



FAMERP 2025

Acesso direto

Prova comentada

80 questões · comentários autorais · gabarito pós-recursos

Caderno-base em cópia reformatada — procedência na página seguinte

Revisão de conteúdo: 16 de setembro de 2026

oscelabs.com.br

Como usar este material

São 80 questões, com as alternativas da cópia consultada, oito figuras e comentários originais do OsceLabs. O destaque verde identifica a **resposta oficial da banca**; uma ressalva clínica pode mostrar por que essa resposta não deve ser generalizada para a assistência.

O gabarito é **oficial pós-recursos**. A questão 8 foi alterada para D; as questões **26, 38, 54 e 61 foram anuladas**. Elas permanecem no material para estudo, sem alternativa marcada como correta. Os documentos de gabarito e resultado dos recursos acompanham o final deste PDF.

Procedência do caderno: utilizou-se a cópia reformatada disponibilizada pela Medway, identificada como FAMERP 2025, com 80 questões e alternativas A–D. O arquivo não é apresentado como a diagramação original da banca. A conferência integral de transcrição, numeração, imagens e gabarito foi feita sobre essa cópia; não equivale a autenticação contra um caderno original não obtido.

Os enunciados foram mantidos, inclusive inconsistências assinaladas nos comentários, como a redação da questão 62. Nenhum comentário de cursinho foi utilizado na elaboração. Os arquivos de gabarito e recursos são cópias de documentos da FAMERP, consultadas em um espelho público.

As explicações se apoiam nas fontes indicadas junto de cada comentário, consultadas em setembro de 2026. Quando a questão exige uma diretriz antiga, a recomendação histórica é distinguida das atualizações relevantes. Este é um material de estudo; decisões assistenciais dependem da avaliação do caso e do protocolo vigente.

Mapa da prova

Clínica médica: 1–16

Ginecologia e obstetrícia: 17–32

Medicina preventiva, saúde coletiva e trabalho: 33–48

Pediatria: 49–64

Cirurgia: 65–80

Gabarito oficial pós-recursos

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

Anulações: 26, 38, 54 e 61. Alteração pós-recurso: questão 8, alternativa D.

QUESTÃO 01

Gabarito oficial: C

Paciente de 58 anos, gênero masculino, etilista importante é admitido em unidade de emergência após apresentar episódio de crise convulsiva. Ao exame físico, apresenta-se confuso no tempo e espaço. Exames complementares colhidos evidenciaram $Mg+2=0,9\text{mg/dl}$. Em decorrência deste achado laboratorial qual outro distúrbio hidroeletrolítico você esperaria encontrar neste paciente?

- A) Hiponatremia
- B) Hipercalemia
- C) Hipocalcemia**
- D) Hiperfosfatemia

COMENTÁRIO OSCELABS

A hipomagnesemia importante pode reduzir a secreção e a ação do paratormônio, provocando hipocalcemia. Essa associação ajuda a explicar a hiperexcitabilidade neuromuscular e as convulsões. A reposição de cálcio isoladamente pode não corrigir o distúrbio enquanto o magnésio permanecer baixo. Em uma emergência real também se investigam glicemia, sódio, abstinência alcoólica e outras causas de crise; o achado laboratorial não dispensa essa avaliação.

Fonte: NIH MedlinePlus — deficiência de magnésio

QUESTÃO 02

Gabarito oficial: B

Paciente de 24 anos, gênero feminino, agendou consulta em ambulatório de clínica médica para investigar quadro de astenia progressiva nos últimos 4 meses associado a oligomenorreia e episódios de dores abdominais difusas. Dentre as possibilidades diagnósticas foi pensado em doença celíaca. Considerando esta hipótese diagnóstica foi colhido exame de anticorpo anti-transglutaminase IgA com resultado positivo. Realizada endoscopia digestiva com biópsias cujo resultado patológico veio compatível com MARSH 1. Diante deste quadro qual deveria ser a conduta considerando a hipótese diagnóstica mencionada?

- A) Tratar como doença celíaca
- B) Pesquisa HLA-DQ2 e HLA-DQ8**
- C) Dosagem anticorpo anti-endomísio IGA e IGG
- D) Teste de exposição ao glúten por 12 semanas e repetir a EDA

COMENTÁRIO OSCELABS

A sorologia positiva com histologia pouco específica exige revisar a ingestão de glúten, a IgA total, o método sorológico e a qualidade das biópsias. A pesquisa de HLA-DQ2/DQ8 pode ajudar a excluir doença celíaca em situação discordante: sua ausência torna o diagnóstico muito improvável, mas sua presença não o confirma. Linfocitose intraepitelial isolada não autoriza concluir doença celíaca nem iniciar, sem esclarecimento, uma dieta restritiva permanente.

Fonte: Pallav et al. — utilidade do HLA na doença celíaca (2014)

QUESTÃO 03

Gabarito oficial: A

Paciente de 75 anos, gênero feminino, foi admitida em unidade de emergência após episódio de crise convulsiva sucedida por quadro de confusão mental. Em exames colhidos na admissão foi encontrado $\text{Ca}^{+2}=12,8\text{mg/dl}$. Dentre as possibilidades diagnósticas para o quadro do paciente, em qual haveria benefício a utilização de glicocorticoides?

A) Linfoma

B) Tuberculose

C) Neoplasia de mama

D) Hiperparatireoidismo primário

COMENTÁRIO OSCELABS

O gabarito indica linfoma. Alguns linfomas causam hipercalcemia por produção extrarrenal de calcitriol, mecanismo sobre o qual os glicocorticoides podem atuar. Hipercalcemia importante com manifestação neurológica exige tratamento hospitalar e investigação do mecanismo, incluindo PTH. A alternativa não permite concluir que toda hipercalcemia neoplásica responda a corticoide; na maioria dos tumores sólidos predominam outros mecanismos. Doenças granulomatosas também podem produzir calcitriol, ressalva relevante à formulação da questão.

Fonte: Endocrine Society — hipercalcemia da malignidade (2023)

QUESTÃO 04

Gabarito oficial: B

Paciente de 50 anos, gênero masculino, com histórico de hipertensão e doença renal crônica é admitido por quadro de dor intensa e edema em joelho direito com início há 2 dias. Realizada artrocentese com líquido sinovial revelando cristais birrefringentes positivos sob microscopia de luz polarizada. Qual é o diagnóstico mais provável?

A) Gota

B) Pseudogota

C) Artrite séptica

D) Artrite reumatoide

COMENTÁRIO OSCELABS

Cristais de pirofosfato de cálcio apresentam birrefringência positiva fraca, em contraste com o urato monossódico da gota, que apresenta birrefringência negativa. O quadro favorece artrite aguda por CPPD, tradicionalmente chamada pseudogota. A identificação de cristais não exclui infecção concomitante: o líquido sinovial deve ser investigado para artrite séptica quando a apresentação suscitar essa possibilidade. A doença renal influencia a escolha e a segurança dos anti-inflamatórios.

Fonte: EULAR — recomendações para diagnóstico de CPPD (2011)

QUESTÃO 05

Gabarito oficial: A

Paciente de 45 anos, gênero feminino, é admitida por quadro de tosse produtiva, febre e dispneia há 3 dias. Realizou Rx de tórax cuja imagem é compatível com pneumonia de lobo inferior direito associado a velamento do seio costofrênico ipsilateral. Ao POCUS (Point-of-Care-Ultrasound) foi possível confirmar a hipótese de derrame pleural tendo sido realizada toracocentese e prescritos ceftriaxona associado a azitromicina. Os achados bioquímicos do líquido pleural evidenciam proteínas totais=4,5g/dl (sérica=6,8), DHL=1250UI/l, pH=6,9, celularidade=1800 células/mm³ (88% neutrófilos), ADA=120UI/l e cultura em andamento. Qual deve ser a conduta mais adequada neste momento?

A) Indicar drenagem torácica

- B) Escalonar antibioticoterapia para tazocin e vancomicina
- C) Manter antibioticoterapia e reavaliar resposta clínica em 48h
- D) Investigar tuberculose como condição facilitadora da pneumonia bacteriana

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumonia associada a líquido pleural muito ácido, com pH de 6,9, indica infecção pleural ou derrame parapneumônico complicado e sustenta drenagem, além de antibioticoterapia. A BTS utiliza pH $\leq 7,2$ como sinal de alto risco, desde que exista líquido acessível com segurança. A ADA elevada não é específica de tuberculose e não deve sobrepor-se ao conjunto clínico. O procedimento exige avaliação por imagem e coleta microbiológica, sem retardar o tratamento.

Fonte: BTS — doença pleural (2023)

QUESTÃO 06

Gabarito oficial: D

Paciente de 32 anos, gênero feminino, foi trazida à emergência por apresentar quadro de intensa fraqueza em membros superiores e inferiores associados a câimbras. Exames preliminares colhidos na sala de emergência mostravam: creatinina=0,9mg/dl, glicemia de jejum=95mg/dl, Na+=135mEq/l, Ca+2=9,8mg/dl, Mg+2=2,0mg/dl, K+=2,5mEq/l, Cl=105mEq/l, gasometria venosa com pH=7,28, HCO₃=20m e pCO₂=30; hemograma dentro dos valores referência e urina I com densidade 1015, pH=6,0 e ausência de leucocitúria ou hematúria. Considerando as informações disponibilizadas qual é a hipótese diagnóstica mais provável entre as opções abaixo?

- A) Amiloidose
- B) Mieloma múltiplo
- C) Doença de Addison

D) Síndrome de Sjögren

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipocalemia associada a acidose metabólica e urina inadequadamente alcalina sugere acidose tubular renal distal. A síndrome de Sjögren é uma causa adquirida importante. O rim não acidifica adequadamente a urina apesar da acidemia sistêmica; esse é o vínculo entre os dados e o diagnóstico. Deve-se calcular o ânion gap, considerar a albumina e excluir infecção urinária por germes produtores de urease antes de tratar o pH urinário isolado como prova definitiva.

Fonte: NIDDK — acidose tubular renal

QUESTÃO 07

Gabarito oficial: C

Uma menina de 18 anos é trazida pelos pais devido a quadro de confusão mental e história de duas semanas de sede intensa e perda de 3 quilos. Sinais vitais na admissão: pressão arterial: 92/67mmHg; frequência cardíaca: 108/min; frequência respiratória: 30/min. Ela se apresentava desidratada. Foi iniciado expansão com fluídos. Qual a próxima terapia?

Exame	Valor	Referência
Sódio	129 mEq/L	135-145 mEq/L
Potássio	3,1 mEq/L	3,5-5,0 mEq/L
Creatinina	2,5 mg/dL	0,5-1,1 mg/dL
Glicose	870 mg/dL	70-99 mg/dL
Cálcio	9,5 mg/dL	8,6-10,2 mg/dL
Fósforo	2,8 g/dL	3,0-4,5 g/dL
Cloro	89 mEq/L	98-106 mEq/L
Cetonemia	Positivo ↘	Negativo
Gasometria arterial: pH/bicarbonato	7,10 / 10	7,35 – 7,45 / 22-26

- A) Bicarbonato de sódio
- B) Reposição de fósforo
- C) Reposição de potássio**
- D) Insulina regular em bomba de infusão

COMENTÁRIO OSCELABS

A imagem laboratorial do caderno informa potássio de 3,1 mEq/L, glicemia de 870 mg/dL, pH de 7,10 e cetonemia positiva. Após iniciar fluidos, é necessário corrigir o potássio antes da insulina, porque a insulino terapia desloca potássio para o intracelular e pode desencadear arritmias na hipocalcemia. O consenso de 2024 recomenda adiar a insulina quando $K < 3,5$ mmol/L até a correção acima desse limiar. Reposição e monitorização devem considerar a função renal e o débito urinário.

Fonte: Consenso internacional — crises hiperglicêmicas (2024)

QUESTÃO 08

Gabarito oficial: D

Homem de 62 anos com doença renal crônica estágio G3aA3, hipertenso e diabético vem à consulta para avaliação da pressão arterial. Está em uso de anlodipino 10 mg/dia; losartana 100 mg/dia e carvedilol 6,25 mg 2 x ao dia. Ele também faz uso de atorvastatina, aspirina e dapagliflozina. Ele não monitoriza sua pressão em domicílio. Ao exame físico, sua pressão encontra-se 117/80 mmHg e sua frequência cardíaca de 72 bpm. Sua creatinina sérica é 2,2 mg/dL (referência: 0,7-1,3) e sua relação proteína/creatinina urinária é 0,5mg/mg (referência <0,2). Qual medida deve ser tomada em relação ao seu controle pressórico:

- A) Sem mudanças
- B) Suspende carvedilol
- C) Suspende anlodipino

D) Trocar losartana por valsartana

COMENTÁRIO OSCELABS

A resposta oficial pós-recursos é D: substituir losartana por valsartana. Essa mudança está expressamente documentada pela banca. Contudo, os dados apresentados não demonstram benefício obrigatório dessa troca: a pressão está controlada e o tratamento já inclui bloqueador do sistema renina-angiotensina e inibidor de SGLT2. A KDIGO recomenda bloqueio renina-angiotensina na maior dose aprovada tolerada quando indicado, acompanhado de creatinina e potássio, sem estabelecer a troca sistemática entre esses dois fármacos como regra. Preserva-se a letra oficial, com essa ressalva clínica.

Fonte: KDIGO — doença renal crônica (2024), pontos 3.6.1–3.6.3

QUESTÃO 09

Gabarito oficial: C

Um homem de 45 anos, com diagnóstico recente de diabetes mellitus tipo 2 apresenta-se para consulta de seguimento. Ele encontra-se com IMC de 32 kg/m² e sua hemoglobina glicada é de 8,5%. Seu médico recomenda mudanças no estilo de vida e inicia a metformina. Após 3 meses, a hemoglobina glicada cai para 7,8%, mas ele expressa dificuldades em manter uma alimentação adequada e está preocupado com o risco de complicações do diabetes. Considerando as diretrizes atuais para o manejo do diabetes tipo 2, qual das seguintes condutas é a mais indicada para o próximo passo no tratamento?

- A) Suspende a metformina e introduzir uma sulfonilureia.
- B) Introduzir insulina basal e reduzir a dose de metformina.
- C) Iniciar um agonista do receptor de GLP-1 junto com a metformina.**
- D) Manter apenas a intervenção no estilo de vida e reavaliar em 6 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Um agonista do receptor de GLP-1 associado à metformina pode melhorar o controle glicêmico e favorecer perda de peso, combinação coerente com diabetes tipo 2 e obesidade. A escolha concreta depende de doença cardiovascular, insuficiência cardíaca, doença renal, tolerabilidade, acesso e preferência do paciente. O objetivo não é acrescentar qualquer medicamento apenas pelo valor de HbA1c: o benefício sobre peso e risco cardiometabólico é parte da decisão.

Fonte: ADA — tratamento farmacológico do diabetes (2026)

QUESTÃO 10

Gabarito oficial: A

Um homem de 60 anos com histórico de insuficiência renal crônica e diabetes mellitus tipo 2 é admitido no pronto-socorro com letargia e fraqueza. Ele tem um histórico recente de diarreia persistente. Seus exames laboratoriais mostram os seguintes resultados: - pH: 7,25 (referência: 7,35-7,45) - pCO₂: 30 mmHg (referência: 35-45 mmHg) - HCO₃: 15 mEq/L (referência: 22-26 mEq/L) - Na⁺: 140 mEq/L - K⁺: 4,5 mEq/L - Cl⁻: 115 mEq/L - Lactato: 0,8 mmol/L - Creatinina: 2,2 mg/dL Com base nesses resultados, qual é o diagnóstico mais provável do distúrbio ácido-base?

A) Acidose metabólica hiperclorêmica

B) Acidose respiratória e acidose metabólica

C) Acidose metabólica com ânion gap aumentado

D) Acidose metabólica com ânion gap aumentado e acidose metabólica hiperclorêmica

COMENTÁRIO OSCELABS

O ânion gap calculado sem potássio é $140 - (115 + 15) = 10$ mEq/L, compatível com acidose metabólica de ânion gap normal. A perda intestinal de bicarbonato pela diarreia explica o componente hiperclorêmico. Pela fórmula de Winter, a PaCO₂ esperada é $1,5 \times 15 + 8 = 30,5$ mmHg, com intervalo aproximado de ± 2 : a PaCO₂ informada é compatível com compensação respiratória. Albumina baixa, se presente, exigiria corrigir a interpretação do ânion gap.

Fonte: Cálculo autoral: ânion gap e compensação pela fórmula de Winter; dados do enunciado

QUESTÃO 11

Gabarito oficial: D

Uma mulher de 28 anos apresenta-se ao consultório devido alteração no exame de urina. Trazia exames com proteinúria 1g/24 horas e anemia - hemoglobina 10,5 g/dL. Em investigação apresentou FAN positivo 1:360. Realizada biópsia renal, demonstrava nefrite lúpica classe 4. Com base nos achados acima, em relação ao diagnóstico da paciente:

A) Lúpus eritematoso sistêmico, pois possui FAN positivo com titulação elevada e proteinúria com biópsia compatível, computando 6 pontos pelos critérios EULAR

B) Não é lúpus eritematoso sistêmico, pois paciente não possui sintomas compatíveis

C) Não é lúpus eritematoso sistêmico, pois apesar do FAN positivo com titulação elevada, essa alteração pode ser encontrada na população geral

D) Lúpus eritematoso sistêmico, pois possui FAN positivo em titulação elevada e biópsia renal compatível com nefrite lúpica classe 4, o que é suficiente para diagnóstico

COMENTÁRIO OSCELABS

Nos critérios classificatórios EULAR/ACR de 2019, ANA positivo é o critério de entrada; a nefrite lúpica classe III ou IV comprovada por biópsia vale 10 pontos, atingindo o limiar classificatório quando os requisitos são cumpridos e não existe explicação mais provável. A questão explora essa ponderação. Critérios de classificação foram construídos para uniformizar grupos de pesquisa e não substituem o diagnóstico clínico nem dispensam excluir outras causas de glomerulonefrite.

Fonte: EULAR/ACR — critérios classificatórios do LES (2019)

QUESTÃO 12

Gabarito oficial: C

Um homem de 45 anos, trabalhador rural, apresenta-se ao consultório com queixas de tosse crônica, perda de peso, febre baixa e lesões ulceradas na cavidade oral. Ao exame físico, foram observados linfonodos cervicais aumentados, dolorosos e com secreção purulenta. A radiografia de tórax revela infiltrados pulmonares bilaterais. A biópsia das lesões orais mostra presença de leveduras multinucleadas em forma de roda de leme. Com base nesses achados, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Tuberculose
- B) Histoplasmose
- C) Paracoccidioidomicose**
- D) Leishmaniose mucocutânea

COMENTÁRIO OSCELABS

O aspecto de levedura com múltiplos brotamentos em roda de leme é característico de Paracoccidioides. O contexto rural, o comprometimento pulmonar e as lesões mucosas reforçam a hipótese de paracoccidioidomicose. O diagnóstico utiliza demonstração do fungo em material clínico, histopatologia e, conforme o contexto, cultura e sorologia. O achado morfológico orienta a alternativa; a gravidade e a extensão da doença determinam o tratamento, não apenas a presença de lesão oral.

Fonte: Diretrizes brasileiras de paracoccidioidomicose (2017)

QUESTÃO 13

Gabarito oficial: A

Paciente de 27 anos, do sexo feminino, portadora de prolapso valvar mitral sem regurgitação, procura atendimento médico, encaminhada pelo dentista, devido proposta de tratamento endodôntico e com solicitação de orientações quanto à profilaxia antibiótica para endocardite bacteriana. A paciente refere ser alérgica a penicilina. Baseado nas informações acima, qual a melhor opção terapêutica?

- A) Não há indicação de profilaxia antibiótica nesse caso**
- B) Ceftriaxona 1g intramuscular 30 minutos antes do procedimento
- C) Azitromicina 500 mg por via oral uma hora antes do procedimento
- D) Clindamicina 600 mg por via oral uma hora antes do procedimento e 300 mg 6 horas após

COMENTÁRIO OSCELABS

Prolapso de valva mitral sem outras condições de alto risco não indica profilaxia antibiótica de endocardite antes de procedimento odontológico. A profilaxia é reservada a grupos selecionados, como portadores de prótese valvar e pessoas com endocardite prévia, nos procedimentos pertinentes. Higiene oral e acompanhamento odontológico são essenciais. Não se deve usar a possibilidade teórica de bacteremia como justificativa para antibiótico em toda cardiopatia.

Fonte: American Heart Association — endocardite; revisão de julho de 2026

QUESTÃO 14

Gabarito oficial: C

Um paciente de 32 anos, previamente saudável e sem histórico de doenças cardíacas ou fatores de risco cardiovascular, é admitido com diagnóstico de sepse urinária secundária à pielonefrite. Na avaliação inicial, ele está febril, taquicárdico e hipotenso, necessitando de reposição volêmica agressiva e uso de noradrenalina. A gasometria arterial revelou acidose metabólica com elevação do lactato. Durante a internação na UTI, exames laboratoriais demonstram elevação de troponina T de alta sensibilidade, com valores de 80 e 125 ng/L (normal < 14 ng/L). O eletrocardiograma (ECG) mostra taquicardia sinusal e alteração difusa da repolarização ventricular. O ecocardiograma apresenta fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 55%, sem alterações segmentares de contratilidade. Qual o principal diagnóstico para o paciente?

- A) Miocardite
- B) Infarto sem supra ST
- C) Injúria miocárdica aguda**
- D) Infarto do miocárdio sem coronariopatia obstrutiva (MINOCA)

COMENTÁRIO OSCELABS

Elevação dinâmica da troponina, com pelo menos um valor acima do percentil 99 do método, caracteriza lesão miocárdica aguda. A definição universal de 2026 reforça o uso de limiares específicos por sexo. Para infarto, exige-se evidência de isquemia, como sintomas, alterações isquêmicas no ECG ou nova alteração segmentar compatível. A sepse pode produzir lesão miocárdica sem infarto, como no caso. Portanto, troponina elevada isoladamente não confirma síndrome coronariana nem indica automaticamente antiagregação ou intervenção coronária.

Fonte: ESC/ACC/AHA/WHF — definição universal de infarto (2018 e atualização de 2026)

QUESTÃO 15

Gabarito oficial: A

Homem de 30 anos, consumo alcoólico moderado diário, saudável, procurou consultório neurológico com história de formigamento progressivo nos pés iniciado há cerca de um ano, evoluindo com fraqueza distal nos membros inferiores e formigamento nos membros superiores há cerca de 3 meses. Diante do exposto e exame neurológico foi feita hipótese diagnóstica de neuropatia periférica sensitivo-motora tóxico-carencial secundária ao alcoolismo. Como é esperado encontrar os reflexos do estiramento muscular (tendinosos ou profundos).

- A) Abolidos nos membros inferiores.**
- B) Hipoativos nos membros superiores e hiperativos nos membros inferiores.
- C) Hiperativos nos membros superiores e hipoativos nos membros inferiores.
- D) Normais, visto que não há evidência de anormalidade do sistema nervoso central.

COMENTÁRIO OSCELABS

A polineuropatia periférica associada ao uso crônico de álcool costuma ser distal, simétrica e dependente do comprimento dos axônios. A redução ou abolição dos reflexos, especialmente aquileus, é compatível com o acometimento dos membros inferiores. A avaliação deve procurar deficiências nutricionais e outras causas de neuropatia. Hiperreflexia, nível sensitivo ou sinais piramidais apontariam para mecanismos centrais e exigiriam reconsiderar a localização da lesão.

Fonte: NIH MedlinePlus — neuropatia alcoólica

QUESTÃO 16

Gabarito oficial: B

Uma paciente de 73 anos, hipertensa e diabética, queixa-se de tontura e vertigem. Os sintomas são flutuantes, com vertigem rotacional, durando de alguns minutos até uma hora ou mais, às vezes acompanhados de náuseas ou vômitos. A paciente também refere zumbido, sensação de plenitude auricular e diminuição da audição. Sobre a condição clínica da paciente, assinale a alternativa correta:

A) Há diminuição da produção da endolinfa no sistema vestibular, com hidropsia endolinfática associada.

B) Acomete igualmente ambos os sexos e frequentemente inicia após a quinta década de vida.

C) Geralmente é esporádica, mas formas genéticas incomuns já foram descritas, sendo autossômicas dominantes.

D) Quando a perda auditiva está completa, os ataques de vertigem podem continuar e, às vezes, tornam-se ainda mais graves.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vertigem recorrente, zumbido, plenitude e perda auditiva sugerem doença de Ménière. A avaliação inclui duração das crises, audiometria e exclusão de diagnósticos diferenciais. A banca manteve B após recurso. Ressalva: sexo e idade de início não constituem critérios diagnósticos rígidos; a diretriz caracteriza crises de 20 minutos a 12 horas. Além disso, existem formas familiares, de modo que a alternativa C da cópia consultada não deve ser descartada como biologicamente impossível. A letra oficial é preservada, sem transformar a formulação epidemiológica de B em regra clínica.

Fonte: AAO-HNS — diretriz de doença de Ménière (2020)

QUESTÃO 17

Gabarito oficial: B

Paciente de 40 anos de idade, gesta=06, para=05, partos anteriores por via vaginal, é internada na 38ª semana de gestação, em trabalho de parto. Após a expulsão fetal, evolui com intensa dor abdominal, fuga da matriz, tenesmo retal e vesical, hemorragia intensa por via vaginal e choque hipovolêmico. Foi feito o diagnóstico de inversão uterina aguda, a qual não foi responsiva à manobra da Taxe. De acordo com esses dados, assinale a alternativa que contém a conduta imediata:

A) Sutura de B-Lynch.

B) Operação de Huntington.

C) Histerectomia por via vaginal.

D) Compressão bimanual do útero.

COMENTÁRIO OSCELABS

Inversão uterina aguda com choque é emergência obstétrica. Ressuscitação, acionamento da equipe e redução uterina devem ocorrer com rapidez. Quando a redução manual não tem êxito e é necessária abordagem abdominal, a técnica de Huntington constitui uma opção de reposicionamento. A alternativa não elimina a necessidade de tratar a hemorragia e a instabilidade. A ordem de remoção de placenta, relaxamento uterino e uterotônicos depende da etapa do manejo e deve evitar piora da inversão e do sangramento.

Fonte: Worcestershire NHS — inversão uterina (revisão de 2025)

QUESTÃO 18

Gabarito oficial: D

Puerpera, na 2ª hora pós-parto cesáreo indicado por eclâmpsia, está em uso de sulfato de magnésio 1g/hora. Não apresenta crise convulsiva, porém, mantém níveis pressóricos de 160 x 110 mmHg. Assinale a alternativa que contém a conduta correta nesses casos:

- A) Suspender a infusão de sulfato de magnésio e prescrever hidralazina por via endovenosa.
- B) Aumentar a dose de infusão do sulfato de magnésio e prescrever nitroprussiato de sódio durante 72 horas.
- C) Suspender a infusão de sulfato de magnésio, observação rigorosa da pressão arterial de hora/hora e prescrever gluconato de cálcio.

D) Manter o esquema terapêutico de manutenção com sulfato de magnésio e prescrever hidralazina por via intravenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

A eclâmpsia puerperal exige sulfato de magnésio para prevenir ou tratar convulsões e tratamento específico da hipertensão grave persistente. Hidralazina intravenosa é uma das opções de ação rápida, conforme protocolo e disponibilidade. O magnésio não substitui o anti-hipertensivo. A monitorização inclui pressão, respiração, reflexos e diurese, com ajuste do magnésio quando houver disfunção renal. A resolução do parto não elimina imediatamente o risco de convulsões no puerpério.

Fonte: ACOG — hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia (2020)

QUESTÃO 19

Gabarito oficial: C

Paciente do sexo feminino, 32 anos de idade, encontra-se na 4ª gestação (2 partos por via abdominal anteriores e 1 parto por via vaginal). Internada na 36ª semana de gestação em trabalho de parto. Durante a evolução do mesmo, observou-se o sinal de Bandl-Frommel. De acordo com estas informações, o diagnóstico e a conduta imediata são:

- A) Rotura de vasa prévia e amniotomia.
- B) Inserção velamentosa do cordão e amniotomia.
- C) Iminência de rotura uterina e intervenção por via abdominal.**
- D) Descolamento prematuro de placenta e operação cesariana.

COMENTÁRIO OSCELABS

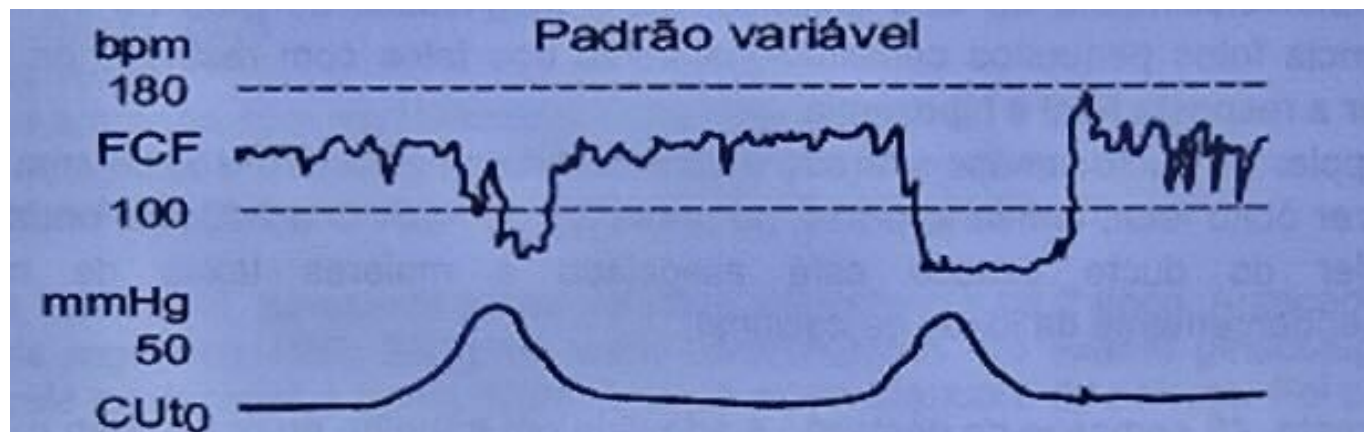
O sinal de Bandl-Frommel, no contexto de trabalho de parto obstruído e cicatrizes uterinas prévias, sugere iminência de rotura uterina. A conduta é interromper a exposição ao trabalho de parto e organizar intervenção obstétrica urgente, com preparo para hemorragia. Não se deve interpretar o quadro como indicação de aumentar ocitocina ou aguardar evolução espontânea. A prioridade é reconhecer risco materno e fetal antes que ocorra rotura completa.

Fonte: MSF — rotura uterina

QUESTÃO 20

Gabarito oficial: D

Gestante de 39 semanas é admitida com contrações uterinas. Durante a evolução do trabalho de parto, foi realizada a cardiotocografia representada na figura abaixo. De acordo com estes dados, assinale a alternativa correta:



- A) O padrão cardiotocográfico é compatível com insuficiência placentária decorrente de hipertensão arterial.
- B) O padrão cardiotocográfico é compatível com DIPs precoces, decorrentes da compressão cefálica, no final do período expulsivo.
- C) O padrão cardiotocográfico é compatível com a estase sanguínea no espaço intervilo que ocorre durante as contrações uterinas.
- D) O padrão cardiotocográfico demonstra a ocorrência de compressão funicular e pode ser decorrente de prolapso de cordão.**

COMENTÁRIO OSCELABS

A figura mostra desacelerações variáveis: quedas abruptas da frequência cardíaca fetal, com formato e relação temporal variáveis com as contrações. O mecanismo usual é compressão do cordão umbilical, correspondente à alternativa oficial. Compressão funicular não equivale necessariamente a prolapso. Duração, recuperação, variabilidade e demais características do traçado definem a preocupação clínica e a necessidade de intervenção; a presença de uma desaceleração variável isolada não autoriza concluir sofrimento fetal por si só.

Fonte: NICE NG229 — monitorização fetal no parto

QUESTÃO 21

Gabarito oficial: B

Gestante de 32 anos, G3 P2 A0 (2 cesáreas), grupo sanguíneo O negativo, cujo parceiro não compareceu na consulta de pré-natal para tipagem sanguínea, é admitida em trabalho de parto com 37 semanas. Recebeu imunoglobulina anti-D na 28ª semana de gestação. Na admissão, o teste de Coombs indireto da paciente foi positivo com titulação de 1:2. Tipagem do recém-nascido A positivo. No que se refere à profilaxia da aloimunização no pós-parto dessa paciente, é correto afirmar:

- A) Está indicada a realização da 2ª dose de imunoglobulina anti-D, desde que o resultado do Coombs indireto do recém-nascido seja negativo.
- B) Está indicada a realização da 2ª dose de imunoglobulina anti-D, independente do resultado do Coombs indireto, até 72 horas após o parto.**
- C) Está indicada a realização de imunoglobulina anti-D, desde que o Coombs direto do recém-nascido seja positivo.
- D) Está contraindicado imunoglobulina anti-D, pois a paciente já a realizou com 28 semanas de gravidez

COMENTÁRIO OSCELABS

Anti-D administrada na gestação pode produzir teste indireto de antiglobulina fracamente positivo por anticorpo passivo. Em mãe RhD negativa não sensibilizada e recém-nascido RhD positivo, a profilaxia pós-parto continua indicada, em geral nas primeiras 72 horas, com avaliação de hemorragia fetomaterna quando pertinente. O título baixo deve ser interpretado com a data da profilaxia e a história laboratorial: não permite excluir aloimunização verdadeira isoladamente. Anti-D profilática não trata sensibilização já estabelecida.

Fonte: Powys NHS — imunoglobulina anti-D (2026)

QUESTÃO 22

Gabarito oficial: D

Secundigesta, 32 semanas e 3 dias de gestação, internada em trabalho de parto prematuro em uma unidade de pronto atendimento (UPA). Trabalho de parto prematuro caracterizado por: 2 contrações uterinas dolorosas em 10 minutos de observação, dilatação cervical de 4cm e apagado em 80%, apresentação cefálica, bolsa das águas íntegra, vitalidade materno-fetal preservadas. A conduta para esta paciente foi aceleração da maturidade pulmonar fetal com corticoterapia e agente tocolítico por via endovenosa. De acordo com estes dados, assinale a alternativa correta:

- A) Nestes casos, somente deverá ser usado corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal, o uso de tocolítico não se justifica devido às características cervicais.
- B) A conduta ideal nestes casos é uso de corticoterapia para acelerar a maturidade pulmonar fetal e neuroproteção fetal com sulfato de magnésio.
- C) Deverá ser usado corticoterapia para aceleração da maturidade pulmonar fetal, neuroproteção fetal com sulfato de magnésio e profilaxia antibiótica intraparto contra estreptococo do grupo B (GBS).
- D) O uso de tocolítico visa prolongar a gestação por pelo menos 48 horas, enquanto se aguardam os efeitos benéficos do corticoide e a transferência da paciente para um centro de atendimento terciário.**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na ameaça de parto prematuro, a finalidade principal da tocolise de curta duração é ganhar tempo para corticosteroide antenatal e transferência segura a serviço com suporte neonatal, quando não existirem contraindicações. Ela não corrige definitivamente o mecanismo do parto prematuro. Infecção intra-amniótica, hemorragia relevante, sofrimento fetal ou contraindicação materna podem tornar inadequado prolongar a gestação. A indicação de magnésio para neuroproteção depende da idade gestacional e do protocolo aplicável, e não deve ser confundida com o objetivo da tocolise.

Fonte: NICE NG25 — trabalho de parto prematuro

QUESTÃO 23

Gabarito oficial: D

Paciente com 34 semanas de gestação, G=3, P=2, A=0, tabagista, em acompanhamento de pré-natal em Unidade Básica de Saúde (UBS). Foi feita a hipótese diagnóstica de restrição de crescimento fetal (RCF), sendo então encaminhada ao pré-natal de alto risco para confirmação do diagnóstico e acompanhamento. De acordo com estes dados, assinale a alternativa correta:

- A) A circunferência abdominal (CA) é menor na presença de RCF, em virtude da diminuição do tamanho do fígado, da diminuição do glicogênio acumulado e da depleção do tecido adiposo da região abdominal. Isoladamente, a CA não é a medida de maior sensibilidade para detecção da RCF
- B) A redistribuição do fluxo sanguíneo para territórios nobres (centralização), decorrente da hipoxemia, tem como consequência a vasoconstrição cerebral, o que pode ser verificado pela dopplervelocimetria da artéria uterina (AU).
- C) A dopplervelocimetria da veia umbilical faz o diagnóstico do grau de insuficiência placentária e diferencia fetos pequenos constitucionalmente dos fetos com restrição de crescimento, além de avaliar a resposta fetal à hipoxemia.
- D) O Doppler do ducto venoso alterado é considerado o parâmetro isolado com maior capacidade em prever óbito fetal, em curto prazo, na presença de RCF. O achado de onda A zero ou reversa no Doppler do ducto venoso está associado a maiores taxas de mortalidade perinatal, independentemente da idade gestacional.**

COMENTÁRIO OSCELABS

Alteração importante da onda a do ducto venoso, especialmente ausência ou reversão, indica comprometimento hemodinâmico fetal e se associa a pior prognóstico na restrição de crescimento grave. É diferente da redistribuição arterial cerebral. A interpretação exige idade gestacional, Doppler umbilical, cardiotocografia e contexto clínico. O ducto venoso é particularmente estudado na restrição precoce grave; a alternativa correta não estabelece seu uso isolado como regra universal de decisão para todo feto pequeno às 34 semanas.

Fonte: SMFM Consult 52 — restrição de crescimento fetal (2020)

QUESTÃO 24

Gabarito oficial: C

Secundigesta, 40 semanas de gestação é admitida em trabalho de parto, com expulsão do feto após 4 horas da internação. Em relação ao manejo ativo do 3º período clínico do parto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2018) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2018), as recomendações sobre a via e o momento da administração de ocitocina para prevenção de hemorragia pós-parto (HPP) e o momento de realizar a tração controlada do cordão são, respectivamente:

A) Administrar 10 UI de ocitocina intramuscular somente nos casos de risco para a ocorrência de HPP e realizar a tração controlada do cordão nos casos de retenção placentária.

B) Não administrar 10 UI de ocitocina intramuscular ou intravenosa, aguardar o desprendimento e expulsão fisiológicos e realizar a tração controlada do cordão em todos os casos, além do contato pele a pele.

C) Administrar 10 UI de ocitocina intramuscular ou intravenosa após o desprendimento do ombro posterior em todos os partos e tração controlada do cordão após os sinais de separação da placenta.

D) Não administrar 10 UI de ocitocina intramuscular ou endovenosa e não realizar a tração controlada do cordão. Aguardar o desprendimento e expulsão fisiológicos. Estes procedimentos não diminuem a incidência de HPP.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ocitocina profilática é recomendada para todos os partos, e não apenas quando há fatores de risco para hemorragia. A alternativa C reúne esse princípio e a tração controlada após sinais de separação placentária. A dose de 10 UI por via intramuscular ou intravenosa consta da recomendação da OMS de 2018. Na aplicação clínica, o uterotônico deve ser administrado oportunamente após o nascimento, com cuidado com a velocidade de administração intravenosa. A tração requer profissional treinado e contração uterina; a referência ao ombro posterior é a formulação histórica adotada pela questão.

Fonte: OMS — uterotônicos para prevenção de hemorragia pós-parto (2018)

QUESTÃO 25

Gabarito oficial: B

Mulher, 35 anos de idade, G=2 P=2 (N) A=0, colhe sua Colpocitologia Oncótica de rotina, cujo resultado veio LSIL (Lesão Intra-epitelial de Baixo grau). De acordo com as Diretrizes Brasileiras para Rastreamento de Câncer do Colo Uterino, 2016, qual a próxima conduta?

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

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a orientação das diretrizes brasileiras de 2016 para LSIL em mulher com 35 anos: repetição da citologia em seis meses. Essa conduta histórica precisa ser distinguida de protocolos baseados em rastreamento primário por DNA-HPV, introduzidos posteriormente no SUS. Citologia de baixo grau não equivale a diagnóstico histológico de câncer nem indica automaticamente excisão. Persistência da alteração e resultados de seguimento determinam a necessidade de colposcopia conforme o protocolo utilizado.

Fonte: INCA — diretrizes de rastreamento do câncer do colo (2016), pp. 70 e 84

QUESTÃO 26

Gabarito oficial: ANULADA

Paciente de 54 anos, menopausada aos 49 anos, nega uso de Terapia Hormonal, apresentou 2 episódios de sangramento vaginal no último mês. Qual das alternativas abaixo está incorreta?

- A) Atrofia vaginal é a principal hipótese diagnóstica
- B) As neoplasias intra-epiteliais endometriais tem risco de malignidade de até 30%
- C) A ultrassonografia transvaginal é o um exame complementar para avaliação da queixa
- D) Pólipos endometriais é a patologia mais comum e devem sempre ser removidos pelo alto risco de malignização

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão foi anulada após recurso; não há letra correta a atribuir no material. Sangramento pós-menopausa exige investigação, mesmo quando atrofia é uma causa frequente. Ultrassonografia transvaginal e avaliação endometrial são escolhidas conforme história, fatores de risco, espessura endometrial e persistência do sangramento. O documento de recursos informa a anulação, mas não apresenta sua justificativa: não é correto inventar um motivo oficial nem usar a anulação para dispensar a investigação clínica.

Fonte: ACOG — avaliação do sangramento pós-menopausa (atualização de 2026)

QUESTÃO 27

Gabarito oficial: B

Mulher de 24 anos de idade, que sempre teve ciclos menstruais normais, sofre abortamento espontâneo incompleto na 8ª semana de gestação. É submetida a Winteragem e Curetagem Uterina para remoção dos restos ovulares. Após o procedimento, está sem menstruar há 2 anos. De acordo com esse enunciado, qual das alternativas abaixo é a Hipótese diagnóstica para este caso?

- A) Síndrome Simmonds
- B) Síndrome de Asherman**
- C) Síndrome de Sheehan
- D) Síndrome de Kallman

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia após procedimento intrauterino sugere aderências da cavidade uterina, ou síndrome de Asherman. A associação temporal com curetagem é a pista principal; a histeroscopia permite avaliação direta e, quando indicada, tratamento das aderências. A investigação de amenorreia também exclui gestação e considera causas endócrinas. A ausência de menstruação após instrumentação não deve ser atribuída automaticamente a falência ovariana sem examinar a possibilidade de obstrução ou lesão endometrial.

Fonte: AAGL/ESGE — aderências intrauterinas (2017)

QUESTÃO 28

Gabarito oficial: C

Jovem de 18 anos, G=0, com sinusiorragia, procura UBS onde foi submetida à coleta de citologia oncológica e colposcopia que revelou lesão aceto-branca em lábio anterior do colo do útero. Foi submetida à biópsia com resultado anátomo-patológico de Lesão Intraepitelial de Alto Grau (NIC-III). Qual a alternativa correta nesta jovem, de acordo com as Diretrizes Brasileiras para Rastreamento de Câncer do Colo Uterino, 2016

- A) Histerectomia Total
- B) Histerectomia ampliada com esvaziamento linfonodal ilíaco
- C) Seguimento semestral com citologia oncológica e colposcopia por 2 anos**
- D) Conização do colo do útero (excisão da Zona de Transformação tipo 3)

COMENTÁRIO OSCELABS

A resposta C corresponde à recomendação histórica do INCA de 2016: para NIC III em mulheres até 20 anos, seguimento citológico e colposcópico semestral por dois anos (p. 84). A paciente tem 18 anos, portanto se enquadra nesse trecho da diretriz cobrada. Não se deve generalizar essa conduta para toda NIC 3: certeza histológica, exclusão de invasão, visualização da lesão e protocolo vigente influenciam o manejo. O comentário preserva a referência temporal expressamente exigida pela prova.

Fonte: INCA — diretrizes de rastreamento do câncer do colo (2016), pp. 70 e 84

QUESTÃO 29

Gabarito oficial: A

Mulher, 48 anos, G2PN2A0, apresenta perda de urina aos esforços há 2 anos. Antecedentes pessoais: ciclos menstruais regulares, IMC: 28Kg/m², nega comorbidades. Ao exame ginecológico observa-se cistocele e retocele moderadas e perda objetiva de urina em manobra de esforço. Foi proposta cirurgia de sling transobturatório. Qual o princípio de correção da incontinência urinária da cirurgia proposta?

- A) Apoio suburetral**
- B) Correção da cistocele
- C) Reforço do esfíncter uretral
- D) Plicatura da fáscia endopelvica

COMENTÁRIO OSCELABS

O sling de uretra média oferece suporte suburetral para reduzir perdas aos esforços. A via transobturatória descreve o trajeto de implantação, e não uma intervenção destinada primariamente a tratar urgência miccional. Indicação cirúrgica pressupõe caracterização da incontinência, avaliação das alternativas conservadoras e discussão dos riscos relacionados à tela. A resposta identifica o mecanismo do procedimento, sem implicar que toda incontinência feminina deva ser tratada com sling.

Fonte: NICE NG123 — incontinência urinária e prolapso

QUESTÃO 30

Gabarito oficial: C

Mulher de 20 anos de idade, procura ambulatório de Planejamento Familiar para orientação sobre os métodos contraceptivos. Com relação ao Planejamento Familiar é correto afirmar:

A) O Planejamento familiar no Brasil ocorreu a partir de discussões e conferências estaduais e foi oficializada a partir de 1968

B) O Planejamento familiar não dá direito ao acesso aos métodos contraceptivos na rede pública e sim apenas orientações para a contracepção

C) O desenvolvimento dos métodos contraceptivos e dos programas de planejamento familiar são os principais motivos para a diminuição dos índices de gravidez não planejada no Brasil

D) O planejamento familiar consiste em um conjunto de ações criadas para estipular metas para o controle da população do país

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei 9.263/1996 define planejamento familiar como direito e garante informação e acesso a métodos de concepção e contracepção, com liberdade de escolha. Proíbe utilizar essas ações para controle demográfico. Por isso, C é a alternativa compatível com a finalidade preventiva do programa, enquanto B e D negam direitos previstos em lei. A formulação de C sobre os principais motivos da redução de gravidez não planejada é uma síntese da banca; a lei, por si, não demonstra uma hierarquia causal entre esses fatores.

Fonte: Lei 9.263/1996 — planejamento familiar, texto consolidado

QUESTÃO 31

Gabarito oficial: A

Na avaliação do fator ovulatório da infertilidade conjugal está correto considerar:

A) A dosagem do hormônio antimülleriano (HAM) > 5,5 ng/ml indica risco de hiper-resposta ovariana.

B) A medida de progesterona no meio da fase folicular é o método de escolha para detecção de ovulação.

C) Ao ultrassom pélvico transvaginal a contagem de folículos antrais (CFA) é realizada na fase lútea inicial do ciclo menstrual.

D) Quando os níveis de FSH (Hormônio Folículo Estimulante) e LH (Hormônio Luteinizante) são persistentemente baixos e associados a baixos valores de estradiol (menor que 40 pg/ml), suspeita-se de hipogonadismo hipergonadotrófico.

COMENTÁRIO OSCELABS

AMH elevado pode identificar maior reserva folicular e maior probabilidade de resposta excessiva à estimulação ovariana. O valor de corte proposto pela prova depende de ensaio e população e não deve ser usado universalmente. AMH não confirma ovulação nem mede diretamente qualidade oocitária ou chance individual de gravidez espontânea. Contagem de folículos antrais, idade e contexto clínico complementam a avaliação; progesterona adequadamente temporizada responde a outra pergunta, a ocorrência de ovulação.

Fonte: ESHRE — estimulação ovariana; atualização de 2025, publicada em 2026

QUESTÃO 32

Gabarito oficial: A

Jovem de 15 anos de idade, mulher cisgênero, menarca aos 11 anos, nuligesta, não iniciou atividade sexual, refere apresentar três a quatro ciclos menstruais por ano desde a menarca, está em amenorreia há 95 dias e relata o aparecimento acne refratária a tratamento dermatológico tópico, aumento dos pelos na face e no abdome e oleosidade da pele. Em relação ao quadro clínico é correto afirmar:

A) A presença de oligomenorreia e hiperandrogenismo sugere a hipótese diagnóstica de síndrome de ovários policísticos (SOP).

B) Uma vez feito o diagnóstico de SOP não é necessário fazer a revisão do diagnóstico.

C) Para o diagnóstico de SOP na adolescência, deve-se ter os três critérios de Rotterdam para o diagnóstico: hiperandrogenismo clínico ou laboratorial, disfunção ovulatória e imagens de ovários policísticos ao ultrassom pélvico endovaginal.

D) As dosagens de 17-Alfa hidroxiprogesterona e prolactina não devem ser analisadas no diagnóstico diferencial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na adolescente, irregularidade menstrual persistente para o tempo transcorrido desde a menarca, associada a hiperandrogenismo clínico ou bioquímico, permite investigar síndrome dos ovários policísticos após excluir outras causas. Critérios de ultrassonografia ovariana usados em adultas não devem ser aplicados indiscriminadamente à adolescência. O diagnóstico também exige considerar doença tireoidiana, hiperprolactinemia e hiperplasia adrenal não clássica, entre outros diferenciais, em vez de atribuir toda irregularidade puberal à SOP.

Fonte: Diretriz internacional de SOP (2023)

QUESTÃO 33

Gabarito oficial: C

Paciente masculino, 56 anos, comparece na UBS, com queixa de dor torácica, tosse, rouquidão e emagrecimento de 5 kg no último mês. Refere que há 15 anos trabalhou na manutenção de tubulações de caldeiras na indústria de açúcar e álcool e que, atualmente, há 1 mês, trabalha como forneiro de uma indústria de fabricação de pisos, azulejos e vasos sanitários. Após anamnese e exame clínico, o médico solicitou um Raio-X de tórax, receitou dexametasona xarope 70 mg/dia, polivitamínico e orientou dieta hipercalórica. Marcou retorno em 90 dias, quando o exame ficará pronto. Baseado nesta história, responda: Qual o princípio da Atenção Primária que o médico não levou em conta? Que nível de prevenção ele não levou em conta? Qual deveria ser sua hipótese diagnóstica, levando-se em conta a história ocupacional do paciente?

- A) Longitudinalidade do Cuidado; Prevenção Primária; Silicose por exposição à poeira de Sílica.
- B) Integralidade da Atenção; Prevenção Terciária; Mesotelioma de Pleura por exposição ao Asbesto/Amianto
- C) Coordenação do Cuidado; Prevenção Quaternária; Mesotelioma de Pleura causado por exposição ao Amianto/Asbesto**
- D) Humanização da Atenção; Prevenção Secundária; Sílico-Tuberculose por exposição à poeira de Sílica

COMENTÁRIO OSCELABS

A exposição prévia ao amianto e os sintomas torácicos com emagrecimento exigem investigação oportuna, inclusive de mesotelioma. A resposta C articula coordenação do cuidado e prevenção quaternária: organizar o acesso necessário e evitar dano por intervenções inadequadas. A dexametasona de 70 mg/dia descrita no enunciado não é uma prescrição a reproduzir nesse contexto. Esperar 90 dias por radiografia diante desses sinais de alarme também é inadequado. O histórico de exposição remota tem maior coerência com a longa latência do mesotelioma do que atribuir o quadro ao emprego iniciado há um mês.

Fonte: INCA — exposição ao amianto

QUESTÃO 34

Gabarito oficial: B

Em recente artigo na Folha de S. Paulo, o economista Armínio Fraga defende, entre outras, as seguintes posições em relação ao SUS: 1. O mercado privado de saúde vem mudando muito, com aquisições, fusões e uma tendência de verticalização. Qual é a sua avaliação sobre isso? "A minha avaliação é positiva. Porque ela internaliza esse conflito. Os planos não querem pagar. E os médicos e outros profissionais querem gastar. E gastam até demais. Eu acho que tem uma postura até defensiva. E a verticalização internaliza isso. É uma forma, inclusive, de desonerar um pouco a medicina." 2. "Em muitos países europeus, todos os moradores devem ter um seguro saúde. Caso alguém não tenha condições de bancar um plano, o governo cobre os custos por meio do seguro desemprego ou auxílio social. A gestão dos serviços costuma ser privada. "Uma coisa é o Estado bancar certos custos, outra é o Estado fazer a gestão. Então, onde é possível terceirizar, delegar, vale a pena explorar." Baseado nas posições defendidas pelo economista Armínio Fraga, responda: O que significa a tendência de verticalização que vem ocorrendo na saúde suplementar brasileira? Como o setor privado de assistência participa no SUS?

A) É a compra e/ou fusões das pequenas operadoras de convênios pelas grandes operadoras, produzindo um mercado de saúde suplementar oligopolizado. O setor privado não participa do SUS, mas, tão-somente, na Saúde Suplementar.

B) É a compra e/ou fusões de hospitais, laboratórios e clínicas pelas operadoras de convênio. Em caráter complementar, por intermédio de contratos de direito público

C) É a compra e/ou fusões das operadoras nacionais de convênios médicos com as seguradoras internacionais (caso da Amil). Em caráter suplementar, por intermédio de contratos de direito privado.

D) É a utilização dos serviços do SUS por parte dos convênios médicos, principalmente em relação aos procedimentos de alto custo e de maior complexidade. De uma forma mista (complementar e suplementar), onde somente os serviços privados de caráter filantrópicos podem participar do SUS.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aquisição de hospitais, laboratórios e clínicas pela operadora integra etapas diferentes da prestação assistencial e caracteriza verticalização. Fusão apenas entre operadoras é integração horizontal. A Lei 8.080/1990, arts. 24 a 26, prevê participação complementar de serviços privados quando a capacidade do SUS for insuficiente, mediante contrato ou convênio e observância das normas públicas. Essa participação não se limita às entidades filantrópicas, embora elas e as sem fins lucrativos tenham preferência. A opinião econômica reproduzida no enunciado não substitui essa distinção jurídica.

Fonte: Lei 8.080/1990 — organização e princípios do SUS

QUESTÃO 35

Gabarito oficial: C

Um estudo testou um novo medicamento, em comparação com a varfarina, na redução de acidente vascular encefálico ou evento isquêmico. Os dois grupos foram distribuídos de forma aleatória e randomizados, sendo acompanhados por 590 dias. Os resultados do estudo estão abaixo: Com base nas informações, que tipo de estudo é este? Calcule a Redução Absoluta do Risco (RAR) de AVE ou Evento Isquêmico e Estimativa do Tamanho do Efeito de Tratamento (Número Necessário para Tratar - NNT) para se evitar os desfechos considerados no estudo.

Grupos	Coeficiente de Incidência (por 100 pacientes) de AVE ou Evento Isquêmico
Novo Medicamento	1,7
Varfarina	2,2

- A) Ensaio Clínico Experimental Crossover; RAR= 0,79 e NNT= 2.
B) Ensaio Clínico Experimental Paralelo Randomizado; RAR= 0,5 e NNT=2
C) Ensaio Clínico Experimental Paralelo Randomizado; RAR= 0,5% e NNT= 200
D) Ensaio Clínico Quase-Experimental Fatorial Randomizado; RAR= 0,5% e NNT= 200.

COMENTÁRIO OSCELABS

A distribuição aleatória em dois grupos acompanhados simultaneamente caracteriza ensaio clínico paralelo randomizado. Pela tabela, o risco é 2,2% com varfarina e 1,7% com o novo medicamento: $RAR = 2,2\% - 1,7\% = 0,5$ ponto percentual = 0,005. Assim, $NNT = 1/0,005 = 200$, alternativa C. É necessário tratar 200 pessoas nas condições e no período de seguimento do estudo para evitar um desfecho adicional. Confundir 0,5% com 0,5 produz o NNT incorreto de 2.

Fonte: Cálculo autoral conferido com o enunciado e as tabelas do caderno-base

QUESTÃO 36

Gabarito oficial: B

Paciente de 20 anos, deu entrada na Emergência de um Hospital Terciário, às 20 horas, encaminhado pela Unidade de Pronto-Atendimento, com quadro de manifestações hemorrágicas, petéquias, epistaxe, gengivorragia, sangramento gastrointestinal, hematúria e metrorragia, PA: 50/20 mmHg. Às 20h15min, teve parada cardíaca sem sucesso na reanimação. A cidade está vivendo uma epidemia de Dengue. Como deve ser preenchida a Declaração de Óbito, e qual a conduta frente à vigilância epidemiológica?

- A) Causa Imediata: Falência Múltipla de Órgãos Causa Básica: Dengue Notificação após resultado da sorologia
B) Causa Imediata: Choque Hipovolêmico Causa Básica: Dengue Notificação imediata
C) Causa Imediata: Dengue Causa Básica: parada cardiorrespiratória Notificação após confirmação diagnóstica
D) Causa Intermediária: Choque hemorrágico. Causa Básica: Dengue Notificação imediata

COMENTÁRIO OSCELABS

Na declaração de óbito, a sequência causal deve ligar a complicação que levou diretamente à morte à doença básica. No cenário proposto, choque hipovolêmico e dengue podem compor essa sequência, conforme os achados documentados. Parada cardiorrespiratória descreve o mecanismo terminal comum e não esclarece a causa. Suspeita de óbito por dengue exige as providências de vigilância previstas no protocolo brasileiro, independentemente de aguardar confirmação laboratorial para iniciar a notificação.

Fonte: Ministério da Saúde — declaração de óbito (2022)

QUESTÃO 37

Gabarito oficial: D

Trata-se de um estudo realizado com nascidos vivos no Hospital Municipal de Governador Valadares, no período de maio de 2017 a julho de 2018. Um grupo foi composto por nascidos vivos a termo e baixo peso ao nascer e o outro grupo, por nascidos vivos a termo e com peso adequado, pareados por sexo e data de nascimento. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com as puérperas e informações complementares foram obtidas pela análise do cartão de pré-natal e prontuários. Um dos fatores estudados, entre várias outras variáveis, foi a associação entre o consumo de água pelas gestantes, durante a gestação, do Serviço de Abastecimento de Água (SAA) dos municípios atingidos pelo Desastre Ambiental de Mariana/MG (2015), que contaminou com metais pesados o principal manancial de abastecimento destas cidades (Rio Doce) e a presença de crianças com Baixo Peso ao nascer. Em relação a esta variável, os dados encontram-se na tabela abaixo: Responda: Que tipo de estudo é este? E qual a Razão de Chance da presença de Baixo Peso entre mães que consumiram água contaminada durante a gestação e as que não consumiram?

Fonte de água consumida pelas gestantes durante a gestação	Baixo Peso ao Nascer		Peso Adequado ao nascer	
	Nº	%	Nº	%
Mineral, de minas, poço, cisterna, e SAA de municípios não atingidos pela contaminação	43	66,2	108	83,3
SAA de municípios atingidos pela contaminação	22	33,8	22	16,9

- A) Estudo de Coorte Retrospectivo; razão de chance de 1,75
B) Estudo Seccional de Prevalência; razão de chance de 1,75
C) Estudo Seccional de Prevalência; odds ratio de 2,5

D) Estudo de Coorte Retrospectivo (Caso-Controle); odds ratio de 2,5

COMENTÁRIO OSCELABS

A seleção foi feita pelo desfecho (baixo peso ou peso adequado), seguida de investigação da exposição: trata-se de estudo caso-controle. Na tabela, o OR bruto é $(22 \times 108) / (22 \times 43) = 2,51$, aproximadamente 2,5. A banca indica D pelo resultado numérico, mas a expressão "coorte retrospectivo (caso-controle)" mistura delineamentos diferentes. Como houve pareamento, uma análise inferencial adequada deveria considerar os pares; a tabela agregada permite apenas este cálculo bruto proposto na prova. Associação não demonstra, isoladamente, causalidade.

Fonte: Cálculo autoral conferido com o enunciado e as tabelas do caderno-base

QUESTÃO 38

Gabarito oficial: ANULADA

Estamos no "Novembro Azul", época em que muito se divulga sobre a importância do Câncer de Próstata. Qual a recomendação do INCA em relação ao Toque Retal para rastreamento de câncer de próstata? Considerando que a Sensibilidade do Toque Retal seja de 50% (48-59%) e a Especificidade de 90% (89-92%), quando realizada por um urologista experiente, se o Toque Retal for positivo para um homem de 50 anos ou mais, qual a probabilidade de ser VERDADEIRAMENTE POSITIVO, considerando uma prevalência de câncer de próstata, nesta faixa etária, de 9,0% (facilitar a conta)?

- A) Não é recomendado rastreamento indiscriminado de câncer de próstata. A probabilidade de ser verdadeiramente positivo é de 9%.
- B) Não é recomendado rastreamento indiscriminado de câncer de próstata. A probabilidade de ser Verdadeiramente Positivo é de 47%
- C) É recomendado campanhas de rastreamento com PSA e/ou Toque Retal. A probabilidade de ser verdadeiramente positivo é de 50%
- D) É recomendado campanhas de rastreamento com PSA e/ou Toque Retal. A probabilidade de ser verdadeiramente positivo é de 90%

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão foi anulada. Com sensibilidade de 50%, especificidade de 90% e prevalência de 9%, em 1.000 pessoas seriam esperados 45 verdadeiros positivos e 91 falsos positivos. O valor preditivo positivo seria $45/(45+91)$, aproximadamente 33,1%, que não corresponde às opções transcritas. Esse cálculo explica um problema verificável da questão, mas não deve ser apresentado como justificativa oficial da anulação, pois a banca não a detalhou no documento consultado.

Fonte: Cálculo autoral conferido com o enunciado e as tabelas do caderno-base

QUESTÃO 39

Gabarito oficial: D

Paciente de 52 anos, masculino, procura a UPA mais próxima após ferimento em antebraço esquerdo, com faca, enquanto trabalhava no açougue. Após sutura da lesão, o médico assistente providencia a o preenchimento da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). Este formulário deve ser preenchido com qual finalidade? I. Para que o Acidente seja legalmente reconhecido pelo INSS II. Para que o trabalhador receba o auxílio-acidente se for o caso bem como, os benefícios que gerarem esse acidente. III. Para que os serviços de saúde tenham informações sobre os acidentes e doenças e possam direcionar ações para redução de acidente do trabalho e doenças profissionais ou do trabalho. IV. Para conhecimento dos serviços de fiscalização que vão desencadear uma ação de investigação, evitando que acidente semelhante ou nas mesmas condições venham ocorrer. Estão corretas:

- A) II e III
- B) I, III e IV
- C) II, III e IV
- D) I, II, III e IV**

COMENTÁRIO OSCELABS

A CAT registra acidente ou doença relacionada ao trabalho e subsidia o reconhecimento previdenciário, a avaliação de benefícios e ações de prevenção e fiscalização. A alternativa D reúne essas finalidades. A emissão não concede automaticamente benefício nem substitui a notificação sanitária no Sinan. Pela Lei 8.213/1991, a empresa comunica o acidente até o primeiro dia útil seguinte; em caso de morte, de imediato. Na omissão da empresa, o próprio trabalhador, dependentes, sindicato, médico assistente ou autoridade pública podem registrar a comunicação.

Fonte: Lei 8.213/1991, arts. 19–22 — acidente de trabalho e CAT

QUESTÃO 40

Gabarito oficial: A

Um funcionário de uma siderúrgica procura atendimento médico com queixa de que familiares notaram que o mesmo apresenta discreta perda auditiva progressiva nos últimos meses. Atualmente observa-se que a Perda Auditiva Induzida pelo Ruído (P.A.I.R) tem apresentado um aumento significativo nas notificações realizadas pelas empresas quando apresentam seu relatório anual. A citada patologia ocupacional é considerada:

- A) Acidente do trabalho**
- B) Doenças provocadas por risco biológico.
- C) Resultado de exame admissional inadequado.
- D) Doenças pré-existentes que se manifesta por exposição Agente Físico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda auditiva induzida por exposição ocupacional a ruído pode ser caracterizada como doença relacionada ao trabalho e equiparada a acidente do trabalho para fins legais, conforme nexos e critérios aplicáveis. O raciocínio exige história ocupacional, avaliação audiológica e exclusão de outros componentes relevantes. A exposição, isoladamente, não comprova o diagnóstico individual. Medidas de prevenção coletiva, controle do ruído e acompanhamento da saúde auditiva integram o manejo.

Fonte: Lei 8.213/1991, arts. 19–22 — acidente de trabalho e CAT

QUESTÃO 41

Gabarito oficial: A

Ao realizar Exame Admissional em trabalhador da área Metalúrgica que apresente nível de Pressão Sonora Elevado (Ruído Industrial), tem a mensuração média de 115 decibéis. Qual o EPI (Equipamento de Proteção Individual), adequado a ser utilizado em uma jornada de 40 h semanais deverá ser obrigatoriamente:

A) Protetor auricular tipo concha

B) Protetor auricular tipo de inserção (PLUG).

C) Poderá ser utilizado qualquer dos dois tipos de protetores inserção ou concha

D) Com este nível de Pressão Sonora anunciada (115 decibéis) não há necessidade técnica para utilização dos protetores

COMENTÁRIO OSCELABS

O gabarito é A, protetor tipo concha. Há uma ressalva: o formato do protetor, isoladamente, não garante proteção adequada a 115 dB(A). A NR-15, anexo 1, estabelece apenas 7 minutos como exposição diária permissível nesse nível sem a redução efetiva do ruído. Para uma jornada prolongada, é necessário avaliar dose de exposição, atenuação real, ajuste, uso correto e medidas de controle coletivo. Não é seguro concluir que qualquer protetor concha torna aceitável trabalhar 40 horas semanais nesse ambiente.

Fonte: Ministério do Trabalho — NR-15 (2025), anexo 1

QUESTÃO 42

Gabarito oficial: D

O médico do trabalho, durante avaliação admissional de funcionários que laborem na área de processamento de alimentos, deverá solicitar como exames complementares obrigatórios, no mínimo:

A) Parasitológico, colesterol e triglicérides

B) Parasitológico, Glicemia, Triglicérides e Urina tipo I

C) Hemograma, Glicemia, parasitológico e Urina tipo I

D) Hemograma, urina I, parasitológico e cultura de fezes

COMENTÁRIO OSCELABS

A resposta oficial é D. A RDC 216/2004, item 4.6.1, exige controle registrado da saúde dos manipuladores conforme a legislação específica, mas não estabelece esse painel de exames como mínimo universal. O PCMSO deve considerar os riscos ocupacionais, além de normas locais aplicáveis. Portanto, hemograma, urina, parasitológico e cultura de fezes não devem ser pedidos indistintamente apenas para reproduzir a alternativa. Lesões ou sintomas que possam contaminar alimentos exigem afastamento da manipulação enquanto persistirem.

Fonte: Anvisa — RDC 216/2004, itens 4.6.1 e 4.6.2

QUESTÃO 43

Gabarito oficial: C

Criança com 2 meses e 10 dias de idade, nascida de parto domiciliar, recebendo aleitamento materno exclusivo até 2m e 10 dias, quando é abandonada pela mãe na casa da vizinha. A criança não passou por consulta na puericultura e não tem Carteira de Vacinação, pois desde o nascimento não recebeu nenhuma vacina. A primeira providência da vizinha foi levar a criança para ser avaliada na Unidade Básica de Saúde do bairro. Segundo o Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde, 2024, quais vacinas esta criança deve receber?

A) BCG, Hepatite B, Pentavalente (Difteria, Tétano, Pertussis, Hepatite B e Haemophilus influenzae B), Poliomielite (VIP), Pneumococcica 10 valente. E meningocócica C

B) BCG, Hepatite B, Pentavalente (Difteria, Tétano, Pertussis, Hepatite B e Haemophilus influenzae B), Poliomielite (VIP), Meningocócica C e Rotavirus.

C) BCG, Hepatite B, Pentavalente (Difteria, Tétano, Pertussis, Hepatite B e Haemophilus influenzae B), Poliomielite (VIP), Pneumococcica 10 valente e Rotavirus.

D) BCG, Hepatite B, Pentavalente (Difteria, Tétano, Pertussis, Hepatite B e Haemophilus influenzae B), Poliomielite (VOP), Pneumocócica 10 valente e Rotavirus.

COMENTÁRIO OSCELABS

No calendário de 2024, aos dois meses cabem pentavalente, VIP, pneumocócica 10-valente e rotavírus; a BCG ausente deve ser resgatada. A meningocócica C inicia aos três meses, e a vacina contra pólio nessa idade é inativada. Isso favorece C entre as opções. Ressalva: a hepatite B monovalente ao nascer tinha limite de 30 dias; depois disso, o esquema infantil usa o componente da pentavalente. Assim, não se deve acrescentar automaticamente uma dose monovalente à penta aos dois meses e dez dias. Atualizações posteriores do PNI não modificam retroativamente a referência de 2024.

Fonte: SES-DF — calendário de vacinação de rotina (2024)

QUESTÃO 44

Gabarito oficial: B

Homem, seringueiro, 51 anos, residente em Estancia X, na área rural do município Y no Estado de São Paulo; é atendido na Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de ter sido picado por uma cobra (com aparência de jararaca) no pé direito no dia 22/10/2024, há 45 minutos. Apresentou manifestação discreta como dor local, edema e parestesia. Houve piora da dor e do edema. A conduta correta do médico da UBS no dia 22/10/2024 deveria ser:

A) Encaminhar o paciente imediatamente, por se tratar de um acidente ofídico grave, em evolução, para a unidade de referência para atendimento de acidentes por animais peçonhentos, que fica na Unidade Básica Central do município, distante há 3 km da UBS, pois o paciente deve receber 6 ampolas de soro antiofídico;

B) Encaminhar o paciente imediatamente, por se tratar de um acidente ofídico leve, em evolução, para a unidade de referência para atendimento de acidentes por animais peçonhentos, que fica no Hospital de Referência da Regional de Saúde, distante há 30 km da UBS, pois o paciente deve receber 3 ampolas de soro antiofídico;

C) Encaminhar o paciente imediatamente, por se tratar de um acidente ofídico leve, em evolução, para a unidade de referência para atendimento de acidentes por animais peçonhentos, que fica no Hospital de Referência da Regional de Saúde, distante há 130 km da UBS, pois o paciente deve receber 12 ampolas de soro antiofídico;

D) Encaminhar o paciente imediatamente, por se tratar de um acidente ofídico grave, em evolução, para a unidade de referência para atendimento de acidentes por animais peçonhentos, que fica na Unidade Básica Central do município, distante há 3 km da UBS, pois o paciente deve receber 8 ampolas de soro antiofídico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor e edema locais discretos, sem sinais sistêmicos graves descritos, favorecem acidente ofídico inicialmente leve. A resposta B indica encaminhamento imediato ao serviço com soroterapia e suporte. O PCDT do Ministério da Saúde de 2026 confirma 3 frascos-ampolas para o quadro leve, 6 para moderado e 12 para grave. Coagulopatia pode existir mesmo no quadro leve; é necessário monitorar extensão do edema, coagulação e função renal. Distância isolada não define o destino: o serviço precisa dispor do tratamento e o transporte deve ser organizado com urgência.

Fonte: Ministério da Saúde — PCDT acidentes ofídicos (2026), quadro 6

QUESTÃO 45

Gabarito oficial: D

Mulher 23 anos, solteira, sexo feminino, orientação sexual heterossexual, residente no município A, na zona urbana, centro, sem nenhum tipo de deficiência ou transtorno. Atendida no Hospital de Referência da Regional de Saúde para os casos agudos de violência sexual. A paciente refere ter sofrido violência sexual, sendo que o local de ocorrência foi a via pública e que a violência foi motivada por sexismo, sendo o meio da agressão a ameaça, a força corporal e o espancamento. Refere ter sido estuprada por um homem desconhecido de aproximadamente 45 anos. No atendimento médico realizado, conforme recomendações do Ministério da Saúde/2024, quais são os procedimentos e encaminhamentos corretos?

A) Procedimentos: medidas de contracepção de emergência, profilaxias (com as vacina HPV e vacina hepatite B) e a coleta de material biológico realizada no atendimento. Notificação imediata (até 24h). Encaminhamentos: para Rede de Saúde para a UBS; Rede de atendimento a mulher e Delegacia de atendimento a mulher para fazer o Boletim de ocorrência.

B) Procedimentos: medidas de contracepção de emergência, profilaxias (IST, HIV e hepatite B) e a coleta de material biológico e exame de corpo de delito. Encaminhamentos: para Rede de Saúde para a UBS; Rede de atendimento a mulher e Delegacia de atendimento a mulher para fazer o Boletim de ocorrência

C) Procedimentos: medidas de contracepção de emergência, profilaxias (IST, HIV e hepatite B) e a coleta de material biológico sejam realizadas oportunamente. Elaboração imediata pelo médico do Boletim de Ocorrência (até 24h). Encaminhamentos: para Rede de Saúde para a UBS; Rede de atendimento a mulher e Delegacia de atendimento a mulher.

D) Procedimentos: medidas de contracepção de emergência, profilaxias (IST, HIV e hepatite B) e a coleta de material biológico realizada no atendimento. Notificação compulsória imediata (até 24h). Encaminhamentos: para Rede de Saúde para a UBS; Rede de atendimento a mulher e Delegacia de atendimento a mulher com orientação para fazer o Boletim de ocorrência.

COMENTÁRIO OSCELABS

A resposta D reúne acolhimento, contracepção de emergência, profilaxias, coleta de material e notificação sanitária imediata. A PEP para HIV deve começar o mais cedo possível, até 72 horas após a exposição; contracepção de emergência deve ser oferecida oportunamente, em janela que pode alcançar 120 horas conforme o método. Avaliam-se também hepatite B e outras IST, lesões e apoio psicossocial. O atendimento não depende de boletim de ocorrência. Notificação sanitária, comunicação legal à autoridade policial e registro de BO são atos distintos; informação, consentimento e privacidade devem integrar o cuidado.

Fonte: Ministério da Saúde — PCDT profilaxia pós-exposição (2024)

QUESTÃO 46

Gabarito oficial: A

Jovem, usuário de álcool, há meses atendido no serviço de saúde pela equipe de saúde da família, sem sucesso na manutenção da abstinência alcoólica. Hoje, foi encontrado morto, pelo vizinho, na sala de sua casa, após 3 dias em estado de embriaguez. Diante disso, em relação ao preenchimento da Declaração de Óbito (DO), o médico de família e comunidade:

- A) Não deve preencher a DO, por ser uma obrigação exclusiva do médico legista;**
- B) Deve prontamente preencher a declaração de óbito, já que conhece a história do falecido;
- C) Não deve preencher a DO, já que o falecido se encontrava em estado vulnerável e o diagnóstico atual é desconhecido;
- D) Deve preencher a DO mesmo que não foi chamado para examinar o corpo porque é médico daquela comunidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

A alternativa oficial encaminha a emissão da declaração de óbito ao serviço médico-legal, coerente quando há suspeita de intoxicação ou outra causa externa. Porém, história de consumo de álcool não estabelece, sozinha, morte por causa externa. Morte natural sem causa esclarecida e morte suspeita ou violenta têm fluxos diferentes, envolvendo SVO ou IML conforme o caso e a organização local. O comentário não deve generalizar que toda pessoa encontrada morta ou com alcoolismo precise necessariamente do mesmo encaminhamento.

Fonte: Ministério da Saúde — declaração de óbito (2022)

QUESTÃO 47

Gabarito oficial: D

Paciente feminina, 90 anos, acamada com sequela de Acidente Vascular Cerebral há 2 anos, reside na área da Unidade Básica de Saúde (UBSF) Bairro X. Na visita domiciliar de rotina do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a filha relata para o agente que a mãe vem apresentando febre há 1 dia, falta de apetite e diminuição da diurese. Na reunião de Equipe na UBSF, no final da manhã do mesmo dia, o agente relata o caso, sendo agendada visita domiciliar com o médico e a enfermeira da equipe para o mesmo dia no período da tarde. Que atividade dos profissionais da Equipe de Saúde da Família é identificada neste caso e que princípio doutrinário do SUS está sendo garantido no atendimento da paciente?

- A) Visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde, notificação e visita da equipe para Serviço de Atendimento Domiciliar especializado (SADE). O princípio é o de Descentralização
- B) Visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde, elaborado Plano Terapêutico a para a visita domiciliar pela enfermeira e Médico da Equipe de Saúde da família. O princípio é o da Integralidade
- C) Visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde, notificação e visita da equipe para Serviço de Atendimento Domiciliar especializado (SADE). O princípio é o de Regionalização
- D) Visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde, reunião diária da equipe de Saúde da Família, visita domiciliar pela a enfermeira e Médico da Equipe de Saúde da família no mesmo dia à tarde. O princípio é o de equidade**

COMENTÁRIO OSCELABS

Equidade significa ajustar a oferta de cuidado às necessidades e vulnerabilidades. A idosa acamada com febre e redução da diurese tem dificuldade de acesso e sinais que exigem avaliação prioritária; a visita domiciliar pode ser um meio de garantir acesso, com encaminhamento urgente se houver instabilidade. Igualar a ordem de atendimento sem considerar gravidade e barreiras não realiza esse princípio. A visita não deve retardar cuidado de emergência quando os sinais clínicos o exigirem.

Fonte: Lei 8.080/1990 — organização e princípios do SUS

QUESTÃO 48

Gabarito oficial: D

Paciente sintomático respiratório, 50 anos, etilista, procurou a Unidade Básica de Saúde do seu bairro, com queixa de tosse com expectoração há cerca de 3 meses. Atendido pelo Médico da Equipe de Saúde da Família, qual deveria ser o primeiro exame solicitado na investigação diagnóstica?

- A) Cultura do escarro
- B) Radiografia torácica
- C) Tomografia do tórax

D) Baciloscopia direta de escarro

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse persistente exige investigação de tuberculose no contexto clínico e epidemiológico apropriado. A banca escolheu baciloscopia de escarro entre as alternativas. Na organização atual da rede brasileira, o teste rápido molecular para tuberculose tem papel preferencial em situações indicadas quando disponível, e cultura e teste de sensibilidade complementam a investigação conforme o caso. Uma prova que não oferece TRM-TB como opção não estabelece superioridade geral da baciloscopia sobre métodos moleculares.

Fonte: Ministério da Saúde — diagnóstico da tuberculose

QUESTÃO 49

Gabarito oficial: B

Uma menina de 8 anos é trazida ao consultório com queixa de lesões urticariformes recorrentes, que surgem diariamente nos últimos 3 meses. As lesões aparecem de forma espontânea, sem desencadeantes identificáveis, são pruriginosas e desaparecem dentro de 24 horas sem deixar cicatrizes. A paciente não apresenta angioedema nem outros sintomas sistêmicos, como febre ou perda de peso. A família relata que ela não usa novos medicamentos ou produtos, e não há exposição evidente a alérgenos ambientais. O exame físico é normal, exceto pelas lesões urticariformes. Exames laboratoriais básicos (hemograma, função hepática, renal e tireoidiana) são normais. Qual é a conduta mais adequada para o manejo desta criança com urticária crônica espontânea?

A) Iniciar corticosteroides orais em doses baixas para o controle prolongado da urticária.

B) Prescrever anti-histamínicos de segunda geração em dose padrão, com possibilidade de escalonamento de dose.

C) Realizar testes cutâneos para alergias ambientais e alimentares para identificar o agente desencadeante.

D) Iniciar imunossuppressores como metotrexato ou ciclosporina, devido à refratariedade ao tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Urticas recorrentes por mais de seis semanas, com cada lesão desaparecendo em menos de 24 horas e sem gatilho definido, são compatíveis com urticária crônica espontânea. Anti-histamínico de segunda geração é o tratamento inicial; eventual aumento de dose em criança deve seguir avaliação especializada e recomendações para idade. Corticoide sistêmico prolongado não é estratégia de manutenção, e investigação alérgica indiscriminada tem baixo rendimento sem história sugestiva. Lesões persistentes, dolorosas ou com marcas exigiram reconsiderar o diagnóstico.

Fonte: Diretriz internacional de urticária (2026)

QUESTÃO 50

Gabarito oficial: D

Recém-nascido (Rn) de 38 2/7 semanas nascido de parto normal, está em aleitamento materno no Alojamento Conjunto. Durante sua visita a mãe refere que tomou umas injeções muito doloridas no pré-natal devido a uma infecção que apareceu em um exame, e refere que o marido também precisou tomar. Qual deverá ser sua conduta frente a esse recém-nascido:

- A) Solicitar testes não treponêmico para o Rn
- B) Solicitar testes não treponêmico para a mãe e o Rn
- C) Solicitar cartão de pré-natal para confirmação de sorologias e tratamento
- D) Solicitar cartão de pré-natal para confirmar sorologias e tratamento e já solicitar testes não treponêmicos para a mãe e o Rn**

COMENTÁRIO OSCELABS

O relato sugere tratamento materno para sífilis, mas não comprova esquema, datas ou resposta sorológica. É necessário conferir o pré-natal e comparar testes não treponêmicos quantitativos da mãe e do recém-nascido, preferencialmente pelo mesmo método. A avaliação neonatal depende do exame físico, adequação do tratamento materno e demais critérios do protocolo. Não se pode declarar o recém-nascido protegido apenas porque a mãe e o parceiro receberam injeções.

Fonte: Ministério da Saúde — protocolo brasileiro: sífilis congênita e criança exposta (2021)

QUESTÃO 51

Gabarito oficial: C

Recém-nascido (Rn) de 39 semanas nasceu hipotônico e sem chorar, realizado clampeamento imediato e levado à mesa de reanimação para realização dos passos iniciais. Quais serão as ações realizadas nesse momento?

- A) Colocar Rn sob fonte de calor radiante, secagem e retirada de campos úmidos, aspiração de vias aéreas se necessário, posicionamento com leve extensão do pescoço e colocação de oximetria de pulso em membro superior direito e monitor cardíaco.
- B) Colocar Rn sob fonte de calor radiante, secagem e retirada de campos úmidos, aspiração de vias aéreas se necessário, posicionamento com leve extensão do pescoço e avaliação da frequência cardíaca, cor e respiração.
- C) Colocar Rn sob fonte de calor radiante, secagem e retirada de campos úmidos, aspiração de vias aéreas se necessário, posicionamento com leve extensão do pescoço e avaliação de frequência cardíaca e respiração.**
- D) Colocar Rn sob fonte de calor radiante, secagem e retirada de campos úmidos, aspiração de vias aéreas se necessário, posicionamento com leve extensão do pescoço e colocação de oximetria de pulso em membro superior direito e monitor cardíaco e iniciar ventilação com pressão positiva

COMENTÁRIO OSCELABS

Após levar o recém-nascido à mesa, realizam-se medidas de normotermia, posicionamento da cabeça e permeabilidade das vias aéreas; a aspiração fica reservada à obstrução. Avaliam-se respiração e frequência cardíaca, como em C. A diretriz SBP de junho de 2026 mantém a execução dos passos iniciais em até 30 segundos e a necessidade de ventilação no primeiro minuto quando indicada. A cor não substitui oximetria. Apneia, respiração irregular ou frequência cardíaca abaixo de 100 bpm após os passos iniciais exigem VPP, com monitorização apropriada.

Fonte: SBP — reanimação do RN ≥34 semanas (junho de 2026)

QUESTÃO 52

Gabarito oficial: C

Em uma consulta de puericultura de um lactente de 12 meses, a mãe questiona sobre a necessidade de exames para investigação de anemia. Lactente em aleitamento materno misto (recebe leite de vaca integral em algumas mamadas) e com boa aceitação alimentar. Recebe ferro profilático na dose de 1 mg/kg desde o 3º mês de vida e vitamina D 600 UI/dia desde o nascimento e com bom ganho pondero-estatural. Qual a sua orientação:

- A) A triagem é indicada nessa faixa etária e devem ser colhidos, no mínimo: hemograma e ferritina.
- B) A triagem não está indicada para esse lactente pois ele já está recebendo ferro profilático
- C) A triagem é indicada nessa faixa etária e devem ser colhidos, no mínimo: hemograma, proteína C reativa e ferritina.**
- D) Pode ser realizada nessa faixa etária, mas deve ser decisão da família se deverá ser pedida ou não.

COMENTÁRIO OSCELABS

A resposta oficial C pede hemograma, ferritina e PCR: a inflamação pode elevar a ferritina e mascarar deficiência de ferro. Há atualização relevante: a SBP de 2026 recomenda investigação orientada por risco, sem exames rotineiros para todo lactente saudável com crescimento e alimentação adequados. Aqui, o consumo de leite de vaca antes de 12 meses exige avaliação alimentar e favorece investigar deficiência, mesmo havendo suplementação profilática. Portanto, preserva-se C, explicando que a idade isolada deixou de justificar triagem universal na recomendação atual.

Fonte: SBP — deficiência de ferro e anemia ferropriva (2026)

QUESTÃO 53

Gabarito oficial: A

Durante a visita no alojamento conjunto, uma puérpera está se queixando que seu filho só fica no peito, chora a cada 2-3 horas e demora 15-20 minutos mamando, além de ainda não ter evacuado. Recém-nascido de 37 semanas, peso de nascimento de 3150g e completando 24h de vida no momento da sua visita. Quais as orientações para essa mãe:

- A) As mamadas nessa fase serão assim mesmo e o aleitamento deve ser em livre demanda e podemos esperar até no máximo 48h de vida pela primeira evacuação.**
- B) As mamadas nessa fase serão assim mesmo e o aleitamento deve ser em livre demanda e devemos solicitar um Rx de abdômen para iniciar investigação pela ausência de mecônio.
- C) Orientar que o intervalo entre as mamadas será esse mesmo nesta fase, mas o tempo de mamada deve ser menor para não o Rn "chupetar" o seio materno e solicitar Rx de abdômen para investigação.
- D) Orientar que o intervalo entre as mamadas será esse mesmo nesta fase e podemos esperar até no máximo 72h de vida pela primeira evacuação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mamadas frequentes e duração variável são esperadas no início da amamentação, e não justificam limitar arbitrariamente o tempo ao seio. É necessário avaliar pega, transferência de leite, peso, diurese e estado clínico. A ausência de mecônio às 24 horas merece acompanhamento; persistência até 48 horas no recém-nascido a termo requer investigação. Distensão, vômito bilioso ou outros sinais de obstrução impõem avaliação imediata, sem aguardar esse prazo.

Fonte: NHS Genomics — atraso na eliminação do mecônio

QUESTÃO 54

Gabarito oficial: ANULADA

Durante a consulta de rotina de um lactente de 4 meses a mãe questiona sobre quais as vacinas ele precisa fazer nesse momento. Paciente com cartão vacinal completo e atualizado até o 3º mês de vida. Mãe refere que nas vacinas de 2 meses ele apresentou dor abdominal e um pouco de enterorragia. Qual deve ser a orientação para essa família:

- A) Realizar 2 doses de rotavírus, pentavalente, poliomielite oral (VOP) e pneumococo conjugada.
- B) Realizar 2 doses de rotavírus, pentavalente, poliomielite inativada (VIP) e pneumococo conjugada.
- C) Não realizar a 2ª dose da rotavírus devido aos efeitos colaterais realizar pentavalente, poliomielite inativada (VIP) pneumococo conjugada
- D) Não realizar a 2ª dose da rotavírus devido aos efeitos colaterais realizar pentavalente, poliomielite oral (VOP) pneumococo conjugada

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão foi anulada. Dor abdominal e sangue nas fezes após vacinação exigem caracterização do episódio, pois invaginação intestinal é uma hipótese que altera a elegibilidade para vacina de rotavírus. Esses sintomas isolados não provam o diagnóstico nem autorizam classificar toda reação como contraindicação definitiva. Além disso, o esquema de poliomielite depende da época do calendário. A anulação deve permanecer identificada, sem escolher uma alternativa por conta própria ou atribuir à banca uma justificativa que ela não publicou.

Fonte: Ministério da Saúde — instrução normativa do calendário vacinal (2026)

QUESTÃO 55

Gabarito oficial: A

Criança de 2 anos de idade, admitida com relato de ter iniciado há cerca de 2 horas com sialorreia espessa, associado a irritabilidade. Ao exame físico, apresenta os seguintes sinais vitais: FC: 120 bpm FR: 30 ipm SatO₂: 96% em ar ambiente com ausculta pulmonar normal; não foram visualizadas alterações à oroscopia. O pai tem dúvidas se a criança ingeriu algum objeto enquanto brincava. Realizada radiografia de tórax com a seguinte imagem: Qual a melhor conduta para este paciente?



A) Pela suspeita de ingestão de bateria, realizar endoscopia de emergência e retirada do objeto.

B) Não há indicação de retirada endoscópica do objeto pois há a possibilidade que ele migre para o trato gastrointestinal baixo.

C) Está indicada ingestão de glicerina a fim de promover a proteção da mucosa esofágica e permitir a movimentação do corpo estranho.

D) Independente do objeto, há indicação de retirada de urgência do corpo estranho, respeitando jejum para sedação e disponibilidade de vaga no centro cirúrgico para o procedimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

A radiografia mostra objeto circular esofágico com duplo contorno, compatível com bateria tipo botão. Trata-se de emergência: lesão grave pode ocorrer rapidamente, inclusive com perfuração e fístula vascular. A bateria deve ser retirada por endoscopia imediatamente, sem esperar o jejum convencional nem migração espontânea. Boa saturação e ausculta pulmonar normal não afastam o risco esofágico. A equipe deve estar preparada para tratar complicações; a conduta é diferente da observação possível em algumas ingestões de moedas.

Fonte: National Capital Poison Center — bateria tipo botão

QUESTÃO 56

Gabarito oficial: D

Um paciente de 5 anos, dá entrada no Hospital com história de febre alta de até 39 graus nos últimos 3 dias, associado a mialgia, dor retro orbitária e cefaleia. Evolui nas últimas 24 horas com exantema difuso e dor abdominal contínua desde ontem e vômitos cerca de 6 episódios, sem conseguir ingerir líquidos. Ao exame físico: REG, corada, desidratada 2+/4+, acianótica e afebril. Ausculta cardíaca: Bulhas rítmicas, normofonéticas sem sopros FC: 95 bpm PA: 100x60 mmHG. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente sem sinais de desconforto respiratório, FR: 22 ipm Sat O₂: 96% em ar ambiente. Abdome: dor a palpação difusa, sem sinais de irritação peritoneal. Extremidades: boa perfusão periférica, pulsos amplos. Qual a melhor hipótese diagnóstica e conduta:

- A) Caso suspeito de dengue, classificação de gravidade: grupo A; Sem indicação de internação, manter hidratação via oral em domicílio.
- B) Caso suspeito de dengue, classificação de gravidade: grupo D; Indicada hidratação endovenosa com coloide (albumina). Coleta de hemograma, exames de disfunção orgânica e exames confirmatórios do dengue.
- C) Caso suspeito de dengue, classificação de gravidade: grupo B; Hidratação via oral supervisionada em unidade de pronto - atendimento (50-100ml/kg em 4-6 horas). Coleta de hemograma para controle de hematócrito. Coleta de exames confirmatórios do dengue.
- D) Caso suspeito de dengue, classificação de gravidade: grupo C. Indicada hidratação endovenosa em ambiente hospitalar, fase de expansão (alíquotas 20ml/kg em 2 horas), controle hematemétrico e hidratação venosa de manutenção após estabilidade clínica. Coletar exames gerais e confirmatórios do dengue.**

COMENTÁRIO OSCELABS

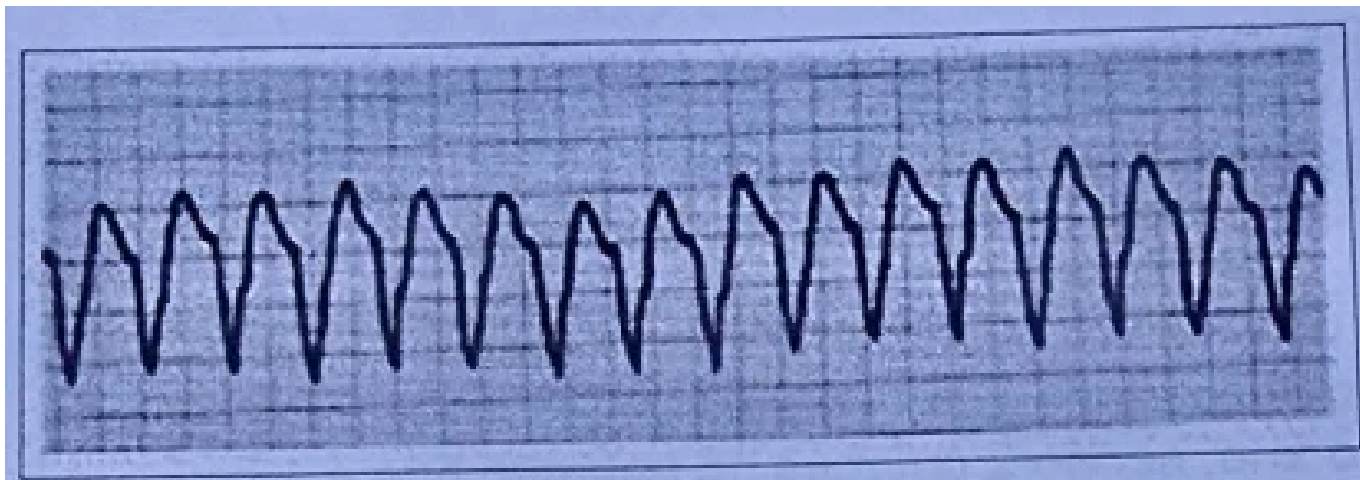
Dor abdominal contínua e vômitos persistentes são sinais de alarme de dengue; na ausência de choque descrito, o quadro corresponde ao grupo C. O manejo é hospitalar, com reposição intravenosa e reavaliação clínica e hematemétrica. O protocolo do Ministério da Saúde de 2024 orienta 10 mL/kg na primeira hora e reavaliação; a expansão pode totalizar 20 mL/kg em duas horas de forma gradativa e monitorada. Esse volume não deve ser interpretado como bolus indiscriminado, e a resposta clínica governa as etapas seguintes.

Fonte: Ministério da Saúde — dengue: diagnóstico e manejo clínico (2024)

QUESTÃO 57

Gabarito oficial: B

Adolescente de 12 anos de idade vítima de acidente por submersão é admitido na sala de emergência inconsciente, em apneia e sem pulso central. É iniciada massagem cardíaca imediatamente, posicionada a via aérea pela colocação de coxim sob o occipício, feita aspiração de vias aéreas superiores e fornecidas ventilações com bolsa-valva e máscara. A monitorização cardíaca mostra o seguinte: Assinale a alternativa correta:



- A) Administrar amiodarona 5 mg/kg EV
- B) Realizar desfibrilação com 2 J/kg**
- C) Administrar sulfato de magnésio 50 mg/kg EV
- D) Realizar cardioversão sincronizada com 1 J/kg

COMENTÁRIO OSCELABS

O traçado mostra taquicardia de complexos largos; no contexto de ausência de pulso, corresponde a taquicardia ventricular sem pulso, um ritmo chocável. O algoritmo pediátrico AHA de 2025 recomenda choque inicial de 2 J/kg, alternativa B, seguido imediatamente de RCP. Não se utiliza cardioversão sincronizada na parada. No afogamento, oxigenação e ventilação também são fundamentais. O diagnóstico não é assistolia nem atividade elétrica sem pulso, ritmos em que a desfibrilação não está indicada.

Fonte: AHA — algoritmo de parada cardíaca pediátrica (2025)

QUESTÃO 58

Gabarito oficial: B

Paciente de 7 meses de vida, encaminhada ao pronto atendimento devido suspeita de fratura de fêmur direito. O pai refere que a criança teve uma queda da própria altura há 1 dia. Ao exame físico a criança encontra-se chorosa, na inspeção apresenta lesões puntiformes tipo queimadura na região de dorso e membro superior, além de edema na região de joelho direito. Nas radiografias apresenta fratura de canto metafisário em fêmur distal direito, além de fraturas de arcos costais posteriores com sinais de calo ósseo. Assinale a alternativa correta sobre o diagnóstico e conduta.

A) Osteogênese Imperfeita - Exames laboratoriais

B) Suspeita de maus tratos - Internação em enfermaria

C) Fratura de fêmur - Tratamento cirúrgico com placa

D) Fratura de fêmur - Tratamento cirúrgico com haste intramedular

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura metafisária típica, fraturas posteriores de costelas em diferentes fases e lesões sugestivas de queimadura em lactente tornam violência uma hipótese prioritária. A história de queda da própria altura é incompatível com o desenvolvimento e com o conjunto de achados descritos. Internação pode proteger a criança e permitir investigação, tratamento e articulação com a rede de proteção. A atuação inclui documentação cuidadosa e notificações pertinentes, sem depender de comprovação judicial para iniciar medidas de proteção.

Fonte: AAP — fraturas e suspeita de violência infantil (2025)

QUESTÃO 59

Gabarito oficial: D

Paciente masculino de 12 anos de idade é levado para avaliação ambulatorial com queixa de ser o menor da classe, gerando alguns apelidos e desconforto ao paciente. Família fazia seguimento anual com pediatra até os 10 anos e traz recordatório mostrando que o paciente nasceu com 38 semanas, peso 3,2kg e 49cm, nega doenças crônicas ou uso de medicações rotineiramente. Nesse recordatório ainda tem anotado estatura de 125cm aos 10 anos, 131cm aos 11 anos e na consulta atual aos 12 anos, o paciente apresenta 136cm (percentil 3), Tanner G1P1 e você percebe ao exame físico detalhado uma clinodactilia à direita e proporções corporais preservadas. Qual sua hipótese diagnóstica e conduta sugerida?

- A) Baixa estatura por deficiência de GH. Solicito dosagem de GH basal e após exercício físico para avaliar níveis que GH atinge após esforço físico. Se GH < 10 ng/dl após esforço, iniciar somatropina o mais breve possível pelo stress emocional que criança vêm passando.
- B) Baixa estatura por hipotireoidismo. Solicito TSH, t4l e Anti-TPO, pois quadro clínico de baixa estatura associada à clinodactilia sugerem fortemente essa hipótese diagnóstica.
- C) Baixa estatura por síndrome genética. Solicito cariótipo pois principal hipótese é síndrome de Noonan.

D) Baixa estatura constitucional. Tranquilizo família e recomendo realizar Rx idade óssea, trazer estatura dos pais para calcular canal familiar com a regra: estatura paterna + estatura materna +13/2. E retorno para acompanhar velocidade de crescimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crescimento recente de aproximadamente 5 a 6 cm/ano, proporções preservadas e estágio pré-puberal aos 12 anos permitem considerar variante do crescimento, mas não fecham o diagnóstico. Idade óssea, estaturas parentais, curva longitudinal e exame clínico orientam a avaliação. Para menino, a estimativa do alvo familiar é (altura paterna + altura materna + 13 cm)/2: os parênteses são essenciais. Clinodactilia isolada não confirma síndrome genética, e GH basal não é teste diagnóstico de deficiência de GH.

Fonte: Pediatric Endocrine Society — investigação de baixa estatura

Fonte: Pediatric Endocrine Society — distúrbios do crescimento (2025)

QUESTÃO 60

Gabarito oficial: C

Você recebe um recém-nascido em sala de parto com dificuldade respiratória. Paciente nasceu a termo, parto sem intercorrência. Durante o pré-natal, o ultrassom obstétrico evidenciou polidrâmnio. Ao exame físico do recém-nascido foi observado a presença de líquido abundante em cavidade oral. Qual a suspeita diagnóstica desse bebê?

- A) Hérnia diafragmática
- B) Aspiração de mecônio
- C) Atresia esofágica com ou sem fístula traqueoesofágica**
- D) Síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido

COMENTÁRIO OSCELABS

Polidrâmnio na gestação e salivação abundante com desconforto respiratório neonatal sugerem atresia de esôfago, com ou sem fístula traqueoesofágica. A impossibilidade de progressão de sonda e a radiografia auxiliam a confirmação. O cuidado inicial inclui evitar alimentação oral, controlar secreções e organizar avaliação cirúrgica e de malformações associadas. Ventilação e posicionamento exigem atenção ao risco de passagem de ar para o estômago quando há fístula.

Fonte: ERNICA — atresia esofágica e fístula traqueoesofágica (2020)

Fonte: ERNICA — doenças esofágicas, apresentação da atresia

QUESTÃO 61

Gabarito oficial: ANULADA

Criança de 5 anos, com diagnóstico prévio de asma, procura atendimento pois anda com dificuldade para realizar as atividades físicas da escola (acontecem 3x/semana), acorda 1 ou 2 vezes a noite com chiado no peito com necessidade de medicação de resgate. Está em uso de corticoide inalatório há 4 semanas. Ao exame físico: bom estado geral, com sibilos esparsos, sem desconforto respiratório e saturação de oxigênio 96%. Qual a melhor terapêutica para esse paciente:

- A) Associar antileucotrienos
- B) Aumentar a dose do corticoide
- C) Associar beta-agonista de ação prolongada
- D) Suspender corticoide inalatório e iniciar antileucotrienos

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão permanece anulada, sem letra correta atribuída. Sintomas frequentes e despertares noturnos mostram controle inadequado. O GINA 2026 aborda crianças de cinco anos no grupo “cinco anos ou menos”: antes de intensificar, é necessário confirmar diagnóstico, técnica inalatória, adesão e exposições. Doses, dispositivo e resposta ao tratamento orientam o próximo passo e eventual encaminhamento. A anulação não dispensa esse raciocínio, nem permite escolher uma alternativa como se a banca a tivesse validado.

Fonte: GINA — estratégia para asma (2026), crianças de cinco anos ou menos

QUESTÃO 62

Gabarito oficial: D

O perímetro cefálico no primeiro ano deve crescer respectivamente, em centímetros (cm):

- A) 12 cm no primeiro ano, sendo 1 cm ao mês
- B) 15 cm no primeiro ano, sendo 2 cm/mês no primeiro ano e 1 cm/mês até os 12 meses
- C) 15 cm no primeiro ano, sendo 1 cm/mês no primeiro trimestre, 1 cm/mês até os 12 meses
- D) 12 cm no primeiro ano, sendo 2 cm/mês no primeiro trimestre, 1 cm/mês no segundo trimestre e 0,5 cm mês no segundo trimestre**

COMENTÁRIO OSCELABS

A aproximação didática é 2 cm/mês no primeiro trimestre, 1 cm/mês no segundo trimestre e 0,5 cm/mês no segundo semestre: $6 + 3 + 3 = 12$ cm no primeiro ano. A banca indica D. Na cópia consultada, porém, o trecho final repete “segundo trimestre”, quando a coerência da conta exige “segundo semestre”. Mantivemos a redação disponível e assinalamos a inconsistência, sem atribuí-la ao original não obtido. Na prática, usam-se curvas por idade e sexo e trajetória individual, não uma velocidade mensal fixa obrigatória.

Fonte: OMS — padrões de velocidade do perímetro cefálico

QUESTÃO 63

Gabarito oficial: C

Recém-nascido, termo, 37 semanas, em leito de alojamento conjunto, com 30 horas de vida, realizado teste do coraçãozinho: saturação membro superior 93%, saturação membro inferior 93%. Em relação ao teste do coraçãozinho é correto afirmar:

- A) Teste do coraçãozinho alterado, conduta intubação orotraqueal, oferecer FiO2 100% e encaminhar o paciente para UTI
- B) Teste do coraçãozinho alterado, conduta alta hospitalar com acompanhamento ambulatorial na cardiologia pediátrica
- C) Teste do coraçãozinho duvidoso, conduta repetir teste após uma hora por até 2 vezes, caso permaneça alterado considerar positivo**
- D) Teste do coraçãozinho normal, conduta alta hospitalar

COMENTÁRIO OSCELABS

Saturação de 93% na mão direita e no pé é um resultado intermediário, não uma triagem normal. O fluxograma da SBP de 2022 prevê repetição após uma hora e admite uma segunda repetição nessa faixa, sustentando C. Persistência da alteração exige avaliação antes da alta. A AAP atualizou seu algoritmo em 2025 para apenas uma repetição e saturação de pelo menos 95% nos dois sítios para aprovação. São protocolos distintos; a atualização norte-americana não altera a letra oficial da prova brasileira. Intubação ou oxigênio a 100% não decorrem automaticamente desse achado isolado.

Fonte: SBP — atendimento do RN com cardiopatia (2022), fluxograma de triagem

Fonte: AAP — novo algoritmo de triagem cardíaca (2025)

QUESTÃO 64

Gabarito oficial: B

Menino, 2 anos, encaminhado para avaliação de fraturas de repetição, 6 fraturas em ossos longos durante esses 2 anos de vida. Apresenta escleras azuladas e baixa velocidade de crescimento. Encontra-se no Z-escore -2,2 DP de comprimento. Filho de pais não consanguíneos, mãe refere que teve algumas fraturas durante sua infância. A equipe médica suspeitou de osteogênese imperfeita ou maus tratos. Qual exame consegue afirmar a hipótese diagnóstica de osteogênese?

A) Cariótipo 50 células.

B) Sequenciamento de nova geração no gene COL1A1.

C) Perfil bioquímico (Cálcio, Fósforo, fosfatase alcalina e vitamina D).

D) Dosagem de colágeno sérico e reposição via oral, se colágeno baixo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fraturas recorrentes, escleras azuladas e história familiar favorecem osteogênese imperfeita. Variante patogênica em COL1A1 pode confirmar uma forma relacionada ao colágeno tipo I, motivo da escolha da alternativa B. Entretanto, um teste negativo nesse único gene não exclui a doença: há COL1A2 e outras causas genéticas. Cariótipo convencional e dosagem inespecífica de colágeno não substituem investigação molecular dirigida. A avaliação de possível violência permanece clínica e não deve ser encerrada apenas por suspeita de condição genética.

Fonte: GeneReviews — osteogênese imperfeita relacionada a COL1A1/COL1A2

QUESTÃO 65

Gabarito oficial: C

Paciente masculino, 32 anos, apresentou queda "a cavaleiro" em um acidente na construção civil. Levado à sala de Emergência, queixa-se de dor intensa na bacia. Hemodinamicamente estável, feito uma radiografia de bacia na sala do Trauma, que constata abertura da sínfise púbica. Na fratura do anel pélvico associada a lesão do sistema urinário, qual estrutura é lesionada com maior frequência no sexo masculino, quando comparada com o feminino?

A) Rim

B) Ureter

C) Uretra

D) Bexiga

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura pélvica pode lesar a uretra posterior masculina, especialmente a região membranosa, enquanto trauma a cavaleiro isolado também pode afetar a uretra bulbar. Sangue no meato, retenção urinária e mecanismo de trauma orientam a suspeita. Quando indicada, uretrografia retrógrada deve preceder tentativas inadequadas de sondagem. A alternativa identifica a estrutura mais vulnerável nesse contexto; não exclui lesão concomitante de bexiga ou outras estruturas pélvicas.

Fonte: EAU — trauma urológico (2026)

QUESTÃO 66

Gabarito oficial: B

Homem de 50 anos, sem comorbidades, foi submetido a herniorrafia inguinal a direita a Lichtenstein devido a hérnia inguinoescrotal encarcerada há 1 dia. Recebeu alta para acompanhamento ambulatorial no primeiro dia pós-operatório. Retorna ao atendimento no 12º dia pós-operatório, relatando dor e parestesia do escroto e da região inguinal direita até a região supra-púbica. Ao exame físico, a ferida operatória está cicatrizada e sem sinais flogísticos, não há abaulamentos locais e outros sinais de recidiva, os testículos são tópicos, indolores e de tamanho normal. Assinale a alternativa que apresente a melhor conduta para o caso:

A) Exploração cirúrgica e neurectomia dos nervos ílio-hipogástrico e ilioinguinal.

B) Administração de analgésicos simples e/ou anti-inflamatórios e observação clínica dos sintomas.

C) Infiltração de corticoides tópicos para redução da inflamação local pós-operatória.

D) Exploração cirúrgica e retirada da tela devido a provável aprisionamento ou compressão dos nervos ílio-hipogástrico e/ou ramo genital do nervo genito-femoral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor e parestesia com apenas 12 dias de pós-operatório, sem sinais de infecção, recidiva ou isquemia testicular, favorecem abordagem inicial conservadora com analgesia e acompanhamento. Esse intervalo não define dor crônica pós-herniorrafia. Retirada de tela ou neurectomia são intervenções com risco e não se justificam de rotina nessa apresentação precoce. Progressão dos sintomas, déficit, achados testiculares ou sinais sistêmicos exigiriam reavaliação e mudança do plano.

Fonte: HerniaSurge — atualização de hérnia inguinal (2023)

QUESTÃO 67

Gabarito oficial: C

Mulher de 24 anos, obesa (IMC=30 kg/m²), diabética tipo 1, 16º dia de puerpério (filho em aleitamento materno exclusivo), dá entrada no pronto-atendimento da cirurgia geral referindo dor em hipocôndrio direito há 2 dias, associada a vômitos. Ultrassonografia do abdome mostra cálculo de 20mm impactado no infundíbulo da vesícula biliar, associado a espessamento/delaminação da parede do órgão e líquido livre perivesicular, com ducto colédoco medindo 5mm em seu maior diâmetro. Considerando-se o diagnóstico e a sua graduação de severidade, indique a alternativa que apresente a melhor conduta terapêutica:

A) Jejum, antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxona e metronidazol por 5 a 7 dias e colangiorressonância.

B) Colectomia laparotômica com exploração das vias biliares + antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxona e metronidazol durante 5 a 7 dias.

C) Colectomia videolaparoscópica + antibioticoterapia endovenosa com piperacilina + tazobactam durante 1 a 7 dias (a depender do procedimento cirúrgico).

D) Dieta hipogordurosa, antibioticoterapia endovenosa com piperacilina + tazobactam por 5 a 7 dias e colangiorressonância.

COMENTÁRIO OSCELABS

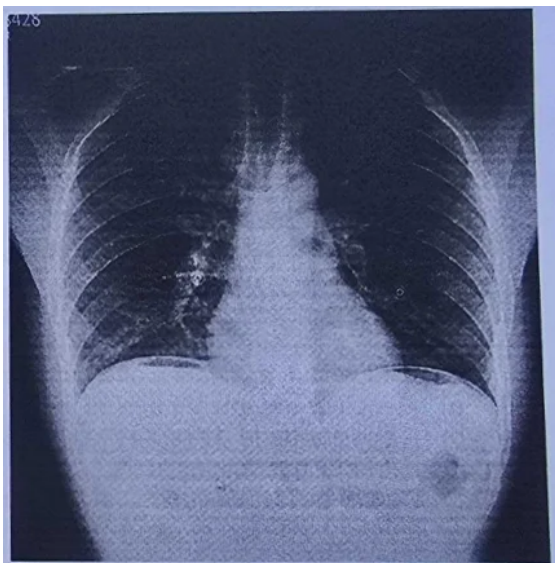
Os achados são compatíveis com colecistite aguda calculosa, e colecistomia laparoscópica precoce é o componente central da alternativa C para paciente com condições operatórias. Entretanto, o enunciado não basta para transformar piperacilina-tazobactam e um curso de até sete dias em necessidade universal. Escolha e duração de antibiótico dependem da gravidade, risco microbiológico e controle do foco; após cirurgia de quadro não complicado, prolongar antibiótico pode ser desnecessário. Puerpério e lactação, por si, não impõem adiamento da cirurgia.

Fonte: WSES — colecistite aguda calculosa (2020)

QUESTÃO 68

Gabarito oficial: A

Homem de 32 anos, usuário de cocaína e tabagista, dá entrada no pronto-atendimento devido à dor abdominal súbita, de forte intensidade, associado a vômitos com raias de sangue e palidez cutânea, de início há aproximadamente 4 horas. Refere fezes pastosas e escurecidas há 2 dias, após alimentação de origem duvidosa. Ao exame físico apresenta-se em REG, pálido (3+/4+), FC = 138bpm, PA = 70X40 mmHg, oximetria de pulso = 90%. Ausculta pulmonar com presença de sibilos esparsos e roncos em base direita. O abdome é escavado e com sinais de peritonite difusa. Toque retal positivo para melena. Realizou RX de tórax, cuja imagem encontra-se abaixo. Assinale a alternativa que indique a melhor conduta:



- A) Ressuscitação volêmica e laparotomia exploradora
- B) Ressuscitação volêmica e endoscopia digestiva alta
- C) Estabilização hemodinâmica e videolaparoscopia diagnóstica
- D) Estabilização hemodinâmica e tomografia computadorizada do abdome

COMENTÁRIO OSCELABS

A radiografia mostra ar livre subdiafragmático, compatível com pneumoperitônio. Associado a choque e peritonite difusa, sustenta perfuração de víscera oca e necessidade de controle cirúrgico urgente, alternativa A. Ressuscitação, antibiótico e preparo operatório ocorrem em paralelo. Tomografia ou endoscopia não devem atrasar o controle do foco em paciente instável com esse conjunto de achados. O uso de cocaína amplia hipóteses etiológicas, mas não reduz a urgência do quadro abdominal.

Fonte: WSES — úlcera péptica perfurada (2020)

QUESTÃO 69

Gabarito oficial: B

Mulher de 52 anos, obesa, diabética, comparece ao pronto-atendimento queixando-se de febre alta e aparecimento de grande ferida dolorosa em região da vulva há 3 dias. Ao exame físico, observa-se a lesão abaixo: Sobre o diagnóstico e o tratamento desta condição, assinale a alternativa correta:



A) A fascíte necrotizante do períneo, também chamada de gangrena de Fournier, corresponde a uma infecção monomicrobiana das partes moles do períneo causada por cepas multi-resistentes de *Staphylococcus aureus*.

B) Trata-se de uma infecção polimicrobiana causada por espécies anaeróbias (mais comumente *Bacteroides* e *Clostridium*) em combinação com enterobactérias (por exemplo, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Proteus*).

C) Diabetes, obesidade, hipertensão arterial sistêmica e neoplasias malignas são considerados os principais fatores de risco associados e o tratamento depende da compensação clínica destas condições.

D) O desbridamento cirúrgico deve ser realizado idealmente em até 72 horas do diagnóstico, associado a antibioticoterapia de amplo espectro e terapias de curativo a vácuo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A fotografia mostra extensa necrose perineal, compatível com gangrena de Fournier. A infecção é frequentemente polimicrobiana, envolvendo aeróbios e anaeróbios, como em B. São necessários ressuscitação, antibiótico de amplo espectro e desbridamento cirúrgico urgente, com reavaliação para novas operações. Não é aceitável aguardar 72 horas para operar nem esperar compensação do diabetes. A extensão cutânea visível pode subestimar o acometimento profundo.

Fonte: EAU — infecções urológicas e Fournier (2026)

QUESTÃO 70

Gabarito oficial: C

Mulher de 19 anos, tabagista, refere dor abdominal em baixo ventre, há 2 dias, associada a náuseas e intolerância alimentar. Relata que hoje a dor está mais intensa e que se localizou no lado direito do abdome. Mantém náuseas e vômitos, não conseguindo se alimentar. Refere ainda atraso menstrual de aproximadamente 60 dias, mas que tem ciclos menstruais irregulares desde a menarca. Tem vida sexual ativa, com parceiro fixo e faz uso irregular de anticoncepcional oral e preservativo. Relata ainda ser constipada (ritmo intestinal a cada 2 dias, com fezes endurecidas). Ao exame físico, apresenta-se em REG, descorada (3+/4+), FC = 142bpm, PA = 60 X 40 mmHg. O abdome é plano, doloroso a palpação difusa, mais importante na fossa ilíaca direita, com descompressão brusca positiva. Assinale a alternativa que indique o exame complementar à propedêutica capaz de definir o tratamento mais eficaz e rápido para o tipo de abdome agudo apresentado pela paciente:

- A) RX de abdome agudo
- B) RX simples de abdome

C) Ultrassonografia do abdome a beira leito

- D) Tomografia computadorizada do abdome

COMENTÁRIO OSCELABS

Atraso menstrual, dor abdominal, palidez e choque em mulher com possibilidade de gestação tornam gravidez ectópica rota uma emergência a considerar. Ultrassonografia à beira-leito pode demonstrar líquido livre e orientar rapidamente o controle hemorrágico; teste de gravidez integra a avaliação se não retardar a assistência. A estabilização e o acionamento cirúrgico ocorrem em paralelo. Não é apropriado transferir uma paciente tão instável para tomografia apenas para obter confirmação anatômica detalhada.

Fonte: NICE NG126 — gestação ectópica

QUESTÃO 71

Gabarito oficial: B

Paciente com 85 anos apresentando episódios de sensação de entalar ao ingerir alimentos e dor torácica. Em algumas situações tem que "tomar um gole de água para descer" a comida. Em decorrência destes engasgos sua família o levou para consulta com médico em sua cidade. Lá realizou EDA (Endoscopia digestiva alta) cujo laudo foi apenas antrite leve. Também realizou um exame radiológico contrastado com esôfago em aspecto de "saca rolhas". Assinale, dentre as alternativas abaixo, o diagnóstico provável para este caso:

- A) Acalasia idiopática

B) Espasmo esofágico difuso

- C) Esôfago em quebra nozes

- D) DIME (distúrbio inespecífico da motilidade esofágica)

COMENTÁRIO OSCELABS

O esôfago em saca-rolhas no exame contrastado sugere espasmo esofágico distal, termo atual para o quadro tradicionalmente chamado espasmo difuso. A confirmação e classificação dependem de manometria de alta resolução e exclusão de obstrução. Acalasia e esôfago hipercontrátil têm critérios distintos; aparência radiológica isolada não os diferencia em todos os casos. Em pessoa idosa, disfagia exige avaliação cuidadosa de causas estruturais, mesmo com uma endoscopia inicial pouco elucidativa.

Fonte: Chicago Classification 4.0 — motilidade esofágica (2021)

QUESTÃO 72

Gabarito oficial: B

Paciente feminina, 65 anos, com sintomas dispéptico inespecíficos, realizou uma EDA (endoscopia digestiva alta) que mostrou uma lesão submucosa em corpo gástrico de 2 cm. Com relação ao quadro exposto acima, assinale a alternativa correta:

A) O melhor tratamento nestes casos é a gastrectomia subtotal com esvaziamento ganglionar a DII.

B) A possibilidade de ressecção deve ser considerada por provavelmente tratar-se de GIST (Tumor estromal gastrointestinal).

C) Dentre as lesões submucosas gástrica, o leiomioma é o mais frequente e, para lesões de até 3 cm a conduta pode ser expectante.

D) A realização de US (ultrassom) endoscópico não deve ser indicado pelas dimensões da lesão e pelo fato de não ser possível realizar biópsias de lesões submucosas gástricas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão subepitelial gástrica de 2 cm merece caracterização, frequentemente por ecoendoscopia, e consideração de obtenção de tecido ou ressecção conforme suspeita, camada de origem, crescimento e sinais de risco. A alternativa B é a que admite possibilidade de GIST sem impor uma gastrectomia com linfadenectomia extensa. Nem toda lesão subepitelial é GIST, e o tamanho informado situa-se em faixa que exige decisão individualizada. Ecoendoscopia pode acrescentar informação mesmo em lesões pequenas.

Fonte: ACG — lesões subepiteliais gastrointestinais (2023)

QUESTÃO 73

Gabarito oficial: A

Um homem de 38 anos de idade é submetido a litotripsia para cálculos renais de oxalato de cálcio. Os valores de exames laboratoriais encontrados no dia da litotripsia foram: cálcio sérico de 10,8 mg/dl (8,5-10,2 mg/dl), fósforo de 3 mg/dl (2,5-4,5 mg/dl), cloreto de 102 mEq/l (95-105 mEq/l), creatinina de 1,2 mg/dl (0,4-1,30 mg/dl) e paratormônio intacto de 62 pg/ml (10-65 pg/ml). A imagem pré-operatória foi imprecisa para localizar as paratireoides. Qual das seguintes afirmações sobre a conduta do caso é verdadeira?

A) A paratiroidectomia é indicada.

B) É improvável que o hiperparatireoidismo primário contribua para a doença calculosa.

C) A observação clínica é a melhor conduta.

D) Recomenda-se restrição dietética de cálcio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na hipercalcemia, um PTH dentro do intervalo de referência pode ser inadequadamente normal, pois deveria estar suprimido. Isso sugere hiperparatireoidismo primário após confirmar o achado e excluir diagnósticos diferenciais relevantes. Litíase renal e idade inferior a 50 anos são elementos favoráveis à indicação cirúrgica. Exame de localização negativo não exclui o diagnóstico nem elimina a indicação: localização orienta a técnica operatória, enquanto o diagnóstico é bioquímico. Restrição indiscriminada de cálcio não é a solução.

Fonte: Quinto Workshop Internacional — hiperparatireoidismo primário (2022)

QUESTÃO 74

Gabarito oficial: C

Uma mulher de 59 anos com doença renal crônica fez uma tomografia computadorizada de tórax para acompanhar um nódulo pulmonar estável de 1cm. Os cortes inferiores demonstraram uma massa adrenal direita de 3 cm com atenuação sem contraste maior que 10 HU (unidades Hounsfield) e o washout menor que 60%. A investigação bioquímica adicional é consistente com o nódulo não funcionante. Diante desses achados, você deve recomendar:

- A) Biópsia percutânea.
- B) Ressonância magnética.
- C) Adrenalectomia direita.**
- D) Repetir a tomografia computadorizada em 3 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca indica C, adrenalectomia direita. Ressalva clínica: massa não funcionante de 3 cm, com atenuação acima de 10 HU e washout abaixo de 60%, é indeterminada, não automaticamente maligna. A diretriz ESE/ENSAT de 2023 recomenda integrar características completas da imagem, contexto e discussão multidisciplinar. Caracterização adicional por imagem, como ressonância, ou seguimento podem ser apropriados; os dados não impõem cirurgia universal. Por isso, preserva-se a letra oficial sem desqualificar a alternativa B como conduta possível na prática.

Fonte: ESE/ENSAT — incidentaloma adrenal (2023), recomendações executivas

QUESTÃO 75

Gabarito oficial: B

Mulher, 52 anos foi hospitalizada com quadro de pancreatite aguda e colelitíase com ducto biliar normal ao ultrassom. Ela não tem história clínica significativa, sem vício e apresenta testes de função hepática, painel bioquímico e níveis séricos de lipídios normais. Se recuperou dos sintomas após quatro dias de tratamento clínico com hidratação e analgesia. Qual é o tratamento mais adequado para esta paciente?

- A) Tratamento conservador
- B) Colectectomia aberta ou fechada**
- C) Colangiopancreatografia endoscópica retrógrada
- D) Antibioticoterapia de largo espectro associada a litotripsia por ondas de choque

COMENTÁRIO OSCELABS

Após pancreatite aguda biliar leve, colectectomia durante a mesma internação, quando houver recuperação clínica e condições operatórias, reduz recorrência de eventos biliares. Colédoco de calibre normal, exames hepáticos normais e ausência de colangite ou obstrução persistente não sustentam CPRE de rotina. Antibiótico profilático e litotripsia não substituem tratamento da fonte biliar. A escolha da técnica cirúrgica depende do caso, com preferência usual pela via laparoscópica quando viável.

Fonte: ACG — pancreatite aguda (2024), resumo oficial

QUESTÃO 76

Gabarito oficial: C

Paciente do sexo feminino, 60 anos, com pancreatite aguda biliar Balthazar D, com início dos sintomas há 7 dias e com coledocolitíase anictérica. Qual a conduta correta:

- A) Colectomia
- B) CPRE e em seguida colecistectomia
- C) Controle radiológico em 6 a 8 semanas**
- D) Colectomia com colangiografia intra-operatória

COMENTÁRIO OSCELABS

A alternativa oficial posterga a reavaliação radiológica por seis a oito semanas. Na presença de coleções ou inflamação pancreática relevante, intervenção definitiva pode precisar ser adiada até resolução ou maturação das coleções. Isso não equivale a deixar a paciente sem seguimento ou sem tratar complicações. Colangite ou obstrução biliar persistente mudariam a indicação e o momento de CPRE. Balthazar D isoladamente não resume a gravidade clínica, e a coledocolitíase documentada exige plano terapêutico definido.

Fonte: WSES — pancreatite aguda grave (2019)

QUESTÃO 77

Gabarito oficial: A

Vítima de ferimento penetrante por projétil de arma de fogo em região cervical acima do ângulo da mandíbula mantendo estabilidade hemodinâmica, com hematoma local. Caso seja confirmada lesão vascular nessa região pela angiotomografia, a melhor opção de tratamento é:

- A) Endovascular**
- B) Observação clínica
- C) Tamponamento com balão
- D) Exploração cirúrgica de urgência

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento cervical alto, acima do ângulo da mandíbula, envolve região de acesso cirúrgico difícil. Em paciente estável com lesão vascular demonstrada, a abordagem endovascular pode oferecer controle com menor necessidade de exposição anatômica complexa. A escolha depende do vaso e do tipo de lesão, disponibilidade da equipe e necessidade de preservar circulação. Instabilidade, sinais de sangramento ativo ou comprometimento de via aérea podem exigir medidas imediatas diferentes; a resposta não universaliza tratamento endovascular para todo trauma cervical.

Fonte: ESVS — trauma vascular (2025)

QUESTÃO 78

Gabarito oficial: A

Vítima de ferimento por arma branca em transição toracoabdominal direita, instável hemodinamicamente, com drenagem de 2L de sangue em dreno de tórax direito, com FAST positivo em espaço hepato renal e pelve. A próxima melhor conduta é:

- A) Laparotomia exploradora**
- B) Toracotomia exploradora
- C) Passagem de outro dreno de tórax ipsilateral
- D) Tomografia computadorizada de tórax e abdômen

COMENTÁRIO OSCELABS

A resposta oficial é A, laparotomia, coerente com líquido intraperitoneal e instabilidade. Contudo, os 2 litros drenados do tórax configuram hemotórax maciço e também podem exigir operação torácica. A diretriz WSES-AAST de 2025 considera instabilidade com sangramento intratorácico acima de 1.500 mL uma indicação de avaliação operatória. A equipe deve controlar a fonte predominante e considerar ambas as cavidades, inclusive lesão diafragmática. Não se deve interpretar o gabarito como orientação para ignorar a hemorragia torácica, nem atrasar o tratamento para tomografia.

Fonte: WSES-AAST — trauma torácico (2025)

QUESTÃO 79

Gabarito oficial: D

Paciente com lesão esplênica traumática grau IV pela AAST (The American Association for the Surgery of Trauma) sem alteração vascular na tomografia de abdômen, mantendo estabilidade hemodinâmica, sem sinais de peritonite, tem como melhor próxima conduta:

- A) Videolaparoscopia
- B) Laparotomia exploradora
- C) Observação clínica em unidade de terapia intensiva
- D) Arteriografia com angioembolização profilática de artéria esplênica**

COMENTÁRIO OSCELABS

Em paciente estável com lesão esplênica de alto grau, embolização da artéria esplênica pode integrar o tratamento não operatório e reduzir risco de falha, mesmo sem extravasamento visível em algumas situações. A indicação depende de grau, fatores de risco, recursos de radiologia intervencionista e possibilidade de vigilância e cirurgia de resgate. Estabilidade não autoriza acompanhamento sem estrutura. Já instabilidade persistente ou peritonite mudariam a estratégia e podem exigir operação.

Fonte: WSES — trauma esplênico, consenso (2022)

QUESTÃO 80

Gabarito oficial: B

Um jovem, vítima de ferimento por arma branca em face anterior do abdômen chega à emergência com evisceração. Hemodinamicamente normal, é avaliado pelo cirurgião de trauma que indica cirurgia. Durante a laparotomia exploradora, assim que abre a cavidade peritoneal, se depara com sangramento intenso em região de jejuno e retroperitoneal na zona II a direita. Há instabilização hemodinâmica e o anestesista indica reanimação volêmica com Ringer Lactato e ativa o Protocolo de Transfusão Maciça existente na Instituição. Após controle cirúrgico do sangramento ativo, o exame tromboelastometria (ROTEM) indica a existência de retardo na formação da curva do coágulo. Neste caso, a melhor conduta seria:

A) Cirurgia de Controle de Danos; Peritoniotomia; Ácido Tranexâmico;

B) Cirurgia de Controle de Danos; Peritoniotomia; Plasma Fresco Congelado;

C) Cirurgia de Controle de Danos; Fechamento Primário da Parede Abdominal; Plaquetas;

D) Cirurgia de Controle de Danos; Fechamento Primário da Parede Abdominal; Ácido Tranexâmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca escolheu cirurgia de controle de danos, peritoniotomia e plasma fresco congelado. A lógica é abreviar a cirurgia na instabilidade grave e corrigir coagulopatia relacionada a déficit de fatores quando o teste viscoelástico o demonstrar. Contudo, atraso no início da coagulação e lentidão na formação do coágulo correspondem a parâmetros diferentes do ROTEM; a frase do enunciado não os discrimina com precisão. Fibrinogênio, plaquetas, temperatura, cálcio e pH também precisam ser avaliados. Ácido tranexâmico depende de indicação e tempo desde o trauma, não apenas dessa descrição da curva.

Fonte: Diretriz europeia de hemorragia traumática, 6ª edição (2023)

Documentos e procedência

[Caderno-base \(cópia reformatada disponibilizada pela Medway\)](#)

[Gabarito da FAMERP após análise de recursos \(espelho do documento da banca\)](#)

[Resultado da análise dos recursos \(espelho do documento da banca\)](#)

Nas duas páginas seguintes estão preservadas as páginas dos documentos oficiais referentes ao acesso direto. Os links acima abrem os documentos completos. Os comentários, destaques e ressalvas deste material são de responsabilidade editorial do OsceLabs e não integram o gabarito da FAMERP.

Conferência: 80 enunciados; 320 alternativas; 80 respostas/anulações; 80 comentários; oito figuras. Referências com links individuais nos comentários. Limitação documental: caderno-base em cópia reformatada, sem autenticação contra o original da banca.



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 2025

Gabarito pós-análise de recursos da Prova Objetiva – 26/11/2024

Acesso direto

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



FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
AUTARQUIA ESTADUAL – LEI Nº 8899 de 27/09/94
(Reconhecida pelo Decreto Federal nº 74179 de 14/06/74)

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 – CEP 15090-000
São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil

Resultado da Análise dos Recursos Contra o Gabarito Preliminar da Prova Objetiva
PROVA DE ACESSO DIRETO

Nº da Questão	Resultado
01	Indeferido
02	Indeferido
03	Indeferido
05	Indeferido
08	Alterar para alternativa D
11	Indeferido
14	Indeferido
16	Indeferido
20	Indeferido
22	Indeferido
26	Anulada
28	Indeferido
29	Indeferido
31	Indeferido
32	Indeferido
33	Indeferido
35	Indeferido
37	Indeferido
38	Anulada
41	Indeferido
42	Indeferido
43	Indeferido
44	Indeferido
45	Indeferido
46	Indeferido
49	Indeferido
50	Indeferido
51	Indeferido
52	Indeferido
54	Anulada
59	Indeferido
60	Indeferido
61	Anulada
66	Indeferido
67	Indeferido
69	Indeferido
73	Indeferido
74	Indeferido
76	Indeferido
77	Indeferido
78	Indeferido
79	Indeferido