 anos tem menopausa há um ano e nada no enunciado indica histerectomia; portanto, ela tem endométrio a proteger. O estrogênio isolado produz estímulo proliferativo endometrial contínuo, com aumento comprovado de hiperplasia e de adenocarcinoma de endométrio, risco que é neutralizado pela associação de um progestagênio, seja em esquema contínuo combinado (mais apropriado aqui, já que está em amenorreia há mais de 12 meses) ou sequencial. A via pode ser oral ou transdérmica, sendo a transdérmica preferida em obesas, hipertrigliceridêmicas, hepatopatas e naquelas com maior risco tromboembólico, por evitar a primeira passagem hepática. A está errada porque o estrogênio isolado só é aceitável na mulher histerectomizada. C está errada porque o progestagênio isolado não é o esquema preconizado para a síndrome climatérica com fogachos e atrofia vaginal — é recurso de exceção quando há contraindicação ao estrogênio, com eficácia inferior nos sintomas geniturinários. D erra duas vezes: a testosterona não compõe o esquema padrão de reposição, tendo indicação restrita ao transtorno do desejo sexual hipoativo já em uso de estrogênio, e a via oral é evitada por hepatotoxicidade e efeito adverso sobre o perfil lipídico. Resposta B

QUESTÃO 42 — Gabarito D

A situação que representa contraindicação absoluta para reposição hormonal é:

- A. Doença hepática ativa.
- B. História familiar de cardiopatia coronariana.
- C. Osteoporose confirmada por densitometria óssea.

D. Trombose venosa profunda prévia. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 - ACESSO DIRETO 10 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta cobra a lista de contraindicações absolutas à terapia hormonal da menopausa, item obrigatório antes de qualquer prescrição. A trombose venosa profunda prévia é contraindicação absoluta clássica: o estrogênio, sobretudo por via oral, aumenta a síntese hepática de fatores de coagulação e reduz anticoagulantes naturais, elevando de duas a três vezes o risco de novo evento tromboembólico — e em quem já trombosou o risco basal de recorrência já é alto, tornando o balanço claramente desfavorável. As demais contraindicações absolutas reconhecidas são câncer de mama ou de endométrio atual ou prévio, sangramento genital de causa não esclarecida, doença coronariana e acidente vascular encefálico estabelecidos, porfiria e hepatopatia grave. B está errada porque história familiar de doença coronariana é fator de risco a ser considerado na decisão, não impedimento formal — a contraindicação recai sobre a doença estabelecida na própria paciente. C inverte o raciocínio: a osteoporose é justamente um dos efeitos benéficos da terapia hormonal sobre a massa óssea, ainda que não seja indicação isolada para iniciá-la. A traz uma situação também listada entre as contraindicações na maioria dos manuais, o que torna o item discutível; a banca privilegiou D provavelmente por exigir que a hepatopatia fosse grave ou descompensada para contraindicar, ao passo que a trombose prévia contraindica sem qualquer qualificação adicional. Resposta D

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Com relação à necessidade de antibioticoterapia sistêmica neste paciente, é correto afirmar que:

- A. A ulceração descrita é compatível com lesão isquêmica, sem indicação no momento para o uso de antibióticos sistêmicos.
- B. A presença de pulsos periféricos diminuídos e dor moderada justifica o início de antibioticoterapia.

C. A presença de exsudato, edema e rubor indica infecção, sendo necessário o início de antibioticoterapia sistêmica. ✓

- D. A glicemia elevada (240mg/dl) é o principal critério que indica o uso de antibióticos sistêmicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de pé diabético em homem de 57 anos com diabetes tipo 2 de longa data, mau controle glicêmico e úlcera em evolução há três meses. A definição de infecção no pé diabético não é laboratorial nem microbiológica: é clínica. Pelos critérios do IWGDF/IDSA, considera-se ferida infectada quando há secreção purulenta ou pelo menos dois sinais de inflamação local — eritema, edema ou endurecimento, dor ou hipersensibilidade, calor local. A vinheta descreve exsudato, edema e rubor, o que fecha o critério e indica antibioticoterapia sistêmica, direcionada empiricamente a cocos gram-positivos nas infecções leves e com espectro ampliado para gram-negativos e anaeróbios nas moderadas a graves ou em ferida crônica previamente tratada. A está errada porque a lesão isquêmica pura não cursa com exsudato, edema e rubor; além disso, isquemia e infecção coexistem com frequência no pé diabético, e a presença de doença arterial agrava o prognóstico em vez de dispensar o antibiótico. B erra ao usar pulsos diminuídos e dor como gatilho de antibiótico — pulso reduzido traduz doença arterial periférica e exige avaliação vascular, não antimicrobiano. D confunde marcador de descontrole metabólico com critério de infecção: a hiperglicemia de 240 mg/dL precisa ser corrigida e pode ser consequência da infecção, mas nunca é o critério que a define. Resposta C

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Indique a melhor conduta inicial para o manejo deste paciente, considerando o cenário para o tratamento.

A. Iniciar tratamento com antibióticos orais e manter o paciente em repouso absoluto, revisitando-o com uma semana.

B. Iniciar tratamento com antibióticos orais e referenciar o paciente ao serviço hospitalar para acompanhamento. ✓

C. Encaminhar o paciente para avaliação cirúrgica ambulatorial em unidade de cuidados secundários, para debridamento.

D. Estabelecer cuidados diários (debridamento e curativo) pelo agente de saúde, com ajuste da medicação para o controle glicêmico. Homem, 57 anos de idade, residente em uma área rural de difícil acesso, é portador de diabetes mellitus tipo 2 há 12 anos. Em visita domiciliar, ele relata usar metformina 850mg, 3 vezes ao dia, e não faz com frequência o controle de glicemia. Não tem usado a medicação, em virtude da dificuldade de comparecer à Unidade de Saúde. Nos últimos três meses, começou a notar uma ferida no pé esquerdo, que inicialmente era pequena, mas que tem aumentado de tamanho, com bordas endurecidas e exsudato purulento esporádico. Também apresenta dor de intensidade moderada que piora ao andar, mas continua trabalhando na lavoura. Ao exame físico, observa-se uma úlcera plantar com secreção amarela serosa, presença de pulsos periféricos diminuídos e uma área ao redor da lesão com edema discreto e rubor. Foi feita uma glicemia capilar: 240mg/dl no momento da consulta. Situação-Problema: Questões de 43 a 45

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão soma o julgamento clínico ao contexto assistencial: paciente rural, de difícil acesso, sem adesão à metformina, com úlcera de pé diabético em crescimento há três meses, sinais locais de infecção e glicemia de 240 mg/dL. Ferida infectada, profunda e de evolução arrastada, em paciente com descontrole metabólico e barreira geográfica ao seguimento, é situação de risco elevado de progressão para infecção profunda, osteomielite e perda do membro. A conduta correta é não perder tempo: iniciar antibioticoterapia e garantir a referência ao serviço hospitalar, onde será possível avaliar extensão e profundidade, pesquisar acometimento ósseo, avaliar perfusão, desbridar e ajustar o tratamento — princípio do cuidado compartilhado entre atenção primária e níveis de maior complexidade. A está errada porque manter o paciente em casa com revisão apenas em uma semana, num cenário em que ele já demonstrou não conseguir retornar à unidade, é aceitar a evolução silenciosa da infecção. C atrasa o cuidado ao empurrar para avaliação ambulatorial eletiva um quadro que já tem sinais de infecção ativa e paciente sem retaguarda para deslocamentos repetidos. D delega ao agente comunitário de saúde procedimentos que não são de sua competência — desbridamento é ato médico ou de enfermagem qualificada — e ainda deixa a infecção sem antibiótico, tratando apenas a glicemia. Resposta B

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Indique aspectos de evolução que podem determinar necessidade de amputação no caso apresentado:

A. Infecção sistêmica, necrose irreversível ou osteomielite. ✓

B. Miosite infecciosa com pulsos periféricos diminuídos.

C. Incapacidade de controle glicêmico com insulinização adequada.

D. Neuropatia periférica grave com artropatia de Charcot. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO

UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025 - ACESSO DIRETO 11

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta cobra os marcos evolutivos que transformam o pé diabético infectado em indicação de amputação, decisão que se baseia em inviabilidade tecidual e em risco de vida, não em descontrole metabólico. Os três cenários citados na alternativa correta são exatamente os reconhecidos: infecção sistêmica com repercussão hemodinâmica ou sepse não controlada pelo tratamento clínico e pelo desbridamento; necrose irreversível, ou seja, gangrena de tecido já inviável e sem possibilidade de revascularização; e osteomielite refratária, sobretudo com destruição óssea extensa, situação em que a ressecção do osso acometido é parte do tratamento. B está errada porque miosite infecciosa com pulsos diminuídos, embora grave, é primeiro abordada com antibiótico, desbridamento e avaliação vascular com tentativa de revascularização — a amputação é o desfecho de falha, não a conduta inicial. C confunde o alvo terapêutico: a dificuldade de controle glicêmico piora a cicatrização e o prognóstico, mas não é por si só indicação de amputação, e sim motivo para intensificar o suporte e a insulinização. D descreve a base fisiopatológica do pé diabético — neuropatia e artropatia de Charcot —, condição que exige descarga de peso, imobilização e acompanhamento ortopédico, sendo justamente o que se busca tratar para evitar a amputação. Resposta A