



FAMERP 2024

Prova comentada

Acesso direto (R1) · 80 questões

Enunciados completos, figuras e gabarito pós-recursos

Comentários e organização: OsceLabs

Revisão editorial: 16/09/2026

oscelabs.com.br

Treino e revisão

Resolva cada questão antes de ler o comentário. O gabarito oficial aparece destacado, seguido da justificativa e das ressalvas pertinentes. As figuras foram preservadas; use a ampliação do leitor de PDF para detalhes de traçados e fotografias.

SITUAÇÃO OFICIAL

Questões anuladas no gabarito pós-recursos: 10, 16, 39, 44, 61, 74, 76, 78, 80. A anulação foi preservada. Não foi atribuída alternativa substituta pela OsceLabs.

Navegação rápida

Questões 01–10 · início na página 3

Questões 11–20 · início na página 17

Questões 21–30 · início na página 27

Questões 31–40 · início na página 37

Questões 41–50 · início na página 49

Questões 51–60 · início na página 59

Questões 61–70 · início na página 70

Questões 71–80 · início na página 82

O painel de marcadores contém as 80 questões, o gabarito oficial e as fontes. Caderno consultado: reprodução diagramada pela Medway, com crédito de origem. Gabarito: publicação da banca pós-recursos. Os comentários não têm endosso da FAMERP ou dos repositórios.

QUESTÃO 1.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Uma das Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de 500.000 habitantes foi implantada há 5 meses. Está localizada em um território que tem uma grande extensão, portanto tem várias famílias residindo distante da UBS. Desde o início da implantação foi identificado a dificuldade de acesso dos usuários a esta UBS. Os horários e os trajetos feitos pelos ônibus do transporte urbano municipal, neste bairro, foram apontados como os principais responsáveis por esta dificuldade. Os representantes dos usuários e os profissionais de saúde se organizaram para resolver esta dificuldade. Inicialmente a instância procurada foi:

- A. Prefeito Municipal;
- B. Secretario de Transporte;
- C. Conselho Local de Saúde;
- D. Empresa de ônibus responsável pelo transporte municipal na área da UBSF;

QUESTÃO 01 · GABARITO OFICIAL: C**Participação social e acesso à UBS****COMENTÁRIO OSCELABS**

O conselho local de saúde permite que usuários e equipe discutam barreiras do território e encaminhem uma solução intersetorial. O problema de transporte afeta o acesso e não se resolve apenas ampliando consultas. Prefeito, secretaria e empresa podem participar da solução, mas a alternativa C identifica o espaço inicial de participação social esperado pela banca.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 2.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Mulher com 32 anos reside no território de uma das Unidades Básica de Saúde (UBS), onde é atendida pelo Médico de Família fazendo o pré-natal da 3ª gestação. A idade gestacional atual é de 32 semanas, evoluiu com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) a partir do final do 2º trimestre. Refere que na 1ª gestação não teve problemas durante o pré-natal e também boa evolução para parto via vaginal de sua filha que hoje está com 3 anos, nasceu com 4200 kg saudável e com bom desenvolvimento, porém na 2ª gestação refere que teve 1 aborto. Tem história familiar de diabetes mellitus; tem exames de sangue com glicose alterada antes da gravidez; excesso de peso durante a gravidez; tem hipertensão arterial. Entrou em trabalho de parto em casa, onde a criança nasceu, com o auxílio da vizinha, porém a criança apresentou choro fraco com dificuldade para respirar e logo foi a óbito. Após o parto a vizinha chamou o médico de família que atende a gestante. Qual alternativa abaixo é a correta, em relação a Declaração de Óbito (DO) do recém-nascido e as demais orientações,

- A. Após ser providenciada Certidão de Nascimento do recém nascido classificado como nascido vivo, o médico pode emitir a DO sem verificar pessoalmente o recém - nascido, considerando-se que prestava assistência médica a paciente gestante, conhecendo o quadro clínico nos últimos meses, bem como o seu prognóstico;
- B. O médico da família deverá verificar pessoalmente o recém-nascido, após ter sido comunicado do óbito e emitir a DO, considerando-se que prestava assistência médica a paciente gestante, conhecendo o quadro clínico nos últimos meses, bem como o seu prognóstico. Deve orientar que a Declaração de Nascido Vivo também será emitida;
- C. O médico da família deve proceder a um cuidadoso exame externo do recém- nascido, a fim de afastar qualquer possibilidade de causa externa, constatar o óbito e preencher a Guia de encaminhamento de cadáver (GEC) anotando, na variável causa, "óbito sem assistência médica", e encaminhar para o Serviço e Verificação de Óbito (SVO);
- D. Considerando que foi um parto domiciliar sem a presença de profissional médico o médico de família deve esgotar todas as possibilidades para formular a hipótese diagnóstica, inclusive com anamnese e história colhida com familiares. Após constatar o óbito e colher as informações, deve encaminhar o corpo para o IML;

QUESTÃO 02 · GABARITO OFICIAL: B**Nascido vivo e óbito neonatal****COMENTÁRIO OSCELABS**

O choro e a respiração após a expulsão caracterizam nascimento vivo, mesmo que a criança morra logo depois: são necessários os registros de nascimento e de óbito. O médico deve examinar pessoalmente e constatar a morte. Parto domiciliar não determina envio automático ao IML; suspeita de causa externa ou impossibilidade de esclarecer a causa exige o fluxo apropriado. A assistência à gestante, isoladamente, não autoriza inventar a causa da morte neonatal.

Leitura de apoio: [Ministério da Saúde. Declaração de óbito: manual de instruções para preenchimento.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 3.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente de 10 anos é atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município com a queixa de ter sido picado por uma cobra quando estava na beira do rio no rancho com seus pais. A picada foi no membro inferior esquerdo. Após aproximadamente 50 min do acidente chega na Emergência do Hospital (indicado como ponto estratégico - serviço onde será administrado o soro específico para acidentes por animais peçonhentos) o mais precocemente possível. No atendimento observou-se no exame físico os seguintes sintomas locais: dor, edema e hematoma no lugar da picada. A suspeita é que a cobra é do tipo Bothrops jararaca. Pergunta-se: Quais as medidas que foram tomadas pelo médico que atendeu o caso? Qual a classificação deste acidente em relação as manifestações clínicas? Qual a conduta na administração do soro?

- A. Atender rapidamente o caso. Notificar o caso para o setor de Vigilância Epidemiológica do Hospital para as medidas de vigilância em saúde preconizadas. Em relação as manifestações clínicas classifica-se o tipo de acidente como moderado. Administrar imediatamente 6 ampolas de soro antiofídico;
- B. Atender rapidamente o caso. Notificar o caso para o Grupo de Vigilância Epidemiológica regional para solicitar o envio do soro para este paciente. Em relação as manifestações clínicas classifica-se o, tipo de acidente como leve. Administrar imediatamente 12 ampolas de soro antiofídico;
- C. Atender rapidamente o caso. Em relação as manifestações clínicas classifica-se o tipo de acidente como graves: Administrar imediatamente 8 ampolas de soro antiofídico. Fazer a notificação do caso para o setor de Vigilância Epidemiológica do Hospital;
- D. Atender rapidamente o caso. Notificar o caso para o Grupo de Vigilância Epidemiológica regional para solicitar o envio do soro para este paciente. Em relação as manifestações clínicas classifica-se o tipo de acidente como leve: Administrar imediatamente 3 ampolas de soro antiofídico;

QUESTÃO 03 · GABARITO OFICIAL: A**Acidente botrópico e gravidade****COMENTÁRIO OSCELABS**

A banca classifica o caso como moderado e indica seis frascos de soro antibotrópico, compatíveis com o esquema histórico. Dor, edema e equimose sugerem acidente botrópico, mas extensão do edema, sangramento e repercussões sistêmicas devem integrar a classificação. O atendimento e o antiveneno não devem aguardar burocracia de notificação. Em crianças, a dose de antiveneno depende da gravidade, não é reduzida proporcionalmente ao peso. Consultar o protocolo vigente para a prescrição.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 4.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

A emergência do Hospital de referência da regional de saúde recebe uma paciente idosa de 68 anos encaminhada pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de um município de pequeno porte. A queixa principal foi vômitos e diarreia há 3 dias. Foi transferida pela Unidade móvel do SAMU com acompanhamento médico. No Hospital ao exame físico apresentou-se desidratada, com quadro de sarcopenia e fornecendo poucas informações. Não refere problema de saúde, apenas relata ter machucado a perna há mais de 5 anos e

andar com dificuldade. Não usa medicamento e come pouco. O médico solicita a Assistente Social para contatar o familiar responsável, para colher mais informações em relação a paciente. A Assistente Social fez contato com o número de telefone que constou a Guia de Referência. A pessoa que atendeu informou que esta senhora, não era parente, e que ela apenas residia na casa a mais de 40 anos porque não tinha família e ajudava nos serviços da casa. Na anamnese e no atendimento clínico a equipe da Emergência suspeita de violência, segundo relatos do vínculo com as pessoas onde reside e a rotina diária da idosa com trabalhos domésticos diversos). O médico deve adotar imediatamente qual dos seguintes procedimentos abaixo:

- A. Encaminhar para a Assistente Social do Hospital para que encaminhe o caso para a Delegacia de Polícia mais próxima, pois o problema identificado não é da esfera da Saúde e sim da segurança pública, que deve fazer o Boletim de Ocorrência (BO) pelo Delegado de Polícia para instruir o Processo Criminal a ser constituído para as providências para o caso;
- B. Encaminhar para o Secretário da Saúde investigar no município onde a idosa reside em todos os serviços de saúde de saúde dados e documentos que possibilitam identificar informações para avaliação específica e documentar detalhadamente todos aspectos na anamnese, no diagnóstico com critérios específicos para a suspeita, com conclusão verídica para apresentar um laudo completo e não acusar sem provas;
- C. Encaminhar para os profissionais de saúde mental, pois cabe aos profissionais psiquiatras e psicólogos que o caso de suspeita de maus-tratos contra idoso seja obrigatoriamente comunicado ao Conselho Tutelar do Idoso da respectiva localidade, para aprofundar a investigação epidemiológica sem prejuízo de outras providências legais.
- D. Notificar imediatamente a suspeita de violência à Vigilância Epidemiológica do Hospital, para a investigação epidemiológica e concomitantemente prosseguir com o atendimento clínico pela equipe da emergência (médico, enfermagem, assistente social, psicóloga e demais especialidades) e acionar a rede de apoio (Conselho Tutelar para demais medidas protetivas na Segurança Pública e no Judiciário para assegurar a integridade de idosa vulnerável);

QUESTÃO 04 · GABARITO OFICIAL: D**Suspeita de violência contra pessoa idosa****COMENTÁRIO OSCELABS**

A suspeita exige cuidado clínico, registro, notificação e proteção, sem esperar comprovação criminal. A alternativa D é o gabarito, porém contém impropriedade: Conselho Tutelar atua na proteção de crianças e adolescentes. Para pessoa idosa, acionam-se a rede socioassistencial e os órgãos previstos no Estatuto da Pessoa Idosa, como autoridade policial, Ministério Público e conselhos da pessoa idosa. A violência também é problema de saúde.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 5.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

MA, 55 anos, chega à Unidade Básica de Saúde do seu bairro, referindo dor crônica no corpo todo, com mais intensidade na região cervical, braços e pernas. Refere fraqueza, desânimo e que não consegue dormir. Tem o sono leve. Quando dorme, acorda com pesadelos. Refere cefaleia e tem medo de ter um derrame (sic). É mãe de dois filhos e uma filha. O mais novo, de oitos anos, voltou a fazer xixi na cama e não está indo bem na escola. Minha filha anda muito esquisita, só quer ficar trancada no quarto, chora muito e não come. Minha sogra, de 85 anos, mora em casa, é acamada e eu cuido dela sozinha. Meu marido está desempregado há dois anos, vive de empreita e está bebendo muito. Gostaria de fazer uma tomografia da cabeça para saber se não estou com alguma doença no cérebro", perguntada sobre os hematomas que ela tem no braço, respondeu que caiu e bateu com o corpo na mesa. "Não é nada, já passou". Depois de ouvir a história e examinar Maria Antônia, o Drº. Gabriel Faria de Mattos, solicitou uma tomografia, a encaminhou para a psiquiatria, com a justificativa de "poliqueixosa" e sintomas depressivos. Receitou ciclobenzaprina, para o

tratamento de fibromialgia. Pesquisa realizadas por Schraiber, L.B. et al. sobre violência contra mulheres entre usuárias de saúde da Grande São Paulo (2007), encontrou 52,9% de mulheres entre 15 a 49 anos referindo alguma forma de violência doméstica. No entanto, das que relataram ter sofrido alguma violência doméstica na vida, somente 3,8% tiveram registros em seus prontuários. Baseado nesta história real, nos dados da pesquisa, nos princípios e diretrizes da Atenção Básica, na Portaria Ministerial que trata das doenças, agravos e eventos de notificação compulsória, escolha a alternativa que aponta o que não foi considerado e negligenciado na consulta feita pelo profissional da Atenção Primária.

- A. Longitudinalidade do cuidado, universalidade, humanização, equidade, cuidado centrado na pessoa, identificação do risco e não notificação da violência doméstica, caso houvesse confirmação.
- B. Coordenação do cuidado, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, participação da comunidade, humanização, equidade. Quanto à notificação, somente é obrigatória em casos de doenças, ou quando a violência acomete crianças e idosos e, no caso de mulheres, quanto for sexual ou caracterizar feminicídio.
- C. Integralidade, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, intersetorialidade, coordenação de cuidado, apoio matricial e não notificação da violência doméstica, caso houvesse confirmação.
- D. O médico tomou a conduta certa, uma vez que ele pediu os exames necessários para afastar lesão cerebral, encaminhou para o psiquiatra e tratou a fibromialgia (principal hipótese diagnóstica). Quanto à notificação, só deve ser feita em caso de violência com registro de ocorrência na delegacia.

QUESTÃO 05 · GABARITO OFICIAL: C**Violência doméstica e integralidade****COMENTÁRIO OSCELABS**

A fragmentação em tomografia, encaminhamento e rótulo de poliqueixosa deixa de investigar o contexto familiar, a sobrecarga e a possível violência. C reúne os atributos valorizados pela banca. Ressalva: sua expressão “caso houvesse confirmação” não deve orientar a prática; a suspeita já pode exigir notificação. Acolher em privacidade, avaliar segurança e articular a rede são medidas essenciais. Exame de imagem não substitui escuta e avaliação clínica dirigida.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 6.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

De acordo com as evidências científicas atuais, quando o médico ou médica que atua na Atenção Primária prescreve hipoglicemiante em pessoas com baixo risco cardiovascular; receita ácido acetilsalicílico como prevenção primária sem ponderar riscos e benefícios de hemorragia de trato digestivo em pessoas com risco cardiovascular solicita uma série de exames complementares desnecessários com a finalidade de emitir atestado de liberação para atividade física em pessoas assintomáticas e com exame físico sem alterações significativas; e quando não inicia tratamento medicamentoso (ácido acetilsalicílico e estatina) imediato naquelas pessoas com doença cardiovascular estabelecida, quais os níveis de prevenção que não estão sendo levados em conta na prática clínica?

- A. Prevenção Primária e Prevenção Terciária
- B. Prevenção Secundária e Prevenção Quaternária.
- C. Prevenção Primária e Prevenção Secundária.
- D. Prevenção Quaternária e Prevenção Secundária

QUESTÃO 06 · GABARITO OFICIAL: D**Prevenção quaternária e secundária****COMENTÁRIO OSCELABS**

Evitar exames e tratamentos desnecessários corresponde à prevenção quaternária. Tratar quem já tem doença cardiovascular estabelecida para prevenir novos eventos é prevenção secundária cardiovascular. O item contém duas alternativas com o mesmo par em ordem inversa; o gabarito D respeita a sequência da narrativa. “Hipoglicemiante” também é expressão imprecisa: diabetes pode requerer tratamento mesmo em pessoa de baixo risco cardiovascular. Não se deve interpretar o enunciado como contraindicação geral.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 7.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

A.M.S, que vinha fazendo pré-natal de rotina na UBS, com 34 semanas de gestação, chega na Unidade com queixa de "não estar sentido a criança mexer há um dia. Ao ser examinada, não foi auscultado batimentos cardíacos fetais. A gestante foi encaminhada imediatamente para o hospital de referência, sendo submetida à cesárea. O feto não apresentava nenhum sinal vital e várias circulares apertadas de cordão. Pesou 3000g. Como você classificaria este Óbito Fetal? Qual a causa imediata e a causa básica que devem constar da Declaração de Óbito.

- A. Óbito Fetal Tardio. Causa Terminal ou Imediata: Anóxia intrauterina. Causa Básica: Circular de cordão umbilical.
- B. Óbito Fetal Intermediário. Causa Terminal ou Imediata: Natimorto. Causa Básica: Anóxia intrauterina.
- C. Óbito Fetal Tardio. Causa Terminal ou Imediata: Circular de cordão umbilical. Causa Básica: Anóxia intrauterina.
- D. Óbito Fetal Intermediário. Causa Terminal ou Imediata: Parada cardiorrespiratória intrauterina. Causa Básica: Natimorto.

QUESTÃO 07 · GABARITO OFICIAL: A

Cadeia causal do óbito fetal

COMENTÁRIO OSCELABS

Com 34 semanas, trata-se de óbito fetal tardio. Na cadeia proposta pela questão, a anóxia é a causa imediata e a complicação do cordão é a causa básica, que iniciou a sequência. Natimorto e parada cardiorrespiratória não esclarecem a etiologia. Na assistência real, circular de cordão isolada não prova causalidade, e cesariana não é a via automática para um feto já sem vida; a investigação e a via de parto devem ser individualizadas.

Leitura de apoio: [Ministério da Saúde. Declaração de óbito: manual de instruções para preenchimento.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 8.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Um homem negro, de 50 anos de idade, apresentou PSA de 7 ng/dl. Se tomarmos como corte, para suspeita de cancer de prostata, valor de PSA igual ou maior do que 4 ng/dl, a sensibilidade do exame será de, aproximadamente 72%, e a Especificidade de 46%. A prevalência de câncer de próstata em homem negro é de, aproximadamente, 10%. A partir destes dados, qual a probabilidade deste homem ter de fato cancer de prdatata

- A. 10%
- B. 13%
- C. 46%
- D. 72%

QUESTÃO 08 · GABARITO OFICIAL: B**Valor preditivo positivo****COMENTÁRIO OSCELABS**

Em 1.000 pessoas com prevalência de 10%, haveria 100 doentes: 72 testes positivos verdadeiros. Entre 900 sem doença, 54% teriam resultado positivo, totalizando 486 falsos positivos. Assim, $VPP = 72 / (72 + 486) = 12,9\%$, aproximadamente 13%. A sensibilidade não é a probabilidade de doença após teste positivo. Os números são os fornecidos pelo enunciado, não estimativas para aconselhar individualmente um paciente atual.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 9.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Na Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (PAIR) O ORGÃO Lesionado pelo nível de pressão sonora elevada (Ruído) inicialmente é o:

- A. Tímpano
- B. Órgão de Corti
- C. Estria Vascular
- D. Membrana Tectorial

QUESTÃO 09 · GABARITO OFICIAL: B**Lesão coclear pelo ruído****COMENTÁRIO OSCELABS**

A perda auditiva induzida por ruído é neurossensorial e afeta inicialmente as células ciliadas do órgão de Corti. Não se trata primariamente de lesão do tímpano, que produz perda condutiva. A prevenção exige controlar a exposição, avaliar o ambiente e acompanhar a audição; o protetor individual não dispensa as demais medidas. A história ocupacional e a audiometria ajudam a estabelecer compatibilidade, sem atribuir toda perda auditiva ao trabalho.

Leitura de apoio: [Ministério do Trabalho. NR-7: PCMSO, Anexo II \(audiometria\).](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 10.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Quando um Metalúrgico é acometido por um Acidente de Trabalho causado por uma fagulha de solda que penetrou no seu olho esquerdo podemos afirmar.

- A. Caso o trabalhador fique afastado por causa do Supra Citado Acidente, a empresa deverá emitir a CAT (comunicação do Acidente de Trabalho).
- B. Se o Trabalhador não estiver usando os Óculos Protetores porque não foi fornecido pela empresa foi condição insegura.
- C. Caso o trabalhador não fora afastado por causa do Supra Citado Acidente, a empresa não deveria emitir a CAT (comunicação do Acidente de Trabalho).
- D. Caso o Trabalhador foi afastado pelo Citado Acidente apenas por 1 dia a CAT não deverá ser emitida.

QUESTÃO 10 · GABARITO OFICIAL: ANULADA**CAT e acidente de trabalho****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada: não há alternativa válida para pontuação. A comunicação do acidente de trabalho não depende de afastamento, de sua duração ou de demonstração de culpa. Lesão ocular por solda requer avaliação urgente e prevenção de novos acidentes. A ausência de equipamento fornecido pela empresa é relevante, mas não elimina o dever de comunicar. A anulação é registrada sem atribuir à banca uma justificativa que não acompanha o gabarito.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 11.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Um trabalhador sofre em acidente durante a jornada de trabalho, fica afastado por 78 dias, retornando ao trabalho no 79º dia, pergunta:

- A. Todo o afastamento deverá ser pago pelo INSS.
- B. O pagamento dos 30 primeiros dias pela empresa e o restante pelo INSS.
- C. O pagamento dos primeiros 15 dias pela empresa e o restante pelo INSS.
- D. Dependendo de quem é a culpa pelo acidente se for do trabalhador, quem pagará é o INSS se for da empresa quem pagará todo o afastamento é a mesma.

QUESTÃO 11 · GABARITO OFICIAL: C**Afastamento do empregado****COMENTÁRIO OSCELABS**

No regime apresentado, a empresa responde pelos primeiros quinze dias consecutivos de incapacidade, e o benefício previdenciário pode ser devido a partir do décimo sexto, conforme os requisitos aplicáveis. A alternativa C corresponde ao gabarito. A responsabilidade não muda simplesmente conforme se atribua culpa ao trabalhador ou à empresa. O comentário se refere ao empregado segurado nesse contexto; outras categorias e situações têm regras próprias.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 12.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Qual é a alternativa correta com relação à CIPA (Comissão Interna de Acidente de Trabalho)

- A. O presidente da CIPA é nomeado pelo seus pares.
- B. O membro eleito tem estabilidade por quatro anos após o término do mandato.
- C. 50% dos membros nomeados pela empresa e 30% eleitos pelos seus pares.
- D. A CIPA emite todo o ano um relatório anual sobre todas as ocorrências inclusive Acidentes do Trabalho e Doenças relacionadas ao trabalho no ano.

QUESTÃO 12 · GABARITO OFICIAL: D**CIPA e relatório anual****COMENTÁRIO OSCELABS**

O gabarito oficial é D, mas a redação não deve ser convertida em obrigação normativa genérica da CIPA. A NR-5 disciplina representação, prevenção e acompanhamento de acidentes; o relatório analítico anual do PCMSO é tratado na NR-7. O presidente é designado pelo empregador; os representantes dos empregados são eleitos e têm a proteção legal correspondente. A referência a estabilidade de quatro anos e a proporção 50%/30% não estão corretas.

Leitura de apoio: [Ministério do Trabalho. NR-5: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 13.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Acidente do trabalho é classificado em:

- A. Aéreo + Típico
- B. Típico + Trajeto
- C. Terrestre + Trajeto
- D. Trajeto + Terrestre

QUESTÃO 13 · GABARITO OFICIAL: B**Acidente típico e de trajeto****COMENTÁRIO OSCELABS**

Entre as alternativas, B apresenta a classificação didática esperada: acidente típico e acidente de trajeto. A legislação também contempla doenças profissionais, doenças do trabalho e outras situações equiparadas; portanto o par não esgota todas as hipóteses legais. Classificações aéreo/terrestre descrevem o meio de transporte, e não as categorias previdenciárias solicitadas. Deve-se apurar o nexo com o trabalho e registrar a ocorrência.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 14.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

De acordo com o PCMSO (Programa de Controle Médico Saúde Ocupacional) uma empresa que possua níveis de ruído (N.P.S.E.) acima dos Limites de tolerância preconizado pela NR-7 deverá realizar nos trabalhadores expostos. Audiometria:

- A. Apenas na demissão tão somente.
- B. Apenas na admissão do funcionário e um ano após
- C. Apenas na admissão do funcionário e na demissão do mesmo;
- D. Na admissão do funcionário, outra 6 meses após e posteriormente uma Audiometria anualmente até a demissão quando está se efetuar;

QUESTÃO 14 · GABARITO OFICIAL: D**Audiometria e mudança da NR-7****COMENTÁRIO OSCELABS**

A resposta D reproduz o esquema histórico com exame seis meses após a admissão. A redação atual do Anexo II da NR-7 prevê, em regra, audiometria admissional, anual e demissional, com possibilidade de reduzir o intervalo por critério médico. Portanto, não se deve apresentar o intervalo semestral inicial como exigência universal vigente. A NR-7 orienta vigilância médica; os limites de exposição e as medidas de prevenção também envolvem outras normas.

Leitura de apoio: [Ministério do Trabalho. NR-7: PCMSO, Anexo II \(audiometria\).](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 15.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Médico do Trabalho de uma Metalúrgica ao examinar um funcionário da área de produção encontrou uma lesão caracterizada por perfuração do Septo Nasal na investigação diagnóstica encontrará como agente causador provável:

- A. Níquel
- B. Cromo
- C. Chumbo
- D. Mercúrio

QUESTÃO 15 · GABARITO OFICIAL: B**Cromo e perfuração do septo****COMENTÁRIO OSCELABS**

Exposição ocupacional a compostos de cromo, especialmente hexavalente, pode causar ulceração e perfuração do septo nasal. A anamnese deve explorar processos de galvanoplastia e contato com névoas e poeiras. Chumbo é associado a manifestações hematológicas e neurológicas; mercúrio, a alterações neurológicas e renais. Outras causas de perfuração continuam no diferencial, e o diagnóstico ocupacional exige compatibilidade da exposição e investigação clínica.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 16.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

De acordo com Norma Regulamentadora 4 da consolidação das Leis do Trabalho da CLT para uma empresa regida pela supracitada CLT, deverá ter no mínimo quantos funcionários registrados em carteira, para composição da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidente do Trabalho)

- A. 20 funcionários
- B. 100 funcionários
- C. 500 funcionários
- D. 1000 funcionários

QUESTÃO 16 · GABARITO OFICIAL: ANULADA**Dimensionamento da CIPA****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada. O enunciado confunde normas: a CIPA é disciplinada pela NR-5, enquanto a NR-4 trata dos serviços especializados em segurança e medicina do trabalho. Seu dimensionamento não decorre de um número mínimo único de empregados aplicável a todas as empresas; depende do estabelecimento e do enquadramento normativo. Não é adequado memorizar 20, 100, 500 ou 1.000 como resposta universal.

Leitura de apoio: [Ministério do Trabalho. NR-5: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 17.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Mulher de 20 anos, previamente hígida, comparece ao atendimento de emergência com queixa de dor abdominal localizada em região epigástrica e em hipocôndrio direito, do tipo cólica, intermitente, desencadeada após a ingestão de alimentos ricos em gorduras e/ou doces, associada a náuseas, com início há aproximadamente 8 meses e com piora há 5 dias, quando percebeu também coloração amarelada da pele e dos olhos. Refere ainda 1 episódio de febre aferida em 38°C, que cessou após uso de dipirona. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, desidratada (1+/4+), ictérica (2+/4+), FC = 72 bpm, PA = 100 X 60 mmHg, abdome plano, flácido, doloroso a palpação profunda do hipocôndrio direito, sinal de Murphy negativo. Realizou exames laboratoriais: Leucograma = 13600/mm³ (60% de segmentados); Proteína C Reativa = 3.0 mg/dl; Bilirrubina total = 6,0 mg/dl, Bilirrubina direta = 4,8 mg/dl. Ultrassonografia do abdome mostra presença de colelitíase, associada a dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, com imagem hiperecogênica medindo 8mm localizada no colédoco distal. Considerando-se os critérios estabelecidos pelo Guideline de Tóquio 2018, assinale a alternativa que indica o provável diagnóstico e a conduta terapêutica mais adequada:

- A. Coledocolitíase sem colangite, colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
- B. Coledocolitíase com colangite Tóquio I, colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
- C. Coledocolitíase com colangite Tóquio II, colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
- D. Coledocolitíase sem colangite, videocolecistectomia com exploração intra-operatória das vias biliares.

QUESTÃO 17 · GABARITO OFICIAL: C**Colangite moderada por coledocolitíase****COMENTÁRIO OSCELABS**

Há inflamação sistêmica, colestase e obstrução demonstrada por imagem, sustentando colangite. Pelos critérios de Tóquio, leucócitos acima de 12.000/mm³ e bilirrubina total de pelo menos 5 mg/dL fornecem dois critérios de grau II, mesmo sem febre de 39°C ou idade avançada. A descompressão biliar precoce por CPRE acompanha antibiótico e suporte. Tratar apenas como cálculo sem infecção subestima o quadro.

Leitura de apoio: Tokyo Guidelines 2018: [diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis \(with videos\)](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 18.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Homem de 89 anos, portador de Alzheimer, é trazido por familiares ao pronto-atendimento da cirurgia do Hospital de Base devido a agitação psicomotora e constipação intestinal há 3 dias, além da diminuição da eliminação de flatos e vômitos semelhantes a fezes líquidas há 1 dia. Ao exame físico, apresenta-se em REG, agitado, pouco colaborativo, desidratado (2+/4+), com abdome distendido, hipertimpânico à percussão, difusamente doloroso a palpação, sem sinais de peritonite. Nota-se, ainda, aumento do volume da região inguinal a direita, com presença de "massa" endurecida no local, sem sinais flogísticos. Realizou RX de abdome agudo, que mostra distensão difusa de alças de delgado, com presença de níveis hidroaéreos. Indicado, então, inguinotomia exploradora, sendo observado saco herniário pronunciando-se abaixo do ligamento inguinal e medial à topografia da veia femoral direita, contendo moderada quantidade de líquido citrino em seu interior, além de segmento de alça de delgado hiperemiada, mas (sem pontos de necrose ou perfuração. Assinale a alternativa que contém o correto diagnóstico etiológico para o quadro obstrutivo apresentado acima:

- A. Hérnia femoral encarcerada.
- B. Hérnia inguinal direta encarcerada.
- C. Hérnia inguinal direta estrangulada
- D. Hérnia inguinal indireta encarcerada.

QUESTÃO 18 · GABARITO OFICIAL: A**Hérnia femoral encarcerada****COMENTÁRIO OSCELABS**

A localização abaixo do ligamento inguinal e medial à veia femoral caracteriza hérnia femoral. O encarceramento provoca obstrução; estrangulamento exige comprometimento vascular, que não se demonstra apenas pela hiperemia descrita. A viabilidade da alça deve ser avaliada durante a operação. Hérnias inguinais ficam acima do ligamento, sendo a relação com os vasos epigástricos inferiores o marco para distinguir direta de indireta.

Leitura de apoio: [Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 19.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente do sexo feminino, 52 anos, hipertensa e diabética, relata dor em andar superior do abdome, mais importante em hipocôndrio direito, associada a vômitos, com início há 1 dia, após alimentação copiosa em festa familiar. Ao exame físico, apresenta-se em REG desidratada (1+/4+), anictérica, Tax = 37,8°C, FC = 100 bpm, PA = 170 X 100 mmHg, com abdome globoso, doloroso a palpação do epigástrio e hipocôndrio direito, com defesa involuntária a palpação do rebordo costal direito, sinal de Murphy negativo. Assinale a alternativa que indique a melhor hipótese diagnóstica para o caso descrito, assim como o exame complementar de imagem mais adequado:

- A. Pancreatite aguda, tomografia computadorizada.
- B. Colecistite aguda, ultrassonografia de abdome total.
- C. Colecistite aguda, ultrassonografia do abdome superior.
- D. Síndrome dispéptica aguda, endoscopia digestiva alta.

QUESTÃO 19 · GABARITO OFICIAL: C**Colecistite e ultrassonografia****COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor em hipocôndrio direito após refeição, persistente e com reação inflamatória local, favorece colecistite. Ultrassonografia do abdome superior é o exame inicial dirigido à vesícula e às vias biliares. Murphy negativo não exclui a doença. A alternativa B também propõe ultrassom, mas C é a formulação mais específica adotada pela banca. Pancreatite permanece no diferencial e requer correlação com lipase; tomografia não é obrigatoriamente o primeiro exame.

Leitura de apoio: [Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis \(with videos\)](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 20.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Homem de 30 anos, etilista e tabagista ativo, refere episódio de hematêmese há aproximadamente 4 horas. Nega dor abdominal e alterações do hábito intestinal. Apresenta-se em regular estado geral, sonolento, descorado (3+/4+), abdome discretamente doloroso a palpação profunda do epigástrio, sem sinais de peritonite, DB negativo. Realizado toque retal, que é positivo para melena. FC 140 bpm, PA 80 X 50 mmHg, SatO₂ = 93%. Assinale a alternativa que indica o grau do choque hipovolêmico apresentado pelo paciente e a perda sanguínea estimada, assim como a conduta inicial mais adequada:

- A. O paciente apresenta choque hipovolêmico classe IV, com perda sanguínea estimada de aproximadamente 40% ou mais, sendo indicado reposição volêmica com solução cristaloide e sangue, além da administração endovenosa de IBP em dose alta.
- B. Considerando-se que o paciente apresenta choque hipovolêmico classe III e estimando-se uma perda volêmica de cerca de 20%, considera-se a realização da endoscopia digestiva alta de emergência para controle da fonte ativa de sangramento.
- C. O choque hipovolêmico apresentado pelo paciente é considerado como classe III, com perda aproximada de 30% da volemia total, sendo indicado monitorização cardíaca e ressuscitação volêmica com solução cristaloide.
- D. O paciente apresenta instabilidade hemodinâmica classe IV, com perda de cerca de 40% da volemia, sendo necessário a realização de endoscopia digestiva alta de emergência seguido da administração endovenosa da dose de ataque de omeprazol 80mg.

QUESTÃO 20 · GABARITO OFICIAL: A**Hemorragia digestiva com choque****COMENTÁRIO OSCELABS**

Hipotensão acentuada, taquicardia e alteração do sensório indicam hemorragia grave. A banca escolhe classe IV e perda estimada superior a 40%; essa estimativa não substitui a avaliação dinâmica. Priorizar via aérea quando indicada, acessos, hemoterapia e controle da hemorragia, evitando que a endoscopia atrase a ressuscitação. IBP é apropriado na suspeita de sangramento não varicoso; suspeita de varizes exige tratamento específico adicional.

Leitura de apoio: [ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 21.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Mulher de 22 anos, hígida, queixa-se de dor abdominal contínua, em aperto, iniciada em região mesogástrica com posterior intensificação na fossa ilíaca direita, sem outros sintomas associados, há 2 dias, sem melhora com o uso de analgésicos simples. Relata que pratica musculação em academia diariamente e que a dor se iniciou logo após um treino intenso. Nega queixas ginecológicas e cessou uso de anticoncepcional oral por conta própria há 2 meses, pois deseja engravidar. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, corada, FC = 72 bpm, PA = 110 X 60, Tax = 37°C. O abdome é plano, flácido, doloroso a palpação da fossa ilíaca direita e do hipogástrio, onde apresenta massa palpável, endurecida e imóvel, inclusive durante a elevação do tronco e contração da musculatura abdominal, além de descompressão brusca dolorosa. Assinale a alternativa correta:

- A. Hematoma da bainha do reto abdominal deve ser considerado dentre as principais hipóteses diagnósticas, devido ao achado de massa abdominal dolorosa e imóvel, conhecido como sinal de Forthergill.
- B. A principal hipótese diagnóstica é apendicite aguda complicada, uma vez que a paciente apresenta pontuação elevada no Escore de Alvarado (7 pontos), estando indicado tratamento cirúrgico.
- C. Uma vez que a paciente tem relações sexuais desprotegidas, somado ao fato de apresentar massa palpável e dolorosa na fossa ilíaca direita, considera-se como principal hipótese diagnóstica a gravidez tubária rota e bloqueada.
- D. O Escore RIPASA apresenta maior acurácia para o diagnóstico de apendicite aguda complicada quando comparado ao Escore de Alvarado, e uma vez que a pontuação desta paciente é de 8 pontos, deve ser indicado tratamento cirúrgico videolaparoscópico.

QUESTÃO 21 · GABARITO OFICIAL: A**Massa da parede abdominal****COMENTÁRIO OSCELABS**

Massa que permanece palpável e fixa durante a contração dos retos sugere origem na parede, caracterizando o sinal de Fothergill. O esforço prévio favorece hematoma da bainha do reto. Isso não dispensa avaliação de sangramento, imagem e teste de gravidez. Os escores citados nas outras opções não podem ser calculados com segurança a partir dos dados apresentados e não autorizam cirurgia isoladamente.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 22.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

L.A.S. sexo feminino, 42 anos, apresenta dor abdome superior, principalmente em hipocôndrio esquerdo, há cerca de seis meses, continua, irradiada para o dorso, sem vômitos, que melhora com hioscina + dipirona e piora com alimentos gordurosos. Procurou serviço de pronto atendimento diversas vezes, sendo medicada e liberada. Refere perda de 18 kg nos últimos dois meses. Tabagista. Ex-etilista social (sic), histerectomia. US abdome total: microcálculos vesiculares, formação cística em cauda pancreática de 5.0x 4.0 cm. Fez punção do cisto com ecoendoscopia e o CEA era de 300 ng/ml e a glicose era 35 mg/dl. Qual sua principal hipótese diagnóstica:

- A. Cistoadenoma seroso.
- B. Cistoadenoma mucinoso.
- C. Pseudocisto de pancreas.
- D. Tumor de Frantz (tumor pseudopapilar solido do pâncreas).

QUESTÃO 22 · GABARITO OFICIAL: B**Cisto pancreático mucinoso****COMENTÁRIO OSCELABS**

Mulher com lesão em corpo/cauda, CEA elevado e glicose baixa no líquido do cisto tem perfil compatível com neoplasia cística mucinosa. CEA e glicose ajudam a distinguir conteúdo mucinoso, mas não provam câncer nem seu grau. Cisto seroso costuma ter CEA baixo; pseudocisto exige contexto apropriado, e tumor sólido pseudopapilar tem padrão distinto. Tamanho, sintomas e perda ponderal justificam avaliação especializada.

Leitura de apoio: [American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 23.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

E.B.S, 52 anos, sexo feminino, esteve internada há cerca de seis meses com quadro de pancreatite aguda biliar moderadamente grave, Balthazar E, índice de necrose de 2 pontos. Cerca de dois meses após o quadro inicial, evoluiu com dor em abdome superior, principalmente após ingesta alimentar, náuseas e vômitos. Teve perda de 25 Kgs nos últimos meses (25% peso corporal prévio). Exames: bilirrubinas totais de 0,9 mg/dl, BI= 0,5 BD: 0,4, GGT= 30 U/L; TGO= 25 U/L; TGP = 28 U/L; amilase= 752 U.I/L Ht= 35% Hb= 15 g/dl Lo= 9850/mm³. TC (cerca de 6 meses após quadro da pancreatite aguda): realce parietal medindo de coleções circunscritas, com conteúdo hipodenso e 12,5x13,7x10,1 cm, com volume de 904 cm³; outra de 6,5x6,8x5,1, com volume de 117 cm³; outra de 4,7x3,5x3,2 cm, com volume de 27,5 cm³. Tais coleções determinam efeito de massa no estomago. sobre o parênquima pancreático adjacente e sobre o rim esquerdo. EGD: compressão do corpo gástrico extrínseca. Qual sua principal hipótese diagnóstica:

- A. Coleperitoneo.
- B. Abscesso pancreático.
- C. Pseudocisto de pâncreas.
- D. Cistoadenocarcinoma de pâncreas.

QUESTÃO 23 · GABARITO OFICIAL: C**Coleção pancreática tardia sintomática****COMENTÁRIO OSCELABS**

A resposta oficial é pseudocisto: coleção encapsulada tardia, com efeito compressivo e sintomas. Há ressalva importante: o antecedente de necrose exige diferenciar pseudocisto, de conteúdo líquido, de necrose delimitada, que contém detritos sólidos. O tamanho sozinho não define a indicação de intervenção, mas compressão gástrica, vômitos e perda ponderal tornam o quadro clinicamente relevante. A caracterização por imagem orienta o método de drenagem.

Leitura de apoio: [American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 24.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Um homem de 30 anos, vítima de queimadura por escaldadura, chega à emergência com queimadura de primeiro e segundo grau, em membro superior esquerdo e tronco. Sem comorbidades, refere dor intensa no local. Após avaliação inicial, a melhor conduta seria:

- A. Analgesia com opióide; hidratação venosa; toxóide tetânica; curativo oclusivo.
- B. Analgesia com opióide; hidratação venosa; antibiótico de largo espectro.
- C. Analgesia com opióide; antibiótico de largo espectro; curativo oclusivo.
- D. Analgesia com opióide; antibiótico de largo espectro; toxóide tetânica; curativo oclusivo.

QUESTÃO 24 · GABARITO OFICIAL: A**Cuidados iniciais da queimadura****COMENTÁRIO OSCELABS**

Analgesia, avaliação da necessidade de hidratação, cuidado local e verificação da profilaxia antitetânica compõem a abordagem. Antibiótico sistêmico profilático de amplo espectro não é rotina na queimadura sem infecção. A reposição deve considerar superfície e profundidade: eritema de primeiro grau não entra no cálculo de área queimada para ressuscitação. Vacina e imunoglobulina antitetânica dependem do histórico e do tipo de ferida.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 25.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Um jovem de 25 anos, vítima de acidente de moto com carro, é levado ao Hospital de Trauma mais próximo. Na avaliação inicial, encontra-se instável hemodinamicamente. Sua Pressão Arterial é de 88/60 mmHg; Frequência Cardíaca de 138 bpm; e, Saturação de O₂ de 91% com máscara de oxigênio a 2 litros/minuto. Não há sangramento externo evidente. A

ausculta respiratória é normal. Não há abafamento de bulhas cardíacas. O quadril é estável. Foi realizado um ultrassom abdominal FAST, evidenciando líquido livre em espaço hepato-renal e espleno-renal. Neste momento, a melhor conduta seria:

- A. Laparotomia exploradora.
- B. Videolaparoscopia diagnóstica.
- C. Encaminhar o paciente para tomografia abdominal.
- D. Refazer o exame físico e o ultrassom FAST em 15 minutos.

QUESTÃO 25 · GABARITO OFICIAL: A**Trauma instável e FAST positivo****COMENTÁRIO OSCELABS**

No paciente hemodinamicamente instável, líquido intraperitoneal ao FAST sugere hemoperitônio que requer controle imediato, em geral por laparotomia. Tomografia é destinada ao paciente suficientemente estável e não deve atrasar hemostasia. Repetir o FAST após quinze minutos não resolve o choque já estabelecido. A decisão cirúrgica ocorre em paralelo à ressuscitação e à busca de outras fontes hemorrágicas.

Leitura de apoio: NICE NG39. Major trauma: assessment and initial management.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 26.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Durante o fechamento da parede abdominal de um paciente submetido a herniorrafia inguinal, o cirurgião resolve aproximar o tecido celular subcutâneo para evitar a formação de seromas. O fio escolhido pelo cirurgião foi o poliglactina (Vicryl). Dentre as características deste fio, podemos afirmar que:

- A. Trata-se de um fio inabsorvível, de origem sintética e torcido.
- B. Trata-se de um fio absorvível, de origem sintética e trançado.
- C. Trata-se de um fio absorvível, de origem sintética e monofilamentar.
- D. Trata-se de um fio inabsorvível, de origem animal e monofilamentar.

QUESTÃO 26 · GABARITO OFICIAL: B**Poliglactina 910****COMENTÁRIO OSCELABS**

A poliglactina 910 é fio sintético, absorvível e trançado; B reúne suas características. Ela perde resistência progressivamente e é absorvida por hidrólise. Não se confunde com monofilamentos absorvíveis nem com fios não absorvíveis. A escolha do material depende do tecido, da tensão e do risco de contaminação; fechar o subcutâneo não garante, isoladamente, prevenção de seroma.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 27.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Um jovem, vítima de acidente de moto é levado a emergência de um Hospital Terciário. Nível I de Trauma, após intubação orotraqueal e reposição volêmica com dois litros de Ringer Lactato. Encontra-se hemodinamicamente instável, com fratura aberta de quadril e FAST (ultrassom abdominal no trauma) positivo. O médico assistente, rapidamente calcula um ABCscore de dois pontos e Shock Index de 1,2. Neste momento, a melhor conduta na emergência é:

- A. Iniciar a infusão de 1,0 grama de Ácido Tranexâmico; ativar Protocolo de Transfusão Maciça; instalar cinta pélvica;
- B. Iniciar a infusão de um litro de Ringer Lactato; sondagem vesical de demora; instalar a cinta pélvica;
- C. Iniciar infusão de um litro de Ringer Lactato; encaminhar a Tomografia de Corpo Inteiro; iniciar droga vasoativa;
- D. Iniciar droga vasoativa; infundir 1,0 grama de Ácido Tranexâmico; encaminhar a tomografia de corpo inteiro.

QUESTÃO 27 · GABARITO OFICIAL: A**Ressuscitação hemostática****COMENTÁRIO OSCELABS**

Instabilidade persistente, FAST positivo e trauma pélvico justificam ativação do protocolo de transfusão maciça e controle rápido das fontes. A cinta deve comprimir na altura dos grandes trocânteres. Ácido tranexâmico é indicado precocemente no trauma hemorrágico, dentro de três horas, conforme protocolo; a primeira dose não esgota o esquema. Mais cristalóide e tomografia antes da estabilização podem atrasar o tratamento definitivo.

Leitura de apoio: [NICE NG39. Major trauma: assessment and initial management.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 28.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Durante a visita a um paciente que está no primeiro pós-operatório de uma gastrectomia parcial, nota-se que o paciente encontra-se sonolento e pouco comunicativo. Está com sonda vesical e nasogástrica com drenagem considerável. O médico assistente, informa aos familiares que provavelmente o paciente encontra-se no período pós-operatório e que trata-se de uma resposta do organismo ao trauma cirúrgico. Provavelmente, este paciente encontra-se em:

- A. Fase anabólica e a sonolência é causada pela ação duradoura dos anestésicos endovenosos;
- B. Fase catabólica e a sonolência é causada pela ação dos hormônios tireoidianos e somatostatina;
- C. Fase anabólica e a sonolência é causada pela ação dos opioides e hidratação no intra-operatório;
- D. Fase catabólica e a sonolência é causada pela ação do hormônio antidiurético e sistema renina-angiotensina-aldosterona.

QUESTÃO 28 · GABARITO OFICIAL: D

Resposta ao trauma e sonolência

COMENTÁRIO OSCELABS

A fase inicial pós-operatória é predominantemente catabólica, com ativação neuroendócrina e retenção hidrossalina; esse é o componente conceitual da alternativa D. Entretanto, atribuir sonolência diretamente ao ADH e ao sistema renina-angiotensina é simplificação inadequada. Alteração do sensorio exige verificar sedativos, opioides, oxigenação, glicemia, eletrólitos, perfusão e complicações. Não se deve normalizar um paciente sonolento apenas porque foi operado recentemente.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 29.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Um homem de 35 anos, apresentou uma queda de um andaime, de aproximadamente 4,0 metros. Encaminhado a um Hospital Terciário, Nível I de Trauma com colar cervical e prancha rígida. Encontra-se hemodinamicamente normal. Via aérea pérvia e Glasgow de 15. Apresenta dor à palpação de arcos costais à direita, com ausculta presente e diminuída bilateralmente. Sua saturação de O₂ é de 93%. O médico assistente, baseado no mecanismo de trauma, resolve realizar estudo tomográfico do corpo todo. Todas as tomografias são normais, exceto a tomografia de tórax que evidenciou uma linha de pneumotórax que dista 4,0 cm da parede torácica interna, à direita. Baseado neste exame e no exame físico deste paciente, a melhor conduta seria:

- A. Drenagem torácica à direita;
- B. Tratamento conservador do pneumotórax;
- C. Punção de alívio no segundo espaço intercostal direita;
- D. Instalar Ventilação Não Invasiva.

QUESTÃO 29 · GABARITO OFICIAL: A**Pneumotórax traumático significativo****COMENTÁRIO OSCELABS**

O pneumotórax de 4 cm, associado à redução do murmúrio e dessaturação, favorece drenagem. A punção de alívio é medida de emergência para pneumotórax hipertensivo, não o tratamento rotineiro do paciente estável descrito. Ventilação com pressão positiva pode agravar um pneumotórax não drenado. Observação pode ser possível em casos menores, estáveis e selecionados, com capacidade de monitorização e reavaliação.

Leitura de apoio: [NICE NG39](#). Major trauma: assessment and initial management.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 30.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Durante a prescrição de um paciente de 40 anos, com peso corpóreo de 60 Kg, internado na enfermaria cirúrgica, o médico assistente faz o cálculo da hidratação venosa de manutenção com um volume de 2.500 ml. Para que este volume seja infundido em 24 horas, a velocidade de infusão deve ser de:

- A. 20 gotas/minuto;
- B. 25 gotas/minuto;
- C. 35 gotas/minuto;
- D. 40 gotas/minuto.

QUESTÃO 30 · GABARITO OFICIAL: C**Cálculo do gotejamento****COMENTÁRIO OSCELABS**

Assumindo equipo macrogotas de 20 gotas/mL: $2.500 \times 20 \div (24 \times 60) = 34,7$ gotas/minuto, arredondando para 35. Em bomba, o mesmo volume corresponde a aproximadamente 104 mL/h. O fator do equipo precisa ser conhecido; microgotas produziram outro resultado. Esse cálculo não valida a necessidade de 2.500 mL: manutenção deve considerar peso, função renal, cardiopatia, perdas e eletrólitos.

Leitura de apoio: [American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 31.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Um jovem de 17 anos, procura atendimento médico na emergência de um hospital terciário, com queixa de dor em ombro direito após queda de motocicleta em rodovia. Após uma avaliação inicial, como encontrava-se hemodinamicamente normal, foi solicitado uma tomografia de abdome devido a presença de dor a palpação em hipocôndrio direito. A tomografia evidenciou uma lesão esplênica Grau IV, com presença de "blush" em terço superior do baço. Com relação ao tratamento não operatório do trauma esplênico, podemos afirmar que:

- A. A queda de dois pontos na hematimetria indica laparotomia exploradora;
- B. Mesmo após a arteriografia, a laparotomia exploradora deve ser indicada;
- C. A presença de "blush" na tomografia impossibilita o tratamento não operatório;
- D. A arteriografia com angio-embolização ajudaria manter o tratamento não operatório:

QUESTÃO 31 · GABARITO OFICIAL: D**Trauma esplênico e embolização****COMENTÁRIO OSCELABS**

Em paciente estável, a presença de extravasamento de contraste e lesão de alto grau pode indicar angiografia com embolização para preservar o baço. Blush não impõe laparotomia em todo paciente. Tratamento não operatório exige monitorização, disponibilidade de intervenção e reavaliação imediata se houver deterioração. Uma queda isolada de hemoglobina não deve ser interpretada sem contexto hemodinâmico e necessidade transfusional.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 32.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente de 85 anos, branco, casado, natural e procedente de São Paulo capital. Tem história de problemas cardíacos, dores articulares e aterosclerose. Faz uso de Amiodarona e Acido Acetil Salicílico. Não usa anti-inflamatórios por recomendação médica e gastrite. Procura atendimento médico, devido episódios de dor epigástrica e mesogástrica há meses. Geralmente, dor pós alimentar, fazendo com que o paciente tenha "medo de comer" Associado, relata perda de peso. No momento encontra-se sem dor abdominal. Ao exame físico, a apalpação abdominal é indolor. Analisando o quadro clinico acima, assinale a alternativa correta:

- A. A Síndrome de Mittelschmerz é comum no quadro clinico descrito e deve ser considerada;
- B. A radiografia simples de abdome com presença do sinal de Chilaiditi confirma o diagnóstico;
- C. A hipótese de angina abdominal deveria ser investigada e exames complementares devem ser solicitados.'
- D. Quadro clinico sugestivo de úlcera duodenal perfurada e bloqueada e exames complementares devem ser solicitados;

QUESTÃO 32 · GABARITO OFICIAL: C**Isquemia mesentérica crônica****COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor pós-prandial, medo de comer e emagrecimento em pessoa aterosclerótica formam o quadro típico de isquemia mesentérica crônica. Angiotomografia e avaliação vascular permitem investigar estenoses e planejar revascularização. Exame abdominal normal entre episódios não exclui a condição. Dor ovulatória, interposição colônica e perfuração ulcerosa não explicam bem o padrão crônico descrito. Dor persistente ou desproporcional levanta suspeita de agudização.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 33.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Mulher de 28 anos de idade, referindo atraso menstrual de duas semanas, vem ao pronto atendimento obstétrico com queixa de dores tipo cólicas no baixo ventre e discreta perda sanguínea de coloração escura, por via vaginal. Realizado ultrassom endovaginal onde não foi evidenciado saco gestacional tópico ou ectópico. A conduta adequada nesse caso é:

- A. Repetir ultrassom endovaginal em duas semanas;
- B. Realizar imediatamente dosagem quantitativa de β -hCG;
- C. Realizar dosagem quantitativa semanalmente de β -hCG;
- D. Realizar ultrassom endovaginal a partir da 5ª semana de atraso menstrual;

QUESTÃO 33 · GABARITO OFICIAL: B**Gestação de localização desconhecida****COMENTÁRIO OSCELABS**

Teste de gravidez e β -hCG quantitativo são a próxima etapa para correlacionar a suspeita com a ultrassonografia sem saco visível. Em paciente estável, a evolução do β -hCG em cerca de 48 horas e novo ultrassom orientam seguimento. Um valor isolado não localiza a gestação nem autoriza tratar ectópica automaticamente. Dor progressiva, síncope ou instabilidade exigem avaliação urgente, sem aguardar séries laboratoriais.

Leitura de apoio: [NICE NG126. Ectopic pregnancy and miscarriage.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 34.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Secundigesta, Rh negativo, na 1ª consulta de pré-natal apresentou teste de Coombs Indireto negativo. O teste foi repetido na 28ª semana de gestação com resultado = 1:32. Assinale a alternativa que contém a conduta adequada para o caso descrito:

- A. Realizar dosagem espectrofotométrica da bilirrubina;
- B. Repetir semanalmente o teste de Coombs Indireto e fazer cordocentese;
- C. Realizar doppler da artéria cerebral média fetal para averiguar o grau de anemia fetal;
- D. Acelerar a maturação pulmonar fetal e interrupção da gestação na 34ª semana;

QUESTÃO 34 · GABARITO OFICIAL: C**Aloimunização e anemia fetal****COMENTÁRIO OSCELABS**

Coombs indireto que se torna positivo em título relevante indica investigação de aloimunização. O pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média é método não invasivo para rastrear anemia fetal e orientar intervenção especializada. Imunoglobulina anti-D não reverte sensibilização já estabelecida. Não se indica interrupção em uma semana fixa sem avaliar o feto, o anticorpo envolvido e o contexto obstétrico.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 35.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Primigesta, 39 semanas de gestação, apresenta evolução do trabalho de parto demonstrado pelo partograma abaixo. De acordo com esses dados, o diagnóstico e a conduta, de acordo com o observado na 7ª e 8ª hora de registro são, respectivamente:

OBSERVAÇÕES

- 42

QUESTÃO 35 · GABARITO OFICIAL: A**Distocia de posição no partograma****COMENTÁRIO OSCELABS**

A resposta oficial interpreta a persistência da variedade occipitotransversa esquerda no período expulsivo e propõe rotação manual. É necessário ler conjuntamente dilatação, descida, posição e atividade uterina na figura preservada. Parada de descida não comprova desproporção absoluta. Qualquer manobra exige dilatação completa, identificação segura da posição, avaliação da bacia e do bem-estar fetal e profissional habilitado; uma resposta de prova não é autorização automática para parto operatório.

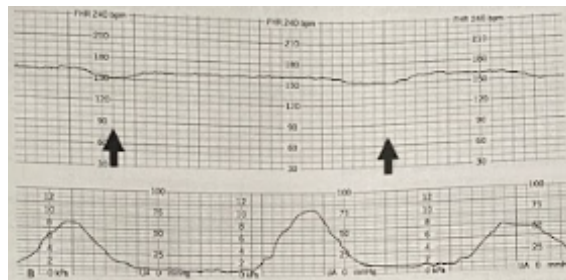
Leitura de apoio: [NICE NG235. Intrapartum care.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 36.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Primigesta com 32 anos de idade, 40 semanas de gestação, internada com queixa de contrações uterinas fortes e perda de líquido há 30 minutos. O pré-natal foi sem intercorrências. Ao exame obstétrico, foi observada dilatação cervical de 4 cm. Considerando o quadro clínico e a cardiotocografia da paciente em anexo, é correto afirmar que:



- A. Cardiotocografia categoria I, com presença de DIPs tardios, indicando insuficiência placentária e resolução imediata da gestação.
- B. Cardiotocografia Categoria I, com DIPs precoces, por compressão cefálica, de ocorrência no final do período expulsivo.
- C. Cardiotocografia categoria III, com frequência cardíaca fetal dentro da normalidade, ocorrência de DIPs tardios, indicando compressão de cordão umbilical.
- D. Cardiotocografia categoria III, com ausência de variabilidade basal, indicando hipóxia fetal grave e resolução imediata da gestação.

QUESTÃO 36 · GABARITO OFICIAL: D

Traçado cardiotocográfico anormal

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca classifica o traçado como categoria III e indica resolução. A definição não depende apenas de ausência de variabilidade: deve haver associação com desacelerações tardias ou variáveis recorrentes, bradicardia, ou padrão sinusoidal. Corrigir causas reversíveis e preparar resolução se o padrão persistir. As demais opções confundem mecanismos: desaceleração precoce relaciona-se à compressão cefálica; tardia, à insuficiência uteroplacentária, e variável, à compressão de cordão.

Leitura de apoio: [NICE NG229. Fetal monitoring in labour.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 37.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Múltipara, G5P4, com 32 semanas de gestação, com queixa de sangramento vaginal indolor. Há 15 dias apresentou sangramento discreto após relação sexual. Ao exame físico, apresenta abdome flácido e ausência de contrações. Os batimentos cardíacos fetais estão na faixa de 140 a 150 bpm. De acordo com estes dados, assinale a alternativa correta:

- A. Realizar exame ultrassonográfico por via endovaginal para avaliar a possibilidade de placenta prévia.
- B. Realizar exame especular e toque para averiguar a ocorrência de implantação placentária anômala.
- C. Orientar a gestante para fazer repouso relativo, abstinência sexual e retorno às consultas de pré-natal.
- D. Tranquilizar a gestante e orientar para procurar a maternidade, caso ocorra nova perda sanguínea num período de 48 horas.

QUESTÃO 37 · GABARITO OFICIAL: A**Sangramento indolor e placenta prévia****COMENTÁRIO OSCELABS**

Sangramento indolor no terceiro trimestre exige investigar placenta prévia. Ultrassonografia transvaginal é apropriada para localizar a borda placentária em relação ao orifício interno. Evitar toque vaginal digital antes de excluir implantação sobre o colo, pois pode precipitar hemorragia. Avaliar estabilidade materna, volume de sangramento e vitalidade fetal; orientação domiciliar isolada é insuficiente para o episódio descrito.

Leitura de apoio: [Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, CH-UFC. Inserção baixa de placenta. Protocolo PRO.UOBT.016, versão 4, 02/04/2025.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 38.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Gestante encontra-se na 42ª semana de gestação, sem comorbidades, em acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS). A conduta adequada nestes casos é:

- A. Na presença de colo pérvio e presença de líquido meconial diagnosticado por amnioscopia, a conduta é parto cesáreo.
- B. Repetir exame pélvico em 1 semana, se o quadro persistir, induzir o trabalho de parto com vigilância fetal.
- C. Na presença de exames normais da avaliação da vitalidade fetal, aguardar início espontâneo do trabalho de parto.
- D. Manter consultas a cada 2 dias na UBS para vigilância fetal e aguardar evolução espontânea do trabalho de parto.

QUESTÃO 38 · GABARITO OFICIAL: A**Gestação de 42 semanas: ressalva ao gabarito****COMENTÁRIO OSCELABS**

O gabarito A foi mantido, mas amnioscopia e presença isolada de mecônio não são critérios modernos suficientes para cesariana. Com 42 semanas, a gestação exige avaliação obstétrica e plano de nascimento; prolongar por mais uma semana ou aguardar indefinidamente não é adequado. A via depende das condições maternas, fetais e cervicais. Registrar a resposta histórica separadamente evita transformar uma alternativa problemática em recomendação assistencial.

Leitura de apoio: NICE NG207. [Inducing labour](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 39.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Gestante na 12ª semana realiza consultas de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com diagnóstico de sífilis e é tratada com penicilina benzatina. Nestes casos, o monitoramento sorológico da resposta ao tratamento deverá ser realizado:

- A. Bimestral com teste treponêmico (FTA-Abs) e não treponêmico (VDRL) quantitativo até o termo da gestação e trimestral após o parto, durante 24 meses.
- B. Mensal com teste não treponêmico (VDRL) quantitativo até o termo da gestação e trimestral após o parto, durante 12 meses.
- C. A queda da titulação do teste não treponêmico em duas amostras consecutivas é indicativo que o monitoramento sorológico deverá ser realizado no início do 3º trimestre (28ª semana) e no momento do parto.
- D. Se o tratamento com penicilina benzatina foi realizado até 30 dias antes do parto e finalizado no momento do parto, o monitoramento sorológico deverá ser realizado trimestralmente durante 12 meses.

QUESTÃO 39 · GABARITO OFICIAL: ANULADA**Seguimento da sífilis na gestação****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada. Para aprendizado, a resposta sorológica é acompanhada com teste não treponêmico quantitativo, mensalmente durante a gestação. Testes treponêmicos podem permanecer reagentes e não servem para acompanhar queda de títulos. O acompanhamento deve avaliar reinfecção, tratamento de parcerias e adequação do esquema e dos intervalos. A situação oficial de anulação permanece; não se atribui uma nova alternativa ao item.

Leitura de apoio: [Ministério da Saúde. PCDT para atenção integral às pessoas com IST. 2022.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 40.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente com idade gestacional de 28 semanas e 3 dias com queixa de perda de líquido por via vaginal há 3 dias. Ao exame especular: saída de líquido claro sem grumos pelo orifício externo do colo. Nesses casos, a confirmação do diagnóstico é realizada por:

- A. Exame especular e ultrassom.
- B. Exame especular e inspeção vulvar.
- C. Avaliação do pH vaginal e cristalização em folha de samambaia.
- D. Pesquisa de células origem fetal e ultrassom.

QUESTÃO 40 · GABARITO OFICIAL: B**Rotura pré-termo das membranas****COMENTÁRIO OSCELABS**

A saída de líquido pelo orifício cervical ao exame especular estabelece forte evidência clínica de rotura, correspondendo à alternativa B. Testes de pH e cristalização podem auxiliar quando o diagnóstico é duvidoso, mas têm limitações. Ultrassom com redução do líquido apoia, sem confirmar sozinho. Evitar toque digital desnecessário; com 28 semanas, avaliar infecção, trabalho de parto e bem-estar fetal para definir o manejo obstétrico.

Leitura de apoio: NICE NG25. Preterm labour and birth.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 41.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Mulher 31 anos de idade, G=3 P=3 (N), colhe sua Colpocitologia Oncótica de rotina, cujo resultado veio ASC-US (Atipia de Células Escamosas de Significado Indeterminado). Diante deste resultado, qual a sua conduta, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para Rastreamento de Câncer do Colo Uterino, 2016?

- A. Fazer Colposcopia
- B. Repetir a Colpocitologia oncótica em 6 meses
- C. Repetir a Colpocitologia Oncótica em 1 ano
- D. Repetir a Colpocitologia Oncótica em 3 anos

QUESTÃO 41 · GABARITO OFICIAL: B**ASC-US no rastreamento citológico****COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta fixa as diretrizes brasileiras de 2016: para mulher com 30 anos ou mais e ASC-US, a conduta indicada era repetir a citologia em seis meses. Idade e resultado anterior modificam o seguimento. Essa resposta histórica não deve ser misturada ao algoritmo do rastreamento primário por DNA-HPV, cuja implantação exige protocolo próprio. ASC-US não equivale a lesão de alto grau nem a câncer.

Leitura de apoio: [INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2016 \(critério histórico\).](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 42.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Mulher de 19 anos de idade, amenorreia primária, com caracteres sexuais secundários presentes, 1,75 metros de altura, fenótipo feminino, com genitália externa feminina, com mamas (M5) e sem pilificação (P=0). Não tem os 2/3 superiores da vagina, não tem útero. Qual é a hipótese mais provável para esta paciente?

- A. Síndrome de Morris
- B. Síndrome de Asherman
- C. Síndrome de Sheehan
- D. Síndrome de Roktanski

QUESTÃO 42 · GABARITO OFICIAL: A**Insensibilidade completa aos andrógenos****COMENTÁRIO OSCELABS**

Mamas desenvolvidas, ausência de pelos, vagina curta e ausência de útero favorecem insensibilidade completa aos andrógenos, tradicionalmente chamada síndrome de Morris. A avaliação inclui cariótipo, hormônios, imagem e aconselhamento especializado. Na síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, a ausência uterina costuma coexistir com pilificação pubiana normal. Asherman causa aderências em útero presente; Sheehan é lesão hipofisária adquirida após evento obstétrico.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 43.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente de 60 anos, menopausada há 12 anos, com uma mamografia classificação BI-RADS 5. O que significa essa classificação?

- A. Lesão que deveria ser reavaliada em 6 meses
- B. Lesão com 95% de possibilidade de malignidade
- C. Lesão altamente suspeita para malignidade variando de 3 a 94 % chance
- D. Lesão maligna já biopsiada, mas não submetida ao tratamento definitivo

QUESTÃO 43 · GABARITO OFICIAL: B**BI-RADS 5****COMENTÁRIO OSCELABS**

A categoria 5 indica achado altamente sugestivo de malignidade, com probabilidade de pelo menos 95%, exigindo diagnóstico tecidual e conduta apropriada. Não significa câncer já confirmado: essa situação corresponde à categoria 6. Controle em seis meses é associado a achados provavelmente benignos em contexto específico, não a BI-RADS 5. A categoria 4 abrange suspeição com probabilidade inferior à categoria 5 e possui subdivisões.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 44.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente MB, 48 anos, menopausada aos 45 anos sem nunca ter realizado terapia de reposição hormonal. assintomática. Traz uma Ultrassonografia transvaginal com linha endometrial de 4 mm. Qual a melhor conduta?

- A. Histeroscopia
- B. Ablação endometrial
- C. Curetagem Uterina Fracionada
- D. Ultrassonografia transvaginal de rotina

QUESTÃO 44 · GABARITO OFICIAL: ANULADA**Endométrio em mulher assintomática****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada. Espessura endometrial de 4 mm, sem sangramento pós-menopausa, não justifica automaticamente histeroscopia, curetagem ou ablação. O contexto e os fatores de risco importam; rastreamento ultrassonográfico rotineiro do endométrio em mulheres assintomáticas não é uma regra geral. O limiar utilizado na investigação de sangramento não pode ser simplesmente transferido a quem não apresenta sintomas.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 45.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente procura emergência do hospital relatando estar grávida após ter sido vítima de estupro. Para a realização da interrupção legal da gestação, no caso de uma gravidez por estupro, são necessários:

- A. Autorização judicial.
- B. Conhecer e identificar o agressor.
- C. Gestação acima de 28 semanas.
- D. Termo de consentimento assinado pela paciente ou responsável

QUESTÃO 45 · GABARITO OFICIAL: D**Consentimento na interrupção legal****COMENTÁRIO OSCELABS**

Entre as opções, D corresponde ao consentimento necessário da gestante ou, quando cabível, de seu representante legal. Identificação do agressor e autorização judicial não são exigências gerais para a hipótese legal de gravidez resultante de estupro. O serviço deve acolher, documentar o consentimento e cumprir os protocolos assistenciais e de proteção aplicáveis. O limite de 28 semanas apresentado na alternativa C não é requisito do artigo 128 do Código Penal.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 46.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente de 27 anos, nulípara, procura ambulatório de planejamento familiar para orientação quanto ao DIU. Refere ciclos menstruais regulares, com fluxo moderado e cólica. Nega comorbidades. Com relação ao dispositivo intra-uterino, é correto afirmar:

- A. Somente podem usar esse método as mulheres que já têm filhos.
- B. Deve ser inserido na primeira metade do ciclo menstrual para descartar uma gravidez.
- C. O DIU mirena pode ser utilizado como contraceptivo e também apresenta benefícios não contraceptivos
- D. Existe um risco aumentado de tromboembolismo em usuárias de DIU com cobre.

QUESTÃO 46 · GABARITO OFICIAL: C**Sistema intrauterino com levonorgestrel****COMENTÁRIO OSCELABS**

O sistema intrauterino com levonorgestrel oferece contracepção e pode reduzir sangramento menstrual e dismenorreia. Nuliparidade não é contraindicação. A inserção pode ocorrer em momentos diferentes do ciclo, desde que seja possível excluir razoavelmente gravidez e avaliar as demais condições. O DIU de cobre não aumenta o risco tromboembólico como contraceptivos com estrogênio; pode aumentar fluxo e cólicas em algumas usuárias.

Leitura de apoio: CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria: intrauterine devices.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 47.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente com 15 anos, menarca aos 11 anos, queixa-se de irregularidade menstrual desde o início, com ciclos de 35 dias e duração de 7 dias de sangramento. Refere discreta cólica durante o período menstrual, necessitando do uso de analgésicos. Submetida a ultrassonografia pélvica apresentou: útero em AVF com volume e textura normais; ovários com aspecto multicístico, volume de 8 e 9 cm³ cada, e contendo 12 folículos antrais dispersos na periferia em ambos os ovários. Qual a hipótese diagnóstica correta?

- A. Endometriose.
- B. Ciclo menstrual normal.
- C. Síndrome dos ovários micropolicísticos.
- D. Disfunção ovarina precoce.

QUESTÃO 47 · GABARITO OFICIAL: B**Ovários multicísticos na adolescência****COMENTÁRIO OSCELABS**

Ciclos de 35 dias, sem hiperandrogenismo descrito, não estabelecem síndrome dos ovários policísticos. O aspecto ultrassonográfico multifolicular é comum na adolescência e não deve ser usado isoladamente para esse diagnóstico. A avaliação considera tempo desde a menarca, padrão menstrual e manifestações clínicas. Dor leve durante a menstruação não comprova endometriose, e não há elementos para insuficiência ovariana.

Leitura de apoio: [Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 48.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Casal procura o ambulatório de Infertilidade, pois deseja engravidar há um ano. Ela com 28 anos e diagnóstico de Endometriose profunda. Ele com 30 anos e diagnóstico de oligospermia leve fumante. Qual a conduta a ser adotada?

- A. Fertilização in vitro.
- B. Inseminação intrauterina.
- C. Esperar mais um ano para iniciar terapia.
- D. Cirurgia robótica para endometriose e após aguardar dois anos.

QUESTÃO 48 · GABARITO OFICIAL: A**Infertilidade com fatores combinados****COMENTÁRIO OSCELABS**

Endometriose profunda e alteração seminal associadas a um ano de infertilidade justificam avaliação reprodutiva, e a fertilização in vitro é a opção adotada pela banca. Esperar mais um ano sem avaliação ou operar obrigatoriamente antes de tentar concepção não é conduta universal. Reserva ovariana, trompas, dor, gravidade seminal e preferências do casal orientam a escolha. Cessar tabagismo integra o cuidado masculino.

Leitura de apoio: [ESHRE guideline: endometriosis](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 49.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Recém nascido (Rn) termo de 39 semanas, nascido de parto normal e logo após o nascimento está respirando e hipotônico. Segundo o Programa de Reanimação Neonatal a conduta tomada deverá ser:

- A. Estímulo tátil no dorso do Rn, clampeamento imediato de cordão e levar á mesa de reanimação para realização dos passos iniciais.
- B. Clampeamento imediato de cordão e levar á mesa de reanimação para a realização dos passos iniciais.
- C. Estimulo tátil no dorso do Rn e se recuperação, manter contato pele a pele e aleitamento materno na 1ª hora de vida.
- D. Clampeamento tardio de cordão e contato pele a pele com estímulo ao aleitamento materno na 1ª hora de vida.

QUESTÃO 49 · GABARITO OFICIAL: A**Recém-nascido sem boa vitalidade****COMENTÁRIO OSCELABS**

A hipotonia afasta os critérios de boa vitalidade ao nascer. A alternativa A associa estímulo inicial e encaminhamento à mesa para os passos da reanimação conforme o algoritmo histórico cobrado. Reavaliar respiração e frequência cardíaca rapidamente; não prolongar estímulos quando houver indicação de ventilação. Estratégias de manejo do cordão dependem do protocolo e das condições de assistência e nunca devem atrasar ventilação efetiva.

Leitura de apoio: Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido de 34 semanas ou mais. Junho de 2026.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 50.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Você está evoluindo alojamento conjunto e ao checar o cartão de pré-natal de uma puérpera, encontra sorologia de toxoplasmose com IgG positiva e IgM positiva no último trimestre. sem outras sorologias anotadas no cartão. Mãe refere pré-natal sem intercorrências e refere uso de polivitamínicos durante o período. Qual a sua conduta frente a esse paciente:

- A. Solicitar sorologia (IgM e IgG) do recém nascido.
- B. Solicitar sorologias (IgM e IgG) da mãe e do recém nascido, ultrassonografia transfontanelar, fundo de olho e hemograma do recém nascido.
- C. Acompanhamento ambulatorial do recém nascido.
- D. Solicitar sorologias (IgM e IgG) do recém nascido, ultrassonografia transfontanelar, e hemograma do recém nascido.

QUESTÃO 50 · GABARITO OFICIAL: B**Investigação de toxoplasmose congênita****COMENTÁRIO OSCELABS**

IgM materna pode persistir e não data a infecção sozinha. É preciso recuperar e complementar a investigação materna e avaliar o recém-nascido, incluindo sorologia, exame ocular e neuroimagem, além de exames laboratoriais. IgG neonatal pode refletir transferência materna; IgM negativa não exclui infecção. A alternativa B contempla avaliação mais abrangente, especialmente o fundo de olho, omitido em D.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 51.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Recém-nascido de 34 semanas de idade gestacional corrigida, peso de nascimento de 1990g. Está no 10º dia de vida e encontra-se em aleitamento materno exclusivo e já recuperou o peso de nascimento. De acordo com as normas do Programa Nacional de imunização, em relação a vacina de BCG, devemos:

- A. Aplicar a vacina nesse momento.
- B. Aplicar quando paciente com peso acima de 2500g.
- C. Aplicar quando paciente com idade corrigida de 37 semanas.
- D. Comunicar a vigilância pois a vacina deveria ser realizada na maternidade ao nascimento.

QUESTÃO 51 · GABARITO OFICIAL: A**BCG e limite de peso****COMENTÁRIO OSCELABS**

O gabarito oficial é A, mas os dados transcritos deixam uma inconsistência: o peso de nascimento é 1.990 g e o peso atual não foi quantificado. No PNI, a BCG deve ser adiada quando o peso atual é inferior a 2.000 g. Se apenas recuperou exatamente 1.990 g, ainda não atingiu o limite; se já ultrapassou 2.000 g e está apto, pode recebê-la. Não é necessário esperar 2.500 g ou idade corrigida de termo.

Leitura de apoio: [Ministério da Saúde. Instrução normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 52.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Recém nascido (Rn) prematuro tardio (34 6/7 semanas), nascido de parto normal com APGAR 7/8. No exame físico do alojamento conjunto, com 20 horas de vida apresenta icterícia Zona 1, com boa sucção em seio materno. Tipagem sanguínea da mãe é B negativo e do Rn é O positivo. Sua principal hipótese deve ser:

- A. Icterícia da Prematuridade.
- B. Icterícia por Asfixia Neonatal.
- C. Icterícia por Doença hemolítica Rh.
- D. Icterícia por Doença hemolítica ABO.

QUESTÃO 52 · GABARITO OFICIAL: C**Icterícia nas primeiras 24 horas****COMENTÁRIO OSCELABS**

Icterícia com 20 horas requer investigação, e incompatibilidade Rh é a hipótese escolhida pela banca. Entretanto, mãe Rh-negativa e bebê Rh-positivo não provam hemólise: verificar sensibilização, teste direto da antiglobulina, hemoglobina e evolução da bilirrubina. O par mãe B/bebê O não favorece doença hemolítica ABO. Decisões terapêuticas dependem da idade gestacional e das horas de vida, não apenas da zona de Kramer.

Leitura de apoio: [Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 53.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Uma mãe está muito preocupada com a perda de peso de seu filho, que está no 2º dia de vida e perdeu 10% do peso de nascimento. Relata que recém-nascido chora muito, que ela não sente as mamas esvaziarem e está com dor. Ao exame físico, mãe com mamas túrgidas e recém-nascido com as bochechas encovadas, lábios abertos e sem barulho nas sucções ao seio materno. A orientação mais adequada para essa paciente será:

- A. Orientar ordenha manual e corrigir pega.
- B. Solicitar exames de triagem infecciosa pela perda de peso excessiva.
- C. Acalmar a mãe, pois ainda acontecerá a apojadura e a perda de peso é esperada nesse momento.
- D. Orientar mamada nas duas mamas por tempo máximo de 10 minutos em cada para estimular apojadura.

QUESTÃO 53 · GABARITO OFICIAL: A**Transferência de leite insuficiente****COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor materna, ingurgitamento, bochechas encovadas e perda de 10% sugerem pega e transferência inadequadas. Corrigir posição e pega e realizar ordenha quando indicada é a melhor opção. Avaliar hidratação, eliminações, peso e sinais de hipernatremia; suplementação pode ser necessária conforme o exame. Não basta tranquilizar, nem limitar arbitrariamente cada mama a dez minutos. A intervenção deve proteger a nutrição do bebê e a lactação.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 54.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

A Púrpura de Henoch-Schonlein, também conhecida como púrpura anafilactóide, é uma vasculite mediada por imunocomplexos formados por IgA. Tem como principais características clínicas a presença de purpura palpável acometendo, principalmente, membros inferiores e:

- A. Uveíte.
- B. Plaquetopenia.
- C. Edema articular.
- D. Acometimento de valva mitral.

QUESTÃO 54 · GABARITO OFICIAL: C**Vasculite por IgA****COMENTÁRIO OSCELABS**

Púrpura palpável predominante em membros inferiores, artralgia ou artrite, dor abdominal e acometimento renal compõem o quadro típico. O edema articular é a associação correta. A púrpura não decorre de plaquetopenia, e a contagem de plaquetas costuma ser normal. O acompanhamento inclui pressão arterial e urina, pois a manifestação renal pode aparecer depois da apresentação cutânea. Uveíte e valvopatia não são os achados centrais.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 55.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Recém-nascido a termo, com peso adequado para a idade gestacional, assintomático, realiza Teste do Coraçãozinho no segundo dia de vida após o nascimento. A saturação arterial de oxigênio obtida por oximetria de pulso em membro superior direito de 96% e em membro inferior de 90%. Qual é a conduta?

- A. Repetir o teste após uma hora.
- B. Repetir o teste após 7 dias.
- C. Solicitar eletrocardiograma.
- D. Iniciar terapia com oxigênio.

QUESTÃO 55 · GABARITO OFICIAL: A**Teste do coraçãozinho alterado****COMENTÁRIO OSCELABS**

Saturação de 90% no membro inferior e diferença de seis pontos entre os membros não constituem teste normal. No algoritmo histórico cobrado, repetir após uma hora é a conduta inicial para essa faixa em recém-nascido assintomático; persistência exige investigação. Saturação abaixo de 90% ou sinais clínicos requerem avaliação imediata. Oxigênio não deve ser usado apenas para normalizar um resultado de rastreamento sem investigar sua causa.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 56.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente com 9 meses de vida com história de mãe com tratamento adequado para sífilis na gestação, sendo que no primeiro trimestre, VDRL era 1/256, realizado VDRL posteriores com os seguintes valores de VDRL 1/128, 20/06 1/64 e com tratamentos comprovados nas datas 01/06, 09/06 e 17/06. RN nascido de parto normal, VDRL 1/32 e VDRI da mãe 1/32 ao nascimento. Paciente encaminhado para acompanhamento de criança exposta à sífilis, porém paciente retorna somente com 9 meses de idade, pois mãe teve que ir para outra cidade e perdeu acompanhamento. Nesta consulta de retorno, paciente evoluindo bem, com peso, altura adequada para idade, bom desenvolvimento neuropsicomotor, sendo solicitado

VDRI cujo resultado foi 1/16. Assinale a alternativa correta com relação à conduta adequada para este momento.

- A. Novo VDRL em 2 meses para avaliação de queda de titulação visto que ao nascimento paciente tinha VDRL 1/32.
- B. Solicitar outro VDRL neste momento em outro laboratório e teste treponêmico pois pode ter sido erro de leitura pois é dependente do profissional que realiza a leitura.
- C. Internação com coleta de hemograma, rx de ossos longos e liquor para investigação de sífilis congênita
- D. Observação clínica e novo VDRL com 11 meses, para avaliação de negatificação de VDRL e sorologia para sífilis após 1 ano de idade.

QUESTÃO 56 · GABARITO OFICIAL: C**VDRL persistente no lactente****COMENTÁRIO OSCELABS**

Título não treponêmico de 1:16 aos nove meses não deve ser atribuído simplesmente à passagem de anticorpos maternos. A ausência de sintomas não exclui sífilis congênita. Está indicada avaliação completa e tratamento conforme o resultado e o histórico, incluindo análise líquórica e radiografia de ossos longos quando pertinentes. A perda de seguimento aumenta a incerteza e não justifica apenas esperar até onze meses.

Leitura de apoio: [Ministério da Saúde. PCDT para atenção integral às pessoas com IST. 2022.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 57.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente com 4 anos de vida, peso 11 kg, com história iniciada há 3 semanas com queda do estado geral, e há 12 dias com hiporexia e hipoatividade, passou em avaliação na UPA sendo diagnosticado faringite e iniciado antibiótico, porém sem melhora. Paciente com regressão do desenvolvimento neurológico, com dificuldade de deambular, constipação e diurese em fraldas sendo que paciente já tinha controles, recusa de alimentação e ingestão de líquido e sólidos com piora clínica importante com rebaixamento do nível de consciência, sonolência, crise convulsiva evoluindo para estado de mal epilético sendo encaminhado para o hospital. Admitida na UTI pediátrica, sendo realizado tomografia de crânio e coleta de líquor com leucócitos 100, linfócitos 80%, proteína 189 e glicose de 28% bacterioscopia negativa. Iniciado ceftriaxona e vancomicina e associado aciclovir. Na coleta da história epidemiológica, houve uma história de contato com amiga de mãe com tuberculose e mãe tem sintomas de tosse há mais de 3 semanas. Com relação ao tratamento da paciente mediante suspeita clínica de neurotuberculose, qual a conduta a ser realizada para o tratamento da paciente.

- A. Iniciar esquema com formação dose fixa combinada com rifampicina, isoniazida, pirazinamida 2 comprimidos por 2 meses e uso de 2 cp de rifampicina e isoniazida por mais 8 meses, além de uso de dexametasona 0,4 mg/kg/ dia de 4 a 8 semanas.
- B. Iniciar esquema rifampicina, isoniazida, pirazinamida 3 comprimidos por 2 meses e mais 10 meses de uso de 3 cp de rifampicina e isoniazida por mais 10 meses, além de uso de dexametasona 0,4 mg/kg/ dia EV de 4 a 8 semanas./
- C. Iniciar esquema com formação dose fixa combinada com rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol 2 comprimidos por 2 meses e mais 8 meses de uso de 3 cp de rifampicina e isoniazida por mais 10 meses, além de uso de dexametasona 0,4 mg/kg/ dia EV de 4 a 8 semanas.
- D. Iniciar esquema com formação dose fixa combinada com rifampicina, isoniazida, pirazinamida 2 comprimidos por 2 meses e mais 10 meses de uso de 2 cp de rifampicina e isoniazida por mais 10 meses, além de uso de dexametasona 0,4 mg/kg/ dia de 4 a 8 semanas.

QUESTÃO 57 · GABARITO OFICIAL: D**Meningite tuberculosa na criança****COMENTÁRIO OSCELABS**

Evolução subaguda, regressão neurológica, contato epidemiológico e líquido linfocitário com proteína elevada e glicose baixa favorecem neurotuberculose. A banca adota esquema pediátrico histórico de doze meses e corticosteroide. A quantidade de comprimidos depende da apresentação de dose fixa e da faixa de peso; não deve ser extrapolada para qualquer formulação. Obter confirmação microbiológica quando possível, sem atrasar tratamento diante de forte suspeita e gravidade.

Leitura de apoio: [Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2ª edição.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 58.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Lactente de 2 meses, em aleitamento materno exclusivo. procura atendimento com relato de diarreia com raios de sangue nas fezes há 1 mês e lesões eritemato crostosas associadas. Segundo a mãe, lactente recebeu complemento com fórmula infantil no 1º dia de vida na maternidade por dificuldade de amamentação. Ao exame físico encontra-se corado, hidratado em com ganho de peso adequado. Qual a conduta mais adequada a esse paciente:

- A. Suspender aleitamento e iniciar fórmula infantil especial.
- B. Manter aleitamento materno com dieta restritiva a proteína do leite de vaca na mãe.
- C. Manter aleitamento materno exclusivo e retorno em 15 dias para avaliar ganho de peso e lesões.
- D. Manter aleitamento materno e iniciar tratamento para diarreia com antibiótico.

QUESTÃO 58 · GABARITO OFICIAL: B**Proctocolite alérgica no lactente****COMENTÁRIO OSCELABS**

Sangue em pequenas estrias em lactente que cresce bem pode sugerir proctocolite induzida por proteína alimentar, após excluir outras causas. A conduta escolhida mantém aleitamento e retira proteína do leite de vaca da dieta materna por período diagnóstico, com orientação nutricional e reavaliação. Não é necessário suspender automaticamente o leite materno nem usar antibiótico. Reintrodução planejada ajuda a confirmar o diagnóstico e evita restrição prolongada indevida.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 59.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Menina de 6 anos de idade com quadro de asma desde os 2 anos, sem exacerbações há cerca de 1 ano, sem despertar noturno e sem limitação de atividade física, atualmente sem uso de medicação contínua, apresentando tosse e chiado a cada 3 meses. Há 6 horas iniciou quadro de tosse seca, chiado no peito e dificuldade respiratória que vem aumentando. Ao exame físico apresenta-se taquidispneica com sibilos ins e expiratórios difusos. O tratamento inicial preferencial para essa criança, considerando as recomendações atualizadas do GINA é:

- A. Corticoide sistêmico + Formoterol sob demanda até melhora dos sintomas.
- B. Salbutamol spray sob demanda associado a dose baixa de corticoide inalatório até melhora dos sintomas.
- C. Salbutamol spray sob demanda até melhora dos sintomas.
- D. Nebulização com Salbutamol sob demanda e iniciar tratamento de manutenção com corticoide inalatório.

QUESTÃO 59 · GABARITO OFICIAL: B**Asma: alívio e anti-inflamatório****COMENTÁRIO OSCELABS**

A alternativa B associa salbutamol a corticoide inalatório, evitando tratamento baseado apenas em broncodilatador. Porém a descrição já é de exacerbação: avaliar saturação, fala, esforço e resposta; repetir broncodilatador e considerar corticoide sistêmico e atendimento de urgência conforme gravidade. O corticoide inalatório não substitui esse manejo. Após a crise, rever controle, técnica e esquema de manutenção adequado à idade.

Leitura de apoio: [Global Initiative for Asthma. Summary Guide 2026.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 60.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Lactente de 18 meses é trazido á consulta devido ao aparecimento de lesões eczematosas, pruriginosas em couro cabeludo, face e membros superiores há 10 dias, sem melhora. Mãe nega outras queixas, refere aleitamento materno por 4 meses e com boa aceitação alimentar. Qual a principal hipótese diagnóstica:

- A. Psoríase;
- B. Urticária;
- C. Escabiose;

- D. Dermatite Atópica.

QUESTÃO 60 · GABARITO OFICIAL: D**Dermatite atópica****COMENTÁRIO OSCELABS**

Eczema pruriginoso em face e superfícies extensoras no lactente favorece dermatite atópica. Urticária produz lesões transitórias, psoríase tem padrão distinto e escabiose exige avaliar distribuição e contatos. O tratamento começa com restauração da barreira cutânea e anti-inflamatório tópico conforme intensidade e localização. Restrição alimentar sem indicação e antibiótico indiscriminado não são medidas de rotina.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 61.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Escolar de 5 anos procura atendimento para atualização de cartão vacinal. Pelo cartão, todas as vacinas foram realizadas até os 18 meses de vida. Quais as atualizações necessária nesta consulta:

- A. Reforço DTP/DTPa
- B. Reforços DTP/DTPa, VIP e Meningococo
- C. Não há vacinas par atualização
- D. Reforço DTP/DTPa e VIP

QUESTÃO 61 · GABARITO OFICIAL: ANULADA**Atualização vacinal individualizada****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada. A atualização exige conferir cada dose, idade mínima, intervalos e calendário vigente; a frase “vacinas até os 18 meses” não substitui a análise do cartão. Alterações posteriores, inclusive a substituição de esquemas com vacina oral da poliomielite, impedem usar a lista histórica como prescrição atual. Não se reinicia automaticamente um esquema atrasado, e a anulação deve permanecer indicada.

Leitura de apoio: [Ministério da Saúde. Instrução normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 62.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Criança com 12 meses vem para consulta de rotina e a mãe refere certa dificuldade de alimentar e início do uso de leite de vaca há 1 mês. Ao exame físico está hipocorada 2+/4+, hidratada, anaictérica, ativa e com neurodesenvolvimento adequado para a idade. Peso e estatura estão no percentil 10 para a idade, mantendo seu padrão de crescimento desde o nascimento. Para esse paciente, sua principal hipótese e conduta devem ser:

- A. Desnutrição - solicitar hemograma e lipidograma.
- B. Anemia ferropriva - solicitar hemograma.
- C. Anemia ferropriva - solicitar hemograma, proteína C reativa e ferritina.
- D. Talassemia - solicitar hemograma, ferritina e eletroforese de hemoglobina

QUESTÃO 62 · GABARITO OFICIAL: C**Investigação de anemia ferropriva****COMENTÁRIO OSCELABS**

Palidez e alimentação potencialmente pobre em ferro favorecem anemia ferropriva. Hemograma caracteriza a anemia; ferritina estima estoques, mas deve ser interpretada com marcador inflamatório porque pode se elevar durante inflamação. Manter o percentil habitual não caracteriza desnutrição por si só. Talassemia entra no diferencial conforme índices hematimétricos, história e resposta, mas não é a primeira hipótese dos dados apresentados.

Leitura de apoio: [Recommendations for diagnosis, treatment, and prevention of iron deficiency and iron deficiency anemia.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 63.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Beatriz tem 7 meses e está em consulta de rotina na UBS. Mãe refere que mantém aleitamento materno e paciente tem boa aceitação da dieta introduzida há 1 mês. No exame físico nota-se que ela é capaz de sentar com apoio, transferir objetos de uma mão para a outra, volta-se para a voz quando chamada, porém ainda não imita sons. Ao analisar o desenvolvimento desta paciente podemos concluir:

- A. Atraso do desenvolvimento motor
- B. Desenvolvimento normal para a idade
- C. Atraso no desenvolvimento da linguagem
- D. Atraso global de desenvolvimento

QUESTÃO 63 · GABARITO OFICIAL: C**Vigilância do desenvolvimento****COMENTÁRIO OSCELABS**

A banca marca atraso de linguagem pela ausência de imitação de sons, mantendo preservados os marcos motores descritos. Esse dado isolado não basta para diagnóstico definitivo de transtorno: confirmar observação, oportunidades de interação, audição e evolução em avaliação padronizada. Não há evidência de atraso global apenas pelo relato. Ausência de habilidades, perda de aquisições ou preocupação persistente exigem acompanhamento e encaminhamento apropriados.

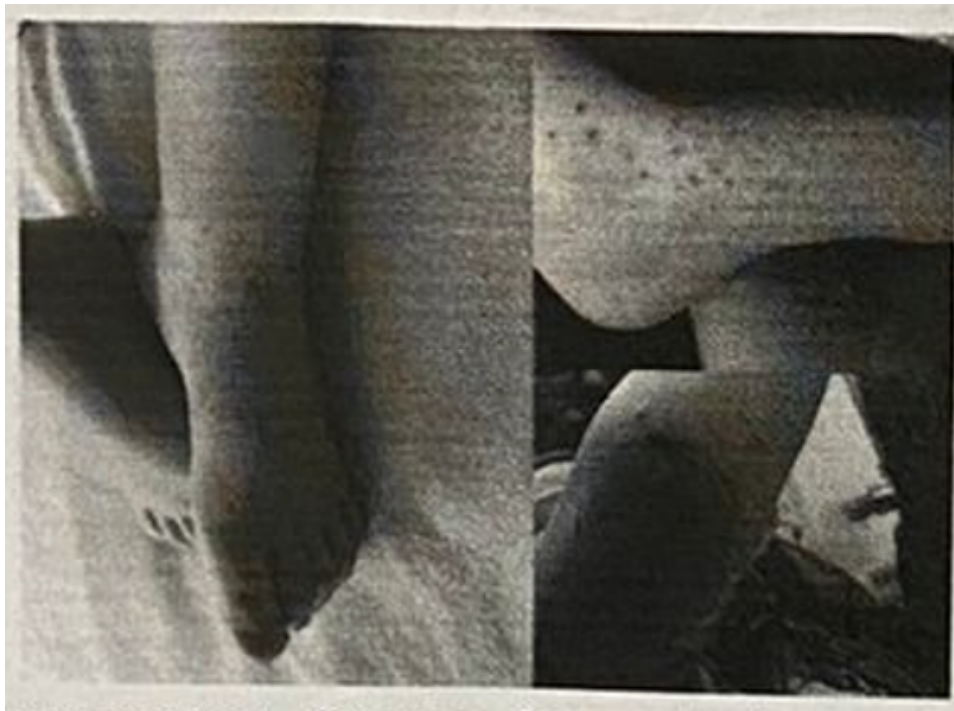
Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 64.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente do sexo masculino, 8 anos, agenda consulta com pediatra devido a quadro de dor importante em membros inferiores há cerca de 6 semanas, especialmente em tornozelos. Além disso, a mãe notou surgimento de pequenas pápulas disseminadas por todo o tronco e membros, indolores e não pruriginosas, além de hipertrofia gengival com sangramento ao escovar os dentes. O paciente era previamente hígido, exceto pelo diagnóstico de transtorno do espectro autista desde o 3º ano de vida e uma importante seletividade alimentar, que o levava a se alimentar somente de arroz cozido e batatas, já em seguimento com equipe multidisciplinar. Ao exame físico, apresentava lesões sugestivas de foliculite hemorrágica disseminadas e hipertrofia gengival, ilustradas nas imagens a seguir. Os tornozelos apresentavam dor à palpação, sem edemas ou sinais flogísticos. Sem outras alterações relevantes. Foi realizada ressonância magnética de tornozelos que mostrou diversos focos de hemorragia subperiosteal e osteopenia. Os demais exames complementares mostraram haver discreta anemia, sem outras citopenias, sem comprometimento metabólico, hepático, renal ou outras alterações relevantes. Considerando a hipótese diagnóstica mais provável assinale a alternativa que contém à conduta mais adequada:





- A. Solicitar exoma.
- B. Solicitar PPD ou IGRA.
- C. Inicia reposição de vitamina C.
- D. Iniciar antibioticoterapia com cobertura para anaeróbios.

QUESTÃO 64 · GABARITO OFICIAL: C

Escorbuto e seletividade alimentar

COMENTÁRIO OSCELABS

Dieta extremamente restrita, sangramento gengival, hemorragia perifolicular e hemorragia subperiosteal apontam para deficiência de vitamina C. A reposição acompanha avaliação nutricional e manejo da seletividade alimentar. Exoma, testes para tuberculose e antibiótico não tratam a causa mais provável. É importante investigar outras deficiências e evitar atribuir dor e recusa de marcha apenas ao transtorno do espectro autista.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 65.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Um paciente de 39 anos, assintomático, com exame físico normal, apresenta, em um exame admissional, o seguinte hemograma: Hb 14g/dl; Leucócitos totais 70.000/mm³ (Segmentados 75%, Bastonetes 5%, Metamielócitos 3%, Mielócitos 2%, Prómielócitos 2%, Eosinófilos 3%, Basófilos 2%, Monócitos 3% e Linfócitos 5%), Plaquetas 350.000/mm³. Além disso, apresenta um VHS de 10mm e Proteína C reativa de 0,2mg/dl. Tal hemograma foi repetido e confirmado. Diante de tal fato, pode-se afirmar que:

- A. À pesquisa da mutação bcr-abl (ou das proteínas p210/190) está indicada. Caso positiva, há indicação de tratamento.
- B. A pesquisa da mutação bcr-abl (ou das proteínas p210/190) não está indicada, pois não há esplenomegalia e o paciente é jovem
- C. A pesquisa da mutação bcr-abl (ou das proteínas p210/190) não está indicada pois não há Anemia e o paciente é jovem
- D. A pesquisa da mutação bcr-abl (ou das proteínas p210/190) está indicada; caso seja positiva, o tratamento não está indicado, pois o paciente é assintomático e não há citopenias importantes.

QUESTÃO 65 · GABARITO OFICIAL: A**Suspeita de leucemia mieloide crônica****COMENTÁRIO OSCELABS**

Leucocitose intensa com granulócitos em diferentes etapas de maturação e basofilia, persistente e sem inflamação importante, indica investigar BCR::ABL1. A ausência de anemia ou esplenomegalia não exclui leucemia mieloide crônica. Confirmado o diagnóstico e realizado o estadiamento, há indicação de tratamento mesmo em assintomático. Trata-se de rearranjo/fusão gênica; o termo genérico "mutação" do enunciado é menos preciso.

Leitura de apoio: 2025 [European LeukemiaNet recommendations for the management of chronic myeloid leukemia](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 66.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente AN, sexo masculino, 68 anos, contador, ex tabagista(fumou num período de 12 anos, porem, não fuma há 38 anos). Hipertenso controlado e em uso de amlodipina e sem antecedentes de doenças pulmonares prévias, com queixa de dispneia progressiva aos esforços há 09 meses, atualmente com dispneia MRC 2, Sem outras queixas respiratórias, Interrogatório sobre os demais aparelhos: não relata queixas relacionadas aos demais aparelhos ou sistemas. Mora em casa de alvenaria de bom padrão e sem animais de estimação e sem hobbies, Ao exame físico encontra se em BEG, eupneico em repouso, acianótico, presença de hipocritíssimo digital. Ausculta torácica : bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas e sem sopros e com presença de estertores do tipo velcro em ambos terços inferiores. Abdômen flácido, sem visceromegalias. Sem edemas periféricos. Já solicitado e realizado tomografia computadorizada de tórax de alta resolução: presença de cistos de faveolamento,, espessamento septal (padrão reticular) , bilateral, de localização subpleural e em lobos inferiores associados a bronquiolnectasias de tração (consistente com padrão PIU - pneumonite intersticial usual). Com hipótese diagnostica de fibrose pulmonar idiopática realizada espirometria com presença de distúrbio ventilatório do tipo restritivo de grau moderado, bom os valores abaixo:

- A. Capacidade vital forçada (CVF) = 80% do previsto, relação VEF1/CVF = 65%X
- B. Capacidade vital forçada (CVF) = 83 % do previsto, relação VEF1/CVF = 80%
- C. Capacidade vital forçada (CVF) = 58% do previsto, relação VEF1/CVF = 85%
- D. Capacidade pulmonar total (CPT) = 75% do previsto.

QUESTÃO 66 · GABARITO OFICIAL: C**Padrão ventilatório restritivo****COMENTÁRIO OSCELABS**

CVF reduzida com relação VEF1/CVF preservada ou elevada sugere restrição, como em C. Faveolamento subpleural basal e bronquiectasias de tração sustentam padrão radiológico de pneumonia intersticial usual. A confirmação fisiológica de restrição exige capacidade pulmonar total reduzida; espirometria isolada não a comprova. A graduação moderna usa referências e limites apropriados, e o diagnóstico de fibrose idiopática requer excluir causas conhecidas.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 67.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

67) Mulher de 60 anos procura assistência médica por conta de um laudo de ultrassonografia com esteatose hepática; DM2, IMC 30 Kg/m² e hipertensão em uso de losartana e insulina NPH. Nega etilismo. A avaliação laboratorial mostra glicemia de jejum 120 mg/dL, hemoglobina glicada 6,8%, AST 52 UI/L (VR 40), ALT 56 UI/L (VR 41), FA 100 UI/L (VR reagentes, anti-músculo liso não reagente, gamaglobulinas normais, anti-mitocôndria não reagente. Ultrassom abdome com aumento da ecogenicidade hepática. Elastografia hepática de 8 kPa. Qual a principal conduta inicial que deverá ser realizada?

- A. Iniciar metformina e semaglutida;
- B. Iniciar atorvastatina e dapaglifozina;
- C. Iniciar atividade física regular e dieta;
- D. Iniciar atividade física 7x/semana e semaglutida.

QUESTÃO 67 · GABARITO OFICIAL: C**Doença hepática esteatótica metabólica****COMENTÁRIO OSCELABS**

Atividade física, alimentação adequada e redução ponderal sustentada são intervenções iniciais centrais. Isso não impede tratar diabetes, obesidade e risco cardiovascular com medicamentos indicados. A elastografia de 8 kPa não deve ser traduzida automaticamente em ausência de fibrose nem em cirrose; integrar FIB-4 e avaliação especializada conforme risco. A escolha C não significa que todas as outras terapias são proibidas.

Leitura de apoio: [EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease \(MASLD\): Executive Summary](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 68.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Mulher, 58 anos, hipertensa há 10 anos, com dificuldade de controle pressórico. Está em uso de: Losartana 100mg/dia, Anlodipino 10mg/dia, Hidroclorotiazida 25mg/dia, Carvedilol 25mg 2 vezes ao dia e Hidralazina 50mg 8/8h. Refere adesão ao tratamento. Vem para consulta de rotina, trazendo o resultado da MAPA: Média PA.24h = 135/85 mmHg. Qual a alternativa correta?

- A. Trata-se de hipertensão refratária controlada;
- B. Trata-se de hipertensão refratária e a conduta é associar espironolactona 25mg/dia.
- C. Trata-se hipertensão resistente controlada e a conduta é manter o esquema terapêutica.
- D. Trata-se de hipertensão resistente e a conduta neste momento é associar espironolactona 50mg/dia.

QUESTÃO 68 · GABARITO OFICIAL: D**Hipertensão resistente****COMENTÁRIO OSCELABS**

MAPA de 135/85 mmHg em 24 horas permanece elevada. Antes de ampliar o esquema, confirmar adesão, técnica, substâncias interferentes e causas secundárias. Espironolactona é opção na hipertensão resistente após otimização do tratamento, com monitorização de potássio e função renal. A dose de 50 mg é a resposta da banca, mas início e titulação devem ser individualizados. Falta do antagonista mineralocorticoide limita classificar o caso como refratário.

Leitura de apoio: NICE NG136. Hypertension in adults: diagnosis and management.

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 69.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

RADB, masculino, 35 anos, usuário de drogas ilícitas por via inalatória e vivendo em situação de rua há quatro anos, foi atendido em Unidade de Pronto Atendimento por apresentação de quadro de febre, tosse com expectoração de aspecto purulento em grande quantidade em evolução há duas semanas e consumpção acentuada. O paciente referiu diagnóstico de infecção pelo HIV há cinco anos com realizações do tratamento de forma irregular até dois anos antes em Minas Gerais. Após avaliação clínica e radiológica, a possibilidade de tuberculose pulmonar foi levantada e a equipe assistente iniciou a condução do caso. Assinale a alternativa que descreve conduta CORRETA para o caso.

- A. O diagnóstico de tuberculose foi confirmado com a obtenção de baciloscopia positiva (++) e do teste rápido molecular para *Mycobacterium tuberculosis* (TRM-TB) com detecção de resistência à Rifampicina; o paciente foi encaminhado a Unidade Hospitalar para internação, confirmação dos achados e início do tratamento específico após resultados de novos exames e estadiamento da doença pelo HIV.
- B. O diagnóstico de tuberculose foi descartado após obtenção de teste rápido molecular para *Mycobacterium tuberculosis* (TRM-TB) com resultado "detectado", assim como gene de resistência à Rifampicina; o paciente foi encaminhado para serviço ambulatorial especializados para pacientes com HIV-AIDS e Tuberculose, onde teve nova amostra de escarro coletada para realização de cultura para micobactérias e teste de sensibilidade e o tratamento iniciado com esquema básico (Rifampicina / Isoniazida / Pirazinamida / Etambutol).
- C. O diagnóstico de tuberculose foi confirmado pela obtenção de baciloscopia positiva (+) em amostra de escarro coletada; o tratamento com esquema básico (Rifampicina / Isoniazida / Pirazinamida / Etambutol) foi iniciado e o paciente foi encaminhado para serviço ambulatorial especializados para pacientes com HIV-AIDS para seguimento das duas doenças.
- D. A pesquisa direta do *Mycobacterium tuberculosis* resultou negativa em amostra de escarro coletada no momento da consulta, bem como o teste rápido molecular específico (TRM-TB); a possibilidade de tuberculose foi, então, considerada menos provável e decidiu-se pela realização de tratamento de Pneumonia Adquirida na Comunidade com Amoxicilina/Clavulanato e encaminhamento para serviço ambulatorial especializados para pacientes com HIV-AIDS.

QUESTÃO 69 · GABARITO OFICIAL: A**Tuberculose e resistência à rifampicina****COMENTÁRIO OSCELABS**

A alternativa A reconhece tuberculose com resistência detectada e necessidade de referência especializada, especialmente diante de vulnerabilidade e HIV sem tratamento. Deve-se colher nova amostra e cultura com teste de sensibilidade conforme o algoritmo, sem banalizar a resistência nem manter automaticamente RHZE como solução definitiva. Internação e momento de iniciar o esquema dependem da gravidade; a redação não autoriza atrasar tratamento necessário aguardando todo o estadiamento do HIV.

Leitura de apoio: [Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2ª edição.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 70.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

MS, 48/anos, masculino, compareceu ao cardiologista para exames de rotina. Refere estar assintomático e nega uso de medicações. Ao exame físico, PA = 135/84 mmHg; FC = 89 bpm; Murmúrio vesicular presente e normodistribuído e ausência de ruídos adventícios; Presença de 2 bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros Ausência e edema de membros inferiores. Eletrocardiograma em ritmo sinusal, com $R (AVL) + S (V3) = 29$ mm. Quais exames a serem solicitados?

- A. Solicitar ressonância cardíaca.
- B. Solicitar Holter 24 horas -3 canais.
- C. Solicitar ecocardiograma e monitorização ambulatorial da pressão arterial.
- D. Solicitar ecocardiograma bidimensional com doppler.

QUESTÃO 70 · GABARITO OFICIAL: C**Hipertrofia ventricular e pressão fora do consultório****COMENTÁRIO OSCELABS**

A soma R em aVL + S em V3 de 29 mm supera o limiar eletrocardiográfico usual de Cornell para homens e sugere hipertrofia ventricular esquerda. Ecocardiograma avalia estrutura e massa ventricular; MAPA pesquisa hipertensão mascarada e carga pressórica. Uma medida normal ou limítrofe em consultório não exclui hipertensão. Holter avalia ritmo, não substitui MAPA, e ressonância não é o exame inicial rotineiro.

Leitura de apoio: [NICE NG136. Hypertension in adults: diagnosis and management.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 71.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente feminina, 52 anos de idade, vem com queixa de dor em braços, ombros, cervical e pernas há 3 anos, piorando de intensidade nos últimos 6 meses após piora da ansiedade com perda de emprego. Refere que o sono é superficial e a acorda com as dores pela manhã, mas piora durante o dia se esforço físico, mesmo que leve, com as atividades da rotina diária domiciliar. Nega trauma, esforço físico incomum, emagrecimento, febre, lesões de pele ou mucosas, alteração urinária ou intestinal. Relata que também apresenta episódios de parestesias em antebraços e mãos. Ao exame físico, paciente em bom estado geral, sem alterações constitucionais, sem alterações articulares. Limitações de movimento ou sinais flogísticos, força muscular preservada nos 4 membros, com ausência dos sinais de compressão do nervo mediano em punhos, apenas com pontos de hiperalgesia à palpação em musculatura de antebraços, trapézios e glúteos. Qual a principal conduta inicial dentre as abaixo?

- A. Educação em saúde sobre a doença, orientar atividade física regular e psicoterapia, e iniciar antidepressivo tricíclico para alívio dos sintomas dolorosos e melhora do sono.
- B. Solicitar RX de bacia e coluna lombossacra, pesquisa do gene HLA-B27, VHS e Proteína C reativa, e iniciar anti-inflamatório não-esteroidal.
- C. Solicitar fator reumatoide, VHS e Proteína C reativa, Rx de mãos e pés e iniciar Prednisona 5mg a cada 12h.
- D. Solicitar hemograma, Urina I, FAN, anti-DNA, complemento C3 e C4 e iniciar Prednisona 60mg ao dia via oral.

QUESTÃO 71 · GABARITO OFICIAL: A**Fibromialgia****COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor difusa crônica, sono não reparador e exame sem inflamação ou perda de força favorecem fibromialgia. Educação, exercício gradual e abordagem psicológica compõem o tratamento; antidepressivo pode ser selecionado conforme sono, dor e comorbidades. Não há indicação de painéis autoimunes extensos ou corticosteroide em altas doses sem sinais de doença inflamatória. O diagnóstico exige avaliação clínica, e os pontos dolorosos não são o único critério.

Leitura de apoio: [EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 72.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Homem de 21 anos comparece em consulta ambulatorial com queixa de edema de membros inferiores há 30 dias, associado a aumento dos níveis pressóricos e cefaleia. Está em uso de Losartana e Anlodipina, referindo também trepopneia. Assinale a alternativa CORRETA sobre esse caso dentre as abaixo:

- A. A dosagem de anticorpo anti-fosfolipase A2 deve ser realizada para afastar a hipótese de glomerulopatia membranosa.
- B. A principal hipótese diagnóstica é insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e a dosagem do peptídeo natriurético atrial deve ser realizada.
- C. Iomeruloesclerose Segmentar e Focal é a principal hipótese diagnóstica e o exame de urina tipo 1 deve mostrar proteinúria e eventual hematúria.
- D. Hepatopatia crônica deve ser descartada com a solicitação de sorologias de hepatite B e C

QUESTÃO 72 · GABARITO OFICIAL: C**Edema e hipótese glomerular****COMENTÁRIO OSCELABS**

O gabarito C aponta glomeruloesclerose segmentar e focal e investigação urinária. Edema e hipertensão exigem quantificar proteinúria, avaliar sedimento, creatinina e albumina. Contudo, esses dados não definem um subtipo histológico: a confirmação pode exigir biópsia. Anti-PLA2R negativo não exclui nefropatia membranosa, e trepopneia também pede avaliação cardiopulmonar. Evitar transformar a hipótese da banca em diagnóstico comprovado.

Leitura de apoio: [KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 73.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Homem de 83 anos apresenta em consulta ambulatorial descontrole dos níveis pressóricos em medidas residenciais com aparelho adequado. Está em uso de Anlodipina 10 mg/dia e Clortalidona 25 mg/dia. Refere ser hipertenso há 15 anos, com histórico de AVC isquêmico prévio, ocasião em que interrompeu o tabagismo. Sobre esse caso assinale a CORRETA:

- A. A utilização de medicamentos tais como enalapril ou losartana está contraindicada.
- B. A ausculta abdominal é mandatória no exame físico desse paciente. stenose on renal.
- C. A melhor droga a ser introduzida nesse momento é metoprolol 50 mg de 12 em 12.
- D. Solicitar eletrocardiograma é imperativo para o retorno ambulatorial.

QUESTÃO 73 · GABARITO OFICIAL: B**Hipertensão e doença renovascular****COMENTÁRIO OSCELABS**

Em idoso aterosclerótico com piora do controle, ausculta abdominal pode identificar sopros e orientar investigação de doença renovascular. O achado não confirma nem sua ausência exclui estenose. IECA e BRA não são universalmente contraindicados; exigem cautela em situações específicas e controle de função renal e potássio. Reavaliar tratamento completo e adesão antes de atribuir a hipertensão a uma causa secundária.

Leitura de apoio: [NICE NG136. Hypertension in adults: diagnosis and management.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 74.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente de 75 anos de idade, homem, com história de ser hipertenso, diabético há 20 anos em tratamento regular e usando losartana 50mg de 12x12hs e metiformina 850mg após almoço e jantar. Vem referindo fraqueza, relato de fadiga, quedas frequentes e perda de peso de 3k no ultimo ano. Ao exame físico apresenta diminuição da velocidade de marcha. diminuição de força de preensão palmar. Com este quadro clinico e o exame físico, não podemos afirmar que:

- A. É um quadro sugestivo de sarcopenia pois apesar de ter diminuição de velocidade de marcha e diminuição de força muscular, devemos investigar se há diminuição da massa muscular para fechar o quadro de sarcopenia.
- B. É um quadro de sarcopenia pois apresenta diminuição de velocidade marcha e de perda de força muscular testada pela preensão palmar.
- C. É um quadro de sarcopenia, pois tem diminuição de velocidade de marcha e diminuição de força muscular, além dos sintomas de fadiga, fraqueza e perda de peso.
- D. É um quadro sugestivo de sarcopenia, pois tem diminuição de velocidade de marcha e diminuição de força, entretanto os sintomas de fraqueza, fadiga e perda de peso não estão relacionados com o diagnóstico de sarcopenia devendo investigar outras causas.

QUESTÃO 74 · GABARITO OFICIAL: ANULADA**Sarcopenia: suspeita e confirmação****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada. Baixa força muscular sugere sarcopenia provável; redução da quantidade ou qualidade muscular confirma, e pior desempenho físico indica gravidade. Perda ponderal, quedas e fadiga exigem avaliação ampliada, inclusive de fragilidade, nutrição e causas reversíveis. Não basta velocidade de marcha baixa para fechar diagnóstico, nem se deve declarar que os sintomas nunca se relacionam à sarcopenia.

Leitura de apoio: [Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 75.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Idoso de 72 anos é trazido a emergência pela filha com historia de sonolência há cerca de 1 semana, associado a perda de apetite com recusa alimentar. Há 2 dias observou piora do quadro, iniciando períodos de confusão mental nos quais tem dificuldade em reconhecer a filha e solicita a toda hora que quer ir embora para poder trabalhar. Passa o dia dormindo e a noite tem períodos de agitação psicomotora com relato de alucinações visuais. Refere que há 5 dias o pai procurou atendimento medico queixa de tosse seca e coriza, sem febre. Foi diagnosticado como síndrome gripal, medicado com sintomáticos. Filha refere que paciente é portador de hipertensão arterial há cerca de 10 e faz uso de enalapril 10mg de 12x12h e é parcialmente dependente para suas atividades de vida diária, necessitando de ajuda para compras e ir ao banco receber sua aposentadoria, No ultimo ano tem observado que o pai encontra-se mais retraído, sai menos de casa, interage menos com os familiares. Diante deste quadro assinale a resposta correta.

- A. Trata-se de um idoso com síndrome demencial em fase moderada que evolui com piora do comportamento devido a progressão da doença neurodegenerativa.
- B. Trata-se de um idoso que aparentemente apresenta um quadro inicial de demência associado a um quadro infeccioso, devendo ser medicado e receber alta hospitalar.
- C. Trata-se de quadro Delirium que deve ser considerado como urgência médica, com indicação de internação hospitalar para estabelecimento de diagnostico correto e medidas terapêuticas devido ao aumento de mortalidade quando não tratado.
- D. Trata-se de um idoso com quadro de delirium associado a demência e poderá ser tratado em domicilio.

QUESTÃO 75 · GABARITO OFICIAL: C**Delirium é urgência clínica****COMENTÁRIO OSCELABS**

Início em dias, oscilação do estado mental, inversão sono-vigília e desatenção/confusão favorecem delirium, possivelmente sobre comprometimento cognitivo prévio. Investigar infecção, hipóxia, distúrbios metabólicos, retenção e medicamentos, especialmente os introduzidos recentemente. Não atribuir a alteração aguda apenas à progressão de demência. O quadro descrito requer avaliação hospitalar, tratamento da causa e medidas não farmacológicas de orientação e segurança.

Leitura de apoio: [NICE CG103. Delirium: prevention, diagnosis and management.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 76.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente feminina 62 anos, portadora de Doença pulmonar obstrutiva crônica de diagnóstico recente, apresentando boa resposta ao tratamento convencional otimizado, sem exacerbações e sem história de internação relacionada a doença. Apresentando capacidade laboral preservada (trabalha como faxineira) PPS: 90%. Esta paciente tem indicação de Abordagem Paliativa de Cuidados?

- A. Sim, pois trata-se de doença incurável porém não neste momento, apenas quando começar a ter perda de funcionalidade (PPS<50%), perda ponderal ou procuras frequentes ao pronto atendimento.
- B. Sim, com o objetivo de ter acolhimento psicossocial e emocional, receber esclarecimentos pertinentes a progressão da doença e estabelecer as Diretivas antecipadas de vontade.
- C. Não, pois a paciente ainda tem indicação de terapia modificadora da doença.
- D. Não, pois a paciente é candidata a terapias invasivas tais como: intubação orotraqueal, uso de ventilação mecânica, internação em Unidade de Terapia Intensiva.

QUESTÃO 76 · GABARITO OFICIAL: ANULADA**Cuidados paliativos precoces****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada. A abordagem paliativa pode acompanhar tratamento modificador da doença e não se restringe às últimas semanas de vida ou a PPS inferior a 50%. Intensidade e necessidade de equipe especializada variam conforme sintomas e sofrimento. A presença de boa funcionalidade não impede comunicação sobre valores, apoio e planejamento, mas não significa automaticamente limitação de suporte invasivo.

Leitura de apoio: [World Health Organization. Palliative care.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 77.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Ainda sobre a paciente da questão anterior, passaram-se alguns anos e a mesma vem apresentando exacerbações recorrentes da DPOC e internações por pneumonia (mais de três em 6 meses) sendo a última há 15 dias. Encontra-se predominantemente restrita ao leito por dispneia com necessidade de oxigenioterapia suplementar contínua e edema de membros inferiores proporcionais e sem sinais de trombose venosa. Neste cenário, está indicada Abordagem Paliativa?

- A. Sim, paciente com doença crônica em franca progressão, apresentando perda de status performance e procuras frequentes ao pronto socorro.
- B. Não, pois trata-se apenas de novo quadro de exacerbação de DPOC por pneumonia, sendo indicado novo trial de antibioticoterapia.
- C. Sim, pois agora a paciente não é mais candidata a medidas invasivas.
- D. Não pois a família deseja que seja feito "tudo" pela paciente.

QUESTÃO 77 · GABARITO OFICIAL: A**DPOC avançada e necessidades paliativas****COMENTÁRIO OSCELABS**

Declínio funcional, dispneia persistente e internações repetidas mostram necessidades relevantes de cuidado paliativo. A abordagem inclui controle de sintomas, suporte familiar e planejamento alinhado aos valores da paciente. Ela pode coexistir com antibióticos, broncodilatadores e outras terapias apropriadas. Não se deve deduzir automaticamente que qualquer medida invasiva está proibida, nem excluir cuidados paliativos porque a família pede que se faça tudo.

Leitura de apoio: [World Health Organization. Palliative care.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 78.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente feminina, 62 anos, portadora de Doença pulmonar obstrutiva crônica de diagnóstico recente, apresentando boa resposta ao tratamento convencional otimizado, sem exacerbações e sem história de internação relacionada a doença. Apresentando capacidade laboral preservada (trabalha como faxineira) PPS: 90%. Esta paciente tem indicação de Abordagem Paliativa de Cuidados?

- A. Sim, com o objetivo de ter acolhimento psicossocial e emocional, receber esclarecimentos pertinentes a progressão da doença e estabelecer as Diretivas antecipadas de vontade
- B. Sim, pois trata-se de doença incurável porém não neste momento, apenas quando começar a ter perda de funcionalidade (PPS <50%), perda ponderal ou procura frequentes ao pronto atendimento.
- C. Não, pois a paciente ainda tem indicação de terapia modificadora da doença.
- D. Não, pois a paciente é candidata a terapias invasivas tais como: intubação orotraqueal, uso de ventilação mecânica, internação em Unidade de Terapia Intensiva.

QUESTÃO 78 · GABARITO OFICIAL: ANULADA**Abordagem paliativa não depende de terminalidade****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada, com conteúdo semelhante ao item 76 e ordem diferente de alternativas. Cuidados paliativos são orientados por necessidades e podem ser integrados à assistência de doença crônica, sem exigir abandono do tratamento ativo. A discussão de preferências deve ser proporcional e centrada na pessoa. A duplicação temática e a anulação são preservadas; não se inventa uma nova alternativa correta para a prova.

Leitura de apoio: [World Health Organization. Palliative care.](#)

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 79.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Paciente de 34 anos, gênero feminino, procura atendimento ambulatorial para realizar "check up". Não apresenta queixas clínicas ou patologias em tratamento. Seu exame físico encontra-se normal. O único exame complementar alterado foi o hemograma, com série vermelha e branca dentro dos parâmetros de referência, mas com plaquetas de 25.000/mm³. Foi repetida coleta com mesmo resultado. Diante deste caso, qual deve ser a conduta a ser seguida?

- A. Coleta de mielograma.
- B. Dosagem de vitaminas B12 e B9 +.
- C. Coleta de coagulograma e fibrinogênio.
- D. Coleta de hemograma em citrato de sódio.

QUESTÃO 79 · GABARITO OFICIAL: D**Pseudotrombocitopenia****COMENTÁRIO OSCELABS**

Trombocitopenia isolada e intensa em paciente sem manifestações deve motivar revisão da lâmina e pesquisa de agregação por EDTA. Recoleta em citrato ajuda a identificar pseudotrombocitopenia, lembrando a correção de diluição laboratorial. Isso não permite ignorar o resultado de 25.000/mm³: avaliar sangramento e confirmar prontamente. Se verdadeira, investigar causas e necessidade terapêutica; mielograma não é automaticamente o primeiro passo.

Leitura de apoio: [Pseudothrombocytopenia-A Review on Causes, Occurrence and Clinical Implications](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.

QUESTÃO 80.

FAMERP - SP-2024-Objetiva - SP | R1

Mulher de 23 anos comparece em atendimento de emergência relatando queixa de edema de membros inferiores há 15 dias. O edema piora no decorrer do dia e é acompanhado de dores articulares, principalmente no punho direito. Relata sensação febril eventual, mas não mensurou temperatura. Nega emagrecimento mas apresenta alopecia. Após 2 horas, alguns exames são liberados: Hemograma: Hemoglobina 10 g/dl, Leucocitos 3500/mm³ e plaquetas 82.000 mil/mm³; potássio 5.5 mmol/L, creatinina 2,0 mg/dl, PCR 15 mg/dl, urina 1 com proteínas ++++/4+, eritrocitos 176.000/ml e leucócitos 88.000/ml. Solicitados demais exames porém os mesmos estarão prontos em 72 horas. Com esse quadro clínico-laboratorial até o momento e considerando sua principal hipótese diagnóstica, assinale a conduta CORRETA:

- A. Iniciar anti-parasitários e prednisona 1mg/kg até definir o diagnóstico.
- B. Iniciar IECA ou BRA e infusão de albumina endovenosa com furosemida até definir o diagnóstico.
- C. Administrar anti-parasitários e iniciar metilprednisolona 500 mg endovenoso por 3 dias. Confirmada a hipótese, deve receber Ciclofosfamida 500 mg a cada 15 dias por 3 meses.
- D. Administrar anti parasitários e iniciar Rituximabe 1 grama endovenoso, 2 doses com intervalo de 15 dias. Confirmada a hipótese diagnóstica, associar Micofenolato Mofetila 2 meses a 3 gramas por dia.

QUESTÃO 80 · GABARITO OFICIAL: ANULADA**Possível nefrite lúpica grave****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada. Citopenias, manifestações sistêmicas, proteinúria e disfunção renal sugerem lúpus com acometimento renal importante, mas requerem confirmação e avaliação urgente. Hipercalemia e piora renal precisam de manejo imediato. Biópsia e perfil imunológico ajudam a orientar imunossupressão; não se deve escolher rituximabe, ciclofosfamida ou micofenolato de modo automático apenas pela suspeita. Considerar infecções e risco de estreptocidíase antes de imunossupressão intensa.

Leitura de apoio: [KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the management of LUPUS NEPHRITIS](#).

Resposta conferida no gabarito oficial pós-recursos. Comentário autoral OsceLabs.


FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Autarquia Estadual - Lei nº 8899, de 27/10:30/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74.179, 14/06/74)

Processo Seletivo Residência Médica 2024
Retificação Gabarito Pós Recurso da Prova Objetiva de Acesso Direto
Acesso direto

1	C	41	B
2	B	42	A
3	A	43	B
4	D	44	ANULADA
5	C	45	D
6	D	46	C
7	A	47	B
8	B	48	A
9	B	49	A
10	ANULADA	50	B
11	C	51	A
12	D	52	C
13	B	53	A
14	D	54	C
15	B	55	A
16	ANULADA	56	C
17	C	57	D
18	A	58	B
19	C	59	B
20	A	60	D
21	A	61	ANULADA
22	B	62	C
23	C	63	C
24	A	64	C
25	A	65	A
26	B	66	C
27	A	67	C
28	D	68	D
29	A	69	A
30	C	70	C
31	D	71	A
32	C	72	C
33	B	73	B
34	C	74	ANULADA
35	A	75	C
36	D	76	ANULADA
37	A	77	A
38	A	78	ANULADA
39	ANULADA	79	D
40	B	80	ANULADA

Documentos de origem

[Caderno completo · cópia diagramada pela Medway](#)

SHA-256: 7438294c1179f92b4c0bdbfb097e126dc95037bcc5e3667a7ae3a6a03165f0aa

[Gabarito oficial pós-recursos · cópia hospedada pelo Estratégia](#)

SHA-256: f5381caab8b763fb36859ff7e532ad1b2317a0cba31eafb6cfecb9f8c1e47e22

A reprodução das questões preserva a redação, as alternativas e as figuras da cópia consultada. Os arquivos de origem completos são disponibilizados separadamente. O gabarito usado na correção é o documento oficial pós-recursos, inclusive as anulações; o gabarito incorporado ao caderno do cursinho não o substitui.

Os comentários são material educacional autoral. Quando uma alternativa oficial apresenta imprecisão ou um critério histórico difere de recomendações assistenciais, a diferença é explicitada. Os links abaixo são leituras de apoio; o gabarito e os documentos de origem permitem auditar a resposta da prova.

Referências selecionadas

[Ministério da Saúde. Declaração de óbito: manual de instruções para preenchimento.](#)

[Ministério do Trabalho. NR-7: PCMSO, Anexo II \(audiometria\).](#)

[Ministério do Trabalho. NR-5: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio.](#)

[Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis \(with videos\).](#)

[Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management.](#)

[ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding.](#)

[American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis.](#)

[NICE NG39. Major trauma: assessment and initial management.](#)

[NICE NG126. Ectopic pregnancy and miscarriage.](#)

[NICE NG235. Intrapartum care.](#)

[NICE NG229. Fetal monitoring in labour.](#)

[Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, CH-UFC. Inserção baixa de placenta. Protocolo PRO.UOBT.016, versão 4, 02/04/2025.](#)

[NICE NG207. Inducing labour.](#)

[Ministério da Saúde. PCDT para atenção integral às pessoas com IST. 2022.](#)

[NICE NG25. Preterm labour and birth.](#)

INCA. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2016 (critério histórico).

CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria: intrauterine devices.

Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome.

ESHRE guideline: endometriosis.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido de 34 semanas ou mais. Junho de 2026.

Ministério da Saúde. Instrução normativa do Calendário Nacional de Vacinação 2026.

Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation.

Ministério da Saúde. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2ª edição.

Global Initiative for Asthma. Summary Guide 2026.

Recommendations for diagnosis, treatment, and prevention of iron deficiency and iron deficiency anemia.

2025 European LeukemiaNet recommendations for the management of chronic myeloid leukemia.

EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines on the management of metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD): Executive Summary.

NICE NG136. Hypertension in adults: diagnosis and management.

EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia.

KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases.

Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis.

NICE CG103. Delirium: prevention, diagnosis and management.

World Health Organization. Palliative care.

Pseudothrombocytopenia-A Review on Causes, Occurrence and Clinical Implications.

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the management of LUPUS NEPHRITIS.