



# FAMERP 2026

Prova comentada

Acesso direto (R1) · 80 questões

Enunciados completos, figuras e gabarito pós-recursos

Comentários e organização: OsceLabs

Revisão editorial: 16/09/2026

[oscelabs.com.br](https://oscelabs.com.br)

## Treino e revisão

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

### SITUAÇÃO OFICIAL

Questões anuladas no gabarito pós-recursos: 5, 8, 35, 41. A anulação foi preservada. Não foi atribuída alternativa substituta pela OsceLabs.

### Navegação rápida

Questões 01–10 · início na página 3

Questões 11–20 · início na página 14

Questões 21–30 · início na página 27

Questões 31–40 · início na página 37

Questões 41–50 · início na página 48

Questões 51–60 · início na página 59

Questões 61–70 · início na página 69

Questões 71–80 · início na página 81

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

**QUESTÃO 1.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Um trabalhador da área Metalúrgica apresentou no Exame Médico Periódico (NR-7) a chamada gota acústica, que mostrou o seguinte perfil audiométrico:

- A. Frequências 500-1.000 e 2.000, 4.000 e 6.000 Hz normais e 8.000Hz alterado
- B. Frequências 500-1.000 e 2.000, 4.000 e 6.000 Hz alterado e 8.000Hz normal
- C. Frequências 500-1.000, 2000 e 3.000 Hz normais, 4000 e 6000 Hz alterado e 8.000 Hz normal
- D. Todas as Frequências 500-1.000 e 2.000 alterado 4.000 e 6.000 e 8.000 Hz normal

**QUESTÃO 01 · GABARITO OFICIAL: C****Entalhe audiométrico por ruído****COMENTÁRIO OSCELABS**

A alternativa C descreve o entalhe em altas frequências, com piora em 4 e 6 kHz e relativa preservação em 8 kHz, compatível com exposição ao ruído. A configuração pode variar e não prova isoladamente nexos ocupacionais. Correlacionar história de exposição, audiometrias sequenciais e outras causas. “Gota acústica” é a expressão usada pela prova; não substitui a interpretação completa do audiograma.

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

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

**QUESTÃO 2.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Nos Textos de História da Medicina do Trabalho, da lavra de autores brasileiros, é costume referir-se como "Pai da Medicina do Trabalho", inclusive quem padronizou a célebre pergunta ao trabalhador, que auxilia no diagnóstico das patologias relacionadas ao trabalho - "qual é a sua profissão?":

- A. Hipócrates
- B. Bernardino Ramazzini
- C. Sir Robert Backer
- D. Bernardo Bedrikow

**QUESTÃO 02 · GABARITO OFICIAL: B****Ramazzini e história ocupacional****COMENTÁRIO OSCELABS**

Bernardino Ramazzini sistematizou o estudo das doenças dos trabalhadores e destacou a profissão como parte da anamnese. A pergunta permite identificar agentes, tarefas e temporalidade dos sintomas. Hipócrates contribuiu para a medicina e o ambiente, mas não é o nome solicitado. A história ocupacional atual deve abranger trabalhos anteriores, exposições, equipamentos, colegas afetados e atividades fora do emprego.

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

**QUESTÃO 3.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Uma trabalhadora da área Metalúrgica apresentou no Exame Periódico (NR-7), reação cutânea maculopapular, pruriginosa nas orelhas ao nível do orifício dos brincos, no punho ao usar relógio, ou relacionada com o botão metálico da calça "jeans" sugere dermatite de contato por:

- A. Níquel
- B. Cromo
- C. Zinco
- D. Alumínio

**QUESTÃO 03 · GABARITO OFICIAL: A****Dermatite de contato por níquel****COMENTÁRIO OSCELABS**

Lesões pruriginosas nos locais de contato com brincos, relógio e botão metálico sugerem dermatite alérgica ao níquel. A distribuição é a pista principal. Teste de contato pode confirmar sensibilização quando indicado. Reduzir exposição e tratar o eczema são medidas centrais; cromo também pode sensibilizar, mas o padrão dos acessórios favorece níquel. Não se trata de alergia alimentar nem de infecção primária.

Leitura de apoio: [European Society of Contact Dermatitis Guideline for Diagnostic Patch Testing-Recommendations on Best Practice \(Update 2026\)](#).

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

**QUESTÃO 4.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Um Trabalhador da Área da Saúde (Enfermeiro) teve a sua Jornada de Trabalho Expirada as 18h, saindo em sua motocicleta em direção à sua residência, quando lembrou-se de realizar as compras do mês em um supermercado que estava inserido no trajeto, tendo gasto aproximadamente 90 minutos para realiza-las. Dando início ao retorno para sua residência, sofre um acidente, sendo projetado ao solo. apresentando diversas faturas de Membros Superiores, pergunto:

- A. Não tenho elementos para caracterizar como Acidente de Trabalho
- B. Caracteriza-se como Acidente do Trabalho de acordo com a Legislação Vigente
- C. Caracteriza-se como acidente de Trânsito de acordo com a Legislação Vigente
- D. Tanto pode ser caracterizado como Acidente de Trânsito ou do Trabalho

**QUESTÃO 04 · GABARITO OFICIAL: C****Interrupção do trajeto****COMENTÁRIO OSCELABS**

A banca entende que a parada prolongada para compras pessoais rompe o nexo do trajeto e marca acidente de trânsito. Porém a caracterização previdenciária depende das circunstâncias e não pode ser definida exclusivamente por um limite universal de minutos. Acidente de trânsito e acidente do trabalho não são conceitos necessariamente excludentes. Na prática, registrar horários, percurso e motivo da interrupção, sem negar cuidado ou investigação do nexo.

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

**QUESTÃO 5.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

No ano 1833, o primeiro inspetor Médico Robert Backer, durante a Revolução Industrial na Inglaterra (1760-1850) assinou o "Factory Act", cuja redação era seguinte:

- A. A idade mínima para o trabalho era de 6 anos
- B. A idade máxima para o trabalho noturno será de 30 anos
- C. Fica proibido o trabalho noturno para menores de 35 anos
- D. A jornada de trabalho semanal será no mínimo de 69 horas

**QUESTÃO 05 · GABARITO OFICIAL: ANULADA****Legislação fabril histórica****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada. As alternativas apresentam idades e jornada mínima incompatíveis com a finalidade protetiva do Factory Act de 1833. O marco histórico restringiu trabalho infantil e jornada e fortaleceu a inspeção das fábricas. A questão também contém imprecisões de autoria e nomenclatura. Não é necessário escolher uma das opções após a anulação, nem atribuir à banca uma justificativa não publicada.

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

**QUESTÃO 6.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Ao realizar Exame Admissional de um Trabalhador da Área Metalúrgica que apresenta Nível de Pressão Sonora Elevado (RUÍDO) Médio de 115 decibéis, o E.P.I. (Equipamento de Proteção Individual), mais adequado a ser utilizado em uma Jornada de 40 horas semanais deve ser:

- A. Protetor Auricular tipo Concha
- B. Protetor Auricular tipo de Inserção
- C. Qualquer dos dois tipos de protetores de Inserção ou Concha
- D. Não há necessidade para a utilização de protetor auricular

**QUESTÃO 06 · GABARITO OFICIAL: A****Proteção auditiva e exposição extrema****COMENTÁRIO OSCELABS**

O gabarito é protetor tipo concha, mas a seleção de proteção não pode depender apenas do formato. Exposição de 115 dB exige medidas de controle e avaliação rigorosa do tempo e da dose; uma jornada inteira nessa intensidade não se torna segura automaticamente com qualquer abafador. Verificar atenuação efetiva, ajuste, certificação e eventual proteção combinada, priorizando controles de engenharia e organização do trabalho.

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

**QUESTÃO 7.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

PLÍNIO (23 a 79 D.C.), descreveu no ambiente nocivo das Minas de Carvão, Chumbo e Mercúrio, relatando que os trabalhadores utilizavam o Primeiro Equipamento de Proteção Individual (E.P.I.). descrito na literatura disponível. Qual foi o equipamento individual descrito:

- A. Botas do tipo Coturno
- B. Membrana da bexiga do Carneiro
- C. Avental de raspa de couro de animais
- D. Camisa de Algodão com Manga Cumprida

**QUESTÃO 07 · GABARITO OFICIAL: B****Proteção respiratória na história****COMENTÁRIO OSCELABS**

A banca associa a descrição histórica atribuída a Plínio ao uso de membrana de bexiga animal para reduzir inalação de poeira. Trata-se de história da proteção respiratória, não de equipamento aceitável atualmente. Respiradores modernos dependem do contaminante, da concentração, do ajuste e do programa de proteção respiratória. Botas, avental e camisa não respondem à proteção respiratória solicitada.

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

**QUESTÃO 8.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Um trabalhador da área Rural durante o Exame Médico Periódico (NR-7) apresentou sintomas de intoxicação por Organofosforados. Identifique o provável Organofosforado:

- A. Acetilcolina
- B. Ácido Mandélico
- C. Ácido organo fosfórico
- D. Ácido delta aminolevulínico

**QUESTÃO 08 · GABARITO OFICIAL: ANULADA****Organofosforados e síndrome colinérgica****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada: nenhuma alternativa identifica adequadamente um agente organofosforado. Esses compostos inibem a acetilcolinesterase; acetilcolina é o neurotransmissor que se acumula, não o pesticida. Suspeita clínica exige retirada segura da exposição, descontaminação e suporte, com antídotos conforme indicação. Ácido mandélico e ácido delta-aminolevulínico são relacionados a outras avaliações toxicológicas, não são respostas corretas ao agente solicitado.

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

**QUESTÃO 9.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Criança de 3 anos, masculino, apresentou febre de 38,5°C há 1 dia, tosse seca (inicialmente), coriza, conjuntivite não purulenta, com pequenos pontos brancos na boca na altura do último molar, com exantema que surgiu atrás das orelhas, no rosto e se espalhou pelo corpo. Foi à UPA, onde foi feita a suspeita de sarampo. Frequentou a Creche Municipal até o dia anterior ao início dos sintomas. Esta Creche atende crianças de 3 meses a 6 anos de idade e fica em um bairro com grande densidade populacional. A mãe refere que tem outra filha de 7 anos, que está em tratamento de leucemia linfóide aguda. Qual é a ação de vacinação, de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde, no domicílio desta criança e na creche para interromper a circulação do vírus e controlar da transmissão do sarampo?

- A. Deve ser realizada a vacinação por varredura, em até 48 horas, em todos os indivíduos suscetíveis\* maiores de seis meses e que residem nos quarteirões próximos da creche e nos quarteirões próximos do domicílio do caso suspeito (\*exceto nas contraindicações a aplicação da vacina, como a irmã de 7 anos com Leucemia que deve receber a Imunoglobulina humana inespecífica)
- B. Deve ser realizada a vacinação de bloqueio com a Vacina Tríplice Viral (SCR), preferencialmente no prazo máximo de até 72 horas, para as crianças suscetíveis de 3 a 6 meses e gestantes\* (\*exceto nos indivíduos com contraindicações a aplicação da vacina)
- C. Deve ser realizada a vacinação de bloqueio, em até 72 horas, em todos os indivíduos suscetíveis\*, que tiveram contato com o caso suspeito, a partir dos 6 meses de idade, sem limite de idade com a Vacina Tríplice Viral (SCR) (\*exceto nas contraindicações a aplicação da vacina, como a irmã de 7 anos com Leucemia que deve receber a Imunoglobulina humana inespecífica)
- D. Deve ser realizada a vacinação por varredura com a Vacina Tríplice Viral (SCR), no prazo máximo de até 48 horas, em todos os indivíduos suscetíveis\* de 3 meses até nove meses que frequentam as creches no bairro do caso suspeito bem como no seu domicílio (\*exceto nos indivíduos com contraindicações a aplicação da vacina)

**QUESTÃO 09 · GABARITO OFICIAL: C****Bloqueio do sarampo****COMENTÁRIO OSCELABS**

A suspeita requer notificação imediata e resposta de vigilância. A alternativa C descreve vacinação de bloqueio dos contatos suscetíveis a partir de seis meses, preferencialmente em até 72 horas, respeitadas contraindicações. Criança imunossuprimida por leucemia não deve receber automaticamente vacina viva; avaliar imunoglobulina no prazo indicado. A dose aplicada entre seis e onze meses não substitui as doses de rotina posteriores.

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

**QUESTÃO 10.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Menino de 15 anos, previamente hígido, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) referindo que há cerca de 30 min foi mordido por um gato de rua ao tentar retirá-lo de dentro da cozinha de sua avó idosa. As mordidas resultaram em lesões corto-contusas nas mãos, principalmente nos dedos, sendo mais intensas na mão direita atingindo polpas digitais. Paciente nega episódios anteriores de agressões desse tipo. O gato não pertence a ninguém da vizinhança e fugiu após a tentativa de ser capturado. Na localidade observou-se, no ano anterior, a confirmação de raiva em gatos. A conduta adequada no atendimento imediato ao paciente é:

- A. Lavar os ferimentos com antissépticos; aguardar a busca ativa do animal, até 10 dias, pela zoonose para início da profilaxia; aplicar reforço da vacina dt (difteria e tétano) e fazer curativo diariamente
- B. Lavar os ferimentos com água corrente abundante e sabão; administrar a vacina antirrábica em 4 doses, nos dias 0, 3, 7 e 14; aplicar imunoglobulina humana antirrábica
- C. Higienizar adequadamente e suturar as lacerações; prescrever 1 dose de penicilina benzatina 1,2 milhão UI; aplicar o soro antirrábico; soro antitetânico e agendar curativos diários
- D. Higienizar com solução antisséptica; administrar a 1ª dose da vacina antirrábica; na presença de qualquer reação adversa, contraindicar as doses subsequentes; aplicar o soro antirrábico

**QUESTÃO 10 · GABARITO OFICIAL: B****Exposição grave à raiva****COMENTÁRIO OSCELABS**

Mordeduras em mãos e dedos por gato desaparecido, em área com circulação viral, configuram exposição que requer profilaxia imediata no não vacinado. Lavar com água e sabão, iniciar vacina e administrar imunoglobulina ou soro conforme protocolo, priorizando infiltração nas lesões. Não aguardar dez dias por animal indisponível. Também avaliar tétano, infecção bacteriana e estruturas profundas; reação adversa não contraindica automaticamente completar a profilaxia.

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

**QUESTÃO 11.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente com 53 anos, portador de asma, chega na Emergência do Hospital de Ensino com a história de febre de 38,5° C há 1 dia, tosse seca, dor de garganta, mialgia, cefaleia e prostração. Foi feito diagnóstico de Síndrome Gripal com identificação no painel de patógenos respiratórios do vírus Influenza. Qual a conduta correta para este caso?

- A. Internar para solicitar a pesquisa de vírus respiratório pelo Polymerase Chain Reaction (PCR) e notificar no SINAN
- B. Prescrever antitérmico, colher exame para a pesquisa de vírus respiratório pelo Polymerase Chain Reaction (PCR) e retornar se dificuldade respiratória
- C. Internar para introduzir antibiótico macrolídeo injetável, pois a principal complicação de Síndrome Gripal em paciente com asma é a pneumonia
- D. Prescrever oseltamivir, preferencialmente nas primeiras 48h. Orientar o paciente a retornar

se apresentar dificuldade respiratória

**QUESTÃO 11 · GABARITO OFICIAL: D****Influenza em paciente de risco****COMENTÁRIO OSCELABS**

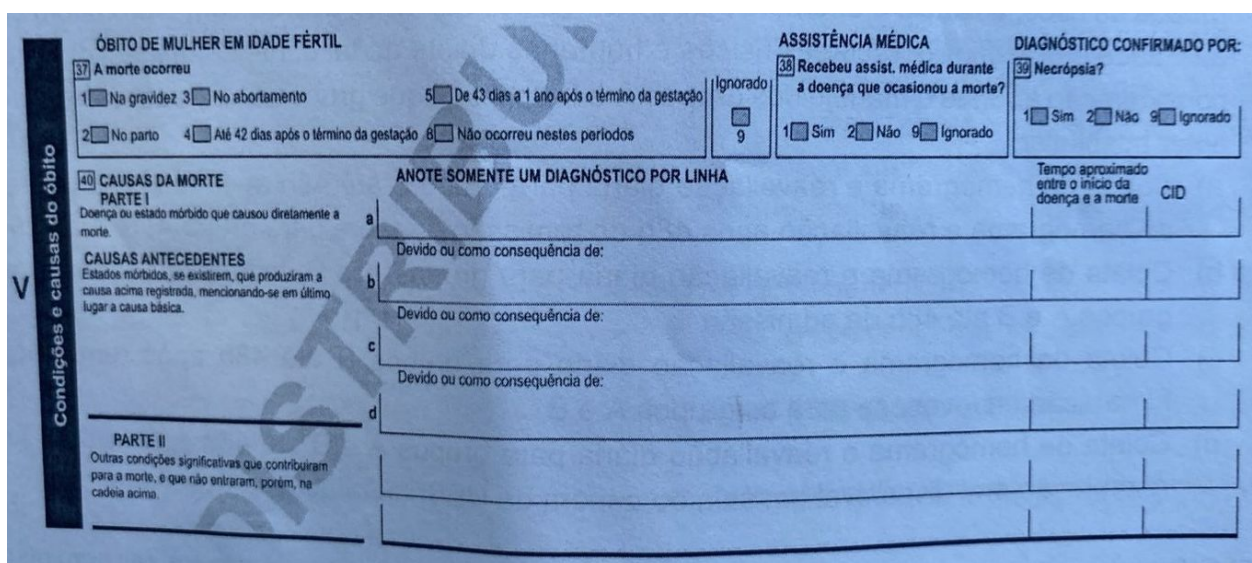
Asma é condição de risco para complicações por influenza. Oseltamivir deve ser iniciado preferencialmente nas primeiras 48 horas, sem transformar esse prazo em proibição absoluta quando houver indicação posterior. Avaliar gravidade e orientar sinais de alarme. Antibiótico não trata influenza sem evidência de coinfeção bacteriana, e internação não é automática apenas pelo diagnóstico virológico.

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

## QUESTÃO 12.

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Homem 57 anos, tabagista, portador de dislipidemia, hipertensão arterial e obesidade. Reside sozinho em área onde a população é atendida pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém não faz seguimento com a Equipe da ESF. Estava em sua casa quando apresentou intensa dor em região precordial iniciada há 24 horas, com piora progressiva, procurou o vizinho que chamou o SAMU e foi levado para a UPA. Deu entrada no serviço e evoluiu a óbito poucas horas após, sem resposta a manobras de reanimação. Eletrocardiograma da entrada na unidade evidenciou fibrilação ventricular. Em relação ao preenchimento da Declaração de Óbito deste caso a alternativa correta é:



**ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL**

37) A morte ocorreu

1 ☐ Na gravidez 3 ☐ No abortamento 5 ☐ De 43 dias a 1 ano após o término da gestação

2 ☐ No parto 4 ☐ Até 42 dias após o término da gestação 6 ☐ Não ocorreu nestes períodos

Ignorado 9

38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado

39) Necropsia? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ Ignorado

40) CAUSAS DA MORTE

**PARTE I**

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.

**CAUSAS ANTECEDENTES**

Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.

**PARTE II**

Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.

**ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA**

a \_\_\_\_\_

b \_\_\_\_\_

c \_\_\_\_\_

d \_\_\_\_\_

e \_\_\_\_\_

Tempo aproximado entre o início da doença e a morte \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_

- A. Parte I: a) fibrilação ventricular b) infarto agudo do miocárdio c) hipertensão arterial Parte II d) dislipidemia, tabagismo, obesidade
- B. Parte I: a) infarto agudo do miocárdio b) aterosclerose coronariana c) fibrilação atrial Parte II d) dislipidemia, hipertensão arterial obesidade
- C. Parte I: a) fibrilação ventricular b) infarto agudo do miocárdio b) aterosclerose coronariana c) Parte II d) dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade
- D. Parte I: a) aterosclerose coronariana b) fibrilação atrial c) infarto agudo do miocárdio Parte II d) dislipidemia, hipertensão arterial obesidade

## QUESTÃO 12 · GABARITO OFICIAL: C

### Sequência causal na declaração de óbito

#### COMENTÁRIO OSCELABS

A alternativa C organiza aterosclerose coronariana, infarto e fibrilação ventricular em sequência causal, reservando condições contribuintes para a Parte II. O formulário deve conter doenças e causas sustentadas pelo conhecimento clínico, não uma lista desconexa de fatores de risco. Fibrilação ventricular isolada não esclarece a causa básica. Não preencher infarto ou aterosclerose como certeza apenas pela dor: avaliar a evidência e o fluxo de esclarecimento quando necessário.

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

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

**QUESTÃO 13.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Mulher cisgênero, de 34 anos, procura atendimento em uma UBS (Unidade Básica de Saúde) do seu bairro, com seu médico de família, pois uma amiga descobriu recentemente um "câncer no útero". Chega em consulta solicitando diversos exames para investigação de câncer, pois está muito preocupada que possa ter algum problema grave de saúde, uma vez que não passa por qualquer avaliação há mais de 5 anos. Não tem comorbidades, é tabagista de 1 maço ao dia desde os 20 anos e tem IMC de 30,5 kg/m<sup>2</sup>. Considerando as recomendações baseadas em evidências científicas assinale a alternativa que incorpore as investigações e exames corretamente indicados para a paciente:

- A. Tomografia de tórax de baixa dose; coleta de citopatologia oncótica, coleta de sorologia para HIV e sífilis
- B. Coleta de citopatologia oncótica; aferição de pressão arterial; avaliação de perfil lipídico; avaliação de glicemia de jejum; coleta de sorologia para HIV e sífilis
- C. Coleta de citopatologia oncótica; aferição de pressão arterial; avaliação de perfil lipídico, avaliação de glicemia de jejum; mamografia
- D. Aferição de pressão arterial; coleta de citopatologia oncótica, solicitação de ultrassonografia transvaginal; coleta de sorologia para HIV e sífilis

**QUESTÃO 13 · GABARITO OFICIAL: B****Rastreamento proporcional ao risco****COMENTÁRIO OSCELABS**

A alternativa B combina prevenção cervical e avaliação cardiometabólica e infecciosa apropriada ao contexto. Não há indicação rotineira de tomografia pulmonar aos 34 anos, mamografia por ansiedade isolada ou ultrassom transvaginal como rastreamento geral. A escolha do teste cervical deve seguir o programa disponível, inclusive a transição para DNA-HPV. Explicar benefícios e danos e abordar tabagismo e obesidade é mais útil que solicitar exames indiscriminadamente.

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

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

**QUESTÃO 14.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Você é um médico de família e comunidade em uma UBS (Unidade Básica de Saúde) e o seu município enfrenta uma das piores epidemias de dengue dos últimos 20 anos. A unidade está com fluxo intenso de atendimentos. Considerando as fases clínicas da doença e a classificação dos grupos de risco, assinale a alternativa que elucida estratégia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e que otimize recursos físicos e humanos diante de tal contexto epidemiológico. Leve em consideração apenas o manejo dos grupos A e B uma vez que grupos C e D serão referenciados para setor hospitalar.

- A. Coleta de hemograma e reavaliação diária para grupo B até 48h após remissão da febre; coleta de hemograma e reavaliação após 48h da remissão da febre para grupo A; reidratação oral
- B. Coleta de hemograma e reavaliação diária para grupos A e B; hidratação endovenosa para os grupos A e B até 48h da admissão
- C. Coleta de hemograma e reavaliação diária para grupos B até 48h após remissão da febre; hidratação endovenosa para os grupos A e B
- D. Coleta de hemograma e reavaliação diária para grupos A e B até 48h após remissão da febre; reidratação oral disponível em sala de espera da UBS; hidratação endovenosa

**QUESTÃO 14 · GABARITO OFICIAL: A****Dengue: grupos A e B****COMENTÁRIO OSCELABS**

Grupo B requer hemograma e reavaliação mais estreita; pacientes sem sinais de alarme podem receber hidratação oral conforme tolerância. A banca marca A, mas o hemograma não é obrigatório para todo grupo A e a orientação de retorno deve contemplar a defervescência e qualquer sinal de alarme, sem esperar 48 horas se houver piora. Hidratação intravenosa sistemática para todos desperdiça recursos e pode causar dano.

Leitura de apoio: [Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico, adulto e criança. 6ª edição, 2024.](#)

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

**QUESTÃO 15.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

O Programa Nacional de Imunização (PNI) recomenda as vacinas que devem ser administradas em gestantes a nível nacional. Dentre elas, preconiza-se a administração da vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação. A seguir, assinale a alternativa que elucida corretamente o motivo dessa recomendação.

- A. A dose de reforço de dTpa nas gestantes é recomendada devido a imunossupressão fisiológica enfrentada durante o ciclo gravídico-puerperal
- B. A dose de reforço de dTpa nas gestantes constitui estratégia em saúde pública, regulamentada pelo Ministério da Saúde, considerando o aumento de morbimortalidade materna em caso de difteria, tétano e coqueluche no ciclo gravídico-puerperal
- C. A dose de reforço de dTpa nas gestantes é preconizada uma vez que imunizantes contra difteria, tétano e B. pertussis não são administrados em lactentes
- D. A dose de reforço de dTpa nas gestantes aumenta a produção de anticorpos maternos e, portanto, constitui imunizante passivo aos lactentes contra difteria, tétano e B. pertussis, até que os mesmos sejam vacinados e adquiram imunidade ativa

**QUESTÃO 15 · GABARITO OFICIAL: D****Vacinação materna e proteção do lactente****COMENTÁRIO OSCELABS**

A dTpa induz resposta ativa na gestante, e os anticorpos transferidos pela placenta oferecem proteção passiva temporária ao bebê, principalmente contra coqueluche grave antes da vacinação infantil. O PNI recomenda dose em cada gestação a partir da idade gestacional indicada. Essa proteção não substitui as vacinas da criança. A vacina não é “passiva” para a mãe; a alternativa D usa esse conceito para o lactente.

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

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

**QUESTÃO 16.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Homem de 64 anos, diabético, em uso de metformina 1000mg/dia, sem outras comorbidades, procura atendimento com sua médica de família e comunidade em sua UBS (Unidade Básica de Saúde) e queixa-se de cansaço, sonolência, boca seca, perda de peso e dificuldade para ter relações sexuais com a esposa. A médica revê o prontuário e identifica que o paciente tem exames do mês anterior com a única alteração sendo de sua hemoglobina glicada no valor de 14,5%. Em consultas anteriores a médica já havia captado que ele tem certa resistência ao uso da insulina, e quando retoma o assunto do resultado do exame, ele diz "insulina não doutora, depois que minha finada mãe começou com a insulina, tudo desandou, fez até diálise!". Considerando o método clínico centrado na pessoa e as diretrizes clínicas para manejo de diabetes mellitus, assinale a alternativa que corresponde com a correta condução do caso.

- A. Explicar de forma acolhedora que as queixas trazidas estão relacionadas com a descompensação do diabetes mellitus e prescrever o uso de insulina NPH 0,5U/kg
- B. Explorar a experiência da doença e desmistificar equívocos quanto ao uso da insulina, compreender as ideias, sentimentos e expectativas da doença e do seu tratamento; pactuar em decisão compartilhada a introdução da insulina
- C. Explorar a experiência da doença e a decisão compartilhada, respeitando definitivamente a decisão do paciente de não fazer uso de insulina. Registrar em prontuário, para respaldo, que o paciente está negando o tratamento proposto
- D. Explicar ao paciente os efeitos deletérios da evolução da doença e otimizar tratamento farmacológico por meio de medicamentos via oral, acolhendo as angústias com tratamento por insulina; compartilhar o caso em reunião de equipe

**QUESTÃO 16 · GABARITO OFICIAL: B****Insulina e decisão compartilhada****COMENTÁRIO OSCELABS**

HbA1c muito elevada, perda ponderal e sintomas de hiperglicemia tornam a insulinização importante, após avaliar descompensação aguda. Explorar o medo de diálise e esclarecer que complicações decorreram da doença, não necessariamente da insulina, favorece adesão. Compartilhar a decisão não é abandonar a indicação nem apenas documentar recusa. Pactuar aplicação, monitorização, prevenção de hipoglicemia e apoio da equipe.

Leitura de apoio: [Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz oficial.](#)

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

**QUESTÃO 17.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Mulher de 36 anos de idade, trabalhadora na área de saúde pública, atendida no ambulatório de Ginecologia, irá fazer doutorado em outro país, está casada há dois anos e pretende engravidar após retornar ao país dentro de três anos. Refere a menarca aos 12 anos, ciclos

menstruais regulares a cada 28/30 dias, fluxo menstrual de 5 dias, cólica menstrual de baixa intensidade, iniciou a vida sexual aos 20 anos, faz uso de preservativo masculino como método contraceptivo. Quais exames você solicitaria para fornecer as orientações à paciente?

- A. Dosagem de Estradiol e progesterona no terceiro dia do ciclo menstrual
- B. Dosagem de TSH (Hormônio TireoEstimulante) e PRL (Prolactina) no terceiro dia do ciclo menstrual
- C. Dosagem de FSH (Hormônio Folículo Estimulante) e HAM (Hormônio Antimülleriano) no terceiro dia do ciclo menstrual
- D. Dosagem de ATGO (Anti-tireoglobulina) e HAM (Hormônio Antimülleriano) no terceiro dia do ciclo menstrual

**QUESTÃO 17 · GABARITO OFICIAL: C****Reserva ovariana e planejamento****COMENTÁRIO OSCELABS**

FSH no início do ciclo e hormônio antimülleriano avaliam aspectos da reserva ovariana, como propõe C. O AMH pode ser dosado fora do terceiro dia e nenhum desses exames prevê com segurança a chance individual de concepção natural futura. Idade é determinante central da qualidade oocitária. Evitar oferecer falsa tranquilidade por resultado normal; discutir planejamento e preservação de fertilidade de forma individualizada.

Leitura de apoio: [Testing and interpreting measures of ovarian reserve: a committee opinion.](#)

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

**QUESTÃO 18.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Mulher, 55 anos, casada, G=3 P=3 partos normais, com vida sexual ativa, vem ao ambulatório de Ginecologia com queixa de perda urinária continua pela vagina após ter sido submetida a histerectomia abdominal total por miomatose uterina. A conduta é:

- A. Iniciar com Oxibutinina oral
- B. Teste com injeção de azul de metileno intravesical
- C. Encaminhar a paciente para estudo urodinâmico
- D. Solicitar Ultrassonografia vaginal e reavaliação após

**QUESTÃO 18 · GABARITO OFICIAL: B****Fístula urinária após histerectomia****COMENTÁRIO OSCELABS**

Perda vaginal contínua após cirurgia pélvica sugere fístula vesicovaginal. Instilar azul de metileno na bexiga e observar passagem vaginal pode ajudar a confirmá-la. Resultado negativo não exclui fístula ureterovaginal, que requer investigação dirigida. Anticolinérgico e estudo urodinâmico são destinados a outros mecanismos e não devem substituir a avaliação anatômica de uma possível lesão cirúrgica.

Leitura de apoio: [Update on vesicovaginal fistula: A systematic review.](#)

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

**QUESTÃO 19.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 28 anos, casada, atendida no serviço de Emergência, refere usar de DIU (Dispositivo Intrauterino) de cobre há dois anos; apresentando alteração do fluxo menstrual nos últimos seis meses. Após a realização do exame físico ginecológico e ultrassom obstétrico, teve confirmada gestação de 16 semanas e, no exame especular, não foi visualizado o fio do DIU. A conduta médica correta é:

- A. Interromper a gestação
- B. Deixar a gestação evoluir
- C. Retirar o DIU instrumentalmente
- D. Retirar o DIU e usar antibiótico profilático por 7 dias

**QUESTÃO 19 · GABARITO OFICIAL: B****Gestação com DIU sem fios visíveis****COMENTÁRIO OSCELABS**

A gestação de 16 semanas não deve ser interrompida apenas pela presença do DIU. Sem fios visíveis, não se recomenda tentativa cega de remoção instrumental. Localizar o dispositivo, discutir riscos de perda gestacional, infecção e prematuridade e encaminhar para avaliação especializada. Quando a remoção segura é possível, as recomendações diferem; “deixar evoluir” não significa ausência de aconselhamento e acompanhamento.

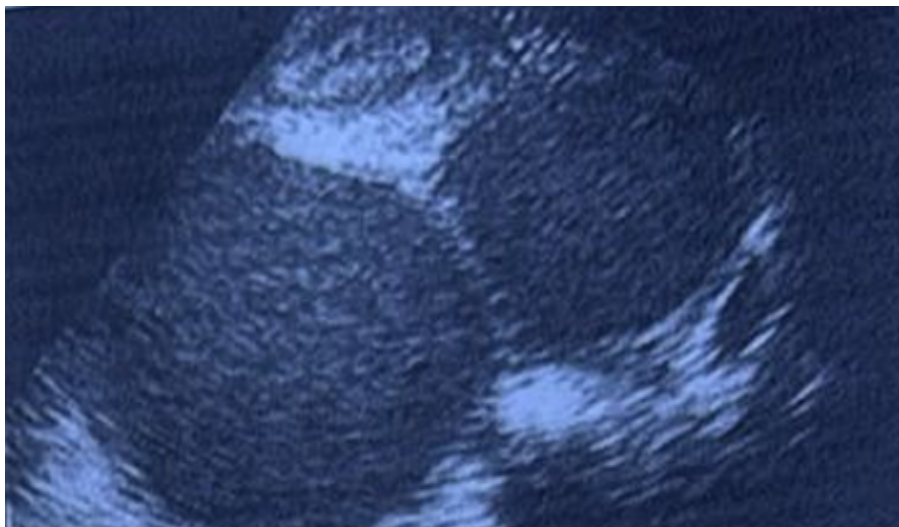
Leitura de apoio: CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria: intrauterine devices.

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

**QUESTÃO 20.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Mulher 26 anos de idade, atendida na Unidade Básica de Saúde, refere que desde que menstruou a primeira vez aos 13 anos apresenta dores tipo cólica menstrual de forte intensidade, aos 16 anos de idade iniciou vida sexual e passou a usar contraceptivo hormonal oral com melhoras das dores. Devido diminuição da libido e cefaleia optou por parar com o uso do contraceptivo hormonal e está usando coito interrompido há oito meses. Porém as dores voltaram com aumento da intensidade, dificultando as atividades laborais, passando a sentir dor à profundidade durante a relação sexual. Ao exame físico ginecológico, no toque vaginal observa-se a presença de útero em retroversoflexão (RVF), com pouca mobilidade e doloroso com nodulações de consistência endurecida em região do fórnice vaginal posterior. Trouxe resultado de exame de ultrassom pélvico abdominal e endovaginal realizado há dois meses, porém esqueceu o laudo, tendo em mãos somente a imagem ao lado. Qual a sua hipótese diagnóstica?



- A. Endometriose Peritoneal Profunda e Endometrioma Ovariano Bilateral.
- B. Síndrome do Ovários Policísticos com Microcistos Ovarianos Bilateral
- C. Doença Inflamatória Pélvica com Abscesso Tubo Ovariano Bilateral
- D. Dor Pélvica Aguda com Hidrossalpinge Bilateral.

**QUESTÃO 20 · GABARITO OFICIAL: A****Endometriose profunda e endometriomas****COMENTÁRIO OSCELABS**

Dismenorreia progressiva, dispareunia profunda, útero pouco móvel e nódulos no fórnice posterior favorecem endometriose profunda; a imagem deve ser correlacionada à hipótese de endometriomas bilaterais. Ovários policísticos não explicam os nódulos dolorosos, e abscesso costuma ter contexto infeccioso. O tratamento considera dor, extensão, reserva ovariana e desejo reprodutivo; a identificação de lesões não impõe cirurgia em toda paciente.

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

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

**QUESTÃO 21.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Mulher, 38 anos, nuligesta com desejo reprodutivo, procura ambulatório de ginecologia com queixa de aumento do volume do fluxo menstrual há 6 meses. A ultrassonografia pélvi... endovaginal evidenciou dois nódulos de mioma, sendo o maior em parede uterina anterior de 2 x 3 cm (FIGO 1) e o menor com 1,5 x 2 cm (FIGO 4). Assinale a melhor alternativa para o tratamento definitivo do quadro:

- A. Curetagem uterina para remoção de leiomioma FIGO 4
- B. Anti-inflamatório e ácido tranexâmico para controle do sangramento
- C. Miomectomia do leiomioma FIGO 1 por histeroscopia cirúrgica
- D. Propor tratamento com anticoncepcional combinado de uso contínuo

**QUESTÃO 21 · GABARITO OFICIAL: C****Mioma submucoso e desejo reprodutivo****COMENTÁRIO OSCELABS**

Mioma FIGO 1 projeta-se na cavidade e tem menos de metade do componente intramural, tornando a histeroscopia uma opção de remoção dirigida. O FIGO 4 é intramural e não é removido por curetagem. Antifibrinolítico ou hormônios podem aliviar sangramento, mas a pergunta pede tratamento definitivo do foco submucoso, preservando o útero. Investigar anemia e planejar a abordagem conforme dimensões e condições clínicas.

Leitura de apoio: [NICE NG88. Heavy menstrual bleeding.](#)

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

**QUESTÃO 22.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 30 anos, G2 P2 (2 partos vaginais), procura Unidade Básica de Saúde por queixa de dor abdominal em baixo ventre há um mês e foi colhido seu primeiro exame de citologia cervical convencional. O resultado da citologia oncótica revelou uma lesão intra-epitelial de alto grau de colo de útero (NIC 3). O próximo passo para o diagnóstico é:

- A. Colher PCR para HPV com genotipagem
- B. Encaminhar para colposcopia e provável biópsia
- C. Conização de colo de útero por cirurgia de alta frequência (CAF)
- D. Aguardar 6 meses e realizar nova coleta de citologia oncótica

**QUESTÃO 22 · GABARITO OFICIAL: B****Citologia de alto grau****COMENTÁRIO OSCELABS**

Lesão citológica de alto grau exige avaliação colposcópica e confirmação ou manejo conforme o achado, não repetição simples em seis meses. Citologia sugere lesão; NIC 3 é termo histológico e sua inclusão no enunciado é imprecisa. Teste de HPV não substitui a investigação do resultado de alto grau. Excisão sem biópsia prévia só cabe em situações definidas pelo protocolo, e não automaticamente em toda paciente.

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

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

**QUESTÃO 23.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Mulher adulta, de 28 anos de idade, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde do seu município, referindo que não fez uso da vacina na adolescência, há seis meses notou o aparecimento de lesões verrucosas na vulva sendo diagnosticada como condiloma e passou por tratamento das mesmas. Ficou sabendo pelas amigas que tem clínicas particulares que fazem uma nova vacina contra HPV (Papiloma Virus Humano). Qual a sua orientação para a paciente da imunização contra HPV na mulher adulta?

- A. Desconsiderar o uso da vacina por já ter iniciado vida sexual
- B. Desconsiderar o uso da vacina por ter mais que 26 anos de idade
- C. Considerar a vacinação contra HPV2-valente, na rede pública com esquema de duas doses (0 - 2 meses)
- D. Considerar a vacinação contra HPV9-valente, em clínicas particulares, esquema de três doses (0-2-6 meses)

**QUESTÃO 23 · GABARITO OFICIAL: D****Vacina HPV após início da vida sexual****COMENTÁRIO OSCELABS**

História de condiloma e atividade sexual não eliminam possível benefício de proteção contra tipos ainda não adquiridos. A vacina não trata lesão existente. A opção D corresponde ao esquema e à apresentação privada citados na prova; elegibilidade e doses no SUS seguem o calendário e os grupos especiais vigentes. Decisão na mulher adulta deve considerar exposição prévia e benefício esperado, sem prometer prevenção de todos os tipos.

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

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

**QUESTÃO 24.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Uma adolescente de 16 anos de idade, acompanhada da sua mãe e da irmã de nove anos de idade, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde do seu município. A jovem refere ter menstruado aos 12 anos de idade, apresenta ciclos regulares a cada 28 a 30 dias e com seis dias de fluxo menstrual sem cólicas, sendo a última menstruação há 15 dias atrás. Informa que começou a namorar faz três meses, não teve relação sexual ainda, porém acredita que vai ter. Na aula de ciências, a professora orientou sobre o uso de vacina contra HPV (Papiloma Virus Humano) na adolescência, porém a mãe não deseja vacinar nenhuma das filhas. Qual argumento abaixo está correto sobre a orientação do uso de vacina em adolescentes?

- A. A eficácia máxima da vacinação ocorre quando é aplicada antes do início sexual devido a produção de anticorpos que inativam o HPV intracelular.
- B. A eficácia máxima da vacinação ocorre quando é aplicada após o início sexual devido a produção de anticorpos que inativam o HPV intracelular.
- C. (c) A eficácia máxima da vacinação ocorre quando é aplicada antes do início sexual devido a produção de anticorpos no líquido intercelular que inativam o HPV.
- D. A eficácia máxima da vacinação ocorre quando é aplicada após o início sexual e com parceiro infectado levando a produção de anticorpos que inativam o HPV intracelular.

**QUESTÃO 24 · GABARITO OFICIAL: C****Vacinação antes da exposição ao HPV****COMENTÁRIO OSCELABS**

O maior benefício ocorre antes do contato com o vírus. Anticorpos neutralizantes atuam antes da infecção celular; não eliminam automaticamente vírus já presente em células infectadas. A alternativa C expressa essa prevenção. Conversa acolhedora com a família deve esclarecer que vacinar não estimula atividade sexual e que proteção contra câncer é o objetivo central. O esquema deve seguir idade e condição imunológica.

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

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

**QUESTÃO 25.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Primigesta, 24 anos, gestação de 38 semanas, em consulta num pronto atendimento obstétrico. Relata que há 4 horas está apresentando contrações uterinas dolorosas. Gestação de risco usual, fez pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. Exame físico geral: sem alterações. Exame obstétrico: altura uterina de 35 cm, batimentos cardíacos fetais normais, contrações uterinas presentes (3 contrações/30seg/10 min), feto em apresentação cefálica, plano + 2 de De Lee, bolsa amniocorial íntegra e colo uterino dilatado em 6 cm) Realizado analgesia peridural. Além da internação, assinale a alternativa que contém as medidas mais apropriadas para a condução deste caso, durante este período clínico do parto:

- A. Realizar cardiotocografia, ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais antes e avaliar a dilatação cervical a cada 2 horas
- B. Avaliar as contrações de hora em hora, ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais e verificar a dilatação cervical a cada 4 horas
- C. Recomendar cardiotocografia contínua e o uso de ocitocina intravenosa, após realizar analgesia peridural
- D. Orientar a paciente para realizar puxos dirigidos durante as contrações e administrar ocitocina por via endovenosa, se este período estiver prolongado

**QUESTÃO 25 · GABARITO OFICIAL: B****Acompanhamento do primeiro período do parto****COMENTÁRIO OSCELABS**

Com 6 cm e condições estáveis, a banca adota avaliação periódica das contrações, ausculta fetal e exame cervical em intervalos adequados, evitando intervenções rotineiras. Puxos dirigidos não cabem antes de dilatação completa, e analgesia não exige ocitocina automática. A vigilância fetal deve considerar a analgesia regional e riscos adicionais; protocolos podem indicar cardiotocografia nesse contexto. O plano de observação é reavaliado se surgirem alterações.

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

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

**QUESTÃO 26.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Gestante, 28 anos, G3P2 (cesáreas) A0, atualmente na 39ª semana é atendida no pronto socorro obstétrico em período expulsivo. Evolui sem intercorrências para parto por via vaginal. Após 30 minutos do nascimento, não ocorreu o secundamento. Realizado curagem, não ocorrendo o desprendimento placentário. O útero está contraído na cicatriz umbilical e não existem lacerações de trajeto. É indicado laparotomia exploradora de emergência. Qual a conduta mais adequada para esta paciente?

- A. Histerectomia puerperal com placenta in loco
- B. Cirurgia de B-Lynch e posterior histerectomia
- C. Retirada da placenta e posterior histerorrafia
- D. Manobra da Taxe e procedimento de Huntington

**QUESTÃO 26 · GABARITO OFICIAL: A****Suspeita de acretismo placentário****COMENTÁRIO OSCELABS**

Cesáreas anteriores e placenta que não se desprende aumentam a suspeita de espectro de acretismo. Tentar arrancá-la pode precipitar hemorragia maciça. Na situação operatória emergencial proposta, a alternativa A preserva a placenta in situ durante histerectomia. Manejos conservadores existem em casos selecionados, mas exigem estrutura e decisão especializada. B-Lynch trata principalmente atonia, e Huntington é manobra para inversão uterina.

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

**QUESTÃO 27.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Gestante, 28 anos, G3 P2 (partos por via vaginal), sem comorbidades. Está em sua primeira consulta na Unidade Básica de Saúde, assintomática, relatando um atraso menstrual de 18 semanas. Foi realizado ultrassom endovaginal onde foi observada feto com idade gestacional compatível com 13 semanas e ausência de batimentos cardíacos. A melhor conduta para esta paciente é:

- A. Aguardar expulsão fetal espontaneamente
- B. Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) e ocitocina
- C. Curetagem uterina após expulsão fetal com misoprostol
- D. Ocitocina por via endovenosa e curetagem uterina após expulsão fetal

**QUESTÃO 27 · GABARITO OFICIAL: C****Óbito fetal e esvaziamento uterino****COMENTÁRIO OSCELABS**

A banca propõe misoprostol seguido de avaliação do esvaziamento. O diagnóstico de ausência de vitalidade precisa estar confirmado; idade uterina, estabilidade e preferências orientam o método. Curetagem cortante não deve ser descrita como obrigatória após toda expulsão: confirmar retenção e preferir técnicas recomendadas conforme idade gestacional e recursos. Ocitocina isolada é menos eficaz nesse contexto, e não cabe transpor a alternativa para um protocolo universal.

Leitura de apoio: NICE NG126. Ectopic pregnancy and miscarriage.

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

**QUESTÃO 28.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Tercigesta, 24 anos, realiza suas consultas de pré-natal em ambulatório de alto risco, devido doença hemolítica perinatal na segunda gestação. Apresenta tipagem sanguínea Rh negativo e o esposo Rh positivo. Para a avaliação do grau de anemia fetal, qual exame deve ser solicitado:

- A. Cordocentese na 28ª semana de gestação e repetir na 36ª semana
- B. Teste de Coombs indireto e dosagem espectrofotométrica da bilirubina
- C. Doppler da artéria cerebral média na 18ª semana e repetir semanalmente
- D. Teste de Coombs indireto e cardiotocografia mensal até o momento do parto

**QUESTÃO 28 · GABARITO OFICIAL: C****Anemia fetal na gestante aloimunizada****COMENTÁRIO OSCELABS**

O Doppler da artéria cerebral média é o método não invasivo de vigilância de anemia fetal, com início e periodicidade definidos pelo risco, frequentemente a partir de 16 a 18 semanas. Valor aumentado do pico sistólico pode indicar avaliação invasiva e transfusão intrauterina. Coombs identifica anticorpos, mas não mede diretamente a anemia fetal. Cordocentese não é exame de rastreio rotineiro em semanas fixas.

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

**QUESTÃO 29.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Secundigesta, 24 anos, parto anterior de termo por via vaginal, sem intercorrências. É atendida na emergência obstétrica, com gestação de 36 semanas e queixa de perda de líquido por via vaginal há 6 horas. Exame físico geral sem anormalidades. Exame obstétrico: batimentos cardíacos fetais de 140/minuto, 4 contrações uterinas em 10 minutos de observação, líquido amniótico transparente fluindo do colo uterino, dilatação cervical de 8 cm, apresentação cefálica no plano 0 de De Lee. Qual a conduta mais adequada para esta paciente?

- A. Administrar sulfato de magnésio para neuroproteção fetal
- B. Administrar corticoide para acelerar a maturidade pulmonar fetal
- C. Realizar ultrassom para confirmar o diagnóstico de bolsa rota
- D. Realizar ausculta fetal intermitente e aguardar o parto por via vaginal

**QUESTÃO 29 · GABARITO OFICIAL: D****Parto prematuro tardio em evolução****COMENTÁRIO OSCELABS**

Com 36 semanas, 8 cm de dilatação e condições estáveis, o parto está avançado: acompanhar e preparar assistência neonatal é a conduta mais adequada entre as opções. Não retardar nascimento para completar corticoide. Sulfato para neuroproteção não é rotina nessa idade gestacional. A saída visível de líquido confirma clinicamente a rotura, sem necessidade de ultrassom para isso. Avaliar profilaxia para estreptococo B e vigilância conforme risco.

Leitura de apoio: [NICE NG25. Preterm labour and birth.](#)

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

**QUESTÃO 30.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Primigesta, 18 anos, idade gestacional de 38 semanas, gestação de risco usual, é internada em trabalho de parto. Exame físico geral sem alterações. Exame obstétrico: altura uterina de 35 cm, batimentos cardíacos fetais normais, 3 contrações de 30 segundos em 10 minutos de observação, colo uterino dilatado em 6 cm, apresentação cefálica, plano 0 de De Lee, bolsa íntegra. Exame cardiotocográfico: evidencia linha de base da frequência cardíaca fetal de 140 bpm, variabilidade moderada, presença de acelerações transitórias e desacelerações precoces. De acordo com estes dados, assinale a alternativa correta que contém, respectivamente, a classificação do exame cardiotocográfico e a conduta:

- A. Categoria I, traçado da FCF normal; conduzir de maneira habitual, com ausculta da FCF de 30/30 minutos no 1º estágio e 15/15 minutos no 2º estágio.
- B. Categoria II, traçado indeterminado da FCF; requer acompanhamento com ausculta da FCF contínua, perfil biofísico fetal e dopplervelocimetria.
- C. Categoria III, traçado anormal; requer medidas de ressuscitação intrauterina e resolução da gestação.
- D. Não reativa; continuar a avaliação da FCF durante 40 minutos e, não melhorando, realizar medidas de ressuscitação intrauterina.

**QUESTÃO 30 · GABARITO OFICIAL: A****Desacelerações precoces****COMENTÁRIO OSCELABS**

Linha de base de 140 bpm, variabilidade moderada e desacelerações precoces são compatíveis com categoria I. Em geral, as precoces refletem compressão cefálica e não exigem resolução imediata. Manter vigilância durante o parto, ajustando frequência e método ao protocolo e aos fatores de risco. Categoria II é indeterminada; categoria III requer achados anormais específicos. “Reatividade” não substitui a classificação intraparto.

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

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

**QUESTÃO 31.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Primigesta, 18 anos, gestação de 24 semanas, em consulta na UBS devido lesões na região vulvar. Feito diagnóstico de herpes genital, sendo tratada com Aciclovir por via oral. A paciente deseja realizar parto por via vaginal. Para evitar a transmissão vertical, em qual fase da gestação deve ser realizada a terapia supressiva com aciclovir?

- A. Da 20ª semana até a 36ª semana.
- B. Da 28ª semana até a 36ª semana.
- C. Da 28ª semana até o momento do parto.
- D. Da 36ª semana até o momento do parto.

**QUESTÃO 31 · GABARITO OFICIAL: D****Supressão do herpes na gestação****COMENTÁRIO OSCELABS**

A supressão com aciclovir a partir de 36 semanas reduz recorrências e a necessidade de cesariana por lesões no parto. Não elimina completamente transmissão neonatal. No início do trabalho de parto, avaliar lesões e pródromos; sua presença pode mudar a via indicada. Tratar um episódio às 24 semanas não equivale a manter a mesma estratégia até o nascimento sem reavaliação.

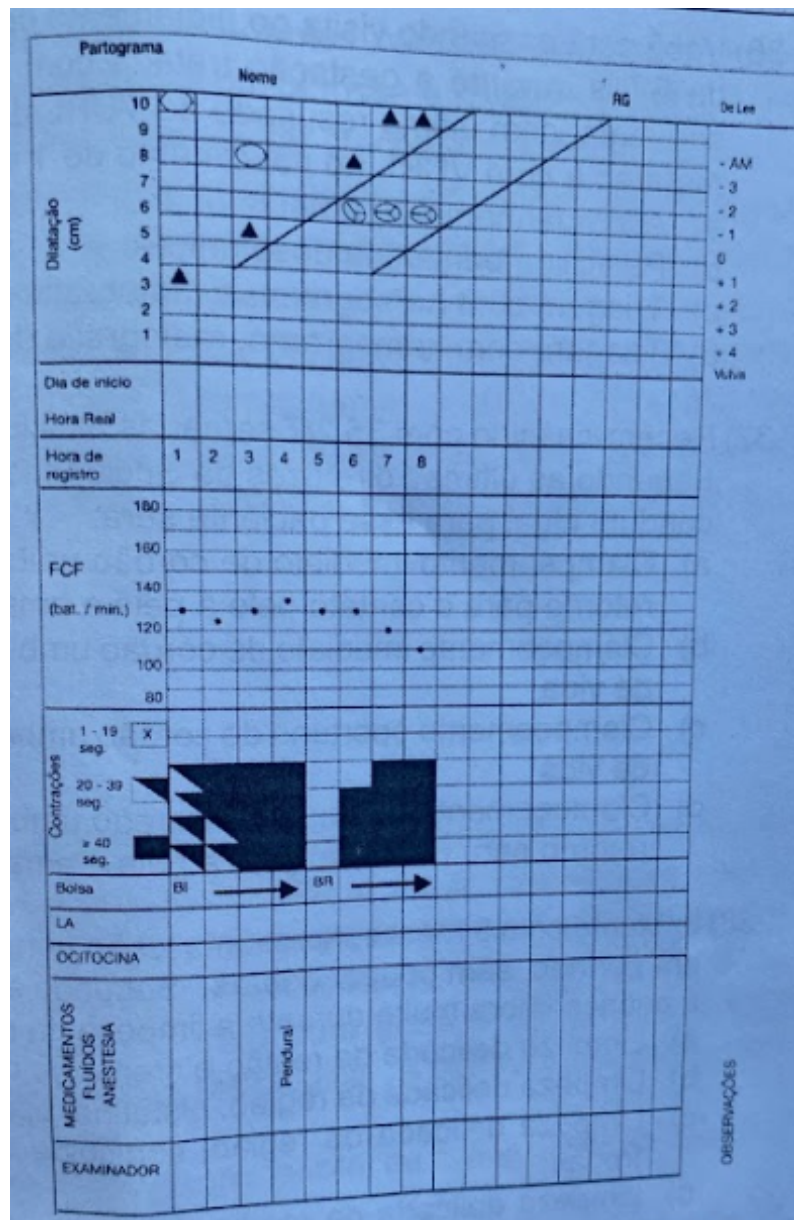
Leitura de apoio: [CDC. Genital herpes: STI Treatment Guidelines.](#)

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

### QUESTÃO 32.

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Primigesta 28 anos, pré-natal de risco usual, internada em trabalho de parto com gestação de termo. A evolução do trabalho de parto está demonstrada no partograma ao lado. Após realizar diagnóstico de parada secundária da descida, qual a etiologia e a melhor conduta?



- A. Distocia de rotação e fórceps de Kielland
- B. Desproporção cefalopélvica cesariana e operação
- C. Desproporção cefalopélvica e rotação manual da apresentação
- D. Distocia da variedade de posição e posição materna verticalizada

**QUESTÃO 32 · GABARITO OFICIAL: B****Parada de descida e via de parto****COMENTÁRIO OSCELABS**

O gabarito B atribui a parada de descida à desproporção cefalopélvica e indica cesariana. A figura deve ser interpretada junto da estação, posição, contrações e tempo de evolução. Rotação manual ou fórceps não resolvem uma desproporção verdadeira e exigem pré-requisitos rigorosos. A resposta da prova não permite diagnosticar desproporção apenas por um intervalo isolado, sem avaliação obstétrica completa.

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

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

**QUESTÃO 33.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Recém-nascido (Rn) termo está com 10 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo, com bom ganho ponderal, diurese e evacuação presentes. Ao exame físico encontra-se icteríco zona II de Kramer. Qual deve ser sua conduta neste momento:

- A. Manter aleitamento materno e investigar colestase
- B. Manter aleitamento materno e investigar doença hemolítica
- C. Manter aleitamento materno e reavaliar icterícia em 5-7 dias
- D. Iniciar fórmula infantil e reavaliar icterícia em 5 -7 dias

**QUESTÃO 33 · GABARITO OFICIAL: C****Icterícia do bebê que ganha peso****COMENTÁRIO OSCELABS**

Em recém-nascido bem, com dez dias e boa transferência de leite, a banca favorece manutenção do aleitamento e reavaliação. Contudo, zona de Kramer não quantifica bilirrubina com precisão. Investigar mais cedo se houver fezes claras, urina escura, doença, piora ou valores elevados; persistência exige bilirrubinas fracionadas conforme idade e protocolo. Suspender aleitamento e introduzir fórmula automaticamente não é a melhor conduta.

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

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

**QUESTÃO 34.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Recém-nascido (Rn) termo de 37 3/7 semanas de parto cesárea por descontrole glicêmico, sexo masculino, APGAR 7/8 e peso de nascimento de 2970g. Evoluiu com desconforto respiratório precoce e necessitou de internação em UTI Neonatal em uso de CPAP. Após 4 horas de internação evoluiu com piora súbita do padrão respiratório e queda de saturação O<sub>2</sub>. Qual a principal hipótese diagnóstica neste momento:

- A. Pneumotórax
- B. Cardiopatia congênita canal dependente
- C. Taquipneia transitória do Recém-nascido
- D. Síndrome do Desconforto Respiratório Grave

**QUESTÃO 34 · GABARITO OFICIAL: A****Piora súbita em CPAP****COMENTÁRIO OSCELABS**

Deterioração abrupta da respiração e oxigenação em recém-nascido sob pressão positiva deve levantar suspeita de pneumotórax. Avaliar rapidamente assimetria, perfusão e sinais de tensão; instabilidade pode exigir tratamento antes de confirmação radiológica. Taquipneia transitória e síndrome do desconforto respiratório explicam o quadro inicial, mas a piora súbita exige buscar complicação. Cardiopatia permanece no diferencial quando os achados não sustentam escape aéreo.

Leitura de apoio: [Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido de 34 semanas ou mais. Junho de 2026.](#)

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

**QUESTÃO 35.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Recém-nascido (Rn) de 36 1/7 semanas, nascido de parto normal, sem intercorrências, pesando 2110g percent 5 da curva de peso/estatura - Intergrow21). Quais as classificações corretas deste paciente:

- A. Rn pretermo tardio, adequado para idade gestacional e baixo peso
- B. Rn pretermo tardio, pequeno para a idade gestacional e baixo peso
- C. Rn pretermo, pequeno para a idade gestacional e muito baixo peso
- D. Rn pretermo, pequeno para a idade gestacional e baixo peso

**QUESTÃO 35 · GABARITO OFICIAL: ANULADA****Classificação do recém-nascido****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada. Com 36 semanas e um dia, o bebê é pré-termo tardio; percentil 5 o classifica como pequeno para a idade gestacional, e 2.110 g caracteriza baixo peso, não muito baixo peso. As classificações descrevem dimensões diferentes e podem coexistir. Embora B seja a formulação mais específica, D também contém categorias gerais verdadeiras, o que merece atenção didática sem atribuir causa oficial à anulação.

Leitura de apoio: [Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido de 34 semanas ou mais. Junho de 2026.](#)

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

**QUESTÃO 36.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Você está passando visita no alojamento conjunto em um recém-nascido a termo e mãe com história de Sífilis durante a gestação tratada com 3 doses de penicilina benzatina e queda da titulação da sorologia, com último resultado de VDRL de 1:4. Rn está assintomático, com boa aceitação de seio materno e com VDRL no nascimento de 1:4, Qual deve ser a sua conduta frente a esse paciente:

- A. Acompanhamento ambulatorial
- B. Penicilina benzatina dose única
- C. Triagem com hemograma e radiografia de ossos longos
- D. Triagem com hemograma, radiografia de ossos longos e liquor

**QUESTÃO 36 · GABARITO OFICIAL: A****Criança exposta à sífilis****COMENTÁRIO OSCELABS**

A alternativa A pressupõe tratamento materno adequado, documentado, concluído no tempo exigido e sem reinfecção, além de recém-nascido normal e título não superior ao materno. A descrição de três doses e queda de VDRL, sozinha, não resolve todos esses critérios. Quando satisfeitos e garantido seguimento, acompanhar como exposto; se houver inadequação ou incerteza, investigar e tratar conforme o protocolo, sem assumir proteção apenas pelo bom aspecto.

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

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

**QUESTÃO 37.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Recém-nascido com 35 2/7 semanas nascido de parto normal com choro forte e bom tônus muscular. Segundo as últimas diretrizes da Sociedade de Pediatria e do Programa de Reanimação Neonatal, a conduta ideal para esse paciente será:

- A. Clampeamento imediato de cordão umbilical, levar para a fonte de calor radiante, estabilização e retorno para o contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida
- B. Clampeamento imediato de cordão umbilical, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida
- C. Clampeamento oportuno de cordão umbilical, contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida
- D. Clampeamento oportuno de cordão umbilical, levar para a fonte de calor radiante, estabilização e retorno para o contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida

**QUESTÃO 37 · GABARITO OFICIAL: C****Prematuro tardio vigoroso****COMENTÁRIO OSCELABS**

Bom tônus e respiração vigorosa permitem clampeamento oportuno e contato pele a pele, com prevenção de hipotermia e observação. O aleitamento precoce deve ser apoiado. Prematuridade tardia exige vigilância de temperatura, glicemia e adaptação, mas não impõe separação automática de todo bebê estável. A avaliação é contínua e a conduta muda se surgirem dificuldade respiratória ou sinais de má perfusão.

Leitura de apoio: [Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido de 34 semanas ou mais. Junho de 2026.](#)

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

**QUESTÃO 38.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Lactente com 9 meses, apresenta lesão eritematosa, com pequenas pústulas e áreas de descamação em períneo, sem poupar dobras. Segundo a mãe, as lesões surgiram há mais ou menos 1 semana e a criança chora muito durante a limpeza da região. Qual o melhor tratamento para esse paciente:

- A. Limpeza delicada da região e creme de barreira intercalando as trocas
- B. Limpeza delicada da região, nistatina tópica por 14 dias e creme de barreira intercalando as trocas
- C. Limpeza delicada da região, corticoide tópico por 14 dias e creme de barreira intercalando as trocas
- D. Limpeza delicada da região, antibiótico tópico por 14 dias e creme de barreira intercalando as trocas

**QUESTÃO 38 · GABARITO OFICIAL: B****Dermatite de fralda por Candida****COMENTÁRIO OSCELABS**

Acometimento de dobras e pústulas satélites favorece candidíase, diferindo da dermatite irritativa que tende a poupar pregas. Associar higiene suave, redução da umidade, barreira e antifúngico tópico corresponde a B. Corticoide isolado pode agravar infecção e agentes potentes na área da fralda aumentam absorção. Reavaliar resposta e diagnóstico se persistirem lesões; antibiótico não é tratamento de rotina.

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

**QUESTÃO 39.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Menino de 6 anos apresenta, há 4 dias, rash eritematoso caracterizado por lesões purpúricas elevadas, não pruriginosas e que não somem à digitopressão. As lesões iniciaram-se de forma esparsa em ambos os pés, progredindo proximalmente para as coxas e extremidades superiores, com acometimento também de palmas e plantas. Hoje, evoluiu com edema doloroso em pés, limitando a deambulação, além de dor abdominal difusa, mais intensa nos

quadrantes superiores direito e esquerdo, de caráter cólico, exacerbada pela alimentação. Nega diarreia, sangramento digestivo, febre ou outros sintomas sistêmicos. É previamente hígido, nega uso habitual de medicações. Refere uso de claritromicina há cerca de 14 dias para quadro respiratório. Hemograma realizado em serviço de emergência não apresenta citopenias ou outras alterações significativas. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual dos seguintes exames é o mais relevante para complementar a avaliação do quadro clínico deste paciente?

- A. Angiotomografia torácica e abdominal
- B. Pesquisa de leucócitos fecais e angiotomografia abdominal
- C. Biópsia cutânea com imunofluorescência ou imuno-histoquímica
- D. Urina 1 (exame de sedimento urinário), dosagem sérica de ureia e creatinina

**QUESTÃO 39 · GABARITO OFICIAL: D****Vasculite por IgA e rim****COMENTÁRIO OSCELABS**

Púrpura palpável sem plaquetopenia, dor articular e abdominal sugerem vasculite por IgA. Urina, função renal e pressão arterial pesquisam envolvimento renal, que influencia prognóstico e pode aparecer durante o seguimento. Biópsia não é necessária em toda apresentação típica. Dor abdominal intensa ou sinais de complicação exigem avaliação específica; a investigação renal não substitui essa atenção.

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

**QUESTÃO 40.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Menina de 07 anos de idade previamente hígida, é admitida no hospital com febre, tosse, queda do estado geral, inapetência e dor abdominal de início há três dias. À radiografia de tórax notou-se área de opacidade em terço médio-inferior esquerdo, com obliteração do seio costofrênico esquerdo e sinal do menisco. A propedêutica pulmonar esperada ao exame físico dessa criança é:

- A. Expansibilidade pulmonar diminuída no hemitórax esquerdo, frêmito toracovocal e murmúrio vesicular diminuídos em terço médio-inferior esquerdo
- B. Expansibilidade pulmonar diminuída no hemitórax esquerdo, frêmito toracovocal aumentado e murmúrio vesicular diminuído em terço médio-inferior esquerdo
- C. Expansibilidade pulmonar diminuída no hemitórax esquerdo, frêmito toracovocal diminuído com murmúrio vesicular presente bilateralmente
- D. Expansibilidade pulmonar diminuída no hemitórax esquerdo, frêmito toracovocal aumentado e murmúrio vesicular abolido em terço médio-inferior esquerdo

**QUESTÃO 40 · GABARITO OFICIAL: A****Derrame pleural e exame físico****COMENTÁRIO OSCELABS**

Menisco e apagamento do seio costofrênico sugerem líquido pleural. Na área do derrame, expansibilidade, frêmito toracovocal e murmúrio vesicular tendem a diminuir. Consolidação sem derrame pode aumentar o frêmito, o que explica a confusão com B e D. Percussão costuma mostrar macicez. Ultrassom ajuda a confirmar volume e características do líquido e orientar necessidade de intervenção.

Leitura de apoio: [British Thoracic Society Guideline for pleural disease](#).

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

**QUESTÃO 41.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Criança de 3 anos, feminino, vem apresentando resfriados recorrentes caracterizados por coriza, espirros, congestão e prurido nasal, que evoluem às vezes com muita tosse e chiado no peito. Mãe relata que os episódios se iniciaram depois que começou a frequentar creche aos 8 meses de idade e nos últimos meses vem notando que a criança faz um barulho estranho no peito e tem crise de tosse quando dá gargalhada ou chora muito. De antecedentes pessoais, refere episódio de Bronquiolite viral aguda grave aos 9 meses, com necessidade de hospitalização e suporte ventilatório, com painel viral positivo para rinovírus. Refere ainda que há um mês teve que procurar a UPA porque teve crise intensa de tosse e ficou com respiração ofegante, mas melhorou rapidamente após a administração de doses de Salbutamol em spray. Mãe relata que passou por pediatra especialista em doenças respiratórias que não observou

alterações ao exame físico e solicitou exames investigatórios que estavam normais. O diagnóstico clínico mais provável é:

- A. Asma persistente
- B. Bronquiolite obliterante
- C. Discinesia ciliar primária
- D. Síndrome do bebê chiador

**QUESTÃO 41 · GABARITO OFICIAL: ANULADA****Sibilância pré-escolar****COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão anulada. Sintomas desencadeados por riso ou choro, recorrência e resposta ao salbutamol favorecem asma no pré-escolar, mas caracterizar persistência e excluir alternativas requer história longitudinal. Exames normais fora da crise não afastam asma. Bronquiolite obliterante costuma produzir limitação mais persistente; discinesia ciliar tem outro padrão clínico. A expressão bebê chiador é descritiva e não substitui diagnóstico etiológico.

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

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

**QUESTÃO 42.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Menina de 6 anos, há 15 dias apresentando tosse, adinamia e anorexia, evoluindo nos últimos quatro dias com febre baixa e com piora clínica progressiva. Foi iniciado Ceftriaxona endovenosa na origem e transferida hospital de referência. À radiografia de tórax evidenciado consolidação extensa a esquerda, com pequeno derrame pleural. Foi realizado toracocentese, sem necessidade de drenagem pleural. Recebeu dois esquemas antibióticos amplos para germes comuns e atípicos durante o período de 15 dias, evoluindo sem melhora clínico-radiológica. A conduta adequada para essa paciente é:

- A. Realizar exame do escarro para identificar a presença do bacilo da tuberculose e iniciar o tratamento somente se o resultado for positivo
- B. Iniciar o tratamento da tuberculose se a prova tuberculínica mostrar uma reação na pele de 10 mm ou maior, pois nesse caso o diagnóstico é muito provável
- C. Manter esquema antibiótico ampliado e investigar imunodeficiência devido à falta de resposta a antibioticoterapia prolongada
- D. Realizar uma tomografia de tórax para avaliar a extensão da pneumonia e do derrame pleural e a indicação de toracocentese

**QUESTÃO 42 · GABARITO OFICIAL: B****Tuberculose infantil após falha de antibióticos****COMENTÁRIO OSCELABS**

Pneumonia arrastada sem resposta a antibióticos adequados exige considerar tuberculose. A banca escolhe B, mas prova tuberculínica de 10 mm isoladamente não confirma doença ativa: integrar sintomas, contato, imagem, investigação microbiológica e escore pediátrico quando aplicável. Não exigir baciloscopia positiva para tratar toda criança, pois a doença pode ser paucibacilar. Buscar complicações e outros diagnósticos também é necessário.

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

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

**QUESTÃO 43.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Menina de 8 anos, com diagnóstico recente de Leucemia Linfoblástica Aguda, em tratamento no primeiro ciclo de quimioterapia, apresenta perda de consciência, apneia e ausência de pulso central palpável. O monitor cardíaco demonstra fibrilação ventricular. Reanimação cardiorrespiratória é iniciada. Em relação às drogas que podem ser administradas durante a reanimação cardiorrespiratória podemos afirmar:

- A. A amiodarona deve ser utilizada após o terceiro choque
- B. A lidocaína deve ser administrada após o primeiro choque
- C. Está indicada a cardioversão elétrica sincronizada desde o primeiro ciclo de reanimação
- D. A adrenalina deve ser usada precocemente no primeiro ciclo de reanimação, pois melhora o prognóstico

**QUESTÃO 43 · GABARITO OFICIAL: A****Fibrilação ventricular pediátrica****COMENTÁRIO OSCELABS**

Fibrilação ventricular é ritmo chocável: desfibrilação não sincronizada e RCP de qualidade são prioritárias. No algoritmo pediátrico, amiodarona ou lidocaína pode ser usada após choques refratários, usualmente após o terceiro. Adrenalina entra conforme a sequência de ressuscitação sem atrasar desfibrilação. Cardioversão sincronizada não é o tratamento da fibrilação ventricular sem pulso.

Leitura de apoio: [Part 8: Pediatric Advanced Life Support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.](#)

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

**QUESTÃO 44.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Na manutenção hídrica do paciente criticamente enfermo não deve ser utilizada solução hipotônica. Um dos principais mecanismos que causam esta complicação é a Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (ADH). Qual das alternativas abaixo contém a característica clínico-laboratorial da SIADH

- A. Hipernatremia euvolêmica
- B. Hiponatremia hipovolêmica
- C. Hiponatremia euvolêmica
- D. Hipernatremia hipovolêmica

**QUESTÃO 44 · GABARITO OFICIAL: C****SIADH e hiponatremia****COMENTÁRIO OSCELABS**

Retenção de água mediada por ADH produz hiponatremia hipotônica com aparente euvolemia, correspondendo a C. A avaliação inclui osmolaridade sérica e urinária, sódio urinário e exclusão de causas como insuficiência adrenal e hipotireoidismo relevante. Solução hipotônica pode agravar a queda de sódio em pacientes com estímulo não osmótico de ADH. A composição e o volume de manutenção devem ser individualizados.

Leitura de apoio: [Treatment Guidelines for Hyponatremia: Stay the Course.](#)

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

**QUESTÃO 45.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Você está de plantão na emergência pediátrica de um Hospital Infantil e recebe um paciente, sexo masculino, 10 anos com história de vômitos e dor abdominal há 3 dias. Na avaliação sistemática você identifica uma criança extremamente desidratada, com a seguinte avaliação: FC: 110 bpm, FR: 48 irpm, Saturação O<sub>2</sub>: 98% ar ambiente PA: 110 x 70mmHg, sem sinais de desconforto respiratório, pulsos amplos e simétricos. Glicemia capilar: 350 Sódio: 137 Cloro: 92 Gasometria venosa: pH: 6,9; pO<sub>2</sub>: 86; pCO<sub>2</sub>: 10; Bicarbonato de sódio: 2; BE: -30; Saturação O<sub>2</sub>: 78% Qual distúrbio ácido básico presente?

- A. Acidose metabólica hiperclorêmica
- B. Alcalose metabólica hiperclorêmica
- C. Acidose metabólica ânion gap aumentada e o AG é de 30
- D. Acidose metabólica de ânion gap aumentado e o AG é de 47

**QUESTÃO 45 · GABARITO OFICIAL: D****Acidose com ânion gap elevado****COMENTÁRIO OSCELABS**

O cálculo usual sem potássio é  $\text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3)$ :  $137 - (92 + 2) = 43 \text{ mEq/L}$ . Portanto há acidose metabólica com gap muito aumentado, compatível com cetoacidose. O gabarito D informa 47, valor que só seria obtido incluindo potássio de 4 mEq/L, não fornecido. Registrar essa divergência aritmética é essencial; não afirmar que os dados apresentados resultam exatamente em 47.

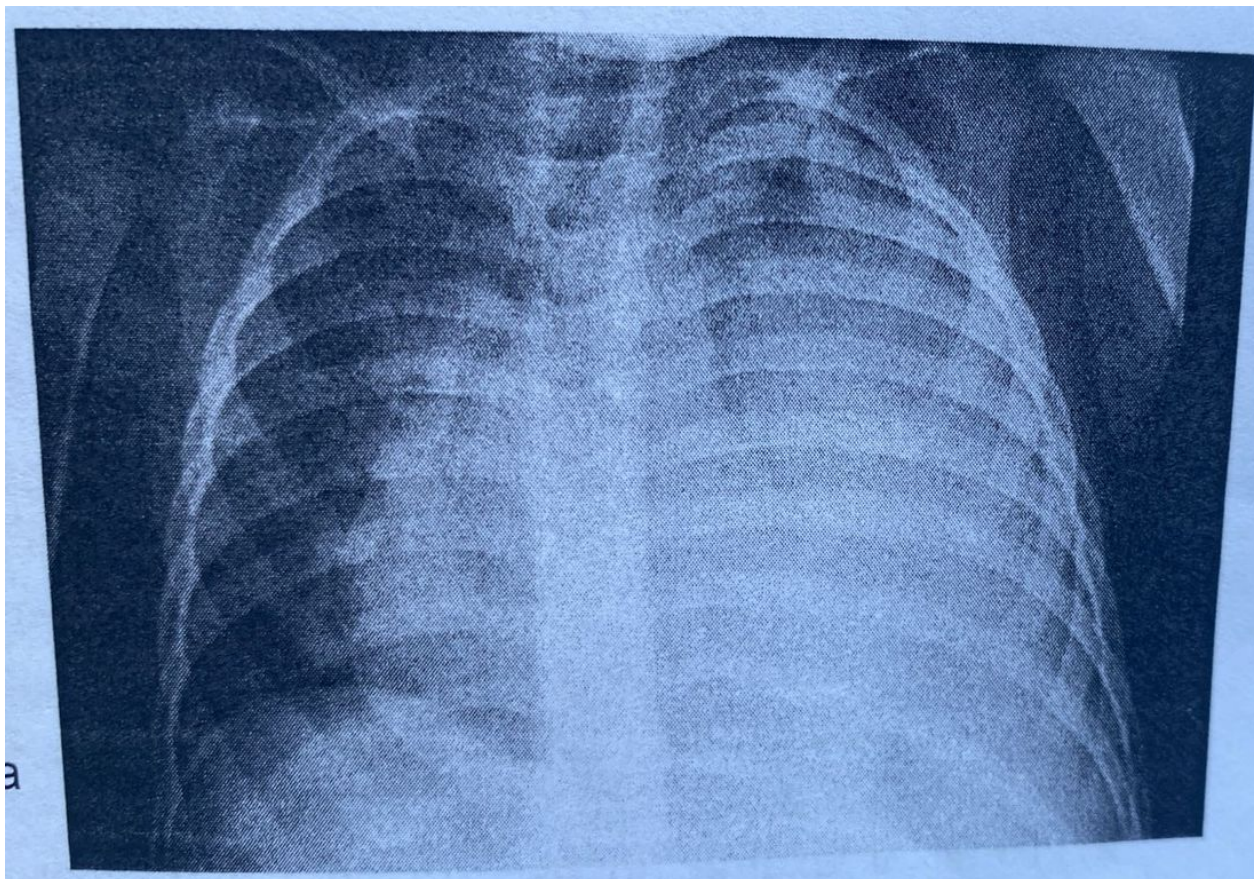
Leitura de apoio: [Canadian Paediatric Society. Current recommendations for management of paediatric diabetic ketoacidosis.](#)

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

**QUESTÃO 46.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Pré-escolar, 6 anos de idade internado na unidade de internação pediátrica do Hospital, com diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Encontra-se hemodinamicamente estável em cateter nasal de baixo fluxo 1L/min. O raio X encontra-se ao lado. Qual o principal agente etiológico e o esquema preferencial de tratamento?



- A. *Staphylococcus aureus*, Oxacilina
- B. *Staphylococcus aureus*, Vancomicina
- C. *Streptococcus pneumoniae*, Penicilina cristalina
- D. *Streptococcus pneumoniae*, Ceftriaxona associado a oxacilina

**QUESTÃO 46 · GABARITO OFICIAL: C****Pneumonia bacteriana na criança****COMENTÁRIO OSCELABS**

A banca considera pneumococo e penicilina cristalina para a apresentação radiológica e clínica descrita. A escolha antimicrobiana depende de vacinação, resistência local, gravidade e complicações; radiografia não identifica com certeza o agente. Cobertura antiestafilocócica não é obrigatória em toda consolidação. Reavaliar oxigenação, resposta e sinais de derrame ou necrose para ajustar a abordagem.

Leitura de apoio: [NICE NG250. Pneumonia: diagnosis and management](#).

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

**QUESTÃO 47.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

A febre é uma das principais queixas nos departamentos de emergências pediátricas. Na avaliação de um paciente com febre sem sinais localizatórios com idade entre 1 a 3 meses, a definição entre alto e baixo risco de uma infecção bacteriana grave depende dos seguintes exames:

- A. Hemograma, Urinálise
- B. Hemograma, coprocultura e Liquor
- C. Hemograma, hemocultura, Urinalise
- D. Hemograma, Urinálise, Liquor e Raio X de tórax

**QUESTÃO 47 · GABARITO OFICIAL: A****Febre no lactente jovem****COMENTÁRIO OSCELABS**

A resposta A reflete critérios de estratificação que incorporam hemograma e urinálise. Na assistência atual, avaliação depende da idade exata, aparência, marcadores inflamatórios e protocolos validados, podendo incluir urocultura, hemocultura e líquido. Não interpretar a alternativa como autorização para excluir infecção invasiva com apenas dois exames em todo bebê de um a três meses. Instabilidade e sinais de doença exigem abordagem imediata.

Leitura de apoio: [Canadian Paediatric Society. Management of well-appearing febrile young infants aged 90 days or less.](#)

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

**QUESTÃO 48.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente gestante com quadro de artrite reumatoide que faz uso de rituximab como forma de controle de sua doença durante a gestação sendo a última dose realizada 2 semanas antes no nascimento. O Rn nasce a termo, APGAR 9/10, Peso de nascimento 2500 gramas, parto normal. Com relação à vacina hepatite B e a vacina BCG, assinala a alternativa correta com relação as mesmas

- A. Contra-indicar a hepatite B e BCG
- B. Dar a vacina hepatite B e adiar por 3 meses a BCG
- C. Dar a vacina da hepatite B e adiar a BCG por 8 meses
- D. Dar a vacina hepatite B e contra-indicar a BCG por 12 meses

**QUESTÃO 48 · GABARITO OFICIAL: D****Exposição intrauterina a rituximabe****COMENTÁRIO OSCELABS**

Anti-CD20 no fim da gestação pode causar depleção de células B no recém-nascido. Hepatite B é vacina não viva; BCG é viva e deve ser adiada conforme avaliação imunológica e orientação especializada. O gabarito fixa doze meses para BCG, mas a conduta deve considerar recuperação imunológica e o produto utilizado, sem aplicar o mesmo prazo a todos os imunobiológicos. Registrar a exposição e articular seguimento com imunização.

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

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

**QUESTÃO 49.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 75 anos, gênero feminino, é trazida à unidade de emergência hospitalar por quadro de desorientação no tempo e espaço há 6 horas. Exames complementares colhidos encontram-se dentro da normalidade exceto por  $\text{Na}=118\text{mEq/L}$ . Uma vez que tenha sido optada pela prescrição de solução salina a 3%, qual deve o objetivo de variação da natremia desta paciente?

- A. 4 a 6 mEq rapidamente
- B. 8 a 12 mEq em 24 horas
- C. 6 a 8 mEq em 36 horas
- D. 8 a 10 mEq em 48 horas

**QUESTÃO 49 · GABARITO OFICIAL: A****Correção inicial da hiponatremia sintomática****COMENTÁRIO OSCELABS**

Em hiponatremia com sintomas neurológicos, elevação inicial controlada de aproximadamente 4 a 6 mEq/L pode reduzir edema cerebral. Não se busca normalizar rapidamente o sódio. Monitorar natremia e diurese para evitar sobrecorreção, respeitando limites em 24 e 48 horas e maior cautela nos pacientes de risco. Duração desconhecida exige prudência; o tratamento pode precisar ser interrompido ou revertido se a correção exceder o planejado.

Leitura de apoio: [Treatment Guidelines for Hyponatremia: Stay the Course.](#)

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

**QUESTÃO 50.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 45 anos, gênero feminino, é admitida em unidade de emergência por quadro de tetraparesia flácida que progrediu de perda de força motora ao longo de 7 dias. Desconhecia comorbidades e não fazia uso de medicações regularmente. Exames laboratoriais evidenciaram  $K=2,2\text{mEq/l}$ ;  $Na=135\text{mEq/l}$ ; gasometria venosa:  $pH=7,25$   $HCO=18$   $pCO_2=26$ ;  $Cl=105\text{mEq/l}$ ;  $Ca=9,9$ ; creatinina= $1,0\text{mg/dl}$ ; hemograma sem alterações e urina l: densidade= $1015$   $pH=7,0$  leucocitos= $2.000$  hemácias, proteínas e cilindros ausentes. Diante deste quadro, qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Amiloidose
- B. Mieloma múltiplo
- C. Síndrome de Sjogren
- D. Doença de Addison

**QUESTÃO 50 · GABARITO OFICIAL: C****Acidose tubular distal e Sjögren****COMENTÁRIO OSCELABS**

Hipocalemia importante com paralisia, acidose metabólica e urina inadequadamente alcalina favorece acidose tubular distal, que pode ocorrer na síndrome de Sjögren. Confirmar o distúrbio e investigar causas, sem exigir sicca exuberante para considerar a hipótese. Doença de Addison tende a causar hipercalemia. A reposição de potássio requer monitorização cardíaca e cuidado ao corrigir a acidose, que pode agravar hipocalemia.

Leitura de apoio: [EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies.](#)

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

**QUESTÃO 51.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 38 anos, gênero masculino, é admitido em unidade de emergência por rebaixamento do nível de consciência sucedido por crises convulsivas há 6 horas. Não apresenta déficits sensitivos ou motores. Exames complementares evidenciaram calcemia total=13,5mg/dl (VR: 8,8 a 10,2), PTH=8 pg/ml (VR=15 a 65), 1,25(OH)<sub>2</sub>vitamina D=120 pg/ml (VR=18 a 72), 25(OH)vitamina D=28 ng/ml (VR=30 a 60). Qual, dentre as abaixo, seria a possibilidade diagnóstica mais provável?

- A. Linfoma
- B. Amiloidose
- C. Neoplasia produtora de PTHrp
- D. Intoxicação de colecalciferol

**QUESTÃO 51 · GABARITO OFICIAL: A****Hipercalcemia mediada por calcitriol****COMENTÁRIO OSCELABS**

Hipercalcemia com PTH suprimido e 1,25-di-hidroxivitamina D elevada sugere produção extrarrenal de calcitriol, observada em alguns linfomas e doenças granulomatosas. Entre as opções, linfoma é a mais adequada. Intoxicação por colecalciferol costuma elevar marcadamente 25-OH-vitamina D; PTHrP corresponde a outro mecanismo. A hipercalcemia sintomática é urgência e requer tratamento enquanto a etiologia é investigada.

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

**QUESTÃO 52.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 65 anos, gênero feminino, retorna à consulta ambulatorial para seguimento do seu tratamento de artrite reumatoide em uso exclusivo dos metotexate. Está apresentando queixa recorrente de astenia. Exames complementares evidenciaram: hemograma Hb=8,8g/dl VCM=78fl HCM=30pg leucócitos=8.500 plaquetas=230mil, ferritina=650ng/ml (VR: 20 a 300), capacidade total de ligação do ferro=150ug/dl (VR: 250 a 400). Qual é o provável mecanismo da anemia da paciente?

- A. Hemólise
- B. Ferroopenia
- C. Deficiência de folato
- D. Aumento de hepcidina

**QUESTÃO 52 · GABARITO OFICIAL: D****Anemia da inflamação****COMENTÁRIO OSCELABS**

Artrite reumatoide, ferritina elevada e capacidade de ligação do ferro baixa favorecem anemia inflamatória. A hepcidina reduz absorção intestinal e liberação do ferro dos estoques, limitando sua disponibilidade para eritropoiese. Microcitose pode ocorrer e não prova ferroopenia isolada; as duas causas podem coexistir. Deficiência de folato costuma ser macrocítica, e hemólise requer achados próprios. Avaliar atividade da doença e outras fontes de anemia.

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

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

**QUESTÃO 53.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 65 anos, gênero masculino, está internado na enfermaria de clínica médica para investigar volumoso derrame pleural em hemitórax direito visto no raio x de tórax, solicitado por queixa de dispneia progressiva há 2 semanas, com ortopneia e treptopneia. Paciente desconhece comorbidades, não faz uso de medicações e nega tabagismo ou etilismo. Foi realizada toracocentese diagnóstica com seguintes achados: aspecto amarelo-âmbar, DHL=180U/l, proteínas totais=5,8g/dl, celularidade com 38% de neutrófilos, 30% de linfócitos, 32% de monócitos, ADA=18U/l, glicose=60mg/dl ph=7,5. Exames séricos colhidos conjuntamente à toracocentese: DHL=240U/l (VR:125 a 250); proteínas totais=7,5g/dl (VR:6 a 8,3) albumina=4,0g/dl. Diante deste quadro, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Tuberculose
- B. Neoplasia
- C. Pneumonia
- D. TEP

**QUESTÃO 53 · GABARITO OFICIAL: B****Exsudato pleural e investigação etiológica****COMENTÁRIO OSCELABS**

As razões proteína pleural/sérica de 0,77 e LDH pleural/sérica de 0,75 classificam o líquido como exsudato pelos critérios de Light. A banca favorece neoplasia no contexto de derrame volumoso sem síndrome infecciosa típica. Contudo, exsudato não confirma câncer: solicitar citologia e imagem e considerar biópsia conforme evolução. ADA baixa reduz a sustentação de tuberculose, mas não a exclui universalmente.

Leitura de apoio: [British Thoracic Society Guideline for pleural disease](#).

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

**QUESTÃO 54.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 78 anos, gênero masculino, retorna ao ambulatório de clínica médica para seguimento do seu tratamento de hipertensão reportando recorrentes episódios de vertigem, em especial ao se levantar. Ao exame físico apresenta PA sentada= 120x72mmHg e PA em pé=98x60mmHg. Está em uso regular de enalapril 10mg/dia, hidroclorotiazida 25mg/dia e anlodipina 5mg/dia. Diante deste quadro qual seria a melhor conduta?

- A. Aumentar sal da dieta
- B. Suspende anlodipina
- C. Suspende hidroclorotiazida
- D. Substituir o enalapril por losartan

**QUESTÃO 54 · GABARITO OFICIAL: C****Hipotensão ortostática e medicamentos****COMENTÁRIO OSCELABS**

A queda de 22 mmHg na sistólica e 12 mmHg na diastólica ao levantar é compatível com hipotensão ortostática, se medida no intervalo adequado. Revisar hidratação, sintomas e fármacos; reduzir ou suspender o diurético é a opção da banca. Trocar IECA por BRA não resolve necessariamente depleção de volume. Orientar prevenção de quedas e acompanhar a pressão após ajuste, sem recomendar aumento indiscriminado de sal.

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

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

**QUESTÃO 55.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 69 anos, gênero masculino, encontra-se internado em enfermaria por descompensação de cirrose por álcool com ascite volumosa. Foi iniciado tratamento com furosemida e espironolactona após realização de paracentese cujo resultado evidenciou albumina=1,1 proteínas totais=2,2g/dl neutrófilos=200/mm<sup>3</sup> e cultura negativa. No 3º dia de internação evoluiu com alteração do ciclo sono-vigília e achado de flapping no exame físico. Qual possível achado laboratorial ou condição clínica, dentre os abaixo, pode ter contribuído para evolução clínica do paciente?

- A. Hipercalcemia
- B. Hipocalemia
- C. Acidose metabólica
- D. Peritonite Bacteriana Espontânea

**QUESTÃO 55 · GABARITO OFICIAL: B****Encefalopatia hepática e hipocalemia****COMENTÁRIO OSCELABS**

Após diuréticos, hipocalemia pode precipitar ou agravar encefalopatia hepática, associada a alterações do metabolismo da amônia. Identificar também constipação, sangramento, infecção, sedativos e disfunção renal. O líquido inicial com 200 neutrófilos/mm<sup>3</sup> não preenche o limiar usual de peritonite bacteriana espontânea, mas piora clínica pode exigir nova paracentese. Tratar o precipitante e a encefalopatia, sem atribuir tudo ao sódio ou à amônia isoladamente.

Leitura de apoio: AASLD. Ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome.

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

**QUESTÃO 56.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 38 anos, gênero feminino, procura atendimento ambulatorial após realizar Ultrassom de tireoide feito pelo histórico familiar de carcinoma papilífero com evidência de nódulo tireoidiano de 0,9x0,7x0,6cm, em lobo esquerdo, TIRADS 5. Clinicamente está assintomática. Qual deve ser a conduta correta neste momento?

- A. Cintilografia de tireoide
- B. PAAF guiada por US
- C. Dosagem de TSH
- D. Ultrassom anual

**QUESTÃO 56 · GABARITO OFICIAL: D****Nódulo tireoidiano subcentimétrico****COMENTÁRIO OSCELABS**

Pelo ACR TI-RADS, nódulo TR5 de 0,9 cm pode ser acompanhado por ultrassom, enquanto o limiar habitual para punção é 1 cm. Porém TSH integra a avaliação inicial e história familiar pode modificar a decisão conforme detalhes clínicos e outros sistemas de classificação. A resposta D não dispensa avaliar linfonodos e sinais de invasão. Não indicar cintilografia rotineiramente sem contexto de TSH baixo.

Leitura de apoio: [ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System \(TI-RADS\): White Paper of the ACR TI-RADS Committee.](#)

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

**QUESTÃO 57.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 40 anos procura atendimento médico pois deseja emagrecer. Não apresenta queixas clínicas e seus exames de glicemia e perfil lipídico encontram-se dentro da faixa de referência. Nega outras comorbidades ou fármacos em uso regular. Ao exame físico apresenta PA=120x80 e os seguintes dados antropométricos: Altura = 1,70m, peso = 89,59kg (IMC = 31), circunferência abdominal = 108cm, circunferência de quadril = 95cm. Levando-se em conta estes dados de exame físico e a história clínica e a nova proposta de avaliação diagnóstica para obesidade como podemos definir este paciente?

- A. Sobrepeso
- B. Obesidade grau 1
- C. Obesidade clínica
- D. Obesidade pré-clínica

**QUESTÃO 57 · GABARITO OFICIAL: D****Obesidade pré-clínica****COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão usa a proposta de distinguir excesso de adiposidade com função orgânica preservada da obesidade clínica com disfunção atribuível à adiposidade. Pelos dados fornecidos, a banca classifica como pré-clínica. Isso não significa ausência de risco futuro nem elimina a classificação de IMC grau I em outro sistema. É necessário avaliar repercussões que não aparecem em glicemia e colesterol, incluindo sono, mobilidade e outras funções.

Leitura de apoio: [Definition and diagnostic criteria of clinical obesity](#).

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

**QUESTÃO 58.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 22 anos, gênero feminino, procura atendimento ambulatorial para investigar quadro de astenia progressiva nos últimos 3 meses associado a oligomenorreia e episódios de dores abdominais difusas. Dentre as possibilidades diagnósticas foi pensado em doença celíaca. Considerando esta hipótese qual deveria ser o plano terapêutico?

- A. Solicitar anticorpo anti-transglutaminase IgA e IgA total
- B. Solicitar anticorpo anti-endomísio IgA e anticorpo anti-gliadina IgG
- C. Solicitar pesquisa HLA DQ2 ou DQ8 se auto-anticorpos negativos
- D. Solicitar pesquisa HLA DQ2 ou DQ8 e endoscopia digestiva com biópsia

**QUESTÃO 58 · GABARITO OFICIAL: A****Triagem para doença celíaca****COMENTÁRIO OSCELABS**

Anti-transglutaminase IgA e IgA total permitem rastrear doença e reconhecer deficiência de IgA, que pode tornar o teste falsamente negativo. A avaliação deve ocorrer enquanto a pessoa consome glúten. Se houver deficiência, usar testes da classe IgG apropriados. HLA é útil em situações selecionadas, sobretudo para exclusão, mas não é o primeiro exame universal. Em adultos, confirmação e indicação de biópsia dependem do contexto.

Leitura de apoio: [American College of Gastroenterology Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease.](#)

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

**QUESTÃO 59.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente de 81 anos, gênero masculino, comparece em consulta ambulatorial para seguimento de hipertensão e dislipidemia. Faz uso regular de hidroclorotiazida 25mg/dia, losartan 50mg/dia e rosuvastatina 10mg/dia. Não traz novas queixas à consulta. Ao exame físico PA=130x70, peso corporal=60kg, altura=170cm, sem alterações significativas cardiovasculares ou respiratórias. Exames de rotina dentro dos parâmetros de referência exceto por TSH=7,5 mUI/l

(VR: 0,5 a 4,5). Diante deste caso, qual deve a conduta com relação à abordagem do resultado do TSH?

- A. Expectante
- B. Aguardar ultrassom de tireoide
- C. Introduzir levotiroxina 1,5mcg/kg
- D. Introduzir levotiroxina 25mcg/dia

**QUESTÃO 59 · GABARITO OFICIAL: A****TSH discretamente alto no muito idoso****COMENTÁRIO OSCELABS**

Em pessoa de 81 anos assintomática, TSH de 7,5 não exige levotiroxina imediata. Repetir TSH e medir T4 livre, revisar intercorrências e interpretar conforme idade e evolução. Overtreatment aumenta risco de arritmia e fratura. Ultrassom não esclarece isoladamente alteração funcional e dose plena seria inadequada sem diagnóstico e individualização. A conduta expectante é acompanhamento, não abandono da investigação.

Leitura de apoio: [ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System \(TI-RADS\): White Paper of the ACR TI-RADS Committee](#).

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

**QUESTÃO 60.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Homem, 80 anos, internado na enfermaria de Clínica Médica devido dispneia a pequenos esforços, ortopneia e edema de membros inferiores. Exames laboratoriais revelam hemoglobina de 13g/dL, creatinina 1.2 mg/dL com presença de proteinúria. Eletrocardiograma evidencia ritmo de fibrilação atrial, sem outras alterações. Ecocardiograma mostra função ventricular esquerda normal, com espessamento de septo e parede posterior (14 mm). Ressonância magnética cardíaca mostra realce tardio subendocárdico difuso. Para prosseguir a investigação diagnóstica, qual seria a conduta mais adequada?

- A. Solicitação de cintilografia miocárdica com pirofosfato
- B. Solicitação de imunofixação sérica e urinária e dosagem de cadeias leves livres
- C. Realização de ultrassom de rins e vias urinárias, seguida de biópsia renal diagnóstica
- D. Realização de mielograma com biópsia de medula óssea

**QUESTÃO 60 · GABARITO OFICIAL: B****Suspeita de amiloidose cardíaca****COMENTÁRIO OSCELABS**

Espessamento ventricular, insuficiência cardíaca com fração preservada e realce subendocárdico difuso sugerem amiloidose. Pesquisar componente monoclonal com imunofixação sérica e urinária e cadeias leves livres é essencial para não perder amiloidose AL. Cintilografia com pirofosfato pode apoiar ATTR, mas sua interpretação diagnóstica exige excluir componente monoclonal. O tipo de amiloide determina tratamento; não presumir ATTR apenas pela idade.

Leitura de apoio: 2023 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Comprehensive Multidisciplinary Care for the Patient With Cardiac Amyloidosis: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee.

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

**QUESTÃO 61.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente Masculino, 63 anos, diabético e hipertenso, submetido à colectomia esquerda eletiva (neoplasia de colon esquerdo). Devido à hemorragia acidental, a perda sanguínea estimada foi de 2300ml e o tempo cirúrgico se estendeu por 6 horas. Admitido em UTI para cuidados pós-operatórios sob analgossedação, ventilação mecânica invasiva e uso de noradrenalina 0,3 mcg/kg/min. Cateter venoso central em veia jugular interna direita, linha arterial em artéria radial direita, mantido com colostomia e dreno de vigilância abdominal. Os dados hemodinâmicos referentes às 4 primeiras horas em UTI estão representados abaixo. Qual seria a conduta mais adequada?

|                                | Admissão | 2ª hora | 4ª hora |
|--------------------------------|----------|---------|---------|
| FC (bpm)                       | 85       | 110     | 125     |
| PAS/PAD (mmHg)                 | 120/70   | 110/60  | 100/55  |
| Diurese (ml/kg/h)              | –        | 0,5     | 0,2     |
| PVC (mmHg)                     | 12       | 7       | 4       |
| Sat central O <sub>2</sub> (%) | 79       | 60      | 58      |
| P(v-a) CO <sub>2</sub> (mmHg)  | 6        | 7       | 10      |

- A. Otimização de vasopressor, introdução de inotrópico, contactar cirurgião para avaliar reabordagem cirúrgica
- B. Expansão volêmica com solução cristaloide, iniciar furosemida endovenosa para estímulo diurético e controle de glicemia
- C. Expansão volêmica com solução cristaloide, avaliar necessidade de transfusão de hemocomponentes e otimização de vasopressor
- D. Expansão volêmica com solução coloide, avaliar necessidade transfusão de hemocomponentes e solicitar a presença do cirurgião

**QUESTÃO 61 · GABARITO OFICIAL: C****Choque pós-operatório e reposição****COMENTÁRIO OSCELABS**

Perda sanguínea importante e necessidade de vasopressor exigem reavaliar volume circulante, perfusão e hemoglobina, com reposição guiada e hemocomponentes quando indicados. A alternativa C é a resposta oficial para a tabela apresentada. Diurético não deve ser usado para mascarar oligúria por hipoperfusão, e coloides sintéticos não são primeira escolha. Sangramento persistente exige comunicar o cirurgião e controlar a fonte, não apenas aumentar noradrenalina.

Leitura de apoio: [Rossaint R et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. Critical Care, 2023.](#)

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

**QUESTÃO 62.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Um paciente masculino de 45 anos, recentemente internado num leito de UTI, tem diagnóstico síndrome de choque. Foi submetido à passagem de cateter de Swan-Ganz. As medidas realizadas evidenciam: pressão capilar pulmonar ocluída reduzida, débito cardíaco normal, pressão venosa central reduzida e resistência vascular sistêmica reduzida. Com base nesses achados, esse paciente apresenta que tipo de choque?

- A. Obstrutivo
- B. Distributivo
- C. Hipovolêmico
- D. Cardiogênico

**QUESTÃO 62 · GABARITO OFICIAL: B****Perfil hemodinâmico distributivo****COMENTÁRIO OSCELABS**

Resistência vascular sistêmica baixa é a pista para choque distributivo. Pressões de enchimento baixas podem coexistir, e débito cardíaco normal não exclui essa síndrome. No hipovolêmico puro, espera-se vasoconstrição compensatória; no cardiogênico, débito reduzido e, frequentemente, pressão de enchimento elevada. Integrar medidas à perfusão, função cardíaca e etiologia, pois choques mistos são comuns.

Leitura de apoio: [Rossaint R et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. Critical Care, 2023.](#)

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

**QUESTÃO 63.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Masculino, 25 anos, é admitido no pronto atendimento de emergência, apresenta quadro de alteração do estado mental há 01 semana, caracterizada como comportamento inadequado, com agressividade e agitação. Ontem, apresentou quadro de parada da contactuação com duração de alguns segundos, acompanhada de liberação esfíncteriana. Previamente é tabagista importante, não usa medicações continuamente. Ao exame físico, FC: 101 bpm, PA: 120x80 mmHg, Glasgow 14 (confuso), dextro 81, sem déficits neurológicos focais, sinal de Kernig e Brudzinski negativos. Nos exames iniciais de emergência, laboratoriais séricos sem alterações significativas e tomografia de crânio dentro da normalidade. Qual conduta seri... mais adequada neste momento:

- A. Coleta de liquor
- B. Cintilografia Cerebral
- C. Ressonância de Crânio
- D. Avaliação da Psiquiatria

**QUESTÃO 63 · GABARITO OFICIAL: A****Suspeita de encefalite****COMENTÁRIO OSCELABS**

Alteração comportamental subaguda associada a provável crise epilética requer investigar encefalite e outras causas orgânicas. Líquor é prioritário quando não há contraindicação à punção. Ausência de rigidez e tomografia normal não excluem encefalite. Ressonância e EEG podem complementar; avaliação psiquiátrica isolada é insuficiente. Na suspeita de encefalite herpética, não atrasar aciclovir intravenoso enquanto se organiza a investigação.

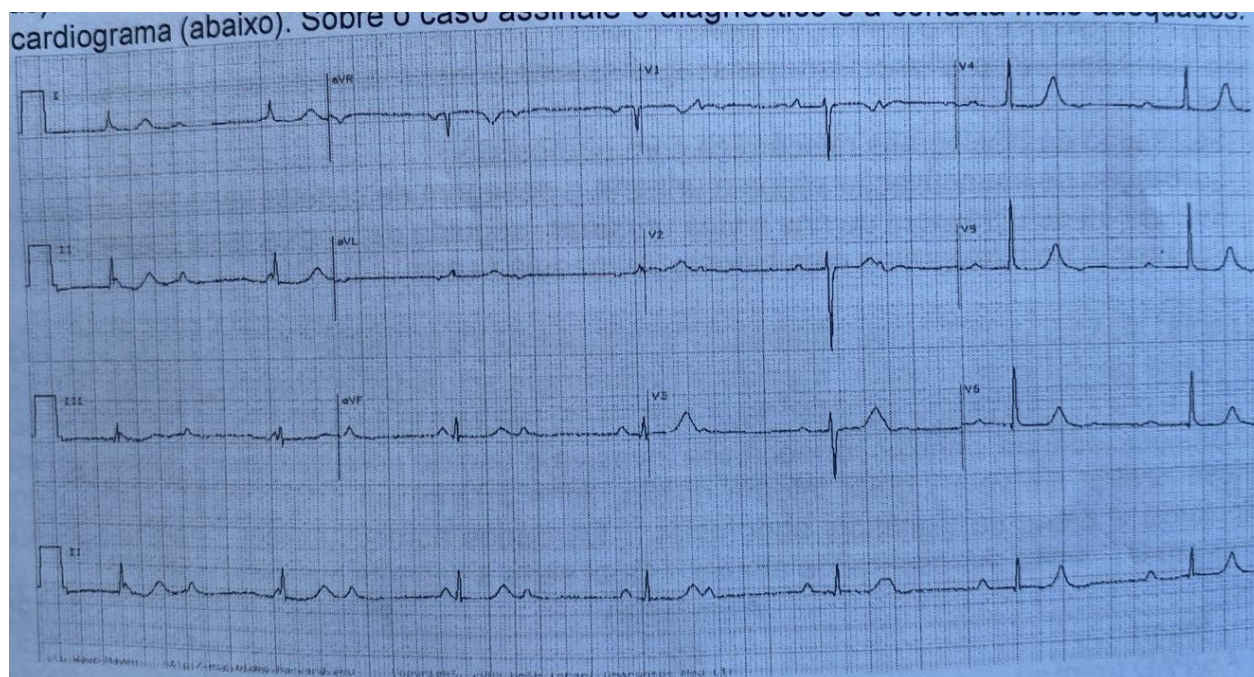
Leitura de apoio: [Consensus guidelines for the investigation and management of encephalitis](#).

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

### QUESTÃO 64.

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente 59 anos, portador de estenose mitral moderada, é internado na enfermaria de Clínica Médica com diagnóstico de endocardite infecciosa de valva mitral (vegetação confirmada em ecocardiograma), em uso de ceftriaxona e vancomicina (empiricamente, aguardando resultado de culturas). No 3º dia de internação evolui com palidez cutânea, hipotensão, bradicardia, com o seguinte eletrocardiograma (abaixo). Sobre o caso assinale o diagnóstico e a conduta mais adequados:



- A. Trata-se de um bloqueio atrioventricular (BAV) 2:1, esperado nos quadros de endocardite e geralmente com resolução espontânea
- B. Trata-se de bloqueio atrioventricular total (BAVT), mas neste caso não é indicada a colocação de marcapasso temporário, pois há risco de embolização séptica.
- C. Trata-se de bloqueio atrioventricular total (BAVT) por possível abscesso valvar, sendo indicado marcapasso temporário e cirurgia de troca valvar de urgência
- D. Trata-se de bloqueio atrioventricular (BAV) de 1º grau, sendo indicada observação em leito de terapia intensiva.

## QUESTÃO 64 · GABARITO OFICIAL: C

### Bloqueio total na endocardite

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Novo bloqueio atrioventricular com instabilidade em endocardite sugere extensão perivalvar, inclusive abscesso. O traçado e a clínica da questão levam a C: suporte com estimulação temporária e avaliação cirúrgica urgente. Não tratar como achado benigno com resolução espontânea. Ecocardiografia transesofágica e equipe de endocardite ajudam a definir extensão e intervenção, em paralelo ao tratamento antimicrobiano.

Leitura de apoio: [2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis](#).

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

**QUESTÃO 65.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Sexo masculino, 16 anos, sem comorbidades, faz uso inadvertido de diclofenaco sódico devido a dores musculares frequentes após treinos em academia. Dá entrada na emergência cirúrgica devido a queda no banheiro há 12 horas, apresentando sinais de traumatismo cranioencefálico leve. Está consciente e orientado, tem pequeno ferimento corto-contuso em supercílio direito, sem necessidade de sutura, pálido 2+/4+. Sinais vitais: PA = 80X40mmHg, FC = 130bpm. O abdome é flácido, indolor a palpação. Toque retal é positivo para melena. Diante do provável diagnóstico e considerando os índices de estratificação de risco, assinale a alternativa correta:

- A. Shock index = 1,6 e pontuação de Glasgow-Blatchford de pelo menos 4 pontos indicam a necessidade de endoscopia digestiva alta em até 36 horas da admissão hospitalar.
- B. Shock index = 1,6 e pontuação de Glasgow-Blatchford de pelo menos 7 pontos indicam a necessidade de endoscopia digestiva alta urgente após a estabilização hemodinâmica.
- C. Shock index = 1,8 e pontuação de Glasgow-Blatchford de pelo menos 3 pontos indicam a realização de tomografia de crânio seguida de angiotomografia do abdome.
- D. Shock index = 1,8 e pontuação de Glasgow-Blatchford de pelo menos 12 pontos indicam a necessidade de tomografia do abdome com contraste endovenoso.

**QUESTÃO 65 · GABARITO OFICIAL: B****Hemorragia digestiva e estratificação****COMENTÁRIO OSCELABS**

Índice de choque =  $130/80 = 1,625$ , aproximado a 1,6. Hipotensão, taquicardia, melena e provável síncope já apontam alto risco; hemoglobina e ureia completam o Glasgow-Blatchford. A banca marca pelo menos sete pontos considerando síncope. Se a queda não tiver sido sincopal, esse componente exige confirmação. Priorizar ressuscitação e endoscopia após estabilização, sem esperar 36 horas em paciente em choque.

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

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

**QUESTÃO 66.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Mulher de 60 anos refere abaulamento doloroso na região inguinal direita há 3 meses, que desaparece quando se deita. Ao exame físico, observa-se presença de hérnia femoral redutível. Qual é a estrutura anatômica determinante para a diferenciação clínica entre as hérnias inguinais e femorais?

- A. Anel inguinal interno
- B. Fáscia transversalis
- C. Ligamento inguinal
- D. Vasos epigástricos inferiores

**QUESTÃO 66 · GABARITO OFICIAL: C****Marco anatômico das hérnias****COMENTÁRIO OSCELABS**

O ligamento inguinal separa a localização das hérnias inguinais, acima, das femorais, abaixo. Os vasos epigástricos inferiores diferenciam hérnia inguinal direta de indireta, não são o principal marco para a distinção perguntada. Hérnias femorais têm risco significativo de encarceramento e devem ser avaliadas para correção, mesmo quando redutíveis, segundo condições da paciente.

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

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

**QUESTÃO 67.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Homem de 32 anos, com antecedente pessoal de apendicectomia aos 20 anos, realizada através de incisão de McBurney, dá entrada na emergência cirúrgica de um hospital terciário com queixa de dor e distensão abdominal há 3 dias, associadas a vômitos. Não evacua e não elimina flatos há 5 dias. Considerando-se a hipótese de abdome agudo obstrutivo secundário a bridas, assinale a alternativa correta em relação ao tratamento:

- A. O tratamento não operatório pode ser tentado desde que o paciente esteja estável hemodinamicamente, não apresente sinais de peritonite ao exame físico e a dosagem da PCR < 5mg/dl.
- B. A adesiólise cirúrgica (lise cirúrgica das bridas) é o procedimento de escolha e não pode ser realizada por via laparoscópica devido ao risco de lesão inadvertida de alças.
- C. A cirurgia laparoscópica pode ser indicada e apresenta menor morbidade, apesar do risco mais elevado de lesão intestinal quando comparada a via laparotômica.
- D. São sinais de falência do tratamento clínico: persistência da dor abdominal por mais de 72 horas, drenagem de conteúdo de estase pela sonda nasogástrica de 200ml em 24 horas e sinais de peritonite ao exame físico.

**QUESTÃO 67 · GABARITO OFICIAL: C****Obstrução por aderências****COMENTÁRIO OSCELABS**

Laparoscopia pode beneficiar pacientes selecionados, mas alças muito distendidas e aderências complexas aumentam risco de enterotomia. Estabilidade, ausência de peritonite, isquemia e obstrução em alça fechada permitem considerar tratamento não operatório monitorado. PCR isolada não libera essa estratégia, e débito de sonda de 200 mL não é critério universal de falha. Deterioração clínica ou suspeita de sofrimento intestinal exige intervenção sem aguardar prazo fixo.

Leitura de apoio: [WSES. Bologna guidelines for adhesive small bowel obstruction: 2017 update.](#)

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

**QUESTÃO 68.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Uma mulher, de 45 anos, apresenta hiperparatireoidismo primário sintomático. Durante a cirurgia, nota-se que todas as quatro glândulas estão marcadamente aumentadas. Qual das opções a seguir é a melhor recomendação?

- A. Remoção das quatro glândulas com autotransplante de doze pedaços de tecido paratireoidiano de um milímetro no antebraço e criopreservação.
- B. Remoção das quatro glândulas com reposição oral de cálcio e criopreservação das glândulas ressecadas.
- C. Biópsia das quatro glândulas sem removê-las e aguardar resultado do exame anatomopatológico para reoperação.
- D. Remoção de uma glândula e biópsia das outras três, aguardando o resultado do exame anatomopatológico para reoperação.

**QUESTÃO 68 · GABARITO OFICIAL: A****Hiperplasia das quatro paratireoides****COMENTÁRIO OSCELABS**

O comprometimento das quatro glândulas sugere hiperplasia multiglandular. Entre as alternativas, paratireoidectomia total com autotransplante busca tratar o excesso hormonal preservando alguma função; subtotal é outra estratégia possível, não oferecida. Número e tamanho dos fragmentos dependem da técnica do serviço e não são regra universal. Remover tudo sem plano funcional expõe a hipoparatiroidismo permanente. Investigar contexto familiar e monitorar cálcio pós-operatório.

Leitura de apoio: [Evaluation and Management of Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement and Guidelines from the Fifth International Workshop](#).

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

**QUESTÃO 69.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Mulher de 48 anos, realizou endoscopia digestiva alta, que evidenciou uma lesão ovalada, projetada para o lúmen gástrico, recoberto por mucosa de aspecto normal, de consistência firme ao toque da pinça, medindo aproximadamente 3cm de diâmetro e localizada na parede posterior do corpo, sugestiva de tumor estromal. Considerando-se esta hipótese diagnóstica, é correto afirmar:

- A. Níveis elevados do marcador HER 2 confirmam o diagnóstico
- B. A mutação no proto-oncogene c-Kit está presente em 95% destas neoplasias
- C. A gastrectomia total com linfadenectomia é a cirurgia padrão para o tratamento
- D. A classificação em tipos intestinal e difuso tem importância na determinação prognóstica

**QUESTÃO 69 · GABARITO OFICIAL: B****GIST: expressão não é mutação****COMENTÁRIO OSCELABS**

O gabarito B confunde conceitos: aproximadamente 95% dos GIST expressam KIT/CD117 por imuno-histoquímica, mas mutação de KIT não ocorre em 95% de todos os casos. Há mutações de PDGFRA e outros subgrupos. Lesão subepitelial suspeita exige caracterização e diagnóstico apropriados. Gastrectomia total com linfadenectomia não é padrão obrigatório para GIST localizado; a classificação intestinal/difusa é de adenocarcinoma gástrico.

Leitura de apoio: 2023 GEIS Guidelines for gastrointestinal stromal tumors.

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

**QUESTÃO 70.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Um homem de 60 anos, tabagista, realizou endoscopia digestiva alta para investigação de sintomas dispépticos e foi diagnosticado com uma neoplasia de antro. Para o tratamento curativo do adenocarcinoma gástrico, são utilizadas várias modalidades terapêuticas, de forma isolada ou associadas. Em relação ao tema, assinale a alternativa correta:

- A. O tratamento atual de escolha consiste em esquema perioperatório com quimioterapia e cirurgia com linfadenectomia
- B. Radioterapia neoadjuvante do abdome e gastrectomia é o tratamento de escolha para tumores locorregionais
- C. Gastrectomia com ressecção linfonodal seguida de radioterapia adjuvante é preconizada para as neoplasias do antro
- D. Quimioterapia com gastrectomia parcial vertical sem linfadenectomia é uma alternativa para pacientes com status performance ruim

**QUESTÃO 70 · GABARITO OFICIAL: A****Adenocarcinoma gástrico e estadiamento****COMENTÁRIO OSCELABS**

Quimioterapia perioperatória e cirurgia com linfadenectomia compõem tratamento de muitos tumores ressecáveis localmente avançados. A alternativa A é a melhor entre as oferecidas, mas o enunciado não informa estágio: lesões muito precoces podem permitir ressecção endoscópica ou cirurgia sem o mesmo esquema. Estadiar e discutir em equipe é indispensável. Radioterapia isolada no pós-operatório e cirurgia sem avaliação linfonodal não substituem planejamento oncológico adequado.

Leitura de apoio: Gastric cancer: [ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up](#).

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

**QUESTÃO 71.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Uma mulher de 73 anos dá entrada no pronto-socorro devido a febre alta (39°C), dor no quadrante superior direito e icterícia de início agudo. Nas últimas 12 horas, apresentou rebaixamento do nível de consciência e hipotensão (PA = 80X50mmHg), necessitando do uso de noradrenalina. Exames laboratoriais - Leucograma = 14.000/mm<sup>3</sup> com neutrofilia, fosfatase alcalina = 600 U/L, bilirrubina total = 6,0mg/dl. A ultrassonografia do abdome mostra dilatação do ducto colédoco com cálculo impactado ao nível da ampola de Vater. De acordo com os critérios de Tóquio 2018, qual é o diagnóstico, a classificação e o manejo terapêutico correto?

- A. Colangite moderada; internação em UTI e drenagem endoscópica precoce após estabilização.
- B. Colangite moderada; antibioticoterapia por via intravenosa por 7 dias e drenagem endoscópica eletiva após estabilização hemodinâmica.
- C. Colangite grave; intervenção hemodinâmica imediata com suporte intensivo, antibioticoterapia e drenagem biliar emergencial por CPRE.
- D. Colangite grave; antibioticoterapia com atenção a agentes multirresistentes e drenagem cirúrgica imediata.

**QUESTÃO 71 · GABARITO OFICIAL: C****Colangite grave e controle da fonte****COMENTÁRIO OSCELABS**

Hipotensão com noradrenalina e alteração da consciência caracterizam disfunção orgânica e grau III de Tóquio. Iniciar suporte intensivo, antibiótico e descompressão biliar urgente, preferencialmente por CPRE quando disponível. Não esperar completar dias de antibiótico para aliviar a obstrução infectada. Drenagem cirúrgica não é automaticamente a primeira via; depende da impossibilidade ou falha dos métodos menos invasivos.

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

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

**QUESTÃO 72.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Um homem de 45 anos é encaminhado ao ambulatório do cirurgião após investigação por diarreia crônica e perda ponderal de 10kg em 6 meses. Ele também refere episódios intermitentes de rubor facial e sensação de calor. Exame físico sem alterações. Exames laboratoriais mostram hipocalemia e acidose metabólica hiperclorêmica. A tomografia

computadorizada revela massa sólida hipervascular de 2cm no corpo do pâncreas. Não há evidências de metástases à distância. Com base no quadro clínico e nos achados complementares, qual diagnóstico é mais provável e qual deve ser o plano terapêutico?

- A. VIPoma; controle de eletrólitos no pré-operatório e tratamento cirúrgico da lesão
- B. Glucagonoma; ressecção completa da lesão e controle intensivo de hiperglicemia
- C. Insulinoma; monitoramento clínico exclusivo devido ao pequeno tamanho da lesão
- D. Gastrinoma; administração de altas doses de IBP seguida de quimioterapia neoadjuvante

**QUESTÃO 72 · GABARITO OFICIAL: A****VIPoma e perdas digestivas****COMENTÁRIO OSCELABS**

Diarreia secretória, hipocalemia e acidose hiperclorêmica por perda de bicarbonato, associadas a tumor pancreático hipervascular, favorecem VIPoma. Corrigir volume e eletrólitos e controlar a secreção antes da ressecção quando a doença é localizada. Insulinoma provoca hipoglicemia; glucagonoma e gastrinoma têm síndromes distintas. Confirmar diagnóstico bioquímico e estadiar, sem operar um paciente descompensado apenas pela imagem.

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

**QUESTÃO 73.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente masculino, 20 anos, história de acidente motociclistico em alta velocidade na rodovia, tendo sido ejetado por cerca de 5 metros, com traumatismo cranioencefálico e torácico. Apresenta-se confuso, dispneico, queixando-se de falta de ar. Ao exame físico, apresenta ausculta abolida em hemitórax esquerdo, distensão de veias do pescoço, com PA = 80X50mmHg, FC = 130 bpm, FR = 40 ipm e saturação de O<sub>2</sub> de 75% com máscara de oxigênio a 12 litros por minuto. A conduta imediata durante o atendimento inicial deve ser:

- A. Drenagem de tórax
- B. Descompressão torácica
- C. Toracotomia exploradora
- D. Intubação orotraqueal

**QUESTÃO 73 · GABARITO OFICIAL: B****Pneumotórax hipertensivo****COMENTÁRIO OSCELABS**

Hipotensão, hipoxemia grave, ausência de murmúrio unilateral e turgência jugular após trauma indicam pneumotórax hipertensivo até prova em contrário. Descompressão imediata, sem aguardar radiografia, deve ser seguida de drenagem definitiva. A técnica depende da situação e da capacitação, podendo incluir toracostomia digital. Intubação com pressão positiva antes de aliviar a tensão pode piorar o choque.

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

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

**QUESTÃO 74.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Paciente feminino, 26 anos, história de acidente automobilístico na rodovia em alta velocidade com colisão frontal. Apresenta marca do cinto de segurança em abdome, queixando-se de dor abdominal. O exame físico demonstra dor à palpação profunda de mesogástrio, sem sinais de irritação peritoneal. Hemodinamicamente normal, com PA = 110X70mmHg, FC = 96 bpm, FR = 18 ipm e saturação de O<sub>2</sub> 97% em ar ambiente. A tomografia abdominal evidenciou uma lesão esplênica Grau IV, com escape de contraste em ramo polar inferior do baço, com moderada quantidade de líquido livre em cavidade peritoneal. Diante do achado tomográfico e do exame físico, qual a melhor conduta?

- A. Laparotomia exploradora com esplenectomia total
- B. Videolaparoscopia exploradora com esplenectomia total
- C. Arteriografia com embolização de ramo de artéria esplênica
- D. Tratamento expectante com exame físico seriado em Unidade de Terapia Intensiva

**QUESTÃO 74 · GABARITO OFICIAL: C****Lesão esplênica com extravasamento****COMENTÁRIO OSCELABS**

Paciente estável com lesão esplênica de alto grau e blush pode se beneficiar de embolização arterial para controle hemorrágico e preservação do baço. Observação isolada é menos adequada diante de extravasamento ativo. A estratégia exige estrutura, monitorização e capacidade de operar se houver deterioração. O sinal do cinto também impõe atenção a lesão intestinal, mesmo que a lesão esplênica já tenha sido identificada.

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

**QUESTÃO 75.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Um jovem de 22 anos é levado a um Hospital de Trauma após acidente de moto com anteparo fixo. Queixa-se de dor em região de dorso. Durante a avaliação inicial, apresentou um episódio de hematúria franca. Em função do exame físico, foi solicitado tomografia de corpo inteiro. Dentre as condições abaixo, a única que seria indicação imediata de laparotomia exploradora frente ao diagnóstico de lesão renal traumática é:

- A. Aparecimento de instabilidade hemodinâmica
- B. Achado tomográfico de lesão de ducto coletor
- C. Achado tomográfico de trombose da artéria renal
- D. Persistência de hematúria após iniciar irrigação vesical

**QUESTÃO 75 · GABARITO OFICIAL: A****Trauma renal e instabilidade****COMENTÁRIO OSCELABS**

Instabilidade hemodinâmica persistente atribuível a sangramento é a principal indicação de intervenção urgente entre as opções. Ela exige avaliar todas as fontes, não assumir que o rim explica todo choque. Lesão do sistema coletor e algumas lesões vasculares podem ser tratadas de forma não operatória ou endovascular em pacientes selecionados. Hematúria isolada não determina laparotomia sem considerar perfusão e imagem.

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

**QUESTÃO 76.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Uma jovem vítima de acidente de moto, atendida pela equipe pré-hospitalar, é conduzida até a emergência de um hospital terciário para o atendimento inicial. O rolamento em bloco é uma parte fundamental no atendimento à vítima politraumatizada. Sobre ele, é correto afirmar:

- A. Só deve ser realizado quando o paciente chega à emergência com os dispositivos prancha rígida e colar cervical e, atendido pela equipe pré-hospitalar
- B. Deve ser realizado ao final da avaliação secundária, exceto quando se busca fonte de sangramento ativo no dorso
- C. Deve ser realizado assim que o paciente chega no setor de emergência do hospital para que a prancha rígida seja retirada o mais rápido possível
- D. Deve ser realizado após a avaliação primária, depois que todas as lesões que pudessem levar risco à vida do paciente terem sido diagnosticadas e tratadas

**QUESTÃO 76 · GABARITO OFICIAL: B****Inspeção do dorso no politrauma****COMENTÁRIO OSCELABS**

A banca situa o rolamento durante a avaliação secundária, salvo necessidade de procurar sangramento posterior ativo. A prioridade é tratar ameaças imediatas e manter alinhamento, coordenação da equipe e restrição de movimento quando indicada. Não realizar manobra automática que desestabilize pelve ou coluna; técnica e momento dependem das lesões. Retirar prancha precocemente é desejável, mas não à custa de comprometer a ressuscitação.

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

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

**QUESTÃO 77.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Um homem de 41 anos, vítima de ferimento por arma branca em região cervical direita e hemitórax esquerdo, é atendido em uma Unidade Primária de Atendimento de Emergência, com sinais clínicos sugestivos de choque hemorrágico. Após iniciar reposição volêmica com Ringer Lactato e infusão de 1,0 grama de Ácido Tranexâmico, iniciou a transferência a um Hospital Quaternário, Nível I de Trauma. Na chegada a este Hospital de Trauma, durante a avaliação inicial, o médico assistente evidencia Shock Index de 1,2 e ABC score de 3 pontos. Neste momento, com relação ao tratamento do choque hemorrágico, a conduta deveria iniciar a ressuscitação hemodinâmica com:

- A. Concentrado de Hemáceas; Soro Albuminado; Plasma Fresco; Plaquetas
- B. Concentrado de Hemáceas; Solução Salina Hipertônica; Plasma Fresco
- C. Concentrado de Hemáceas; Plasma Fresco; Plaquetas; Crioprecipitado
- D. Concentrado de Hemáceas; Soro Albuminado; Plasmalyte; Plaquetas

**QUESTÃO 77 · GABARITO OFICIAL: C****Transusão e coagulopatia traumática****COMENTÁRIO OSCELABS**

Hemácias, plasma, plaquetas e reposição de fibrinogênio quando indicada integram ressuscitação hemostática. A alternativa C contempla esses componentes. Protocolo de transfusão maciça deve acompanhar controle da fonte, aquecimento, cálcio e avaliação da coagulação, com ajustes laboratoriais ou viscoelásticos. Albumina e grande carga de cristalóide não substituem hemoterapia balanceada no choque hemorrágico.

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

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

**QUESTÃO 78.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Um homem negro de 62 anos se apresenta à clínica para seu exame anual do pé diabético. Ele reclama de unhas grossas e amareladas que esfregam em seus sapatos. O exame físico dos membros inferiores revela diminuição da sensibilidade em ambos os pés, pulsos poplíteos e pediosos palpáveis. Há um pequeno nevo preto em seu calcanhar direito que exhibe um padrão dermatoscópico de crista paralela. Qual dos seguintes tipos de câncer de pele pode estar associado com o padrão dermatoscópico descrito?

- A. Melanoma nodular
- B. Melanoma lentiginoso acral
- C. Melanoma lentigo maligno A
- D. Melanoma extensivo superficial

**QUESTÃO 78 · GABARITO OFICIAL: B****Melanoma acral****COMENTÁRIO OSCELABS**

Padrão dermatoscópico de cristas paralelas em pele acral é sinal suspeito de melanoma lentiginoso acral e exige avaliação especializada e diagnóstico histológico apropriado. Não atribuir pigmentação nova no calcanhar apenas ao diabetes ou ao trauma do calçado. Lesões acras podem ocorrer em qualquer fototipo. A dermatoscopia orienta suspeição, mas não determina sozinha estágio ou tratamento definitivo.

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

**QUESTÃO 79.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Homem de 57 anos dá entrada no pronto-atendimento com queixa de dor abdominal em quadrante inferior esquerdo, febre aferida e diarreia com raias de sangue há 3 dias. Ao exame físico apresenta-se em regular estado geral, PAM = 65mmHg, FC = 98bpm, TAx = 37,9°C, abdome globoso, doloroso a palpação difusa, com sinais de peritonite. Exames laboratoriais - Leucometria = 17000/mm<sup>3</sup> (88% de segmentados), PCR = 32mg/dl. Após realização de tomografia do abdome, recebe o diagnóstico de diverticulite aguda complicada (classificaç... de Hinchey II). Assinale a alternativa que indica a provável necessidade de tratamento cirúrgico:

- A. Presença de peritonite
- B. Leucocitose maior que 15000/mm<sup>3</sup>
- C. Temperatura axilar maior que 36,5°C
- D. PCR maior que 30mg/dl

**QUESTÃO 79 · GABARITO OFICIAL: A****Diverticulite e peritonite****COMENTÁRIO OSCELABS**

Peritonite e possível instabilidade têm maior peso para controle cirúrgico da fonte do que leucócitos, febre ou PCR isolados. Há tensão entre peritonite difusa descrita e classificação Hinchey II, que usualmente corresponde a abscesso distante/pélvico, não peritonite generalizada. A conduta deve seguir a condição real do paciente e a revisão da imagem, sem se prender a um rótulo contraditório.

Leitura de apoio: [2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting](#).

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

**QUESTÃO 80.**

FAMERP - SP-2026-Objetiva - SP | R1

Mulher de 48 anos, em programação cirúrgica para videocolecistectomia devido a colelitíase sintomática, dá entrada na emergência cirúrgica de um hospital terciário devido a dor refratária em andar superior do abdome e vômitos há dois dias. Exames laboratoriais da admissão - Leucometria =  $15600/\text{mm}^3$  (valor de referência até  $11000/\text{mm}^3$ ), amilase =  $1730\text{U/l}$

(até  $100\text{U/l}$ ), lipase =  $3200$  (até  $60\text{U/l}$ ), PCR =  $36\text{mg/dl}$  (até  $0,5\text{mg/dl}$ ). Considerando-se o diagnóstico, assinale a alternativa correta:

- A. A reposição fluídica moderadamente agressiva ( $1,5\text{ml/kg/h}$ ) com ringer lactato deve ser iniciada.
- B. O aumento da proteína C reativa deve indicar o início da antibioticoterapia com carbapenêmicos.
- C. O uso de analgésicos opioides e anti-inflamatórios não esteroidais é contraindicado na pancreatite aguda biliar.
- D. A dieta parenteral deve ser iniciada o mais precocemente possível, mesmo na ausência de contraindicações à dieta por via oral.

**QUESTÃO 80 · GABARITO OFICIAL: A****Pancreatite e hidratação moderada****COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro é compatível com pancreatite aguda biliar. Ringer lactato com reposição moderada e reavaliação frequente reduz o risco de sobrecarga associado a esquemas agressivos indiscriminados. A taxa de  $1,5\text{mL/kg/h}$  é ponto de partida citado, não prescrição fixa para todos; hipovolemia e comorbidades modificam o plano. PCR alta isolada não indica carbapenêmico, e alimentação oral/enteral é preferida quando possível.

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

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

**GABARITOS PÓS ANÁLISE DE RECURSOS**
**ACESSO DIRETO**

|    |         |
|----|---------|
| 1  | c       |
| 2  | b       |
| 3  | a       |
| 4  | c       |
| 5  | Anulada |
| 6  | a       |
| 7  | b       |
| 8  | Anulada |
| 9  | c       |
| 10 | b       |
| 11 | d       |
| 12 | c       |
| 13 | b       |
| 14 | a       |
| 15 | d       |
| 16 | b       |
| 17 | c       |
| 18 | b       |
| 19 | b       |
| 20 | a       |
| 21 | c       |
| 22 | b       |
| 23 | d       |
| 24 | c       |
| 25 | b       |
| 26 | a       |
| 27 | c       |
| 28 | c       |
| 29 | d       |
| 30 | a       |
| 31 | d       |
| 32 | b       |
| 33 | c       |
| 34 | a       |
| 35 | Anulada |
| 36 | a       |
| 37 | c       |
| 38 | b       |
| 39 | d       |
| 40 | a       |

|    |         |
|----|---------|
| 41 | Anulada |
| 42 | b       |
| 43 | a       |
| 44 | c       |
| 45 | d       |
| 46 | c       |
| 47 | a       |
| 48 | d       |
| 49 | a       |
| 50 | c       |
| 51 | a       |
| 52 | d       |
| 53 | b       |
| 54 | c       |
| 55 | b       |
| 56 | d       |
| 57 | d       |
| 58 | a       |
| 59 | a       |
| 60 | b       |
| 61 | c       |
| 62 | b       |
| 63 | a       |
| 64 | c       |
| 65 | b       |
| 66 | c       |
| 67 | c       |
| 68 | a       |
| 69 | b       |
| 70 | a       |
| 71 | c       |
| 72 | a       |
| 73 | b       |
| 74 | c       |
| 75 | a       |
| 76 | b       |
| 77 | c       |
| 78 | b       |
| 79 | a       |
| 80 | a       |

## Documentos de origem

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

SHA-256: bd7be4ac8de657af30a3cee9492b7b26a81b42695e1728dbf6f6e03130d77dd3

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

SHA-256: bb04b1561d2d2d3b7f183bfa00a7411a587f002ccbe4bbfe0f7467ff1e6db1e8

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

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

## Referências selecionadas

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

[European Society of Contact Dermatitis Guideline for Diagnostic Patch Testing-Recommendations on Best Practice \(Update 2026\).](#)

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

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

[Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico, adulto e criança. 6ª edição, 2024.](#)

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

[Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretriz oficial.](#)

[Testing and interpreting measures of ovarian reserve: a committee opinion.](#)

[Update on vesicovaginal fistula: A systematic review.](#)

[CDC. U.S. Medical Eligibility Criteria: intrauterine devices.](#)

[ESHRE guideline: endometriosis.](#)

[NICE NG88. Heavy menstrual bleeding.](#)

[NICE NG235. Intrapartum care.](#)

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

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

NICE NG229. Fetal monitoring in labour.

CDC. Genital herpes: STI Treatment Guidelines.

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

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

Ministério da Saúde. PCDT para atenção integral às pessoas com IST. 2022.

British Thoracic Society Guideline for pleural disease.

Global Initiative for Asthma. Summary Guide 2026.

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

Part 8: Pediatric Advanced Life Support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

Treatment Guidelines for Hyponatremia: Stay the Course.

Canadian Paediatric Society. Current recommendations for management of paediatric diabetic ketoacidosis.

NICE NG250. Pneumonia: diagnosis and management.

Canadian Paediatric Society. Management of well-appearing febrile young infants aged 90 days or less.

EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies.

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

NICE NG136. Hypertension in adults: diagnosis and management.

AASLD. Ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome.

ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee.

Definition and diagnostic criteria of clinical obesity.

American College of Gastroenterology Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease.

2023 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Comprehensive Multidisciplinary Care for the Patient With Cardiac Amyloidosis: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee.

Rossaint R et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. Critical Care, 2023.

Consensus guidelines for the investigation and management of encephalitis.

2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis.

ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding.

Update of the international HerniaSurge guidelines for groin hernia management.

WSES. Bologna guidelines for adhesive small bowel obstruction: 2017 update.

Evaluation and Management of Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement and Guidelines from the Fifth International Workshop.

2023 GEIS Guidelines for gastrointestinal stromal tumors.

Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up.

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

NICE NG39. Major trauma: assessment and initial management.

2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting.

American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis.