



medway

**SCM-BH - MG-2026-
Objetiva - MG**



NOME DO CANDIDATO:

ASSINATURA

SALA:

CARTEIRA:

INSTRUÇÕES

Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES contém 45 questões.

Escreva seu nome completo, sala, carteira e assine no campo indicado.

Utilize caneta de tinta **preta**.

Responda as questões de múltipla escolha no GABARITO.

Não será permitida qualquer espécie de consulta nem o uso de aparelhos eletrônicos.

Leia atentamente as instruções contidas no CADERNO DE RESPOSTAS.

Boa Prova!



QUESTÃO 1.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

“O Ministério da Saúde confirma, até a presente data, a ocorrência de 58 casos de intoxicação exógena por metanol em diferentes estados, com 15 óbitos registrados. As investigações epidemiológicas, apontam para uma ligação direta entre os casos e o consumo de bebidas alcoólicas artesanais ou industrializadas de procedência irregular. Análises laboratoriais em amostras de bebidas apreendidas nos locais de consumo das vítimas confirmaram a presença de metanol em concentrações letais.” Ministério da Saúde, 24 de outubro de 2025; Com base no alerta do Ministério da Saúde, a direção de uma UPA procura estabelecer um protocolo de manejo rápido e discute o atendimento de três pacientes que consumiram bebida suspeita há 10 horas: Paciente 1: Assintomático. Paciente 2: Apresenta somente náuseas e epigastria leve. Paciente 3: Apresenta sonolência, visão turva e gasometria com acidose metabólica (pH 7,20). Considerando a urgência em prevenir a formação de metabólitos tóxicos e os diferentes estágios clínicos apresentados pelos pacientes acima, qual a abordagem terapêutica MAIS adequada?

- A. Paciente 1: Alta com orientações. Paciente 2: Observação clínica e hidratação. Paciente 3: Antídoto (etanol ou fomepizol) e hemodiálise.
- B. Paciente 1: Iniciar o antídoto (fomepizol). Paciente 2: Iniciar o antídoto (fomepizol). Paciente 3: Iniciar o antídoto (fomepizol) e preparar o paciente para hemodiálise.
- C. Paciente 1: Induzir vômitos e administrar carvão ativado. Paciente 2: Administrar antídoto (etanol) e bicarbonato de sódio. Paciente 3: Iniciar hemodiálise imediatamente, sem necessidade de antídoto.
- D. Paciente 1 e 2: Observação por 24 horas, iniciar antídoto (etanol ou fomepizol) apenas se surgirem sintomas visuais. Paciente 3: Iniciar antídoto, bicarbonato de sódio e hidratação venosa.

QUESTÃO 2.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um paciente de 55 anos, sexo masculino, com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) há 8 anos, em uso de Metformina XR 2g/dia, retorna para reavaliação. Apresenta IMC de 34 kg/m², hipertensão arterial controlada com losartana e dislipidemia em uso de rosuvastatina. Queixa de dores nos joelhos, quando fica muito tempo em pé, o que tem impedido a prática de atividades físicas. Apesar da boa adesão, seus exames mostram: hemoglobina glicada (HbA1c) de 8,2% e glicemia de jejum de 165 mg/dL. Considerando as evidências científicas atuais, qual das seguintes opções representa a MELHOR conduta para otimizar o tratamento deste paciente?

- A. Associar tirzepatida que, devido ao seu mecanismo duplo de agonismo dos receptores GIP e GLP-1, demonstra superioridade na redução de HbA1c e peso corporal em comparação com outras classes.
- B. Suspender metformina e iniciar semaglutida subcutânea semanal, um agonista do receptor GLP-1, que promoverá controle glicêmico adequado e perda de peso significativa.
- C. Adicionar uma sulfonilureia, como a gliclazida, para potencializar a secreção de insulina de



forma rápida e efetiva, visando atingir a meta de HbA1c o mais breve possível.

D. Iniciar insulina basal (ex: glargina) em dose noturna, pois é a terapia com maior poder de redução da glicemia de jejum e da HbA1c.

QUESTÃO 3.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um paciente de 60 anos dá entrada na sala de emergência com dispneia aguda e dessaturação (SatO₂ 85% em ar ambiente). A ausculta pulmonar revela estertores crepitantes difusos. Você realiza o protocolo BLUE (Bedside Lung Ultrasound in Emergency) para diferenciar as causas da insuficiência respiratória. Os achados são: múltiplas linhas B confluentes e difusas em ambos os hemitóraxes, partindo de uma linha pleural lisa e regular. O achado adicional que, se presente no mesmo exame POCUS, confirmaria o diagnóstico de edema pulmonar cardiogênico ou por sobrecarga de volume, em detrimento de uma síndrome do desconforto respiratório agudo, seria:

- A. Sinal do morcego (bat sign) e consolidações subpleurais com broncogramas aéreos dinâmicos em campos posteriores.
- B. Múltiplos pontos em que o deslizamento pleural está ausente (lung sliding), associado ao sinal do "ponto pulmonar" (lung point).
- C. Veia cava inferior dilatada (>2,1 cm) com colapso inspiratório inferior a 50% e disfunção sistólica grave do ventrículo esquerdo.
- D. Ausência de linhas B nos campos pulmonares inferiores e presença de "ponto pulmonar" (lung point), sugerindo que o processo é predominantemente de base.

QUESTÃO 4.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Uma paciente de 72 anos é encontrada por seu filho às 07:00 da manhã em sua cama, com hemiplegia esquerda densa e desvio do olhar para a direita. Ela foi vista pela última vez em seu estado normal às 22:00 da noite anterior. Na chegada ao hospital, seu NIHSS é de 18. O protocolo de "Wake-up Stroke" é iniciado e os resultados dos exames são os seguintes: • TC de crânio sem contraste: Sem alterações agudas. • Angio-TC de crânio e vasos cervicais: Oclusão do segmento M1 da artéria cerebral média direita. • TC com perfusão: Evidencia uma pequena área de infarto estabelecido (core isquêmico) e uma grande área de hipoperfusão crítica (penumbra isquêmica). Com base nos critérios de janelas estendidas para o tratamento do AVC isquêmico, qual dentre as condutas é a MAIS apropriada para essa paciente?

- A. Realizar trombectomia mecânica de urgência, pois a paciente apresenta um perfil de "mismatch" clínico-radiológico favorável (pequeno core, grande penumbra).
- B. Internar para cuidados de suporte em unidade de AVC, pois a paciente está fora da janela terapêutica padrão de 6 horas para reperfusão e o tempo exato do ictus é desconhecido.
- C. Administrar alteplase intravenosa, pois estudos de imagem validaram o benefício do uso de trombolíticos em relação à trombectomia em pacientes com "wake-up stroke".



D. Iniciar dupla antiagregação plaquetária com AAS e clopidogrel e realizar controle intensivo da pressão arterial, pois a terapia de reperfusão não está mais indicada.

QUESTÃO 5.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um homem de 34 anos é admitido na sala de emergência, trazido pelo SAMU, por alteração do nível de consciência e hipotensão refratária. Familiares relatam um quadro progressivo de fadiga, náuseas e dor abdominal difusa nos últimos dias, associado à febre baixa (37.8°C). Ao exame, o paciente está torporoso (Glasgow 13), com PA: 80x40 mmHg (não responsiva a 1000 mL de soro fisiológico 0.9%), FC: 130 bpm, FR: 24 irpm. A pele está fria, pegajosa, e nota-se uma hiperpigmentação acentuada em gengivas e nas cicatrizes de cirurgias prévias. A glicemia capilar é de 55 mg/dL. Os exames laboratoriais colhidos na admissão mostram: Sódio 128 mEq/L, Potássio 5,8 mEq/L, Ureia 80 mg/dL, Creatinina 1,8 mg/dL. Diante deste quadro de choque indiferenciado, com múltiplas alterações metabólicas, qual é a intervenção terapêutica empírica, imediata e MAIS importante para a sobrevivência do paciente?

- A. Administrar imediatamente hidrocortisona 100 mg em bolus intravenoso, associada à expansão volêmica agressiva com soro fisiológico 0.9%.
 - B. Iniciar antibioticoterapia de amplo espectro (ex: ceftriaxona e vancomicina) e titular norepinefrina para atingir uma pressão arterial média > 65 mmHg, tratando como choque séptico.
 - C. Realizar o teste de estimulação com cosintropina para confirmação do diagnóstico antes de qualquer intervenção para não invalidar o resultado.
 - D. Administrar gluconato de cálcio para estabilização de membrana cardíaca, seguido de solução polarizante (glico- insulina) para manejo da hipercalemia grave.
-

QUESTÃO 6.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um homem de 52 anos, com obesidade (IMC 31 kg/m²) e sedentarismo, procura atendimento por queixa de fadiga progressiva e palidez cutânea nos últimos meses. Exames solicitados na investigação revelaram: Glicemia de jejum de 132 mg/dL; Hemoglobina glicada (HbA1c) de 5,5%; Hemoglobina de 9,8 g/dL; VCM de 75 fL; Ferritina de 10 ng/mL. Considerando o quadro clínico-laboratorial integrado, analise as afirmativas a seguir: I. A hemoglobina glicada (HbA1c) neste paciente é um marcador diagnóstico de menor fidedignidade, pois a anemia pode alterar o turnover das hemácias, resultando em um valor que não reflete a hiperglicemia média real. II. O diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 é provável e pode ser confirmado pela repetição da glicemia de jejum, sem a necessidade obrigatória de um teste oral de tolerância à glicose (TOTG). III. A conduta inicial deve incluir a recomendação de mudanças no estilo de vida (MEV) e a investigação da causa da anemia ferropriva, que neste homem de 52 anos, deve priorizar a pesquisa de sangramento gastrointestinal. E CORRETO o que se afirma em:



- A. III, apenas.
- B. I e II, apenas.
- C. I e III, apenas.
- D. I, II e III.

QUESTÃO 7.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um paciente de 75 anos, diabético, é admitido com pneumonia comunitária. Evolui com febre persistente, apesar de 48 horas de antibioticoterapia venosa adequada, e uma radiografia de tórax evidencia um derrame pleural que ocupa 40% do hemitórax direito. É realizada uma toracentese diagnóstica, cujo líquido pleural revela as seguintes características: aspecto turvo, pH de 7,10, glicose de 35 mg/dL, LDH de 950 U/L (LDH sérico de 280 U/L), proteínas de 4,8 g/dL (proteína sérica de 6,5 g/dL) e bacterioscopia pelo método de Gram mostrando cocos gram-positivos. Diante deste quadro, qual é a PRÓXIMA ETAPA imediata e indispensável no manejo deste paciente?

- A. Manter a antibioticoterapia venosa isoladamente e realizar radiografias seriadas, pois a drenagem pleural está indicada apenas se houver evidência de empiema franco (pus).
- B. Realizar a drenagem pleural com dreno torácico de grosso calibre (toracostomia com drenagem fechada) e manter a antibioticoterapia.
- C. Realizar uma nova toracentese terapêutica (de alívio) em 24 horas para reavaliar os parâmetros bioquímicos e decidir sobre a necessidade de drenagem definitiva.
- D. Adicionar um segundo antibiótico para cobrir germes atípicos e iniciar corticoide sistêmico para modular a resposta inflamatória pleural.

QUESTÃO 8.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um homem de 28 anos, atleta amador, procura o pronto-socorro 12 horas após participar de uma corrida de rua realizada sob forte onda de calor. Ele relata que, ao final da prova, sentiu náuseas, cefaleia e câibras intensas, mas optou por ir para casa. Evoluiu com piora do quadro, apresentando agora mialgia generalizada severa, principalmente em coxas e panturrilhas, e notou que sua urina está muito escura, com coloração semelhante à "Coca-Cola". Exames laboratoriais de admissão mostram: CK (Creatina quinase) de 25.000 U/L (VR: < 170 U/L), potássio de 5,6 mEq/L (VR: 3,5 a 5,3 mEq/L) e creatinina de 2,1 mg/dL (VR: < 1,2 mg/dL). Com base na evolução clínica e nos resultados laboratoriais, qual o diagnóstico síndrome MAIS completo e principal preocupação terapêutica neste momento?

- A. Desidratação grave com lesão renal aguda pré-renal. A prioridade é a reposição volêmica cautelosa com cristaloides.
- B. Rabdomiólise induzida por esforço e calor, com lesão renal aguda. A prioridade é a hidratação venosa agressiva e monitorização para prevenção de hipercalemia grave e maior dano renal.



- C. Intermação (heatstroke) com manifestações tardias. A prioridade é o controle da temperatura central com métodos de resfriamento e monitorização neurológica.
- D. Câibras pelo calor complicadas com distúrbio hidroeletrólítico. A prioridade é a correção lenta da hiponatremia com solução salina.

QUESTÃO 9.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Uma paciente de 72 anos, com diagnóstico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Preservada (ICFEP) (FEVE 55%), retorna ao ambulatório por persistência de dispneia aos esforços (NYHA II). Ela tem histórico de hipertensão, diabetes tipo 2 e doença renal crônica estágio 3b (TFG estimada de 40 mL/min/1.73m²). Sua terapia atual inclui losartana 50mg 2x/dia e furosemida 40mg/dia. Exames recentes mostram um potássio sérico de 5,1 mEq/L. Considerando as recomendações mais recentes, qual a próxima etapa terapêutica MAIS apropriada e segura para esta paciente?

- A. Iniciar um inibidor de SGLT2 (ex: dapagliflozina 10mg/dia), pois esta classe oferece benefícios cardiorrenais comprovados na ICFEP, com um efeito neutro ou de redução mínima no potássio sérico.
- B. Iniciar um antagonista do receptor mineralocorticoide (ex: espironolactona 12,5mg/dia), pois é uma terapia com benefício estabelecido na insuficiência cardíaca e a dose baixa minimiza os riscos.
- C. Aumentar a furosemida para 80mg/dia para otimizar o controle da congestão, pois a introdução de novas classes de drogas está contraindicada devido à disfunção renal e ao potássio limítrofe.
- D. Iniciar um betabloqueador (ex: succinato de metoprolol 25mg/dia), visando o benefício prognóstico já consolidado da classe na insuficiência cardíaca.

QUESTÃO 10.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um jovem de 28 anos queixa-se de dor na região lombar baixa, há 6 meses, de início insidioso. A dor é pior pela manhã, com rigidez que dura cerca de uma hora, e melhora significativamente após ele começar a se movimentar ou praticar exercícios. Assinale a alternativa que preenche, CORRETA e respectivamente, as lacunas: O quadro clínico é altamente sugestivo de _____ e a primeira linha de tratamento medicamentoso consiste no de _____.

- A. Hérnia de disco; analgésicos opioides
- B. Lombalgia mecânica; relaxantes musculares e fisioterapia
- C. Espondiloartrite axial; anti-inflamatórios não esteroides
- D. Espondiloartrite axial; terapia imunobiológica
-



QUESTÃO 11.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um médico atende na UPA um homem de 48 anos, com quadro súbito de paralisia em toda a hemiface esquerda, iniciado há 12 horas. O paciente relata também uma dor intensa e profunda "dentro do ouvido" esquerdo, além de tontura e uma sensação de que os sons estão "altos demais" neste ouvido. O médico realiza o exame neurológico e firma o diagnóstico de paralisia de Bell. Ele prescreve prednisona 60mg/dia por 7 dias e libera o paciente com retorno ambulatorial, tranquilizando-o sobre a natureza "idiopática e benigna" da condição. Considerando o cenário apresentado, qual foi o erro MAIS significativo no raciocínio ou na conduta do médico?

- A. O erro foi não solicitar uma ressonância magnética de crânio de urgência, pois todo paciente com paralisia facial aguda deve ser investigado para acidente vascular cerebral.
- B. O erro foi a prescrição de uma dose excessiva de corticoide, o que aumenta o risco de efeitos adversos, sem benefício adicional para o paciente.
- C. O erro foi uma falha na propedêutica: a combinação de otalgia intensa, tontura e paralisia facial exigia uma otoscopia meticulosa, tornando a conduta terapêutica possivelmente incompleta.
- D. O erro foi não associar um antibiótico e um antiviral ao corticoide, pois todas as diretrizes atuais recomendam a terapia combinada para todos os casos de paralisia de Bell.

QUESTÃO 12.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um homem de 58 anos é investigado por um quadro de fadiga, mal-estar, perda de peso, febre baixa, linfonodomegalia e constipação há 3 meses. Ele nega comorbidades prévias conhecidas, uso de quaisquer medicamentos, tabagismo ou etilismo. Os exames laboratoriais revelam: Cálcio sérico total: 11,8 mg/dL (VR: 8.6-10.3 mg/dL); Fósforo: 2,1 mg/dL (VR: 2.5-4.5 mg/dL); Paratormônio (PTH): 8 pg/mL (VR: 15-65 pg/mL); 25-hidroxivitamina D (calcifediol): 35 ng/mL (VR: 30-100 ng/mL); 1,25-dihidroxivitamina D (calcitriol): 110 pg/mL (VR: 18-72 pg/mL); Qual dos seguintes mecanismos fisiopatológicos oferece a MELHOR explicação unificada para o conjunto de achados laboratoriais deste paciente?

- A. Hiperparatireoidismo primário, com produção autônoma de paratormônio (PTH) por um adenoma de paratireoide.
- B. Intoxicação exógena por suplementação com vitamina D, levando à supressão do PTH e aumento da absorção de cálcio.
- C. Hipercalcemia humoral da malignidade, mediada pela produção excessiva de peptídeo relacionado ao PTH.
- D. Produção não regulada de 1-alfa-hidroxilase em tecido extra-renal, levando à conversão excessiva da forma de armazenamento da vitamina D em sua forma ativa.

QUESTÃO 13.



Um médico clínico está avaliando quatro pacientes distintos com alterações hepáticas. Qual dos cenários clínicos abaixo é o MAIS característico de um episódio de hepatite alcoólica aguda?

- A. Jovem de 22 anos, previamente hígido, com febre, icterícia de início súbito, fadiga intensa, ALT de 1800 U/L e AST de 1200 U/L.
- B. Homem de 45 anos se apresenta com icterícia dolorosa, febre e mal-estar geral. Exames mostram AST de 280 U/L, ALT de 110 U/L, leucocitose com desvio à esquerda e GGT elevada.
- C. Mulher de 60 anos com dor em hipocôndrio direito, icterícia, febre com calafrios, acolia fecal e colúria. Exames mostram Fosfatase Alcalina de 950 U/L e GGT de 1200 U/L.
- D. Homem de 65 anos com histórico de hepatite C, apresentando aumento do volume abdominal, edema de membros inferiores e episódios de sonolência diurna. Exames mostram albumina de 2,5 g/dL e INR de 1,9.

QUESTÃO 14.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Uma mulher de 45 anos, com diagnóstico de tireoidite de Hashimoto, retorna para reavaliação. Ela está em uso de levotiroxina 100 mcg/dia há 6 meses, dose considerada adequada para seu peso. No entanto, queixa-se de persistência da fadiga e do ganho de peso. Seus exames de controle mostram um TSH de 10,8 mUI/L e T4 livre de 0,7 ng/dL. Qual a causa MAIS provável para a falha terapêutica e a conduta inicial mais adequada?

- A. Má absorção da levotiroxina. A conduta é reforçar a orientação de ingestão em jejum absoluto, 30-60 minutos antes do café da manhã, e investigar o uso concomitante de medicamentos como sulfato ferroso, cálcio ou inibidores de bomba de prótons.
- B. Resistência periférica aos hormônios tireoidianos. A conduta é solicitar um teste genético e considerar o uso de liotironina (T3).
- C. Dose insuficiente do hormônio. A conduta é aumentar imediatamente a dose para 150 mcg/dia e repetir o TSH em 8 semanas.
- D. Desenvolvimento de um hipotireoidismo central. A conduta é solicitar uma ressonância magnética da hipófise para investigar um adenoma.

QUESTÃO 15.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Uma mulher de 55 anos, com diagnóstico de pancreatite crônica idiopática, há 10 anos, retorna à consulta com queixa de piora da dor abdominal, agora refratária à analgesia com opioides, perda de peso acentuada e episódios de hipoglicemia seguidos por hiperglicemias de difícil controle. Uma colangiopancreatografia por ressonância magnética evidencia múltiplas calcificações parenquimatosas, atrofia glandular e uma dilatação acentuada do ducto pancreático principal (10 mm de diâmetro), com uma estenose calcificada em sua



porção cefálica. Com base neste quadro clínico, analise as afirmativas abaixo: I. O tratamento da insuficiência exócrina com enzimas pancreáticas (lipase, protease, amilase) é indicado para reverter a má absorção e a perda de peso, devendo as cápsulas serem administradas juntamente com as refeições. II. O manejo do diabetes pancreatogênico é complexo devido à deficiência concomitante de insulina e glucagon. O uso de secretagogos de insulina, como as sulfonilureias, é a terapia de primeira escolha por ser mais segura e eficaz que a insulino terapia neste cenário. III. A dor refratária associada à dilatação ductal com estenose a montante caracteriza uma dor de mecanismo obstrutivo, tornando prioritária a avaliação de uma intervenção de descompressão, seja por via endoscópica (CPRE com dilatação e prótese) ou, cirúrgica (derivação pancreatojejunal). IV. A piora clínica acentuada, especialmente a dor refratária, em um paciente com pancreatite crônica de longa data, impõe a necessidade de descartar ativamente o desenvolvimento de adenocarcinoma de pâncreas, sendo esta a complicação mais temida da doença. Estão corretas apenas as afirmativas:

- A. I e III.
 - B. II e IV.
 - C. I, III e IV.
 - D. I, II e IV.
-

QUESTÃO 16.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Sobre os determinantes da filtração glomerular, assinale a afirmativa INCORRETA:

- A. O fluxo plasmático glomerular é um fator determinante da filtração glomerular.
 - B. A pressão de filtração no capilar glomerular se mantém estável durante todo o comprimento deste capilar.
 - C. A Permeabilidade hidráulica intrínseca da parede glomerular se mantém estável durante a filtração glomerular.
 - D. A redução do calibre da arteríola eferente aumenta a pressão de filtração glomerular.
-

QUESTÃO 17.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Das características que definem o conceito de Síndrome Nefrótica, assinale a afirmativa INCORRETA:

- A. Dislipidemia
 - B. Aumento das escórias renais
 - C. Proteinúria nefrótica
 - D. hipoalbuminemia
-

**QUESTÃO 18.**

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Sobre as medidas de tratamento da hipercalemia, qual das elencadas abaixo NÃO é uma medida de remoção de potássio?

- A. Diálise
 - B. Furosemida
 - C. Ciclossilicato de zircônio
 - D. Agonista beta-2
-

QUESTÃO 19.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Qual das definições abaixo sobre os diversos tipos de Síndrome Cardiorrenal é VERDADEIRA?

- A. Síndrome cardiorrenal tipo 2: anormalidades crônicas da função cardíaca levando à disfunção renal
 - B. Síndrome cardiorrenal tipo 1: piora aguda da função renal levando à disfunção cardíaca
 - C. Síndrome cardiorrenal tipo 3: condição sistêmica desfavorável, gerando disfunção cardíaca e renal simultâneas
 - D. Síndrome cardiorrenal tipo 4: piora aguda da função cardíaca levando à disfunção renal
-

QUESTÃO 20.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Sobre o uso de diuréticoterapia, no início da abordagem da Síndrome cardiorrenal tipo 1, qual deles NÃO está indicado?

- A. Furosemida.
 - B. Inibidor da anidrase carbônica.
 - C. Antagonista não-esteroidal do receptor mineralocorticoide.
 - D. Hidroclocrotiazida.
-

QUESTÃO 21.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Qual das causas abaixo de hiponatremia euvolêmica é FALSA?

- A. Síndrome Nefrótica.
- B. Hipotireoidismo.
- C. Síndrome de secreção inapropriada de ADH.



D. Intoxicação aquosa.

QUESTÃO 22.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Qual dos distúrbios eletrolíticos abaixo pode ser causado por alta dose de furosemida?

- A. K:5,8 mEq/L
 - B. Na:132 mEq/L
 - C. Ca:12,3 mg/dl
 - D. Bic:34 mEq/L
-

QUESTÃO 23.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Qual das medidas não-medicamentosas abaixo, para prevenção de formação de novos cálculos renais é FALSA?

- A. Redução da ingesta de cálcio.
 - B. Aumento da ingesta de potássio.
 - C. Redução da ingesta de sódio.
 - D. Redução da ingesta de oxalato.
-

QUESTÃO 24.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Sobre as características da hiponatremia 2ª a Secreção Inapropriada do Hormônio Antidiurético (SIADH), qual é a VERDADEIRA?

- A. Presença de disfunção renal.
 - B. Ácido úrico sérico elevado.
 - C. Sem melhora da hiponatremia após infusão de soro fisiológico.
 - D. Concentração urinária de sódio menor que 20 mEq/L.
-

QUESTÃO 25.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Qual das possíveis causas de hipercalemia é FALSA?



- A. Hipovolemia.
 - B. Hiperaldosteronismo.
 - C. Resistência A Aldosterona.
 - D. Impedimento Renal.
-

QUESTÃO 26.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Na vigência de insuficiência renal aguda, qual das medicações abaixo NÃO requer reajuste da dose ou do intervalo, ou até mesmo interrupção?

- A. Pregabalina.
 - B. Azitromicina.
 - C. Metformina.
 - D. Sulfametoxazol-trimetoprim.
-

QUESTÃO 27.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Considere uma paciente feminina, com IRC, taxa de filtração glomerular 35 ml/min e microalbuminúria 158 mg/g. Qual a sua classificação de DRC?

- A. G1A3
 - B. G3bA2
 - C. G3aA3
 - D. G4A2
-

QUESTÃO 28.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Qual das doenças minerais ósseas abaixo tem como característica a presença de PTH sérico elevado?

- A. Doença de alto remodelamento.
 - B. Doença óssea adinâmica.
 - C. Osteomalácia.
 - D. Doença por deposição de alumínio
-

QUESTÃO 29.



SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Das variadas colorações possíveis da urina, qual das cores abaixo se relaciona com a liberação de ADA pela neuro-hipófise?

- A. Branca.
 - B. Acastanhada.
 - C. Vermelha.
 - D. Amarela.
-

QUESTÃO 30.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

A presença de glicosúria no exame de fita de urina, na concomitância de uma glicemia < 100 mg/dl, pode significar qual das situações abaixo?

- A. Diabetes mellitus
 - B. Disfunção tubular distal
 - C. Lesão glomerular
 - D. Disfunção tubular proximal
-

QUESTÃO 31.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um homem de 45 anos de idade apresenta poliúria intensa (10L/dia), polidipsia e urina com densidade muito baixa. Após administração de desmopressina intranasal, há redução significativa do volume urinário e aumento da osmolaridade da urina. Os exames de imagem mostram ausência do sinal da haste hipofisária posterior em T1. Com base nesse quadro, assinale a alternativa CORRETA:

- A. O quadro é compatível com Diabetes insipidus central, devido à deficiência de secreção de vasopressina.
 - B. O quadro é compatível com síndrome de secreção inapropriada de ADH (SIADH), caracterizada por retenção hídrica e hiponatremia.
 - C. O teste com desmopressina sugere Diabetes insipidus nefrogênico, pois há resposta completa ao hormônio.
 - D. O achado de ausência do sinal da haste hipofisária é incompatível com distúrbio hipotálamo-hipofisário e indica erro de imagem.
-

QUESTÃO 32.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+



Um homem de 74 anos de idade, portador de insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, é internado por pneumonia grave, apresentando imobilização no leito há 4 dias. Nega história prévia de sangramentos ou tromboembolismo venoso (TEV). O exame clínico mostra PA = 120/70mmHg, FC = 92bpm, SpO2 = 94% em O2 suplementar. Plaquetas e função renal normais. Sobre a profilaxia do TEV nesse paciente, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A profilaxia farmacológica está contraindicada, pois pacientes clínicos têm baixo risco de tromboembolismo comparado aos cirúrgicos.
- B. A enoxaparina em dose profilática é indicada, podendo ser administrada 40mg por via subcutânea a cada 24 horas, desde que não haja contraindicações.
- C. O uso de anticoagulantes orais diretos (DOACs) é preferencial ao uso de heparina para profilaxia hospitalar em pacientes clínicos agudos.
- D. A profilaxia mecânica (meias compressivas ou dispositivos pneumáticos) é suficiente em todos os pacientes clínicos hospitalizados, independentemente do risco.

QUESTÃO 33.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Sobre as enfermidades que acometem o miocárdio, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A miocardite viral caracteriza-se por inflamação do miocárdio com liberação de troponina e costuma ter evolução crônica, sem possibilidade de recuperação da função ventricular.
- B. A cardiomiopatia hipertrófica é causada por hipertrofia reacional secundária à hipertensão arterial e não apresenta risco de morte súbita.
- C. A cardiomiopatia dilatada cursa com aumento do volume ventricular e redução da fração de ejeção, sendo frequentemente consequência de agressões miocárdicas prévias, como miocardite.
- D. O infarto agudo do miocárdio envolve necrose do pericárdio e geralmente ocorre sem elevação de biomarcadores cardíacos.

QUESTÃO 34.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um homem de 72 anos de idade, agricultor, apresenta, há 8 meses, uma lesão ulcerada no lábio inferior, com bordas elevadas e endurecidas, base infiltrada e sangramento fácil ao toque. Relata crescimento progressivo e dor local. O paciente é tabagista, etilista e relata exposição solar intensa por décadas. Com base nesse quadro clínico, assinale a alternativa CORRETA quanto ao diagnóstico e à conduta inicial:

- A. O quadro é compatível com carcinoma basocelular, que raramente metastatiza e pode ser tratado apenas com crioterapia.
- B. O carcinoma espinocelular deve ser suspeitado, sendo indicada biópsia incisional para confirmação histológica e avaliação de metástase linfonodal regional.



- C. Trata-se de lesão benigna compatível com ceratose actínica, devendo ser observada clinicamente por seis meses.
- D. O tratamento clínico inicial consiste em corticoide tópico de alta potência para reduzir a inflamação antes da cirurgia.

QUESTÃO 35.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Sobre as doenças articulares autoimunes, considere as seguintes afirmativas: I. Na artrite reumatoide, o envolvimento articular é tipicamente simétrico, com predomínio em pequenas articulações das mãos e punhos, podendo ocorrer deformidades fixas, se não tratada precocemente. II. No lúpus eritematoso sistêmico, a artrite é erosiva e deformante, e o fator reumatoide está sempre positivo. III. As espondiloartrites estão frequentemente associadas ao antígeno HLA-B27 e podem cursar com dor lombar inflamatória e entesite. IV. A artrite reumatoide e o lúpus eritematoso sistêmico podem cursar com manifestações extra-articulares, incluindo serosite e vasculite. Estão CORRETAS as afirmativas:

- A. I e III, apenas.
- B. II e IV, apenas.
- C. I, III e IV, apenas.
- D. I, II, III e IV.

QUESTÃO 36.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Uma mulher de 52 anos de idade apresenta perda ponderal progressiva, anemia ferropriva refratária, dor epigástrica e nódulo palpável em região umbilical. Além disso, observa-se hiperpigmentação aveludada em pregas axilares e cervicais. A endoscopia digestiva alta evidencia lesão infiltrante em corpo gástrico, cuja biópsia confirma adenocarcinoma gástrico difuso. Com base no quadro clínico, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A acantose nigricans é uma manifestação paraneoplásica cutânea associada a neoplasias gástricas avançadas.
- B. O nódulo umbilical palpável representa uma metástase hepática denominada de "nódulo de Sister Mary Joseph".
- C. A anemia ferropriva é explicada por absorção aumentada de ferro no intestino delgado devido à hipocloridria.
- D. A forma difusa do adenocarcinoma gástrico raramente apresenta metástases à distância, predominando lesões superficiais e bem delimitadas.

QUESTÃO 37.



Sobre as síndromes mielodisplásicas (SMD) e as síndromes mieloproliferativas crônicas (SMPC), assinale a alternativa CORRETA:

- A. As síndromes mielodisplásicas cursam com proliferação clonal de células maduras, resultando em policitemia e plaquetose.
- B. As síndromes mieloproliferativas crônicas apresentam, em geral, pancitopenia e displasia medular, com alto risco de transformação em anemia aplástica.
- C. A mutação JAK2 V617F é frequentemente encontrada em policitemia vera, trombocitemia essencial e mielofibrose primária.
- D. As síndromes mielodisplásicas são caracterizadas por aumento da produção eficaz de elementos sanguíneos maduros e por hiper celularidade compensatória da medula óssea.

QUESTÃO 38.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Em relação às infecções do trato urinário (ITU) em adultos, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A presença de piúria isolada é suficiente para o diagnóstico de infecção urinária, mesmo na ausência de sintomas clínicos.
- B. A pielonefrite aguda é geralmente causada por microrganismos gram-positivos, como *Enterococcus faecalis* e *Staphylococcus saprophyticus*.
- C. A bacteriúria assintomática deve sempre ser tratada, especialmente em homens e mulheres não grávidas.
- D. A *Escherichia coli* é o agente etiológico mais frequente das ITUs comunitárias, devido à sua capacidade de aderência uroepitelial mediada por fimbrias tipo P (pielonefrite) e tipo 1 (cistite).

QUESTÃO 39.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Sobre as doenças degenerativas do sistema nervoso central, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A doença de Alzheimer caracteriza-se por degeneração dos neurônios dopaminérgicos da substância negra, levando à rigidez e bradicinesia.
 - B. A doença de Parkinson está associada à deposição de placas β -amiloides e emaranhados neurofibrilares corticais.
 - C. A esclerose lateral amiotrófica (ELA) cursa com degeneração simultânea dos neurônios motores superiores e inferiores, preservando a sensibilidade e as funções cognitivas na maioria dos casos.
 - D. A doença de Huntington é uma demência de início tardio, causada por deposição de alfa-sinucleína nos neurônios do hipocampo.
-

**QUESTÃO 40.**

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um paciente do sexo masculino, de 62 anos de idade, portador de Diabetes mellitus tipo 2, é admitido com febre alta, taquicardia, hipotensão e confusão mental. O exame físico revela lesões cutâneas petequiais e sangramento gengival difuso. Os exames laboratoriais mostram plaquetas: $48.000/\text{mm}^3$, TP prolongado, TTPa prolongado, D- dímero aumentado e fibrinogênio diminuído. Com base no quadro clínico e nos achados laboratoriais, a condição hematológica MAIS provável associada ao diagnóstico de sepse grave, é:

- A. Púrpura trombocitopênica idiopática (PTI).
 - B. Síndrome hemolítico-urêmica (SHU).
 - C. Trombocitopenia induzida por heparina (TIH).
 - D. Coagulação intravascular disseminada (CIVD).
-

QUESTÃO 41.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um homem de 68 anos de idade, previamente hígido, procura atendimento com queixa de poliúria noturna e jato urinário fraco há 6 meses. Ao exame, o toque retal revela próstata endurecida, nodular e assimétrica. O PSA total é de $8,2\text{ng/mL}$, com relação PSA livre/total de 10%. A biópsia transretal mostra adenocarcinoma de próstata Gleason 4+3 (7) e a ressonância magnética demonstra lesão restrita à glândula, sem invasão capsular. Nesse caso, a conduta terapêutica MAIS adequada, é:

- A. Indicar vigilância ativa, com acompanhamento seriado do PSA e nova biópsia anual.
 - B. Realizar radioterapia externa exclusiva, pois trata-se de tumor de baixo risco.
 - C. Indicar prostatectomia radical com linfadenectomia pélvica, por se tratar de doença localizada de risco intermediário.
 - D. Iniciar terapia de privação androgênica isolada, indicada para controle hormonal inicial.
-

QUESTÃO 42.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um homem de 65 anos de idade, hipertenso e diabético, com histórico de infarto anterior há 4 anos e fração de ejeção de 35%, encontra-se em uso de betabloqueador, enalapril e espironolactona. Relata palpitações rápidas, tontura e dois episódios de pré-síncope nas últimas semanas. O ECG mostra taquicardia monomórfica com QRS largo (180ms) e frequência de 160bpm. O Holter prévio documenta episódios paroxísticos de fibrilação atrial (FA) e o ecocardiograma confirma cardiopatia estrutural isquêmica. Quanto às indicações e objetivos da ablação por cateter, com base nas informações clínicas e nos critérios eletrofisiológicos, assinale a alternativa CORRETA:

- A. A ablação está indicada primariamente para a fibrilação atrial, com isolamento das veias pulmonares, pois o tratamento da taquicardia ventricular é exclusivamente medicamentoso



com amiodarona.

B. A ablação ventricular tem indicação formal neste paciente, pois há taquicardia ventricular monomórfica sustentada em contexto de cicatriz pós-IAM, devendo o mapeamento eletroanatômico ser direcionado às zonas de entrada e saída do circuito de reentrada.

C. A presença de FA paroxística contraindica a ablação ventricular, uma vez que o substrato arritmico é supraventricular e requer apenas anticoagulação.

D. O uso de betabloqueadores impede o sucesso da ablação, devendo ser suspenso antes do procedimento e substituído por antiarritmico classe IC.

QUESTÃO 43.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Um homem de 45 anos de idade é encontrado inconsciente em casa. Na admissão ao Pronto- Socorro, apresenta Glasgow 6 (O2 V1 M3), pupilas isocóricas e fotorreagentes, respiração irregular do tipo Cheyne-Stokes, pressão arterial de 180/100mmHg e frequência cardíaca de 48bpm. O exame físico não mostra sinais de trauma. A glicemia capilar é de 112mg/dL. Com base no quadro descrito, a causa MAIS provável do rebaixamento do nível de consciência, é:

A. Lesão diencefálica ou hemisférica bilateral, compatível com hipertensão intracraniana.

B. Lesão hemisférica cortical difusa secundária a encefalopatia metabólica.

C. Lesão pontina com comprometimento do centro respiratório.

D. Lesão do sistema reticular ativador ascendente por intoxicação exógena.

QUESTÃO 44.

SCM-BH - MG-2026-Objetiva - MG | R+

Sobre o diagnóstico diferencial entre colecistite aguda, coledocolitíase e colangite aguda, considere as seguintes afirmativas: I. A presença de febre, dor em hipocondrio direito e icterícia define a Tríade de Charcot, clássica da colangite aguda. II. Na colecistite aguda, a icterícia costuma estar ausente ou discreta, sendo mais comum a elevação de leucócitos e do PCR.; III. A coledocolitíase isolada geralmente cursa com bilirrubinas elevadas, fosfatase alcalina e GGT aumentadas, sem sinais sistêmicos de infecção.;IV. A ultrassonografia costuma demonstrar dilatação do colédoco e cálculo no seu interior em casos de colelitíase não complicada. Estão CORRETAS as afirmativas:

A. I e IV, apenas.

B. I, II e III, apenas.

C. II, III e IV, apenas.

D. I, II, III e IV.

QUESTÃO 45.



Um homem de 49 anos de idade, IMC = 38kg/m^2 , diabético tipo 2 há 8 anos, hipertenso e em uso de metformina e losartana, é encaminhado para otimização do manejo da obesidade. Refere ganho progressivo de peso, apneia do sono e fadiga diurna. Nega doença psiquiátrica ativa. Exames: HbA1c = 8,1%; TSH normal; creatinina = $1,0\text{mg/dL}$; ALT discretamente elevada. Após avaliação multidisciplinar, discute-se a introdução de farmacoterapia antiobesidade, associada a mudanças comportamentais. Com base nesse caso, considere as afirmativas abaixo sobre o tratamento clínico da obesidade: I. A semaglutida, agonista do receptor de GLP-1, é opção eficaz para este paciente, promovendo perda ponderal média de até 15% e melhora do controle glicêmico, sendo preferível à liraglutida pelo perfil de eficácia e adesão; II. O orlistate seria contraindicado, neste caso, devido ao risco aumentado de hepatotoxicidade e interação medicamentosa com a losartana; III. A associação de bupropiona e naltrexona pode ser considerada, mas deve ser usada com cautela em pacientes com risco de crises convulsivas ou hipertensão arterial não controlada; IV. O tratamento farmacológico deve ser indicado apenas em pacientes com IMC $\geq 40\text{g/m}^2$ ou $\geq 35\text{kg/m}^2$ com comorbidades graves, após falha comprovada de medidas comportamentais por pelo menos 12 meses. Estão CORRETAS as afirmativas:

- A. I e III, apenas.
- B. II e IV, apenas.
- C. I, II e III, apenas.
- D. I, II, III e IV.



GABARITO

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 1. (A) (B) (C) (D) | 26. (A) (B) (C) (D) |
| 2. (A) (B) (C) (D) | 27. (A) (B) (C) (D) |
| 3. (A) (B) (C) (D) | 28. (A) (B) (C) (D) |
| 4. (A) (B) (C) (D) | 29. (A) (B) (C) (D) |
| 5. (A) (B) (C) (D) | 30. (A) (B) (C) (D) |
| 6. (A) (B) (C) (D) | 31. (A) (B) (C) (D) |
| 7. (A) (B) (C) (D) | 32. (A) (B) (C) (D) |
| 8. (A) (B) (C) (D) | 33. (A) (B) (C) (D) |
| 9. (A) (B) (C) (D) | 34. (A) (B) (C) (D) |
| 10. (A) (B) (C) (D) | 35. (A) (B) (C) (D) |
| 11. (A) (B) (C) (D) | 36. (A) (B) (C) (D) |
| 12. (A) (B) (C) (D) | 37. (A) (B) (C) (D) |
| 13. (A) (B) (C) (D) | 38. (A) (B) (C) (D) |
| 14. (A) (B) (C) (D) | 39. (A) (B) (C) (D) |
| 15. (A) (B) (C) (D) | 40. (A) (B) (C) (D) |
| 16. (A) (B) (C) (D) | 41. (A) (B) (C) (D) |
| 17. (A) (B) (C) (D) | 42. (A) (B) (C) (D) |
| 18. (A) (B) (C) (D) | 43. (A) (B) (C) (D) |
| 19. (A) (B) (C) (D) | 44. (A) (B) (C) (D) |
| 20. (A) (B) (C) (D) | 45. (A) (B) (C) (D) |
| 21. (A) (B) (C) (D) | |
| 22. (A) (B) (C) (D) | |
| 23. (A) (B) (C) (D) | |
| 24. (A) (B) (C) (D) | |
| 25. (A) (B) (C) (D) | |



RESPOSTAS

01.	ANULADA
02.	A
03.	C
04.	A
05.	A
06.	D
07.	B
08.	B
09.	A
10.	C
11.	C
12.	D
13.	B
14.	A
15.	C
16.	B
17.	B
18.	D
19.	A
20.	C

21.	A
22.	D
23.	A
24.	C
25.	B
26.	B
27.	B
28.	A
29.	ANULADA
30.	D
31.	A
32.	B
33.	C
34.	B
35.	C
36.	A
37.	C
38.	D
39.	C
40.	D

41.	C
42.	B
43.	A
44.	B
45.	A