



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO GERIATRIA E GERONTOLOGIA

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Língua Portuguesa	de 01 a 10
SUS	de 11 a 20
Específico do cargo / Especialidade médica a que concorre	de 21 a 60

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no **CARTÃO-RESPOSTA**, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

“Infelicidade é uma questão de prefixo”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no **CARTÃO-RESPOSTA**.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

- “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
 - inelutável
 - incoercível
 - insofismável
 - inextinguível
- “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
 - absorver
 - restringir
 - demarcar
 - aproximar
- No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
 - “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
 - “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
 - “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
 - “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
- De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
 - rigor e flexibilidade
 - frugalidade e obstinação
 - comedimento e sobriedade
 - discernimento e intemperança
- “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
 - De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
 - Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
 - O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
 - Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. “Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.” (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. “Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. “A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais.” (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) “Achei que estava bem na foto.” (1º parágrafo)
- (B) “O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção...” (3º parágrafo)
- (C) “...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo)
- (D) “... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.” (5º parágrafo)
10. “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu...” (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7%
- (B) 12%
- (C) 15%
- (D) 22%
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo atualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
 - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
 - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
 - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
 - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
 - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
 - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
 - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
 - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
 - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
 - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
 - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
 - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
 - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
 - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
 - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

GERIATRIA E GERONTOLOGIA

21. O CAGE é um questionário simples e rápido, amplamente utilizado como triagem, para detectar uso abusivo de álcool, a respeito do qual é possível afirmar que:
- duas ou mais respostas positivas indicam uso abusivo de álcool
 - ter agredido alguém verbal ou fisicamente sob efeito de álcool é uma das questões desse instrumento
 - o CAGE não é mais tão amplamente usado atualmente, uma vez que o AUDIT é mais sensível e específico
 - o 'A' significa 'an eye-opener' e diz respeito ao fato de o paciente beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca

22. Filha traz para a consulta seu pai de 72 anos de idade, referindo que, na última semana, ele reclamou de um quadro de insônia que está presente há 5 meses. Ele não apresenta outros problemas de saúde, sempre foi bastante saudável, nega quadro de tristeza, angústia ou ansiedade nesse período. O geriatra deve, nesse caso:
- iniciar amitriptilina 25 mg à noite para ajudar o paciente a iniciar e manter o sono
 - solicitar polissonografia para investigação de síndrome da apneia obstrutiva do sono
 - pedir que o paciente faça um diário do sono por 10 dias e retorne para nova avaliação
 - prescrever lorazepam 2 mg por 90 dias e pedir que marque consulta de retorno, após esse período
23. Durante o exame físico de um paciente negro de 76 anos de idade, o geriatra suspeita de lesão cutânea sugestiva de melanoma lentiginoso acral. As características da lesão que aumentam a possibilidade desse diagnóstico são:
- lesões hipercrômicas em dorso e em pernas, que se formam a partir de um nevo preexistente
 - grande mancha pigmentar, irregular, em geral circundando uma nodulação ulcerada, na região plantar
 - lesões localizadas na região plantar, planas e hipercrômicas, semelhantes a nevos benignos e angiomas
 - nodulação com crescimento rápido, enegrecida, com algumas áreas hiperemiadas, ulceradas e sangrantes
24. Paciente de 67 anos de idade, portador de diabetes *mellitus* tipo 2 desde os 50 anos de idade, aproximadamente. Atualmente, faz uso de metformina apenas e, na última consulta, como não havia um controle glicêmico adequado, optou-se por aumentar a dose da medicação de 850 mg/dia para 1700 mg/dia. Para avaliar o impacto dessa intervenção, está indicado o seguinte exame complementar:
- hemoglobina glicosilada, que deve ser realizada em 30 dias
 - hemoglobina glicosilada, que deve ser realizada em cerca de 90 dias
 - insulina basal, que deve ser realizada, mensalmente, nos primeiros meses
 - glicemia de jejum, que deve ser realizada, semanalmente, durante o primeiro mês, após o ajuste da dose
25. Paciente de 67 anos de idade é hipertensa, diabética e faz uso de hidroclorotiazida 25 mg, enalapril 20 mg e espironolactona 25 mg, todos pela manhã. Além disso, é medicada com metformina 850 mg, 3 vezes por dia e sinvastatina 40 mg à noite. A taxa de filtração glomerular calculada a partir do MDRD é de 40 mL/min. Considerando o valor encontrado, a medicação que deve ter sua dose reduzida é:
- enalapril
 - metformina
 - espironolactona
 - hidroclorotiazida
26. Paciente de 77 anos de idade vem à consulta, por apresentar quadro de tontura e algumas quedas, há 6 meses. Ela descreve que o sintoma aparece quando ela está caminhando e, às vezes sentada. Nega hipoacusia, zumbidos, disartria ou disfagia. Ao exame físico, PA = 130 x 70 mmHg, sentada e em pé, ausência de diplopia e ataxia. Exame cardiovascular: ausência de sopros carotídeos, bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas, sem sopros. A causa mais provável da tontura é:
- o uso de betabloqueadores, metildopa ou nifedipina
 - pré-síncope secundária a um quadro de estenose aórtica
 - o comprometimento da propriocepção e visão, secundários à idade
 - síndrome de Ménière, se a paciente apresentar plenitude auricular associada
27. Paciente de 73 anos de idade, chega ao ambulatório, referindo dor torácica há 2 horas, de forte intensidade. Passa, inicialmente, por uma avaliação pela enfermeira e, nesse momento, apresenta uma síncope, ficando inconsciente. A enfermeira chama o geriatra, e ambos iniciam as manobras de suporte básico de vida. O Desfibrilador Externo Automático (DEA) está disponível nessa sala de atendimento e toda a equipe é bem treinada. Nesse contexto, a conduta correta é acionar o serviço de emergência e iniciar as manobras para o suporte básico de vida que deve ter a seguinte sequência de ações:
- iniciar as compressões torácicas na frequência de 100 compressões por minuto e posicionar o DEA
 - checar o pulso e, após 100 compressões torácicas por minuto, durante 2 minutos, posicionar o DEA
 - realizar a abertura das vias aéreas, checar o pulso e iniciar as compressões torácicas, até o posicionamento do DEA
 - checar o pulso e iniciar 30 compressões, intercaladas com 2 ventilações, enquanto outras pessoas da equipe trazem o DEA
28. Paciente de 67 anos de idade faz uso regular de hidroclorotiazida 25 mg pela manhã, para controle de hipertensão arterial. É portadora de asma, mas não apresenta sintomas, desde que mantenha o uso regular de budesonida/formoterol inalatório (200/6 mcg duas vezes por dia). Há cerca de 3 meses, em função de um quadro depressivo, foi-lhe prescrito amitriptilina 25 mg à noite. Nesse período, houve uma melhora notável dos sintomas depressivos já ao final do primeiro mês de tratamento. No entanto, no último mês tem sentido "tonteira" quando se levanta da cama ou do sofá, o que motivou sua vinda à consulta atual. Tem usado com frequência um medicamento que a vizinha lhe receitou para a dor relacionada à osteoartrose dos joelhos e, além disso, como tem notado constipação intestinal, tem usado, diariamente, um laxativo. Sobre esse caso, é possível afirmar que:
- a prescrição de um anti-histaminico não sedativo seria uma boa opção para o tratamento da vertigem dessa paciente
 - a dose de amitriptilina pode ser aumentada para 50 mg por dia, uma vez que o quadro depressivo ainda não está plenamente controlado
 - a "tonteira" pode ser a interpretação da paciente de algum sintoma relacionado à asma, devendo ser aumentada a dose dos medicamentos inalatórios
 - a paciente pode estar apresentando hipotensão postural; nesse caso, o médico deve observar a associação do diurético tiazídico com o antidepressivo tricíclico
29. Paciente de 65 anos de idade chega ao ambulatório referindo cansaço e dor torácica forte. Apresenta dificuldade para respirar e dor em pontada no hemitórax esquerdo de forte intensidade. Seus antecedentes: HAS (em tratamento irregular), tabagismo (20 cigarros/dia) e miomatose uterina, com histerectomia total realizada há cerca de 1 semana. A paciente apresenta um episódio de hemoptise durante a consulta, e ao exame tem diminuição do ruído respiratório em base de hemitórax esquerdo, FR = 28 ipm, SatO₂ = 91%, PA 140 x 80 mmHg e FC = 110 bpm. Considerando o quadro, o geriatra decide fornecer oxigênio, solicitar uma unidade do SAMU e remover a paciente para um serviço de emergência. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- edema agudo de pulmão
 - pneumotórax espontâneo
 - tromboembolismo pulmonar
 - pneumonia grave com derrame pleural

30. Paciente de 62 anos de idade, vem ao ambulatório com queixa de constipação presente há vários anos. Tem evacuado apenas uma ou duas vezes por semana, quase sempre com muito esforço, e, de vez em quando, fica com a sensação de que não conseguiu evacuar tudo. Ocasionalmente usa laxantes, que aliviam um pouco os sintomas, mas deixam as fezes amolecidas, o que também a incomoda. Não tem história familiar de problemas semelhantes. Nega sangramento nas fezes e perda de peso. Fora a constipação, tem boa saúde: tem HAS controlada, faz caminhadas diárias e tem uma dieta rica em verduras, frutas, pães e carne (branca e vermelha). Fez alguns exames laboratoriais 6 meses atrás, incluindo uma pesquisa de sangue oculto nas fezes, com resultado negativo. O exame do abdome é normal e o toque retal não encontra alterações. Diante do quadro, a conduta mais adequada é:
- solicitar colonoscopia
 - contraindicar as caminhadas
 - prescrever supositórios de glicerina
 - orientar o aumento da ingestão de líquidos
31. Paciente de 70 anos de idade sofreu, há 2 anos, um infarto agudo do miocárdio (IAM) e, como consequência, evoluiu com insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Estava com um bom controle dos sintomas, mas há um mês se queixa de dispneia aos moderados esforços (consegue caminhar no plano e arrumar a casa). Não se lembra de ter tido episódios de dor torácica nesse período. No momento, usa enalapril 10 mg de 12/12h, hidroclorotiazida 25 mg/dia, AAS 200 mg/dia. Ao exame físico, apresenta aumento de peso de 3 kg em 30 dias, bulhas cardíacas com sopro sistólico em foco mitral, frequência cardíaca de 88 bpm, pressão arterial de 160/100mmHg, edema (+2/+4) em membros inferiores e ausculta pulmonar normal. A conduta farmacológica mais adequada para esse caso é:
- associar hidralazina-isossorbida 3 vezes ao dia
 - introduzir carvedilol, na dose de 3,125 mg, 2 vezes por dia
 - aumentar a dose de hidroclorotiazida para atingir o peso seco
 - substituir o enalapril por um antagonista dos receptores de angiotensina II
32. Paciente de 63 anos de idade tem diabetes há cerca de 20 anos e há 8 anos, aproximadamente, está em insulino terapia. Atualmente, faz uso de insulina NPH humana, aplicando 28 U por volta das 8 horas e 20 U por volta das 22 horas. Ele faz automonitoramento com a dosagem de glicemia capilar duas vezes por dia, sempre antes de utilizar a insulina. Tem notado que a glicemia capilar da noite tem ficado em torno de 130 mg/dL, mas a glicemia capilar da manhã quase sempre está acima de 250 mg/dL. Além disso, frequentemente, ele tem acordado durante a madrugada com tremores, sudorese e fome. A melhor conduta para esse paciente é:
- visando evitar a hipoglicemia de rebote, deve ser iniciada uma dose de insulina regular de 0,1 U/Kg antes do jantar
 - a dose da insulina da noite pode ser aumentada em 4 U, uma vez que a glicemia capilar da manhã está acima do desejável
 - orientar o paciente a manter a dose de insulina e colocar o despertador para as 2 horas da madrugada para se alimentar, visando evitar os picos de hipoglicemia
 - a dose de insulina da noite pode ser reduzida, uma vez que é provável que esteja havendo hipoglicemia durante a madrugada, com hiperglicemia reacional em seguida
33. Paciente de 58 anos de idade vem à consulta para mostrar exames solicitados em um outro serviço de saúde. Apesar de estar assintomática, ela havia dito ao médico que gostaria de fazer "exames da tireoide", pois tem irmãs com doenças tireoidianas. Os resultados foram os seguintes: TSH 7,05 mU/L (valor de referência: 0,50 a 5,00 mU/L); T4 livre 1,10 ng/dL (valor de referência: 0,60 a 1,50 ng/dL); anticorpo anti tireoperoxidase positivo (valor de referência: negativo). A respeito desse caso, pode-se afirmar que:
- a paciente apresenta um quadro de hipotireoidismo central subclínico, devendo ser iniciado o uso de levotiroxina
 - a paciente apresenta hipotireoidismo subclínico e não há necessidade de utilização de levotiroxina no momento
 - é impossível excluir hipotireoidismo nessa paciente somente com esses exames, deve-se, portanto, solicitar a dosagem de T3 sérico
 - é necessário solicitar hemograma, perfil lipídico, creatinofosfoquinase e prolactina, devido à associação de aumento de TSH com alterações nesses exames
34. Paciente de 80 anos de idade, diabético, vem à consulta trazendo exames solicitados para o controle do seu tratamento: glicemia de jejum 121 mg/dL; hemoglobina glicada 7,3%; creatinina 1,4 mg/dL (taxa de filtração glomerular calculada 45 mL/min/1,73m²); EAS sem alterações. No momento, queixa-se de tosse, febre e prostração. Após a anamnese e o exame físico, confirma-se o diagnóstico clínico de pneumonia comunitária. A melhor conduta medicamentosa para o tratamento dessa infecção é o uso de:
- levofloxacino, cuja dose deve ser diminuída por conta da função renal do paciente
 - claritromicina; o intervalo entre as doses deve ser aumentado, de 12 em 12 horas para 24 em 24 horas
 - amoxicilina e ácido clavulânico; tanto a dose do medicamento como o intervalo entre as doses devem ser diminuídos
 - antibióticos; devem ser prescritos na dose usual, uma vez que o nível de creatinina se encontra abaixo de 2,0 mg/dL
35. Paciente masculino de 52 anos de idade, ex-tabagista com carga tabágica de 40 maços-ano, está em abstinência há 3 anos, desde que teve diagnóstico de DPOC. Atualmente em uso de salbutamol spray, quando necessário, e formoterol 12 mcg ao dia. Refere dispneia, aumento da quantidade do escarro e a mudança do seu padrão para purulento. Ao exame físico, sem esforço respiratório, afebril, estável hemodinamicamente e com murmúrio vesicular discretamente diminuído à ausculta pulmonar (semelhante à última consulta). O diagnóstico provável e o manejo mais adequado são, respectivamente:
- gripe; tratamento ambulatorial com oseltamivir 75 mg e revisão em 48 horas
 - pneumonia; raio X de tórax e tratamento ambulatorial com ciprofloxacino 500 mg
 - infecção de vias aéreas superiores de origem viral; tratamento ambulatorial com sintomáticos
 - exacerbação de DPOC; tratamento ambulatorial com amoxicilina 500 mg e prednisona 40 mg
36. A hipertensão arterial sistêmica é considerada:
- síndrome, cuja prevalência na população urbana no Brasil varia de 22 a 43%
 - entidade nosológica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial ($\geq 140 \times 90$ mmHg)
 - fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e déficits cognitivos, como doença de Alzheimer, demência vascular e senil
 - patologia, cujas complicações mais comuns são insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença renal crônica

37. Paciente de 74 anos de idade foi diagnosticado, há 1 ano, com um câncer de pulmão metastático, cujas possibilidades terapêuticas foram esgotadas há 3 meses. Em consulta domiciliar apresenta-se restrito ao leito devido à caquexia, com baixa ingestão hídrica, mas usando fraldas descartáveis e urinando normalmente. Está sem defecar regularmente há alguns dias. Sua prescrição inclui metoclopramida 10 mg 8/8 horas, codeína + paracetamol 30 + 500 mg 8/8 horas, omeprazol 40 mg pela manhã em jejum e clonazepam 2 mg as 22 horas. Está consciente, e, perguntado sobre como se pode ajudá-lo, responde que a dor está bem controlada, mas as náuseas persistem, que a barriga está muito inchada por não defecar e que isso o tem incomodado bastante, especialmente porque tem a sensação de que há ocupação retal mesmo após defecar. A melhor medida a ser tomada, considerando o desejo do paciente e seu manejo adequado, é:
- (A) suspender a codeína+paracetamol e iniciar metadona
 - (B) manter a codeína+paracetamol e introduzir o óleo mineral
 - (C) suspender a codeína+paracetamol e prescrever naltrexona
 - (D) manter a codeína+paracetamol e realizar toque retal para investigar a presença de fecaloma
38. Paciente de 60 anos de idade, em uma consulta de retorno com o seu geriatra, trouxe uma ultrassonografia da tireoide, apresentando um nódulo em lobo esquerdo medindo 0,8 cm de diâmetro, com as seguintes características: hipocogenicidade, microcalcificações, margem irregular e hipervascularização intranodular. O TSH estava normal. A conduta correta para o caso é:
- (A) indicar radioiodoterapia
 - (B) solicitar punção aspirativa com agulha fina
 - (C) indicar remoção cirúrgica da glândula tireoide
 - (D) seguir com ultrassonografia da tireoide a cada 6 meses
39. A respeito do diagnóstico e manejo da insuficiência cardíaca, é correto afirmar:
- (A) o ecocardiograma é indispensável para o diagnóstico de insuficiência cardíaca
 - (B) a investigação da etiologia da insuficiência cardíaca é dispensável, pois o tratamento deve ser sintomático
 - (C) a digoxina é um medicamento indicado na maior parte dos casos, pois está associado à redução da mortalidade entre pacientes com a doença
 - (D) os inibidores da enzima conversora de angiotensina são medicamentos de primeira escolha, pois seu uso está associado à redução da mortalidade entre pacientes com a doença
40. O geriatra recebe um paciente de 65 anos de idade, em acompanhamento com o cardiologista por fibrilação atrial e HAS e em uso de varfarina e captopril. Refere dor crônica em ambos os joelhos e traz exames de imagem que indicam artrose. Diz que as dores são piores no início do dia e que o incomodam bastante. Solicita ajuda para o alívio dos sintomas. São dadas orientações não farmacológicas para o caso. Considerando as complicações referentes à anticoagulação e as principais interações farmacológicas clinicamente significativas com os medicamentos de que o paciente faz uso, a conduta que se pode indicar com segurança é:
- (A) paracetamol 500 mg, via oral, de 6/6h
 - (B) infiltração articular com ácido hialurônico
 - (C) celecoxibe 200 mg, via oral, uma vez ao dia
 - (D) infiltração articular com condroitina + glucosamina
41. Paciente feminina de 72 anos de idade encontra-se no domicílio, restrita ao leito, com diagnóstico de câncer de colo de útero sem possibilidade terapêutica. Apresenta dor de forte intensidade (8 na escala de dor), síndrome da anorexia-caquexia e constipação. Além de orientações alimentares e aumento da ingestão hídrica, o melhor esquema medicamentoso para essa paciente é:
- (A) opioides fortes, anti-inflamatórios, gabapentina, prednisona e laxativos
 - (B) anti-inflamatórios não hormonais e amitriptilina
 - (C) opioides fortes, imipramina e laxativos
 - (D) dipirona, nortriptilina e laxativos
42. Paciente de 63 anos de idade, é levado às pressas ao ambulatório por sua esposa, pois há 20 minutos começou a apresentar alteração na fala e desvio da comissura labial. Sua pressão arterial é de 180 x 100 mmHg. Não apresenta outras alterações no exame neurológico sumário. A melhor conduta, nesse caso, é:
- (A) solicitar ambulância para rápida transferência do paciente a serviço de emergência
 - (B) administrar captopril 25 mg oral e solicitar ambulância para rápida transferência a serviço de emergência
 - (C) administrar captopril 25 mg sublingual e solicitar ambulância para rápida transferência para serviço de emergência
 - (D) administrar AAS 100 mg por via oral e solicitar ambulância para rápida transferência do paciente a serviço de emergência
43. Paciente de 81 anos de idade encontra-se acamada em virtude de osteoartrose do quadril e hemiplegia à esquerda (com atrofia dos membros superior e inferior esquerdos) após acidente vascular cerebral isquêmico ocorrido há cerca de 2 anos, e tem diagnóstico de Alzheimer há 6 anos. A família solicitou sua avaliação com urgência, pois a paciente apresenta agitação psicomotora, não tendo dormido bem na última noite, e reclama de dor na perna direita. Ao exame a perna direita apresenta edema depressível (com formação de cacofo) e o diâmetro da panturrilha direita é 2 cm maior que o do lado esquerdo. Confirmado o diagnóstico de TVP, o tratamento consiste em:
- (A) terapia anticoagulante oral, a ser suspensa após 3 meses
 - (B) terapia anticoagulante oral, com alvo, para o INR (RNI) entre 1,5 e 2,5
 - (C) terapia anticoagulante precoce com heparina, seguida de anticoagulantes orais após 24 a 48 horas
 - (D) mobilização do membro desde o início, assim como a elevação do mesmo e o uso de meias elásticas
44. No que se refere à anemia, é correto afirmar que:
- (A) na investigação laboratorial, deve-se considerar que apenas o hemograma não é suficiente como propedêutica inicial
 - (B) um dos sinais de recuperação na anemia ferropriva é o pico de reticulócitos, que vai ocorrer a partir do segundo mês de tratamento
 - (C) podem ser causa de anemia macrocítica: a deficiência de vitamina B12, a deficiência de ácido fólico, o hipotireoidismo e as hemoglobinopatias
 - (D) em idosos com deficiência de vitamina B12, o uso de omeprazol pode auxiliar o tratamento, pois o fármaco aumenta a absorção oral da cobalamina

45. Os fármacos utilizados para o tratamento da osteoporose que atuam na reabsorção óssea são os bifosfonados. Quanto ao uso desses medicamentos, é correto afirmar que:
- os efeitos farmacológicos dos bifosfonados cessam rapidamente após a interrupção do uso dos mesmos
 - reações como febre, mialgias e artralguas são comuns no início do tratamento com bifosfonados de uso oral
 - se os pacientes não estiverem recebendo reposição adequada de cálcio e vitamina D, eles podem desenvolver hiperparatireoidismo secundário
 - são medicações seguras após 5 anos de uso; assim, deve-se mantê-las, por haver redução importante do risco de fraturas com seu uso a longo prazo
46. Em consulta domiciliar à paciente de 69 anos de idade, o geriatra constata que a mesma mora sozinha e tem dificuldade em se organizar para tomar seus vários medicamentos. É portadora de insuficiência cardíaca com diagnóstico recente (NYHA II), diabetes e dislipidemia controlados, doença pulmonar obstrutiva crônica compensada e hipertensão parcialmente controlada. É ex-tabagista e faz tratamento medicamentoso para todas as doenças acima citadas. Considerando esse caso, é correto afirmar que:
- quando os problemas de saúde da paciente estiverem controlados, deve-se suspender seus medicamentos a fim de diminuir a probabilidade de interações medicamentosas e efeitos adversos
 - como o prognóstico da paciente é ruim, devido principalmente a insuficiência cardíaca, os medicamentos preventivos devem ser suspensos, pois os riscos de sua utilização sobrepõem-se aos benefícios
 - como a paciente apresenta cinco doenças, deve-se usar um medicamento para cada problema especificamente, sempre tomando o cuidado de suspender os medicamentos sobrepostos ou com classes terapêuticas semelhantes
 - a paciente usa vários medicamentos que aumentam o risco de reação adversa em idosos; o principal a fazer para o manejo da polifarmácia é revisar suas medicações sistematicamente, suspendendo os fármacos desnecessários ou reduzindo a dose gradualmente quando possível e indicado
47. A nefropatia diabética evolui, comumente, com os seguintes eventos fisiopatológicos:
- há microalbuminúria seguida de albuminúria, sem alteração da filtração glomerular
 - inicia com hematúria microscópica, seguida de microalbuminúria e redução da filtração glomerular
 - inicia com microalbuminúria e hipertensão; tem aumento gradual da albuminúria e redução progressiva da filtração glomerular
 - inicia com redução progressiva da filtração glomerular; e, há, tardiamente, desenvolvimento de microalbuminúria e, posteriormente, de albuminúria
48. No que se refere ao papel do corticoide inalatório no manejo da doença pulmonar obstrutiva crônica, é correto afirmar que deve ser prescrito:
- apenas durante as exacerbações
 - apenas em pacientes com indicação para oxigênio domiciliar
 - apenas em pacientes com doença moderada-grave ou com 2 ou mais exacerbações no último ano
 - a todos os pacientes com doença estável, cujos sintomas não tenham cessado completamente com o broncodilatador
49. As classes de medicamentos que devem ser prescritos para um paciente portador de HAS que sofreu um AVE são:
- diurético tiazídico e betabloqueador
 - diurético tiazídico e inibidor da ECA
 - antagonista da aldosterona e inibidor da ECA
 - bloqueador de receptor da angiotensina e antagonista dos canais de cálcio
50. No que se refere às características dos benzodiazepínicos, é correto afirmar que o:
- lorazepam está contraindicado em hepatopatas
 - midazolam, por ter meia vida muito curta, é utilizado com grande frequência na prática clínica do geriatra
 - alprazolam tem efeito menos sedativo que os demais benzodiazepínicos, sem perder, contudo, sua eficácia ansiolítica
 - uso desses medicamentos em pessoas com apneia obstrutiva de sono é, frequentemente, indicado com forte nível de evidência
51. A respeito do tratamento farmacológico da obesidade, é correto afirmar que:
- a anfepramona é utilizada para perda lenta e gradual de peso
 - a sibutramina aumenta a sensação de saciedade e diminui a taxa metabólica
 - a bupropiona tem, como efeito colateral mais frequente, as queixas gastrointestinais
 - a dose do topiramato tem uma relação diretamente proporcional com a redução de peso
52. Quanto ao acompanhamento do tratamento da tuberculose pulmonar, pode-se afirmar que:
- nos casos de abandono do tratamento, deverá ser feita nova avaliação por meio de baciloscopia, cultura, identificação e teste de sensibilidade, aguardando-se o resultado desses exames para a escolha do esquema
 - caso o paciente tenha escarro negativo no final do tratamento, mas uma evolução clínica radiológica ainda insatisfatória, pode-se prolongar o tratamento por mais três meses
 - a cultura para micobactérias com identificação e teste de sensibilidade deverá ser solicitada se, após o primeiro mês, a baciloscopia do paciente continuar sendo positiva
 - é considerado falência no tratamento, quando a baciloscopia continua positiva, mesmo com poucos bacilos, no quinto ou sexto mês de tratamento
53. Paciente de 60 anos de idade procura seu geriatra queixando-se de que está sem evacuar há 3 dias. Iniciou sintomas há 2 anos, sendo que, nos últimos 3 meses, está evacuando duas vezes por semana. Relata eliminação de gases, e que, na maioria das vezes, faz esforço para evacuar e apresenta sensação de esvaziamento incompleto. Nega alteração na cor ou consistência das fezes, nega dor abdominal ou mudança da forma ou frequência das evacuações. É hipertensa há 10 anos e faz uso de atenolol 100 mg e enalapril 20 mg. Sem alterações no exame físico. O diagnóstico, mais provável, e o plano terapêutico mais adequado são, respectivamente:
- constipação intestinal primária; orientar a paciente sobre as variações individuais do trânsito intestinal, prescrever dieta rica em fibra e líquidos, atividade física e reeducação intestinal
 - constipação intestinal secundária ao uso de medicação; trocar anti-hipertensivo e prescrever um laxante emoliente e dieta rica em fibras e líquidos
 - síndrome do cólon irritable; detectar eventos de vida que estão associados com os momentos de constipação
 - constipação intestinal crônica; solicitar colonoscopia para exclusão de doenças anorretais e do cólon

54. Paciente de 61 anos de idade vem à consulta queixando-se de que há alguns anos vem percebendo uma dificuldade visual durante a leitura e a execução de atividades manuais, com piora gradual do quadro. Não refere problema de visão para outras atividades, como dirigir ou praticar esportes. A respeito desse caso, é possível afirmar que:
- (A) é bastante provável que a causa do problema de visão do paciente seja presbiopia
 - (B) a avaliação pelo especialista com urgência se faz necessária, pois o quadro indica tratar-se de glaucoma agudo
 - (C) na faixa de idade desse paciente, o déficit visual de natureza psicogênica é a causa mais frequente de baixa acuidade visual
 - (D) como se trata de quadro insidioso, o exame físico buscando avaliar o aspecto da conjuntiva, das pupilas e da câmara anterior é dispensável
55. Paciente de 70 anos de idade apresenta-se no ambulatório com tosse há 5 dias, febre de até 39°C e dispneia. Ao exame físico, encontra-se um pouco confuso, FR = 36 ipm, PA = 120 x 70 mmHg. À ausculta respiratória, crepitação em terço médio de hemitórax esquerdo. A conduta mais adequada, nesse caso, é:
- (A) prescrição de sintomáticos, solicitação de raio X de tórax PA e perfil e orientação de retorno com o exame em mãos para decisão da conduta
 - (B) encaminhamento para tratamento hospitalar como pneumonia grave adquirida na comunidade
 - (C) prescrição de amoxicilina+clavulanato por 10 dias e reavaliação em 7 dias
 - (D) prescrição de levofloxacino por 7 dias e reavaliação em 3 dias
56. Considerando-se a classificação do IMC em idosos, é correto afirmar que:
- (A) um idoso com IMC 26,5 é classificado como eutrófico
 - (B) um idoso com IMC 25 é classificado como sobrepeso
 - (C) um idoso com IMC 21,5 é classificado como eutrófico
 - (D) um idoso com IMC 26 é classificado como sobrepeso
57. Paciente de 72 anos de idade apresenta-se no ambulatório, para realizar exames de rotina. Sua história e a avaliação do prontuário permitem detectar o antecedente de angina instável e fibrilação atrial crônica sem tratamento. Ao exame físico, nota-se a presença de ritmo cardíaco irregular. Paciente revela, ainda, que está "impotente" (fica ansioso e perde a ereção e, a partir disso, o quadro se repete; mas tem ereção matinal presente). A melhor conduta para esse paciente é:
- (A) prescrever amiodarona, sinvastatina, ácido acetilsalicílico e propatilnitrito contínuos e tadalafila quando necessário
 - (B) investigar o quadro de angina instável e arritmia e fazer a abordagem comportamental da disfunção erétil
 - (C) prescrever dinitrato de isossorbida e ácido acetilsalicílico contínuos, e sildenafil quando necessário
 - (D) encaminhar ao urologista para avaliação
58. Paciente de 74 anos de idade, sem comorbidades, procura o consultório médico por um motivo que vem incomodando há alguns anos: a necessidade de acordar à noite para urinar, geralmente, em torno de 4 vezes. Refere, também, jato urinário fraco, sensação de micção incompleta e urgência miccional em várias ocasiões. Nega outros sintomas relacionados ao aparelho urogenital, como disúria e hematuria. Em função da noctúria e da urgência miccional, o geriatra propõe o toque retal ao paciente, e, no exame, a próstata apresenta-se aumentada de volume, firme, homogênea e não dolorosa. A melhor conduta, nesse caso, é:
- (A) optar pelo tratamento não farmacológico dos sintomas do trato urinário, em função da idade do paciente e dos efeitos colaterais significativos das medicações disponíveis
 - (B) iniciar o tratamento com alfabloqueadores, em função dos sintomas de hiperplasia prostática benigna
 - (C) encaminhar o paciente para a urologia, para avaliar necessidade de tratamento cirúrgico
 - (D) solicitar exames complementares, pela suspeita de prostatite crônica
59. Paciente de 82 anos de idade, hipertensa e diabética, viúva há 5 anos, vem à consulta trazida por sua filha, que relata que a mãe vem apresentando há 3 anos quadro progressivo de perda de memória e agressividade com os filhos. Até 1 mês atrás, morava sozinha em outra cidade, mas teve que se mudar para a casa da filha após quase ter incendiado a casa ao deixar a panela no fogo e ter ido dormir. Em relação a esse caso clínico, é possível afirmar:
- (A) a hipótese de demência vascular deve ser considerada, mesmo na ausência de história de acidente vascular cerebral
 - (B) o minixame do estado mental, o teste do relógio e testes de fluência verbal são úteis para rastreamento, mas têm valor limitado na avaliação e no acompanhamento clínico de pacientes com demência
 - (C) benzodiazepínicos devem ser usados para conter a agressividade, de preferência o diazepam
 - (D) o diagnóstico de depressão é improvável, pois geralmente não cursa com perda de memória
60. Nas descompensações cardíacas em pacientes com insuficiência cardíaca sistólica, os betabloqueadores devem ter a dose:
- (A) aumentada rapidamente
 - (B) diminuída
 - (C) suspensa
 - (D) mantida

