



RESIDÊNCIA MÉDICA – RESIMED 2026.1

CLÍNICA MÉDICA

25/01/2026

Este caderno, com 20 páginas, contém 50 questões objetivas de Clínica Médica. Além deste caderno, você está recebendo um Cartão de Respostas.

Observe as seguintes instruções, antes de iniciar a prova:

- Após a autorização para abrir este caderno, verifique se a impressão, a paginação e a numeração das questões estão corretas. **Caso observe qualquer erro, notifique o fiscal.**
- Verifique, no Cartão de Respostas, se seu nome, número do CPF, número do documento de identidade, data de nascimento, número de inscrição estão corretos. **Se houver erro, notifique o fiscal.**
- Use apenas caneta de corpo transparente, preta ou azul, para assinar o cartão e marcar suas respostas, cobrindo totalmente o espaço que corresponde à letra da alternativa que melhor responde a cada questão.
- Além de sua assinatura, da transcrição da frase e da marcação das respostas, nada mais deve ser escrito ou registrado no Cartão, que não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado.

Ao terminar a prova, entregue ao fiscal este caderno e o Cartão de Respostas.

INFORMAÇÕES GERAIS

O tempo disponível para fazer as provas é de três horas. Nada mais poderá ser registrado após esse tempo.

É vedada a possibilidade de copiar suas respostas.

Nas salas de prova, não será permitido portar arma de fogo, fumar, usar relógio ou boné de qualquer tipo e utilizar lápis, lapiseiras, borrachas, corretores ortográficos líquidos ou similares.

Sofrerá eliminação o participante que, durante a prova, utilizar qualquer instrumento de cálculo e/ou qualquer meio de obtenção de informações, eletrônicos ou não, tais como calculadoras, agendas, computadores, rádios, telefones, *smartphones*, *tablets*, receptores, livros e anotações manuscritas ou impressas.

Sofrerá eliminação também o participante que se ausentar da sala levando consigo qualquer material de prova.

BOA PROVA!

QUESTÃO 01

Mulher de 50 anos procura o ambulatório de Clínica Médica com queixa de prurido intenso de características inespecíficas. Não há histórico de alergias, uso de produtos tópicos ou alterações ao exame físico, bem como seu hemograma é normal. O único dado relevante é histórico familiar de autoimunidade. Seus exames complementares revelam apenas aumento de fosfatase alcalina e gama-GT, sendo normal a dosagem de bilirrubinas. Uma colangiorressonância não revela anormalidades nas vias biliares extra-hepáticas.

É solicitada a dosagem de anticorpo antimitocôndria diante da hipótese diagnóstica de:

- (A) hepatite crônica autoimune tipo II.
- (B) colangite biliar primária.
- (C) colangite esclerosante.
- (D) hepatite lupoide.

QUESTÃO 02

O grupo das doenças inflamatórias intestinais compreende algumas condições, sendo as principais a retocolite ulcerativa e a doença de Crohn. Ambas as condições possuem algumas similaridades, como a etiopatogenia associada a uma atividade imunomucosa desregulada, além de proeminentes diferenças, que permitem reconhecer o diagnóstico preciso do caso em avaliação.

Pode-se afirmar que é uma característica proeminente da retocolite ulcerativa:

- (A) seu acometimento é tipicamente transparietal.
- (B) aumenta a incidência de litíase por oxalato de cálcio.
- (C) tem particular predisposição pelo acometimento do ânus.
- (D) a ressecção colônica, em geral, induz à remissão da doença.

QUESTÃO 03

Um paciente em tratamento de diabetes *mellitus* tipo 2 foi encaminhado para avaliação no ambulatório de Nefrologia para investigação diagnóstica de hipercalemia desproporcional ao grau de taxa de filtração glomerular estimada. O paciente porta exames que evidenciam a presença de acidose metabólica hiperclorêmica (hiato aniônico de 9 mmol/L). Não há histórico de uso de fármacos que gerem retenção de potássio ou produtos alimentares ricos nesse elemento. Fora alterações ao exame físico compatíveis com complicações crônicas de diabetes *mellitus* (por exemplo, polineuropatia sensitiva distal), não há outras alterações semiológicas.

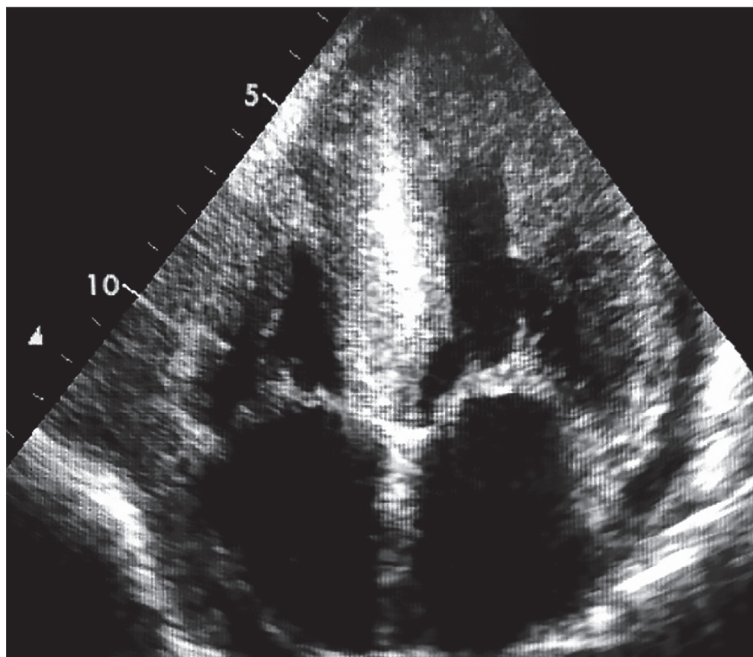
A explicação fisiopatológica da hipercalemia apresentada pelo paciente é:

- (A) nefropatia diabética com superestimativa da taxa de filtração glomerular.
- (B) supersecreção associada de glucagon.
- (C) hipoaldosteronismo hiporreninêmico.
- (D) hiperparatireoidismo associado.



QUESTÃO 04

Mulher de 79 anos é encaminhada para realização de ecocardiograma transtorácico com vistas a esclarecimento de padrão de cardiomiopatia dilatada (ICFEr) associada a proteinúria nefrótica e discretas equimoses peripalpebrais. O exame complementar revela um brilho intenso no septo interventricular (figura abaixo) associado ao padrão "apical sparing".



Disponível em: <https://portal.afya.com.br/cardiologia/o-ecocardiograma-na-amiloidose-quais-os-achados-tipicos>. Acesso em: 12 jan. 2026.

O procedimento diagnóstico que tem elevada sensibilidade para confirmar a presença da substância depositada nos tecidos do organismo é:

- (A) biópsia de gordura periumbilical.
- (B) aspirado de medula óssea corado com Giemsa.
- (C) lavado broncoalveolar com pesquisa de células CD1.
- (D) ressonância magnética de fígado na técnica T2 estrela.

QUESTÃO 05

Pessoa vivendo com HIV/AIDS comparece à consulta com seu infectologista com queixas de febre intermitente, sudorese noturna e emagrecimento. O paciente vem em uso irregular de terapia antirretroviral com lamivudina, tenofovir e dolutegravir. Ao exame físico, o paciente mostra-se pouco hipocorado, febril e com vários linfonodos palpáveis em diversas cadeias periféricas; a ausculta respiratória é normal. Sua última contagem de linfócitos T CD4+ é de 72 células/mm³.

Considerando o contexto de imunodeficiência do paciente relacionada à infecção crônica pelo HIV, uma boa estratégia para confirmar o diagnóstico provável do caso é:

- (A) pesquisa de IGRA.
- (B) hemocultura para micobactéria.
- (C) pesquisa de antígeno criptocócico no sangue.
- (D) pesquisa de antígeno lipoarabinomanano na urina (TB-LAM).



QUESTÃO 06

Mulher de 68 anos, em tratamento adjuvante para câncer de ovário após cirurgia citorrredutora, recorda que as primeiras pistas de sua doença oncológica iniciaram-se cerca de 8 meses antes, quando começou a observar sinais de uma manifestação paraneoplásica, caracterizados por fraqueza muscular proximal de membros (cinturas escapular e pélvica), uma tonalidade violácea nas pálpebras de ambos os olhos, lesões papulares nas regiões extensoras de algumas de suas articulações metacarpofalangianas e uma lesão eritematosa ao redor da região cervical e tronco superior.

A síndrome paraneoplásica que acometeu a paciente é conhecida como:

- (A) dermatomiosite.
- (B) *erythema giratum repens*.
- (C) lúpus cutâneo subagudo.
- (D) síndrome de Lambert-Eaton.

QUESTÃO 07

Mulher de 52 anos, com histórico de artrite reumatoide deformante grave, em uso de metotrexate, hidroxiquina e imunobiológico anti-TNF, vem se queixando ultimamente de estalos na região cervical associados a parestesias locais e ocasional fraqueza para sustentar a cabeça.

A melhor hipótese explicativa para o quadro é:

- (A) hérnia de disco cervical.
- (B) subluxação atlantoaxial.
- (C) artrite de aritenoide.
- (D) síndrome de Felty.

QUESTÃO 08

Sepsé é atualmente entendida como síndrome de disfunção orgânica potencialmente ameaçadora da vida, provocada por uma atividade imune desregulada em resposta a um processo infeccioso. No seu extremo de gravidade, nós temos os quadros de choque séptico, condição em que há grave comprometimento da entrega e utilização periférica de oxigênio pelo organismo, resultando em acidose láctica. As principais intervenções iniciais dirigidas ao tratamento dessa grave condição visam à melhora da utilização de oxigênio na periferia, sendo seu sucesso reconhecido através de uma efetiva melhora na depuração sanguínea do lactato.

Nessa fase, as três intervenções fundamentais, aplicadas ainda na primeira hora da abordagem, são as seguintes:

- (A) drenagem do sítio primário de infecção, início de vasopressores e corticoterapia sistêmica.
- (B) colheita de hemoculturas, drenagem do sítio primário da infecção e corticoterapia sistêmica.
- (C) colheita de dois sets de hemoculturas, expansão volêmica cautelosa e instituição de ventilação mecânica protetora.
- (D) início de antibioticoterapia empírica de amplo espectro, expansão volêmica generosa e início de vasopressor, caso hipotensão sustentada.





QUESTÃO 09

Após três dias de quadro neurológico complexo, caracterizado por rebaixamento de consciência, oftalmoplegia externa e nistagmo, um paciente hipertenso, diabético e etilista inveterado superficializa o nível de consciência, passando a conseguir se comunicar verbalmente com o examinador. Observa-se, contudo, grave comprometimento da memória anterógrada, bem como amnésia para fatos recentes, apresentando o paciente intensa atividade confabulatória, atribuindo respostas para fatos mais recentes a episódios ocorridos no passado. É solicitada uma ressonância magnética de encéfalo, que revela intensidade de sinal anormal nos corpos mamilares do hipotálamo e no fórnix.

A causa do quadro neuropsiquiátrico apresentado pelo paciente foi:

- (A) deficiência de tiamina.
- (B) mielinólise central pontina.
- (C) intoxicação exógena por cobalto.
- (D) acidente vascular encefálico isquêmico.

QUESTÃO 10

Mulher de 48 anos vem sendo investigada em razão de quadro neurológico desmielinizante, caracterizado por surtos de exacerbação e remissão parcial de déficits neurológicos. A paciente relata que, tipicamente, seu quadro neurológico costuma sofrer exacerbações quando submetida a elevadas temperaturas corpóreas, como quando se encontra febril. Ao exame físico, além de alguns déficits motores e sensitivos esparsos, a paciente queixa-se de uma sensação de choque elétrico ao longo do neuroeixo ao lhe ser fletida a coluna cervical. Sua ressonância magnética de encéfalo revela a presença de lesões desmielinizantes em formato digitiforme, que são localizadas na substância branca periventricular, sendo perpendiculares aos ventrículos laterais.

Diante dos dados expostos, o diagnóstico correto da paciente é:

- (A) panencefalite esclerosante subaguda.
- (B) esclerose sistêmica progressiva.
- (C) esclerose lateral amiotrófica.
- (D) esclerose múltipla.

QUESTÃO 11

Jovem de 24 anos é encaminhado ao cardiologista após ser submetido a uma avaliação clínica geral para fins de liberação para prática de esforços físicos. Segundo informa, foi “escutado um sopro no coração”. Ao exame especializado, o paciente apresenta ritmo cardíaco regular em dois tempos, com P2 levemente maior que A2, estando a segunda bulha fixamente desdobrada. São auscultados dois sopros sistólicos sobre o precórdio: o primeiro, algo mais intenso, localizado no foco tricúspide; o segundo, mediosistólico, no foco pulmonar. Seu eletrocardiograma revela um bloqueio de ramo direito (BRD) incompleto.

A melhor explicação para a semiologia cardíaca apresentada pelo paciente é:

- (A) tetralogia de Fallot.
- (B) comunicação interatrial.
- (C) defeito do septo interventricular.
- (D) sopro inocente relacionado ao BRD congênito.



QUESTÃO 12

Mulher de 28 anos de idade desenvolve quadro de trombose venosa profunda proximal no membro inferior direito cerca de trinta dias após ter iniciado contraceptivo oral com estrógenos conjugados. A paciente é internada para início de anticoagulação oral plena com rivaroxabana. No terceiro dia de evolução, a paciente sofre um *wake-up stroke* (observada hemiparesia direita com afasia assim que despertou). Não há evidências na história, exame físico ou exames complementares que apontem no sentido da existência de uma trombofilia herdada ou adquirida, salvo o fator de risco anteriormente exposto. Uma ressonância magnética ponderada em difusão é compatível com evento arterial agudo no território de artéria cerebral média esquerda.

A técnica diagnóstica que deve ser aplicada para confirmar a principal hipótese explicativa para o caso é:

- (A) tomografia com emissão de pósitrons (PET/CT) de encéfalo.
- (B) detecção de resistência à proteína C ativada.
- (C) ecocardiograma com microbolhas.
- (D) pesquisa de mutação JAK2.

QUESTÃO 13

Jovem de 27 anos comparece à quarta consulta seguida com seu pneumologista informando que, apesar dos incrementos no tratamento escalonado de sua asma, já em uso de altas doses de corticoide inalatório, beta-2-agonista de longa duração e bloqueadores de leucotrienos, ela continua bastante sintomática. Refere manter sibilância frequente, tosse com secreção espessa e acastanhada e pressão no peito. Hemograma completo mostra eosinofilia persistente e níveis elevados de IgE, sendo positiva a pesquisa de precipitinas contra *A. fumigatus*. Tomografia computadorizada de tórax mostra a presença de bronquiectasias centrais em ambos os hemitórax.

O diagnóstico correto do caso é:

- (A) aspergilose pulmonar invasiva.
- (B) pneumonia eosinofílica crônica.
- (C) pneumonia eosinofílica tropical.
- (D) aspergilose broncopulmonar alérgica.

QUESTÃO 14

Paciente de 65 anos é internado com quadro de neutropenia febril cerca de oito dias após iniciar quimioterapia de indução para leucemia mieloide aguda. São colhidas hemoculturas, realizados exames radiográficos e iniciada antibioticoterapia empírica com cefepime. Cerca de quatro a sete dias após, o paciente segue fazendo picos febris, sendo as hemoculturas persistentemente negativas.

Nesse contexto, a dosagem seriada de galactomanana sérica pode ser realizada com vistas ao reconhecimento de:

- (A) aspergilose invasiva.
- (B) febre de origem tumoral.
- (C) recaída da leucemia aguda.
- (D) micobacteriose disseminada.



QUESTÃO 15

Homem de 74 anos, em tratamento quimioterápico paliativo de câncer de pulmão não-pequenas células, é internado no hospital com queixas de fraqueza intensa, astenia e dispneia. O paciente vem em uso de gefitinibe em razão de se tratar de um tumor não escamoso, encontrando-se no estágio IV. Nega febre, tosse ou hemoptise. Ao exame físico, apresenta-se hipocorado (++)/4+, hipotenso (88 x 40 mmHg) e taquicárdico (120 bpm), estando as bulhas cardíacas hipofonéticas e as jugulares com turgência patológica. À inspiração profunda, a pressão sistólica do doente reduz-se em mais de 10 mmHg.

A correta explicação do quadro hemodinâmico apresentado pelo paciente é:

- (A) tromboembolismo pulmonar paraneoplásico.
- (B) pericardite constritiva induzida pelo tratamento.
- (C) dano estrutural miocárdico induzido pelo gefitinib.
- (D) tamponamento cardíaco por invasão tumoral pericárdica.

QUESTÃO 16

Mulher de 32 anos evolui com complexo quadro hematológico caracterizado por pancitopenia de origem clonal, associada a hemólise intermitente intravascular e fenômenos trombóticos venosos. Há evidências laboratoriais de hemólise intravascular intermitente, sendo as hemácias particularmente vulneráveis à lise por complemento. Um exame de citometria de fluxo revelou a depleção de moléculas CD55 e CD59 na superfície das hemácias, o que permitiu caracterizar o diagnóstico de:

- (A) hemoglobinúria paroxística noturna.
- (B) anemia sideroblástica adquirida.
- (C) eliptocitose hereditária.
- (D) deficiência de G6PD.

QUESTÃO 17

Homem de 48 anos solicita exames de rotina em que é detectada a presença de uma anemia hipoproliferativa microcítica e hipocrômica. Sua dosagem de ferritina encontra-se num valor abaixo de 10 ng/mL, ao passo que a TIBC (capacidade ligante total de ferro do sangue) é elevada e o índice de saturação de transferrina é abaixo de 20%. O paciente refere ter uma dieta variada, negadiarreia crônica, bem como não tem passado de alergia ao glúten. Não há histórico de quaisquer sangramentos visíveis ou alterações do hábito intestinal. Nega alterações familiares compatíveis com doença celíaca. Ao exame físico, fora a palidez cutaneomucosa, nenhuma anormalidade clínica é observada.

Considerando o cenário apresentado, em que se considera a provável existência de perda crônica oculta de sangue pelo paciente, o exame que teria melhor rendimento diagnóstico para estabelecer a causa do quadro é:

- (A) endoscopia digestiva alta.
- (B) colonoscopia.
- (C) broncoscopia.
- (D) cistoscopia.



QUESTÃO 18

Paciente de 62 anos de idade, etilista de destilados e fermentados a longa data, é admitido na enfermaria de clínica médica para esclarecimento de quadro de ascite volumosa associada a edemas periféricos pouco menos intensos. Ultrassonografia abdominal com Doppler de veia porta mostra fígado heterogêneo, de contornos lobulados e reduzido em tamanho, com fluxo hepatofugal, além de veia porta de calibre aumentado, esplenomegalia e volumosa ascite. Exames complementares permitiram definir a classificação do paciente como Child-Pugh 13 pontos. É iniciado tratamento com restrição de sódio na dieta e administração de espironolactona associada a furosemida, sendo observada progressiva elevação das escórias nitrogenadas no sangue, na ausência de proteinúria significativa ou uso de outras drogas nefrotóxicas.

Neste caso, a ausência de melhora da função renal após a administração de albumina humana 20% 1 grama/kg/dia, por 2 dias, indica a ocorrência de:

- (A) necrose tubular aguda isquêmica.
- (B) nefrite tubulointersticial alérgica.
- (C) glomerulonefrite por IgA.
- (D) síndrome hepatorenal.

QUESTÃO 19

Homem, 67 anos, é levado à unidade de emergência com rebaixamento importante do nível de consciência. Nos últimos dias, ele vinha se queixando de visão turva, cefaleia, tonteados, zumbidos e epistaxe. Não havia evidências de doenças preexistentes, salvo por um relato de gamopatia monoclonal de significado incerto, que foi reconhecida há três anos. Ao exame físico, o paciente se encontra torporoso, sem déficits neurológicos focais, com sinais vitais estáveis, fígado palpável a 4 cm do rebordo costal direito e baço palpável a 5 cm do rebordo costal esquerdo; há também alguns linfonodos superficiais palpáveis. Uma eletroforese de proteínas com imunofixação mostrou pico monoclonal na fração gama, com níveis elevados de IgM.

O diagnóstico correto do caso é:

- (A) macroglobulinemia de Waldenström.
- (B) linfoma angioimunoblástico.
- (C) mieloma múltiplo IgM.
- (D) amiloidose senil.

QUESTÃO 20

Alguns pacientes com pneumonias comunitárias podem apresentar um curso clínico atípico, não se apresentando com o padrão bacteriano típico (febre alta, tosse produtiva de escarro purulento, dor torácica). De fato, esses pacientes frequentemente apresentam-se de forma mais frustrada, com mais dores no corpo (mialgias), febre baixa e tosse pouco produtiva. Esses casos, chamados de pneumonia atípica, devem ser reconhecidos dada a provável origem causal por germes atípicos, muitas vezes exigindo esquema antibiótico particular. Duas pistas que falam a favor de pneumonia atípica por *Legionella pneumophila* incluem:

- (A) esplenomegalia e existência de cavitações pulmonares à radiografia.
- (B) tosse seca e presença de crioaglutininas séricas.
- (C) relato de diarreia e presença de hiponatremia.
- (D) miringite bolhosa e máculas de Osder.



QUESTÃO 21

Um paciente de 57 anos, em tratamento farmacológico otimizado para insuficiência cardíaca congestiva classe funcional NYHA III, tem exigido internações hospitalares de repetição em função de descompensações agudas de sua doença. Seu ecocardiograma revela padrão de ICFEr com fração de ejeção ventricular esquerda inferior a 30%. Visando melhorar seu prognóstico e reduzir o número de internações hospitalares, está sendo considerada a realização de terapia de ressincronização ventricular.

O dado presente em seus exames complementares que favorece a escolha dessa abordagem terapêutica intervencionista é:

- (A) duração do QRS superior a 120-150 ms.
- (B) alta incidência de ectopias ventriculares.
- (C) presença de *apical sparing* no ecocardiograma.
- (D) presença de pausas sinusais prolongadas ao Holter.

QUESTÃO 22

Homem de 47 anos é internado com quadro de insuficiência respiratória aguda associado à presença de múltiplos infiltrados radiológicos pulmonares, evidências de candidose oral e esofagiana e linfonodomegalia generalizada. O nível de LDH sérico é elevado, ao passo que o lavado broncoalveolar confirma o diagnóstico de pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*. Sua contagem de linfócitos T CD4+ é de 32 células/mm³. O paciente é tratado de forma adequada, sendo mais tarde iniciada terapia antirretroviral com tenofovir, lamivudina e dolutegravir. Há melhora progressiva do quadro respiratório. No entanto, seis semanas depois, o paciente reclama de perda visual gradual. Uma fundoscopia revela a presença de exsudatos e hemorragias retinianas ao longo do trajeto dos vasos locais, num aspecto clássico em "queijo e catchup".

A explicação correta para o quadro ocular do paciente é:

- (A) retinopatia diabética agravada por inibidor de protease.
- (B) coriorretinite por *Toxoplasma gondii* agravada pelo HIV.
- (C) retinite por citomegalovírus por reconstituição imune.
- (D) retinite por herpes vírus por falência imunológica.

QUESTÃO 23

Nos últimos anos, tornou-se evidente que a substituição do uso de um inibidor da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador de receptor de angiotensina por uma combinação contendo inibidor de neprilisina (sacubitril) acrescenta impactos favoráveis no prognóstico dos pacientes em tratamento de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. O uso desse inibidor deve ser conjugado a um bloqueador de receptor de angiotensina, uma vez que a neprilisina cataboliza a angiotensina II.

Todavia, jamais deve-se combinar o sacubitril com um inibidor de enzima conversora de angiotensina, em razão do risco de precipitar-se quadro grave de:

- (A) angioedema.
- (B) hemoptise volumosa.
- (C) injúria renal aguda irreversível.
- (D) tosse severa com hipertensão intratorácica.



QUESTÃO 24

Paciente internado com encefalopatia hepática grave relacionada a quadro de peritonite bacteriana espontânea, no contexto de cirrose hepática por vírus C (Child-Pugh C 14), é tratado com agente oral caracterizado por produzir um aumento do íon amoníaco intraluminal, bem como ter efeito catártico local. Esta abordagem terapêutica frequentemente aplicada no contexto da encefalopatia hepática é procedida com administração de:

- (A) metronidazol.
- (B) rifaximina.
- (C) l-ornitina.
- (D) lactulose.

QUESTÃO 25

Homem de 28 anos encontra-se internado no serviço de Neurologia em função de quadro caracterizado por proeminentes manifestações extrapiramidais. Revendo dados de sua anamnese, ele tem histórico de episódios intermitentes de anemia hemolítica intravascular. Ao exame físico, além de alguns sinais de insuficiência hepatocelular, é observada a presença de depósitos de pigmentos alaranjados e acastanhados ao redor do limbo ocular; esses depósitos ficam mais evidentes ao exame com lâmpada de fenda. Provas bioquímicas hepáticas mostram uma proporção TGO/TGP de 4:1.

A dosagem laboratorial no sangue periférico que pode ser solicitada para sustentar a hipótese diagnóstica principal no caso apresentado é:

- (A) ceruloplasmina.
- (B) alfa1-antitripsina.
- (C) alfa-fetoproteína.
- (D) desgama-carboxiprotrombina.

QUESTÃO 26

Mulher de 28 anos procura assistência médica em razão de nervosismo, tremores, insônia e dor na região cervical. Segundo informa, estava tubo bem até cerca de duas semanas antes, quando contraiu quadro gripal. Há três dias, passou a observar dor na região cervical, além de certa irritabilidade e alguns tremores. Não há histórico de morbidades prévias. O exame físico revela uma paciente ansiosa, com dor à compressão da tireoide, cuja pele adjacente não se mostra eritematosa. As dosagens hormonais revelam supressão do TSH e níveis elevados de T3 e T4.

Um resultado esperado de seus exames complementares neste momento e uma estratégia terapêutica adequada para o quadro atual são, respectivamente:

- (A) a VHS muito elevada; atenolol e metimazol.
- (B) altos níveis de tireoglobulina; tionamida e anti-inflamatório.
- (C) cintilografia tireoidiana com bócio difuso tóxico; metimazol ou PTU.
- (D) captação tireoidiana de iodo reduzida; anti-inflamatório e betabloqueador.





QUESTÃO 27

Paciente de 81 anos, recentemente diagnosticado com doença de Alzheimer em fase inicial, teve introduzido o tratamento com fármaco antagonista do receptor de NMDA (N-metil D-aspartato), visando otimizar seu desempenho cognitivo.

Entre os fármacos elencados a seguir, aquele que corresponde a essa classe farmacológica é:

- (A) donepezila.
- (B) memantina.
- (C) galantamina.
- (D) rivastigmina.

QUESTÃO 28

Paciente de 78 anos, em acompanhamento por doença de Alzheimer moderada, é levada à unidade de emergência por seu acompanhante, que é profissional de saúde, em função do relato de ter sido observado um ritmo cardíaco irregularmente irregular. A paciente se encontra estável hemodinamicamente, sem sinais de congestão pulmonar, baixo débito ou evidências de dor. Ao exame físico, fora um ritmo irregular em dois tempos, com frequência cardíaca média de 123 bpm, e sinais compatíveis com distúrbio cognitivo crônico, não há anormalidades dignas de nota. É realizado o eletrocardiograma (ECG) mostrado na figura abaixo. O acompanhante traz um ECG feito duas semanas antes, em que o ritmo de base era sinusal, não havendo sinais de sobrecarga de cavidades ou distúrbios da repolarização.



Disponível em: <https://thoracickey.com/atrial-fibrillation-2/>. Acesso em: 12 jan. 2026.

Diante do exposto, a conduta correta a ser tomada no caso é:

- (A) proceder cardioversão química imediata com propafenona, dada a estabilidade clínica.
- (B) realizar imediatamente ecocardiograma transesofágico, seguido de cardioversão elétrica assíncrona.
- (C) administrar betabloqueador para controle da frequência, iniciar anticoagulação plena e solicitar ecocardiograma transesofágico.
- (D) solicitar ecocardiograma transesofágico nas próximas 48 horas para, então, avaliar a indicação de anticoagulação plena e cardioversão química.



QUESTÃO 29

Mulher de 49 anos queixa-se de dores articulares de ritmo inflamatório afetando principalmente as pequenas articulações das mãos. Ao exame físico, são observadas alterações ungueais adjacentes às articulações interfalângianas distais comprometidas. Uma radiografia de suas mãos mostra grave afilamento das falanges distais dos quirodáctilos, produzindo um aspecto de “pencil in cup”.

A pesquisa de fator reumatoide e anticorpos anti-CCP é negativa. O diagnóstico correto do caso é:

- (A) artrite reativa.
- (B) artrite psoriásica.
- (C) artrite gonocócica.
- (D) reumatismo palindrômico.

QUESTÃO 30

Homem jovem, branco, apresenta lombalgia crônica de ritmo inflamatório associada a rigidez matinal superior a 30 minutos. Há histórico de uveíte anterior aguda. Sua ressonância magnética de bacia evidencia a presença de sacroiliíte bilateral grau III.

O antígeno HLA (*Human Leucocyte Antigen*) que mais provavelmente está presente neste paciente é:

- (A) B27
- (B) DQ8
- (C) DQ2
- (D) A6

QUESTÃO 31

Paciente de 75 anos é levada pelos familiares à consulta com Geriatra com vistas a avaliar quadro de suposta demência de instalação recente. À entrevista médica, são observadas alterações compatíveis com déficits cognitivos variados. Visando afastar causas reversíveis do transtorno cognitivo, são solicitados exames complementares iniciais que revelam os seguintes resultados: hemograma completo normal; eletrólitos normais; VDRL não reagente; FTA-Abs reagente; T4 livre 1,2 ng/dL (valor de referência: 0,9 a 2,0 ng/dL); pesquisa de HIV não reagente; dosagem de vitamina B12 de 208 pg/mL (valor de referência: 200 a 900 pg/mL); dosagens de homocisteína e ácido metilmalônico elevadas; punção líquórica não revela anormalidades.

A causa provável de demência reversível neste caso é:

- (A) doença de Alzheimer.
- (B) hidrocefalia normobárica.
- (C) deficiência de vitamina B12.
- (D) hiper-homocisteinemia adquirida.



QUESTÃO 32

Paciente de 32 anos de idade, em tratamento de linfoma não-Hodgkin altamente agressivo com esquema R-CHOP, com grande massa tumoral, desenvolve franco quadro laboratorial de síndrome de lise tumoral (hiperuricemia, hiperfosfatemia, hipercalemia, acidose metabólica e aumento sérico de LDH). A despeito de medidas preventivas para evitar sua ocorrência, o paciente evolui com injúria renal aguda (IRA) causada pela lise tumoral.

O mecanismo fisiopatológico responsável pela instalação de IRA no contexto descrito é:

- (A) desidratação extrema.
- (B) depósitos tubulares de ácido úrico.
- (C) depósitos tubulares de fosfato de cálcio.
- (D) toxicidade tubular pelos quimioterápicos.

QUESTÃO 33

Mulher de 66 anos, tabagista (carga tabágica 90 maços-ano), é internada para investigação diagnóstica de massa pulmonar de características radiológicas suspeitas para malignidade. Exames laboratoriais mostram apenas anemia moderada, hiponatremia acentuada (114 mEq/L) e baixo nível sérico de ácido úrico. Clinicamente, a hiponatremia parece ser euvolêmica, sendo a dosagem de sódio urinário de 60 mmol/L e a osmolaridade urinária elevada.

O tipo histopatológico mais provável do câncer de pulmão da paciente é:

- (A) pequenas células.
- (B) adenocarcinoma.
- (C) grandes células.
- (D) epidermoide.

QUESTÃO 34

Mulher de 28 anos de idade, em investigação diagnóstica de quadro de poliartrite, serosite e dermatite, já possuindo uma pesquisa de FAN (imunofluorescência indireta em células Hep2) em títulos altos (1:640), é internada em função de grave deterioração do seu estado geral. A paciente apresenta febre alta, múltiplas citopenias e hepatoesplenomegalia. É considerada a hipótese diagnóstica de síndrome de ativação macrofágica relacionada a lúpus eritematoso sistêmico.

Um dado dos seus exames complementares que reforça essa impressão diagnóstica é:

- (A) baixos níveis séricos de ferritina.
- (B) supressão da eritropoetina sérica.
- (C) níveis séricos elevados de fibrinogênio.
- (D) altos níveis circulantes de triglicerídeos.



QUESTÃO 35

Homem, 62 anos, está em uso de pirfenidona, que foi indicada para tratamento de seu distúrbio ventilatório restritivo decorrente de pneumopatia intersticial, sendo seu quadro clínico caracterizado por tosse seca, dispneia e estertores em velcro em ambas as bases pulmonares.

O diagnóstico mais provável do paciente é:

- (A) fibrose pulmonar idiopática.
- (B) bronquiolite obliterante.
- (C) fibrose cística.
- (D) sarcoidose.

QUESTÃO 36

Paciente de 28 anos, sem histórico de comorbidades prévias, procura a unidade de emergência com quadro de febre alta, tosse produtiva e dor torácica. Ao exame físico, é evidente a presença de síndrome de condensação alveolar na base direita, o que é confirmado à radiografia de tórax. Um hemograma mostra a presença de leucócitos com desvio à esquerda.

O agente etiológico mais provável da pneumonia adquirida na comunidade deste paciente é:

- (A) *Klebsiella pneumoniae*.
- (B) *Haemophilus influenzae*.
- (C) *Pseudomonas aeruginosa*.
- (D) *Streptococcus pneumoniae*.

QUESTÃO 37

Mulher de 68 anos é levada em caráter de emergência ao hospital com quadro de déficit neurológico abrupto, instalado há cerca de duas horas e caracterizado por hemiparesia esquerda e disartria. A paciente vinha em acompanhamento clínico por hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia e fibrilação atrial persistente, estando em uso de losartana, anlodipina, metformina e sinvastatina. Ao exame físico, é confirmada a presença do déficit neurológico anteriormente afirmado, havendo ritmo cardíaco irregularmente irregular, numa frequência de 96 bpm; pressão arterial: 168 x 98 mmHg. A glicemia capilar é de 222 mg/dL. Cerca de 20 minutos após a chegada à unidade, a paciente é levada à realização de tomografia computadorizada de crânio, que não mostra evidência de eventos hemorrágicos agudos. Ao longo do período, o *status* neurológico da paciente é mantido. A conduta indicada a seguir é:

- (A) dupla antiagregação plaquetária.
- (B) terapia trombolítica intravenosa.
- (C) controle da emergência hipertensiva com labetalol.
- (D) controle da hiperglicemia com insulinização intravenosa.

QUESTÃO 38

As doenças orovalvares apresentam semiologia muito típica, que permite suspeitar da presença de determinada disfunção valvar com base em dados clínicos. Num paciente cardiopata que apresenta “dança das artérias”, “pulso em martelo d’água”, duplo sopro de Duroziez e sinais de Müller e Musset, a hipótese recai sobre:

- (A) regurgitação aórtica.
- (B) regurgitação mitral.
- (C) estenose aórtica.
- (D) estenose mitral.



QUESTÃO 39

Uma paciente de 72 anos é submetida a uma toracocentese diagnóstica visando esclarecer quadro de derrame pleural, que foi reconhecido no contexto de emagrecimento significativo. O líquido pleural é francamente hemorrágico, sendo a relação entre a proteína do derrame e a proteína sanguínea superior a 0,5, a relação entre a LDH do derrame e do sangue superior a 0,6, a dosagem de LDH do derrame maior que 2/3 do limite superior do normal da LDH sanguínea e a dosagem de colesterol do derrame de 70 mg/dL.

Diante dos dados clínicos relatados, incluindo os resultados obtidos na análise do derrame pleural, a principal hipótese diagnóstica para o caso é:

- (A) trauma torácico.
- (B) insuficiência cardíaca grave.
- (C) tuberculose pleural primária.
- (D) neoplasia metastática para a pleura.

QUESTÃO 40

Mulher de 72 anos procura avaliação clínica em função de cistites de repetição. A despeito da aplicação de creme vaginal com estrógeno e da regular higienização após atos sexuais, a paciente continua tendo episódios de infecção urinária baixa de repetição.

É optado pelo início de quimioprofilaxia antibiótica crônica, sendo uma recomendação de prescrição mais consolidada na literatura:

- (A) cefalexina.
- (B) ceftriaxona.
- (C) nitrofurantoína.
- (D) amoxicilina-clavulanato.

QUESTÃO 41

Homem de 50 anos é submetido a endoscopia digestiva alta em função de epigastralgia, sendo observada a presença de uma massa na grande curvatura gástrica, cujo estudo histopatológico é compatível com linfoma MALT.

Esse tipo de linfoma é classificado como:

- (A) linfoma Hodgkin.
- (B) linfoma não Hodgkin de células B.
- (C) linfoma não Hodgkin de células T.
- (D) linfoma não Hodgkin de células NK.



QUESTÃO 42

Homem de 68 anos desenvolve quadro doloroso agudo severo na primeira articulação metatarso-falangiana esquerda durante a madrugada. É observada a presença de franca artrite local, sendo evidentes calor, rubor e edema.

O critério diagnóstico tido como patognomônico da doença aguda que o afeta é:

- (A) evidências de condrocalcinose, detectada por método radiográfico, nas cartilagens articulares.
- (B) níveis de uricosúria acima de três vezes o valor normal da população na mesma faixa etária.
- (C) líquido sinovial com cristais com birrefringência negativa fagocitados por neutrófilos.
- (D) níveis séricos de ácido úrico acima de 12 mg/dL.

QUESTÃO 43

Homem de 48 anos tem estabelecido o diagnóstico de adenocarcinoma de cólon, cuja análise complementar revela a presença de instabilidade de microssatélites. Em sua história familiar, há vários casos de câncer de cólon, incluindo sua mãe, avô materno e um irmão.

É estabelecido o diagnóstico de síndrome de Lynch I, cuja alteração oncogênica classicamente associada é:

- (A) translocação 8-14 (t8;14).
- (B) superexpressão do gene KRAS.
- (C) mutação do gene de supressão tumoral P53.
- (D) mutação em genes de reparo de erros de duplicação do DNA.

QUESTÃO 44

Em pacientes cuja causa de azotemia é a doença renal crônica, uma das características que permite associar a perda da taxa de filtração glomerular a um fenômeno de longa data é a existência de sinais de doença óssea metabólica (osteodistrofia renal). Esta alteração tem fisiopatologia complexa, podendo envolver aumento da liberação de PTH, depleção de 1,25 di-hidroxi vitamina D, tamponamento de ácido pelo osso, entre outros mecanismos.

A osteodistrofia renal associada a *turnover* ósseo aumentado e formação de tumores marrons é associada a(o):

- (A) intoxicação por alumínio.
- (B) hiperparatireoidismo secundário.
- (C) deficiência de 1,25 di-hidroxi vitamina D.
- (D) tamponamento ósseo da acidose metabólica.



QUESTÃO 45

Mulher de 32 anos, em uso irregular de terapia antirretroviral, evolui com quadro de febre arrastada, hepatoesplenomegalia e pancitopenia. Seu hemograma revela alta porcentagem de dacriócitos. É procedida biópsia de medula óssea, que se revela positiva para a presença de bacilos corados pelo FITE (técnica de coloração variante do método de Ziehl-Nielsen).

Diante desse resultado, deve idealmente ser iniciado tratamento com:

- (A) rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol.
- (B) anfotericina B lipossomal, seguido por flucitosina.
- (C) voriconazol associado a equinocandina.
- (D) levofloxacina, amicacina e rifampicina.

QUESTÃO 46

Mulher de 48 anos procura assistência médica em função de dor abdominal, artralgias, hematúria e equimoses nos membros inferiores. Ao exame físico, a paciente se encontra em regular estado geral, com níveis tensionais normais e exame abdominal inespecífico, mas com a presença de púrpura palpável nos membros inferiores. O exame de urina revela proteinúria moderada e presença significativa de dismorfismo eritrocitário.

A etiopatogenia de suas lesões cutâneas e dano glomerular envolve:

- (A) desenvolvimento de anticorpos antimembrana basal glomerular (anti-GBM).
- (B) formação de anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).
- (C) ativação desordenada da via alternativa do complemento.
- (D) depósitos teciduais de imunoglobulina A (IgA).

QUESTÃO 47

Homem de 22 anos, previamente hígido, apresenta quadro súbito de dor torácica do tipo pleurítica à direita. Ao exame físico, o paciente mostra-se com leve desconforto respiratório e expansibilidade pulmonar diminuída à direita, onde o MV é abolido, o frêmito toracovocal é diminuído e a percussão local produz som timpânico. Os níveis tensionais do paciente estão normais e não há turgência jugular patológica.

O diagnóstico a ser estabelecido é:

- (A) pneumotórax fechado espontâneo.
- (B) pneumotórax aberto espontâneo.
- (C) pneumomediastino restrito.
- (D) pneumotórax hipertensivo.



QUESTÃO 48

Homem de 23 anos dá entrada na unidade de emergência referindo cefaleia retro-orbitária unilateral excruciante há cerca de duas horas. Segundo informa, nas últimas 24 horas, o paciente já teve dois episódios similares, ambos com durações de cerca de uma hora. Ao exame físico, observam-se miose e lacrimejamento ipsilaterais à dor. O paciente, que se encontra bastante agitado em função da dor, relata já ter tido episódios similares no passado, que sempre ocorrem na forma de ciclos de cefaleia, durando entre 15 minutos e 3 horas.

O diagnóstico correto do caso é:

- (A) hemicrania paroxística episódica.
- (B) migrânea oftalmoplégica.
- (C) cefaleia em salvas.
- (D) cefaleia tensional.

QUESTÃO 49

Paciente de 21 anos, com diagnóstico recente de diabetes *mellitus* tipo I, em tratamento com insulinização basal (NPH) e de controle per-prandial (insulina Lispro), é internado em caráter de emergência por quadro de sonolência, taquipneia, dor abdominal e febre. Exames laboratoriais evidenciam hiperglicemia (378 mg/dL), acidose metabólica (pH: 7,26; HCO_3^- : 13 mmol/L) com hiato aniônico aumentado (16 mmol/L) e presença de cetonemia, sendo o potássio sérico levemente aumentado (5,6 mEq/L). É estabelecido o diagnóstico de cetoacidose diabética precipitada por piodermite significativa no membro inferior direito. É iniciado tratamento padrão da condição, incluindo hidratação intravenosa generosa, insulinização intravenosa contínua e antibioticoterapia adequada, apresentando o paciente evolução clínica satisfatória.

O momento adequado para interrupção da insulinização contínua é:

- (A) normalização da glicemia.
- (B) correção adequada da acidose metabólica.
- (C) recuperação completa do nível de consciência.
- (D) redução do nível sérico de potássio para níveis inferiores a 4,0 mEq/L.

QUESTÃO 50

Mulher de 67 anos, tabagista, em acompanhamento crônico por hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e dislipidemia, é internada em unidade fechada com quadro de síndrome coronariana com supra de ST na parede ântero-septal, tendo a mesma se iniciado há cerca de 15 horas. Em razão do delta T longo, da ausência de dor e da manutenção de estabilidade hemodinâmica no momento da admissão na unidade, a paciente não foi submetida a terapia para abertura da artéria ocluída. Na manhã seguinte, a paciente apresenta severa deterioração hemodinâmica, com choque cardiogênico e congestão pulmonar aguda. Ao exame do precórdio, é observada a presença de um sopro sistólico intenso, que não estava presente à admissão.

A complicação mecânica do infarto sofrida pela paciente foi:

- (A) rotura de parede livre do ventrículo esquerdo.
- (B) formação de pseudoaneurisma ventricular.
- (C) rotura de septo interventricular.
- (D) rotura de músculo papilar.



