



SUS-BA — Residência Médica 2025.2 (R1)

Prova comentada

43 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 B

Indique a classificação de risco mais apropriada para esse paciente:

- A. Grupo A.
- B. Grupo B. ✓**
- C. Grupo C sem manifestação hemorrágica.
- D. Grupo C com manifestação hemorrágica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dengue com sangramento espontâneo de pele (petéquias) ou prova do laço positiva, SEM sinais de alarme e sem comorbidade/risco social, é Grupo B pelo Ministério da Saúde. O Grupo A não tem manifestação hemorrágica nem risco; o Grupo C exige sinal de alarme (dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hipotensão postural, hepatomegalia dolorosa, sangramento de mucosa, letargia) — e a classificação do MS não subdivide o C em 'com/sem hemorragia'. Pérola: petéquia sozinha muda o grupo, mas não faz sinal de alarme. Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito D

Identifique os exames complementares que devem ser solicitados nesse momento:

- A. Hemograma completo e prova do laço.
- B. Hemograma completo, tipagem sanguínea, detecção do antígeno NS1.
- C. Hemograma completo, proteína, albumina e tipagem sanguínea.
- D. Hemograma completo e detecção do antígeno NS1. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

No Grupo B o hemograma completo é obrigatório e deve ser colhido na entrada (o paciente fica em observação até o resultado), somado à confirmação etiológica — NS1, que tem melhor rendimento até o 5º dia de doença (aqui, 3º dia). A prova do laço é manobra de exame físico, não exame complementar. Tipagem sanguínea, proteínas e albumina entram na avaliação dos Grupos C e D, que cursam com extravasamento plasmático e eventual necessidade transfusional. Resposta D.

QUESTÃO 3 — Gabarito C

Indique a conduta mais adequada, nesse momento, dentre as seguintes:

- A. Alta com hidratação oral, uso de sintomáticos e reavaliação após 72h, se houver manutenção da febre.
 - B. Manter sob observação, com hidratação IV 20mL/kg/h, até os resultados dos exames.
 - C. Manter sob observação, com hidratação oral 80mL/kg/dia, até o resultado dos exames. ✓**
 - D. Internar e iniciar hidratação IV 20mL/kg/h, reavaliando a cada 2 horas.
- 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, 28 anos de idade, previamente hígido, procura a UPA com queixa de febre alta há 3 dias, associada à cefaleia intensa, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia e manchas avermelhadas pelo corpo, que surgiram há 24 horas. Ao exame físico, apresenta-se febril (T. 38,9°C), com petéquias nos membros superiores, sem sinais de sangramento ativo. FC: 98bpm, PA: 110x70mmHg e SatO2: 98% em ar ambiente. Feita suspeita de dengue. Diante do caso e com base no Protocolo do Ministério da Saúde, CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025.2 - ACESSO DIRETO 2

COMENTÁRIO OSCELABS

Grupo B: permanecer em observação/leito de acolhimento até o resultado do hemograma, com hidratação ORAL plena de 60-80 mL/kg/dia (1/3 com sais de reidratação) e sintomáticos, evitando AAS e AINE. A alta imediata com reavaliação tardia (A) é conduta do Grupo A. Hidratação venosa em expansão de 20 mL/kg (B e D) é reservada ao Grupo C (com sinais de alarme) e ao Grupo D (choque). Pérola: o que define a via de hidratação é o grupo, não a intensidade da febre. Resposta C.

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Indique o principal fator de risco no histórico desse paciente para o desenvolvimento de câncer colorretal:

- A. Consumo elevado de alimentos processados.
- B. Tabagismo no passado.
- C. Dieta pobre em fibras.

D. Idade acima de 50 anos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os fatores listados, a idade é o de maior peso: a incidência de câncer colorretal sobe de forma exponencial a partir dos 50 anos, e é justamente por isso que os programas de rastreamento usam a faixa etária como critério de entrada. Dieta pobre em fibras, excesso de ultraprocessados/carne processada e tabagismo são fatores de risco reconhecidos, porém modificáveis e de magnitude bem menor que o efeito da idade. Resposta D.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Identifique o método de rastreio mais apropriado para esse paciente:

- A. Colonoscopia a cada cinco anos.
- B. Pesquisa de sangue oculto nas fezes, anualmente. ✓**
- C. Sigmoidoscopia flexível a cada 10 anos.
- D. Colonografia por tomografia computadorizada (colonoscopia virtual) a cada 10 anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 55 anos, assintomático, sem história familiar: risco médio. O Ministério da Saúde/INCA recomenda como estratégia de rastreamento a pesquisa de sangue oculto nas fezes (idealmente imunoquímica), com colonoscopia reservada aos casos positivos. Colonoscopia como rastreio primário seria a cada 10 anos (não 5, como em A); sigmoidoscopia flexível é a cada 5 anos, não 10; e a colonografia por TC seria a cada 5 anos e não integra a política pública brasileira. Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito A

Identifique a condição clínica que seria uma contraindicação relativa à colonoscopia como método de rastreio:

- A. Diverticulite aguda tratada com antibióticos há três semanas. ✓**
- B. Uso de ácido acetilsalicílico para prevenção cardiovascular.
- C. Presença de anemia ferropriva associada à enterorragia e Hb 10mg/dL.
- D. Histórico de cirurgia abdominal com colectomia parcial há 1 ano. Homem, 55 anos de idade, comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Refere ser assintomático e não possui histórico familiar de câncer. É ex-tabagista (parou há 10 anos, após fumar por 20 anos) e relata dieta pobre em fibras e rica em alimentos processados. Ao exame físico, não há alterações relevantes. O paciente pergunta sobre a necessidade de realizar exames preventivos para câncer colorretal. Diante do caso descrito, considerando as orientações do Ministério da Saúde, Situação-Problema: Questões de 4 a 6 CEREM BAHIA - PROCESSO

SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025.2 - ACESSO DIRETO 3

COMENTÁRIO OSCELABS

Diverticulite aguda recente é contraindicação relativa: a insuflação e a passagem do aparelho em segmento inflamado aumentam o risco de perfuração, por isso se recomenda aguardar cerca de 6 a 8 semanas após o episódio. AAS em dose profilática não contraindica nem precisa ser suspenso. Anemia ferropriva com enterorragia é justamente uma INDICAÇÃO formal de colonoscopia diagnóstica. Colectomia parcial prévia não impede o exame — ao contrário, exige vigilância do cólon remanescente. Resposta A.

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Identifique os componentes incluídos na avaliação inicial para rastreio de possíveis complicações:

- A. Creatinina sérica, sumário de urina, índice tornozelo braquial e fundoscopia. ✓**
- B. Hemoglobina glicada, ácido úrico, ultrassonografia abdominal e tomografia de crânio.
- C. Ecocardiograma, USG de membros inferiores e USG doppler de carótidas.
- D. Renina, aldosterona e cortisol plasmáticos, ecocardiograma transtorácico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A avaliação inicial de todo hipertenso busca lesão de órgão-alvo e risco cardiovascular com exames simples e amplamente disponíveis: creatinina (com estimativa da taxa de filtração glomerular), sumário de urina/albuminúria, fundoscopia e índice tornozelo-braquial, além de ECG, potássio, glicemia e lipidograma. Ecocardiograma, Doppler de carótidas e TC de crânio não são rotina inicial. Renina, aldosterona e cortisol investigam hipertensão SECUNDÁRIA, indicada só diante de sinais sugestivos. Resposta A.

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Indique a meta pressórica ideal para esse paciente:

- A. Pressão arterial <140x90mmHg.
- B. Pressão arterial <130x85mmHg.
- C. Pressão arterial <130x80mmHg. ✓**
- D. Pressão arterial <120x80mmHg.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente de 48 anos, hipertenso estágio 1, obeso, tabagista pesado e dislipidêmico em estatina: risco cardiovascular alto. Para a maioria dos hipertensos, e especialmente nos de risco alto, a Sociedade Brasileira de Cardiologia estabelece meta de pressão arterial abaixo de 130x80 mmHg (com sistólica não inferior a 120 mmHg). Metas mais frouxas, como <140x90, ficam reservadas a idosos frágeis ou a situações de intolerância. Resposta C.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Indique a abordagem inicial mais adequada para manejo farmacológico da hipertensão nesse paciente:

- A. Indapamida associada a anlodipino.
- B. Captopril associado a espironolactona.
- C. Losartana associada a furosemida.
- D. Enalapril associado a hidroclorotiazida. Homem, 48 anos de idade, comparece à UBS para consulta com diagnóstico recente de hipertensão arterial sistêmica detectada em exame admissional. Refere ser tabagista (um maço/dia há 25 anos) e ter história familiar de hipertensão em ambos os pais. Relata consumo de três doses de álcool por semana e dieta rica em sal e alimentos processados. Faz uso de**

sinvastatina 20mg/dia. Ao exame físico, apresenta PA: 150x95mmHg em duas medições consecutivas, IMC: 31kg/m² e FC: 78bpm. Restante do exame segmentar sem alterações. Diante do caso descrito e considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Situação-Problema: Questões de 7 a 9 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão estágio 1 com risco cardiovascular alto já indica início com combinação de duas drogas em dose baixa, preferencialmente um bloqueador do sistema renina-angiotensina (IECA ou BRA) associado a diurético tiazídico ou antagonista de cálcio — enalapril + hidroclorotiazida cumpre exatamente esse padrão. Captopril tem meia-vida curta (3 tomadas/dia) e espironolactona é droga de 4ª linha; furosemida é diurético de alça, reservado a edema/doença renal avançada, não à hipertensão essencial. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Diante desse caso clínico, indique a primeira conduta que deve ser instituída na sala vermelha:

- A. Realizar intubação orotraqueal.
- B. Realizar a estabilização do anel pélvico com lençol. ✓**
- C. Transfusão de 2 concentrados de hemácias.
- D. Realizar FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma).

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma de alta energia com dor e crepitação pélvica, taquicardia e hipotensão: fratura instável do anel pélvico com choque hemorrágico. A prioridade, ainda no 'C' do atendimento, é o controle mecânico do sangramento — cinta pélvica ou lençol amarrado sobre os grandes trocanteres, que reduz o volume pélvico e tamponha o sangramento venoso. A via aérea está pervia (não indica intubação), e FAST e hemotransfusão vêm em paralelo/depois da estabilização do anel. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Após as medidas iniciais de reanimação, indique a conduta mais adequada, caso o paciente mantenha o mesmo quadro clínico:

- A. Encaminhar para arteriografia com embolização pélvica.
- B. Proceder com laparotomia exploradora.
- C. Realizar tamponamento extra-peritoneal e fixação externa da pelve. ✓**
- D. Encaminhar o paciente para Unidade de Terapia Intensiva para cuidados

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente que permanece instável após reanimação inicial, com anel pélvico já contido e abdome sem sinais de sangramento, tem hemorragia pélvica venosa/óssea persistente: a conduta é o tamponamento (packing) pré-peritoneal associado à fixação externa da pelve. A arteriografia com embolização controla sangramento arterial e exige paciente minimamente estável e serviço disponível; laparotomia sem foco abdominal não resolve o sangramento retroperitoneal; e levar instável à UTI apenas adia o controle da hemorragia. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Indique a conduta mais adequada para evitar o surgimento de lesões por pressão, caso o paciente permaneça acamado durante a internação:

- A. Realizar mudança de decúbito de 2 em 2 horas. ✓**
- B. Garantir troca de fraldas com frequência.

- C. Utilizar colchão em formato de caixa de ovo.
- D. Prescrever suplementação de vitamina C e zinco. Paciente, sexo masculino, 30 anos de idade, é trazido pelo SAMU à sala vermelha do Pronto-Socorro, vítima de queda de moto, em alta velocidade, há 30 minutos. Paciente dá entrada referindo dor em quadril. No exame inicial, A: Via aérea pérvia, SatO₂: 95% com cateter de O₂ 15L/min; B: murmúrios vesiculares bem distribuídos e sem ruídos adventícios, FR: 28ipm; C: Bulhas rítmicas e normofonéticas, FC: 122bpm, PA: 92x62mmHg, abdome indolor, pelve com crepitação à movimentação; D: escala de coma de Glasgow: 14, pupilas isocóricas e fotorreagentes; E: presença de escoriações difusas. Situação-Problema: Questões de 10 a 12 CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025.2 - ACESSO DIRETO 4

COMENTÁRIO OSCELABS

A medida de maior impacto na prevenção de lesão por pressão é o alívio periódico da pressão de contato — mudança de decúbito a cada 2 horas, associada a superfícies de redistribuição e proteção de proeminências ósseas. Troca de fraldas combate a umidade (fator coadjuvante) e a nutrição adequada apoia a cicatrização, mas nenhuma substitui a mobilização. O colchão 'caixa de ovo' é expressamente desaconselhado: comprime e não redistribui adequadamente a pressão. Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Diante desse caso clínico, indique a primeira conduta que deve ser instituída no Pronto-Socorro:

- A. Fazer curativo compressivo do ferimento. ✓**
- B. Realizar imobilização da perna direita.
- C. Realizar infusão de 1000ml de ringer lactato.
- D. Solicitar radiografia do membro inferior direito.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vítima estável com ferida em perna e sangramento ativo: no atendimento inicial ao trauma, o controle de hemorragia externa compressível precede tudo o mais — compressão direta/curativo compressivo. Imobilização da fratura é importante, mas só após conter o sangramento; infusão de cristalóide em paciente normotenso (PA 132x82, FC 88) não é prioridade e a reposição volêmica deve ser cautelosa; radiografia é exame diagnóstico, jamais antecede o controle da hemorragia. Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Caso seja confirmada a presença de fratura no terço médio da perna direita, classifique a lesão de acordo com a classificação de Gustilo e Anderson:

- A. Gustilo-Anderson 2.
- B. Gustilo-Anderson 3A.
- C. Gustilo-Anderson 3B. ✓**
- D. Gustilo-Anderson 3C.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento de 12 cm com perda de substância em terço médio da perna, expondo o foco de fratura, mas com pé de boa perfusão: é lesão extensa de partes moles com necessidade de retalho para cobertura, sem comprometimento vascular — Gustilo-Anderson IIIB. O tipo II tem ferida menor que 10 cm com dano moderado de partes moles; IIIA mantém cobertura óssea adequada apesar da ferida extensa; IIIC exige lesão arterial que demande reparo — descartada pela perfusão distal preservada. Resposta C.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Indique o esquema antibiótico profilático mais adequado para esse paciente:

- A. Cefazolina.
- B. Ceftriaxona + Clindamicina.
- C. Ceftriaxona + Gentamicina.

D. Cefazolina + Gentamicina. Paciente, sexo masculino, 25 anos de idade, chega ao Pronto-Socorro, vítima de atropelamento por automóvel há uma hora. O paciente dá entrada referindo dor em perna direita. No exame inicial, A: Via aérea pérvia, SatO₂: 99% com cateter de O₂ 15L/min; B: murmúrios vesiculares bem distribuídos e sem ruídos adventícios, FR: 18ipm; C: Bulhas rítmicas e normofonéticas, FC: 88bpm, PA: 132x82mmHg, abdome indolor, pelve estável, presença de ferida em perna direita com sangramento ativo; D: escala de coma de Glasgow: 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes; E: ferimento de 12,0cm com perda de substância em terço médio da perna direita com pequeno sangramento ativo; dor e crepitação à movimentação do terço distal da perna direita; pé direito com boa perfusão. Situação-Problema: Questões de 13 a 15 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura exposta Gustilo III exige ampliação do espectro: cefalosporina de 1ª geração (cefazolina) contra Gram-positivos SOMADA a um aminoglicosídeo (gentamicina) para cobrir Gram-negativos, iniciada idealmente na primeira hora. Cefazolina isolada cobre apenas os tipos I e II. Ceftriaxona não é o padrão da profilaxia ortopédica no trauma; em contaminação com solo/matéria orgânica acrescenta-se penicilina cristalina pelo risco de clostrídios. Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito D

Diante desse caso clínico, identifique a principal suspeita diagnóstica para o paciente:

- A. Apendicite Aguda.
- B. Enterocolite aguda.
- C. Obstrução de intestino delgado.
- D. Diverticulíte de Meckel.** ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 10 anos com dor periumbilical súbita e intensa, febre baixa e — o dado de ouro — história de episódios repetidos de enterorragia indolor na infância sem diagnóstico: divertículo de Meckel complicado (diverticulite). A mucosa gástrica ectópica do divertículo explica tanto o sangramento pregresso quanto a inflamação atual. A apendicite migraria para a fossa ilíaca direita com descompressão brusca positiva; obstrução cursaria com parada de eliminação de gases/fezes e vômitos, não diarreia. Resposta D.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Indique a conduta mais adequada para a confirmação diagnóstica desse paciente:

- A. Realizar tomografia computadorizada do abdome, com contraste.** ✓
- B. Observar e seriar exame físico abdominal.
- C. Solicitar exames laboratoriais e ultrassonografia de abdome total.
- D. Realizar radiografia de abdome agudo.

COMENTÁRIO OSCELABS

No quadro inflamatório agudo, a tomografia de abdome com contraste é o exame que melhor caracteriza a diverticulite de Meckel e seus diferenciais (apendicite, abscesso, intussuscepção, perfuração). A cintilografia com pertecnato de tecnécio-99m é o exame de escolha para o Meckel SANGRANTE, não para o quadro inflamatório. Observação seriada retarda o tratamento em criança já com dor intensa e febre; ultrassom e radiografia simples têm baixa sensibilidade para essa lesão. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Indique a conduta terapêutica mais adequada no momento para esse paciente:

- A. Prescrever hidratação e antibioticoterapia venosa.
- B. Realizar abordagem cirúrgica por videolaparoscopia. ✓**
- C. Prescrever antibioticoterapia e realizar colonoscopia.
- D. Manter jejum, passar sonda nasogástrica e internar em UTI. Paciente, sexo masculino, 10 anos de idade, é trazido ao Pronto-Socorro com queixa de dor abdominal, início súbito e de forte intensidade em mesogástrico há 3 horas. Apresentou, também, náuseas, vômitos e dois episódios de diarreia. A genitora relata que o paciente cursou ao longo da infância com alguns episódios de sangue vivo nas fezes, sem confirmação diagnóstica. Ao exame físico, bom estado geral, corado, T. 38°C; abdome levemente distendido, com dor de forte intensidade à palpação profunda, difusamente e com descompressão brusca negativa; toque retal sem alterações. Situação-Problema: Questões de 16 a 18 CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025.2 - ACESSO DIRETO 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Divertículo de Meckel complicado (inflamado, sangrante ou perfurado) é doença cirúrgica: ressecção do divertículo — ou do segmento ileal, se a base for larga ou houver comprometimento do íleo adjacente —, hoje preferencialmente por videolaparoscopia, que permite confirmar o diagnóstico e tratar no mesmo tempo. Antibiótico e hidratação são suporte perioperatório, não tratamento definitivo. Colonoscopia não alcança o íleo distal de forma útil aqui, e conduta expectante em UTI apenas posterga a cirurgia. Resposta B.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Indique o diagnóstico mais provável para essa paciente:

- A. Candidíase vaginal.
- B. Tricomoníase vaginal.
- C. Vaginose bacteriana. ✓**
- D. Herpes genital. Situação-Problema: Questões de 19 a 21

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento homogêneo, acinzentado, bolhoso e com odor fétido de 'peixe podre', que piora após o coito (o sêmen alcalino volatiliza as aminas), sem prurido, sem colpíte e sem sinais inflamatórios: vaginose bacteriana, um desequilíbrio da flora com predomínio de Gardnerella e anaeróbios. A candidíase dá corrimento branco grumoso com prurido e hiperemia; a tricomoníase, corrimento amarelo-esverdeado bolhoso com colo em framboesa; o herpes genital cursa com vesículas/úlceras dolorosas. Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Além das características da secreção e do odor, indique outro critério que confirmaria a principal suspeita para o diagnóstico da paciente:

- A. pH vaginal < 4,5

B. Presença de clue-cell em solução salina (0,9%) a fresco. ✓

- C. Presença de colo em framboesa no exame especular.
D. Dor à palpação do colo uterino.

COMENTÁRIO OSCELABS

O diagnóstico usa os critérios de Amsel (3 de 4): corrimento homogêneo, pH vaginal maior que 4,5, teste das aminas (KOH a 10%) positivo e presença de clue cells — células epiteliais recobertas por cocobacilos, com bordas 'granulosas' — no exame a fresco em salina. O enunciado já entrega corrimento e odor, então o critério que falta é a clue cell. pH menor que 4,5 é o normal/candidíase; colo em framboesa é tricomoníase; dor à mobilização do colo sugere doença inflamatória pélvica. Resposta B.

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Indique, entre as seguintes opções terapêuticas apresentadas, a mais adequada para essa paciente:

- A. Fluconazol oral.
B. Ciprofloxacino via oral.
C. Clotrimazol vaginal.
D. Metronidazol oral ou gel vaginal. Mulher, 32 anos de idade, vem ao consultório com queixa de secreção vaginal anormal, de cor acinzentada e bolhosa e com odor fétido, principalmente após relações sexuais. Nega febre, dor abdominal ou alterações menstruais. Refere ser sexualmente ativa, com um parceiro fixo, sem uso de métodos contraceptivos. Ao exame ginecológico, foi visualizada uma secreção vaginal homogênea, bolhosa e com odor de peixe podre. Não há sinais de lesões nas mucosas genitais externas, e a palpação abdominal é indolor. Não há sinais de adenopatia inguinal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O tratamento de escolha da vaginose bacteriana é o metronidazol — 500 mg VO de 12/12h por 7 dias ou gel vaginal a 0,75% por 5 dias —, com clindamicina como alternativa. Fluconazol e clotrimazol são antifúngicos, indicados na candidíase. Ciprofloxacino não tem papel aqui. Pérola: a vaginose não é considerada IST, então o parceiro não precisa ser tratado, mas a paciente merece orientação sobre preservativo e rastreio de outras infecções. Resposta D.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Indique a hipótese diagnóstica mais provável para essa paciente:

- A. Mastite aguda.
B. Câncer de mama invasivo. ✓
C. Fibroadenoma.
D. Doença fibrocística da mama.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo de 3 cm endurecido, irregular e FIXO aos planos, com retração/espessamento cutâneo em 'casca de laranja' (edema linfático por bloqueio dos linfáticos dérmicos) e descarga papilar sanguinolenta espontânea, em mulher de 47 anos: a soma desses achados é praticamente diagnóstica de carcinoma invasivo. Mastite aguda seria dolorosa, quente e hiperemiada com febre; fibroadenoma é móvel, fibroelástico e típico de mulheres jovens; a doença fibrocística dá nodularidade difusa e dor cíclica. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Indique o exame de imagem inicial mais indicado para avaliação dessa lesão:

- A. Ultrassonografia mamária.
- B. Mamografia. ✓**
- C. Ressonância magnética das mamas.
- D. Tomossíntese mamária.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em mulher acima de 40 anos com nódulo palpável suspeito, o exame de imagem inicial é a mamografia diagnóstica (bilateral, com incidências complementares), habitualmente seguida de ultrassonografia dirigida. O ultrassom isolado é o método de primeira linha abaixo dos 30-35 anos e na gestante, por causa da alta densidade mamária. Ressonância e tomossíntese são ferramentas complementares — estadiamento, mama densa, discordância entre métodos —, não a porta de entrada. Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Considerando as características da lesão mamária descrita no caso, indique, entre as seguintes condutas, a mais apropriada para o tratamento inicial:

- A. Iniciar tratamento clínico com antibióticos.
- B. Solicitar uma biópsia, por agulha grossa, para diagnóstico definitivo. ✓**
- C. Monitorar o nódulo por 3 meses e reavaliar.
- D. Realizar uma tomografia de tórax. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025.2 - ACESSO DIRETO 6

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão com classificação clínico-radiológica altamente suspeita exige diagnóstico HISTOLÓGICO antes de qualquer decisão terapêutica: a biópsia por agulha grossa (core biopsy) fornece o tipo histológico, o grau e os receptores hormonais/HER2, orientando cirurgia e eventual neoadjuvância. Antibiótico trataria mastite, que não é o quadro. Observar por 3 meses em lesão suspeita é erro grave, pois retarda o diagnóstico. Tomografia de tórax é estadiamento, e só depois da confirmação do câncer. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Identifique, entre os seguintes métodos anticoncepcionais, o que é contraindicado para essa paciente, devido ao seu histórico de hipertensão:

- A. Preservativo.
- B. DIU de cobre.
- C. Implante subdérmico de progestágeno.
- D. Pílula combinada (estrógeno + progestágeno). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão arterial, mesmo controlada com medicação, coloca o contraceptivo hormonal COMBINADO na categoria 3/4 dos critérios de elegibilidade da OMS: o componente estrogênico eleva a pressão e aumenta o risco de infarto e acidente vascular cerebral. Preservativo e DIU de cobre são métodos não hormonais, sem restrição. O implante subdérmico e demais métodos com progestágeno isolado são seguros na hipertensão e ainda oferecem alta eficácia com reversibilidade. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Considerando o uso de anticoncepcionais hormonais, indique o mecanismo principal responsável pela eficácia contraceptiva das pílulas combinadas:

- A. Supressão da ovulação. ✓**
- B. Alteração do muco cervical.
- C. Atrofia endometrial.
- D. Inibição da implantação do embrião.

COMENTÁRIO OSCELABS

O mecanismo principal da pílula combinada é a anovulação: o estrogênio e o progestágeno fazem retrocontrole negativo sobre o eixo hipotálamo-hipófise, suprimindo FSH e — sobretudo — abolindo o pico de LH que dispara a ovulação. O espessamento do muco cervical e a atrofia endometrial existem e somam eficácia, mas são mecanismos acessórios (são os principais nos métodos com progestágeno isolado). Impedir a implantação não é mecanismo de ação do anticoncepcional combinado de uso contínuo. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Quanto à "pílula de emergência" (levonorgestrel isolado) para essa paciente, é correto afirmar:

- A. É contraindicada formalmente no caso.
- B. Pode ser usada em até 5 dias após a relação, apenas se a paciente tiver ciclo menstrual irregular.
- C. Pode ser usada em até 72 horas após a relação, para maior eficácia. ✓**
- D. Pode ser usada em até 24 horas após a relação sexual. Mulher, 27 anos de idade, com hipertensão arterial essencial controlada com medicação (enalapril), procura atendimento para orientação contraceptiva, pois está planejando iniciar vida sexual ativa e deseja um método eficaz e reversível. Refere dor nas mamas durante as menstruações, ciclos regulares e sem outras queixas desse período. Sem alterações significativas nos exames ginecológicos e físicos. Situação-Problema: Questões de 25 a 27 Mulher, 47 anos de idade, apresenta queixa de nódulo palpável na mama direita há cerca de 2 meses. Refere histórico de aumento de volume e consistência endurecida da lesão. Nega dor, mas relata secreção sanguinolenta no mamilo. Não tem histórico familiar de câncer de mama, mas possui histórico pessoal de displasia mamária em exames anteriores. Ao exame físico, palpação da mama direita revela nódulo de 3,0cm, endurecido, irregular e fixo, com alterações na pele (aspecto de "casca de laranja") e secreção sanguinolenta no mamilo. Linfonodos axilares não palpáveis. Situação-Problema: Questões de 22 a 24

COMENTÁRIO OSCELABS

O levonorgestrel isolado é a contracepção de emergência de escolha e não tem contraindicação na hipertensão — é progestágeno puro, em dose única e uso pontual. A eficácia é tempo-dependente: quanto mais precoce, melhor, sendo recomendado idealmente até 72 horas da relação desprotegida (pode ser oferecido até 5 dias, com eficácia decrescente e independentemente da regularidade do ciclo). Limitar a 24 horas restringe indevidamente o acesso ao método. Resposta C.

QUESTÃO 28 — Gabarito A

Considerando o relato, indique o exame de imagem mais apropriado para auxiliar no diagnóstico dessa paciente:

- A. Tomografia Computadorizada do Encéfalo. ✓**
- B. Ressonância Magnética do Encéfalo.
- C. Ultrassonografia Transfontanelar.
- D. Radiografia de Crânio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com microcefalia, hipertonia, irritabilidade e atraso do desenvolvimento, cuja mãe teve exantema e febre baixa no primeiro trimestre: síndrome congênita do Zika. A tomografia de crânio é o método que melhor demonstra o achado característico — calcificações subcortais na transição córtico-subcortical —, além de ventriculomegalia, lisencefalia e hipoplasia do corpo caloso. A ultrassonografia transfontanelar é triagem menos sensível para calcificações e a radiografia de crânio não avalia parênquima. Resposta A.

QUESTÃO 29 — Gabarito D

Diante do relato, identifique o teste laboratorial que pode auxiliar na confirmação da principal suspeita diagnóstica:

- A. Sorologias.
- B. Cultura viral.
- C. Hemograma completo.
- D. Reação em Cadeia da Polimerase (RT-PCR) específica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A confirmação etiológica se apoia na detecção do material genético viral por RT-PCR em amostras da criança e/ou da mãe. A sorologia é limitada pela ampla reação cruzada entre flavivírus (dengue, Zika, febre amarela) e pela passagem transplacentária de IgG materna, o que dificulta a interpretação no lactente. Cultura viral não é usada na rotina, e o hemograma é inespecífico. Pérola: no recém-nascido, a IgM específica ajuda, mas o exame de maior especificidade é a biologia molecular. Resposta D.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Identifique a alteração oftalmológica frequentemente associada à principal suspeita diagnóstica desse caso:

- A. Catarata congênita.
- B. Estrabismo isolado.
- C. Retinopatia com manchas hipopigmentadas. ✓**
- D. Glaucoma congênito. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025.2 - ACESSO DIRETO 7

COMENTÁRIO OSCELABS

A lesão ocular mais típica da síndrome congênita do Zika é a alteração retiniana macular — mosqueamento pigmentar com manchas hipopigmentadas/atrofia coriorretiniana e alterações do nervo óptico —, presente em boa parte dos casos e capaz de agravar o déficit visual mesmo com córnea e cristalino normais. Catarata congênita e glaucoma congênito compõem a tríade da rubéola congênita. Estrabismo isolado é inespecífico. Toda criança com suspeita deve fazer fundoscopia precoce. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

Diante dessa situação, indique a principal suspeita diagnóstica:

- A. Reação alérgica à picada de inseto.
- B. Acidente por aranha-marrom.
- C. Acidente ofídico botrópico.
- D. Acidente escorpiónico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor local desproporcional ao achado (edema e eritema discretos) somada a manifestações sistêmicas colinérgicas e adrenérgicas — sudorese profusa, náuseas, agitação, taquicardia, tremores e broncoespasmo — em criança que brincava perto de pilha de lenha: escorpionismo por Tityus. O acidente por aranha-marrom é indolor no início e evolui em dias para lesão necrótica; o botrópico causa edema importante, equimose e sangramentos; alergia a inseto daria urticária/angioedema, não essa tempestade autonômica. Resposta D.

QUESTÃO 32 — Gabarito A

Indique o principal fator associado às crianças que as tornam mais vulneráveis a complicações desse tipo de envenenamento:

- A. Maior superfície corporal em relação ao peso. ✓**
- B. Menor capacidade de percepção da dor.
- C. Menor resposta inflamatória sistêmica.
- D. Imunidade mais fraca contra toxinas. Menina, 6 anos de idade, é levada à UPA por sua mãe, após ser encontrada chorando no quintal de casa, queixando-se de dor intensa na mão direita. A mãe relata que a menina estava brincando descalça, próximo a um monte de lenha, quando começou a gritar. O local da picada apresenta discreto edema, eritema e sudorese intensa. Cerca de uma hora após o incidente, a criança passou a apresentar náuseas, agitação e taquicardia. Ao exame físico, apresenta sudorese generalizada, FC: 150bpm, PA: 110x75mmHg e tremores finos nas mãos. A ausculta pulmonar mostra sibilos leves, difusamente. Situação-Problema: Questões de 31 a 33

COMENTÁRIO OSCELABS

A quantidade de veneno inoculada é fixa e independe do tamanho da vítima; como a criança tem menor massa corporal e maior superfície corporal em relação ao peso, recebe uma dose relativa (por quilo) muito maior de toxina, o que explica a maior frequência de formas graves e de óbito abaixo dos 7 anos. A percepção dolorosa e a resposta inflamatória das crianças não são reduzidas — ao contrário, a resposta sistêmica costuma ser mais exuberante — e não se trata de fenômeno imunológico. Resposta A.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Identifique o tratamento específico para os casos classificados de moderados a graves, desse tipo de acidente:

- A. Lavagem local com permanganato de potássio.
- B. Soro antipeçonhento específico. ✓**
- C. Antibióticos de amplo espectro.
- D. Uso de corticoides sistêmicos. Situação-Problema: Questões de 28 a 30 Lactente, 4 meses de idade, sexo feminino, é trazida por sua mãe à consulta com o pediatra por considerar que há atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Relata que a criança tem dificuldade em sustentar a cabeça e não acompanha objetos com os olhos como outras crianças da mesma idade. Além disso, o perímetro cefálico parece menor do que o de outras crianças. Ainda segundo relato da mãe, a gestação transcorreu sem complicações graves, a não ser por uma febre baixa e manchas avermelhadas na pele, que ocorreram quando estava no primeiro trimestre da gravidez, não tendo procurado atendimento médico à época. Ao exame físico, observa-se microcefalia, hipertonia em membros superiores e inferiores, irritabilidade e dificuldade para fixar o olhar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nos acidentes escorpiônicos moderados e graves, o único tratamento específico é a soroterapia — antiescorpiônico ou antiaracnídico, por via intravenosa, o mais precocemente possível —, associada a monitorização cardiorrespiratória e analgesia potente. Nos casos leves, o tratamento é apenas sintomático (analgesia local/sistêmica) e observação. Permanganato, antibióticos e corticoides não neutralizam a peçonha e não alteram a evolução do envenenamento. Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito A

Diante do relato, identifique, entre as seguintes situações, a que constitui-se em contraindicação absoluta para vacina contra a COVID-19:

- A. Crianças com histórico de alergia grave (anafilaxia) a um dos componentes da vacina. ✓**
- B. Crianças que receberam outra vacina do calendário infantil há menos de 7 dias.
- C. Crianças com quadro leve de resfriado no dia da vacinação.
- D. Crianças que já tiveram COVID-19 previamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

A única contraindicação absoluta à vacina contra a COVID-19 é a reação anafilática prévia a uma dose anterior ou a qualquer componente da fórmula. Ter recebido outra vacina do calendário há poucos dias não impede a aplicação (não há exigência de intervalo entre vacinas de rotina e a de COVID-19), quadros infecciosos leves sem febre não adiam a imunização, e infecção prévia por SARS-CoV-2 não dispensa nem contraindica a vacina — apenas se recomenda aguardar a resolução do quadro agudo. Resposta A.

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Diante dessa situação apresentada, indique a recomendação do Ministério da Saúde que deve ser seguida para crianças imunocomprometidas em relação à vacinação contra a COVID-19:

- A. Devem tomar vacinas com vírus atenuado em vez de vacinas de RNAm.
- B. Devem receber a vacina, mas com um esquema vacinal específico. ✓**
- C. Não devem ser vacinadas, pois a imunização pode ser prejudicial.
- D. Devem aguardar até os 12 anos para iniciar a vacinação. Situação-Problema: Questões de 34 a 36 Uma comunidade rural recebeu doses da vacina contra a COVID-19 para imunizar suas crianças. A equipe de saúde organizou um mutirão para vacinar crianças de diferentes faixas etárias. Durante a triagem, surgiram dúvidas entre os pais sobre quais vacinas seriam aplicadas, quantas doses seriam necessárias e as possíveis contraindicações. A equipe de saúde precisa garantir que todas as crianças sejam vacinadas de forma segura e dentro das recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

COMENTÁRIO OSCELABS

Crianças imunocomprometidas devem, sim, ser vacinadas contra a COVID-19 — são justamente as de maior risco de forma grave —, porém com esquema próprio, ampliado: o Programa Nacional de Imunizações prevê doses adicionais na série primária e reforços em intervalos específicos, pela resposta imune menor. O que se contraindica nesse grupo são vacinas de agente vivo atenuado; as de RNAm e as inativadas são seguras. Adiar a vacinação até os 12 anos deixaria o paciente desprotegido no período de maior vulnerabilidade. Resposta B.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Considerando o critério de Tanner descrito, a maturação sexual do paciente deve ser considerada:

- A. Indicativa de puberdade precoce.
- B. Avançada para a idade.

C. Compatível com a idade. ✓

D. Atrasada para a idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

A puberdade masculina normal inicia entre 9 e 14 anos, e o estágio 3 de Tanner aos 15 anos está dentro da faixa esperada — corresponde ao período de maior velocidade de crescimento e é exatamente quando surge a ginecomastia puberal fisiológica. Puberdade precoce no menino se define por início antes dos 9 anos; atraso puberal, por ausência de aumento testicular após os 14 anos. Nada aqui indica maturação adiantada. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Considerando a sequência temporal dos caracteres sexuais, indique a ordem de aparecimento dos caracteres sexuais masculinos na adolescência:

A. Ginecomastia transitória ao mesmo tempo em que ocorre o aumento dos testículos e, em seguida, o desenvolvimento dos pelos pubianos.

B. Aumento dos testículos, seguido de ginecomastia transitória e, posteriormente, surgimento e progressão dos pelos pubianos. ✓

C. Surgimento dos pelos pubianos como primeiro sinal, seguido do aumento dos testículos e, por último, a ginecomastia transitória.

D. Aumento testicular e desenvolvimento dos pelos pubianos simultâneos, seguidos de ginecomastia transitória. Em uma Unidade de Atenção Primária, um adolescente do sexo masculino, 15 anos de idade, queixa-se de aumento bilateral da região mamária, acompanhado de sensibilidade local, há, aproximadamente, 6 meses, o que tem causado constrangimento e impactado sua autoestima e relações sociais. Nega uso de fármacos ou drogas e, no restante, se apresenta sem outras queixas. O exame físico demonstra um estágio de maturação puberal na escala 3 de Tanner. Há aumento das auréolas mamárias de forma simétrica, apresentando massa mamária bilateral, medindo cerca de 3,0cm, levemente dolorosa à palpação, sem outros achados. Situação-Problema: Questões de 37 a 39

COMENTÁRIO OSCELABS

O primeiro sinal da puberdade masculina é o aumento do volume testicular (4 mL ou mais), marcando a gonadarquia; a elevação da testosterona e sua aromatização periférica em estrogênio produzem então a ginecomastia puberal transitória, que aparece tipicamente nos estágios intermediários de Tanner e é seguida pelo surgimento e a progressão da pilificação pubiana até o padrão adulto. Por isso as opções que colocam os pelos como primeiro sinal, ou tudo simultaneamente, não descrevem a sequência. Resposta B.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Indique a melhor conduta para o caso descrito:

A. Acompanhar por dois anos, com suporte emocional. ✓

B. Usar Raloxifeno por três a nove meses.

C. Usar Tamoxifeno por três a nove meses.

D. Indicar cirurgia plástica reparadora. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025.2 - ACESSO DIRETO 8 Quando o usuário não consegue acesso a medicamentos e/ou tratamentos de saúde que ainda não estão padronizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou que se encontram em falta, ele acaba procurando a Justiça para que o Poder Público possa oferecer essa assistência. O que muitas pessoas não sabem é que, quando alguém entra na Justiça para obter um tratamento específico, os recursos que eram para o coletivo, acabam destinados a apenas um único caso, uma vez que o orçamento da saúde também é utilizado para cumprir as decisões judiciais. Tal situação pode comprometer a gestão dos recursos de saúde pública de uma determinada localidade. Secretaria de Saúde

do Estado de Minas: Judicialização da Saúde. Disponível on-line em:

<<https://www.saude.mg.gov.br/judicializacao#:~:text=Quando o usuário não consegue,Público possa oferecer esta assistência>>. Acesso em: jan. 2025. Situação-Problema: Questões de 40 a 42

COMENTÁRIO OSCELABS

Ginecomastia puberal com massa subareolar simétrica, discretamente dolorosa, em adolescente Tanner 3, sem uso de fármacos e sem outros sinais de doença endócrina, é fisiológica: regride espontaneamente na maioria dos casos em até 2 anos. A conduta é acompanhamento, explicação e suporte emocional — que aqui é essencial, pelo impacto na autoestima. Tamoxifeno e raloxifeno são reservados a casos dolorosos e persistentes; a cirurgia só se indica após 12 a 24 meses de persistência ou em ginecomastia volumosa. Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Considerando os Princípios Fundamentais do SUS, indique entre quais Princípios a judicialização da saúde gera conflitos:

- A. Universalidade e Equidade. ✓**
- B. Universalidade e Regionalização.
- C. Descentralização e Equidade.
- D. Participação popular e Equidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

A judicialização choca-se com a universalidade e a equidade. Ao destinar recursos de orçamento coletivo e finito a demandas individuais, reduz-se a capacidade de garantir acesso a TODOS (universalidade) e privilegia-se quem tem meios de acionar a Justiça, em vez de quem tem maior necessidade (equidade — tratar desigualmente os desiguais). Regionalização e descentralização são diretrizes de organização político-administrativa da rede, e a participação popular se dá pelos conselhos e conferências. Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Sobre as características da judicialização em saúde no Brasil, é correto o que se afirma em

- A. Ocorre, predominantemente, no Sistema Único de Saúde, sendo rara no Sistema de Saúde Suplementar.
- B. É benéfica, sobretudo para uma parcela da população de maior nível socioeconômico. ✓**
- C. Favorece a incorporação de novas tecnologias nos processos de Atenção à Saúde do SUS.
- D. É gerada, principalmente, por tratamentos de doenças raras, com medicações não disponíveis no SUS.

COMENTÁRIO OSCELABS

A crítica central à judicialização é o seu efeito regressivo: quem recorre ao Judiciário costuma ser a parcela com maior escolaridade, renda e acesso a advogado e a médico privado, de modo que o benefício se concentra nos estratos socioeconômicos mais favorecidos. A judicialização também é frequente na saúde suplementar (negativas de cobertura pelos planos); a incorporação de tecnologias por via judicial atropela a avaliação da Conitec; e boa parte das ações trata de itens já padronizados, porém em falta. Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Indique o fator interno mais importante entre os determinantes de judicializações no âmbito do SUS:

- A. Falhas na capacitação dos profissionais de saúde.
- B. Inadequada comunicação entre os níveis de gestão.
- C. Indisponibilidade de medicações já disponíveis no SUS. ✓**

D. Dificuldade na incorporação de novas tecnologias. CEREM BAHIA - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2025.2 - ACESSO DIRETO 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os determinantes INTERNOS ao sistema — aqueles que a própria gestão pode corrigir —, o mais relevante é o desabastecimento: o usuário processa para obter medicamento que já consta das listas oficiais (RENAME e congêneres) mas que não está disponível na ponta, por falha de programação, compra, logística ou estoque. Falhas de capacitação e de comunicação entre os níveis de gestão contribuem, mas de forma secundária; a dificuldade de incorporar novas tecnologias é fator externo à execução do serviço. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito D

Considerando as características clínicas apresentadas e o contexto epidemiológico, indique o principal diagnóstico a ser considerado:

- A. Leptospirose.
- B. Dengue.
- C. Hepatite A.

D. Febre Tifoide. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Surto de febre alta e persistente com evolução progressiva, anorexia, cefaleia, mal-estar, dor abdominal, diarreia, hepatoesplenomegalia e — o achado que fecha o quadro — exantema maculopapular róseo e transitório no tronco (roséolas tíficas), em área com poços artesianos e esgotamento sanitário precário: febre tifoide por *Salmonella Typhi*. A leptospirose cursa com mialgia intensa em panturrilhas, sufusão conjuntival e icterícia rubínica; a dengue não dá diarreia prolongada nem hepatoesplenomegalia; a hepatite A tem icterícia e colúria. Resposta D.

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Indique a fonte de contaminação que, prioritariamente, deve ser investigada para fins de controle epidemiológico:

- A. Focos de proliferação de mosquitos.
- B. Alimentos consumidos pela comunidade.

C. Fontes de água de beber e de uso nos alimentos. ✓

D. Manipuladores de alimentos contaminados. Em uma cidade do interior, a Unidade de Atenção Primária de Saúde começa a registrar um aumento significativo de pacientes com sintomas de febre persistente de até 40°C e diarreia, sobretudo em crianças. Os sintomas comuns nesses pacientes incluem anorexia, cefaleia, mal-estar, dor abdominal e diarreia. Alguns pacientes relatam tosse seca, mialgias e dor de garganta; e, em outros, foram detectadas hepatoesplenomegalia e erupção cutânea maculopapular transitória, de manchas rosadas, observadas, ocasionalmente, no tronco. Os casos provêm, sobretudo, de um bairro perto da zona rural, no qual o consumo de água é feito através de poços artesianos e a rede de esgotos não está instalada em todas as casas. Situação-Problema: Questões de 43 a 45

COMENTÁRIO OSCELABS

A febre tifoide tem transmissão fecal-oral, e o cenário descrito — poços artesanais rasos e rede de esgoto incompleta — aponta contaminação da água por dejetos humanos como fonte comum, explicando o acometimento simultâneo de várias famílias do mesmo bairro. Água e alimentos preparados com ela devem ser a prioridade da investigação, com coleta de amostras e orientação de fervura/cloração. Alimentos e manipuladores (portadores crônicos) são fontes possíveis, mas secundárias diante do saneamento deficiente. Resposta C.