



FACULDADE DE **MEDICINA** DE JUNDIAÍ

Candidato

Nome:

Inscrição:

Assinatura

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA EM GERIATRIA 2025

PROVA TEÓRICA - 29/01/2025, 9h

CADERNO DE QUESTÕES (COM RESPOSTAS)

INSTRUÇÕES:

1. Este Caderno possui 5 (cinco) questões dissertativas relacionadas ao programa de pré-requisito.
2. Leia cuidadosamente cada um dos casos clínicos e responda as questões com caneta esferográfica de tinta azul ou preta, nos campos destinados a cada resposta.
3. Ao término da prova, você deverá entregar esse caderno de questões ao responsável pela aplicação.
4. Duração da prova: uma hora e meia.
5. Gabarito no site www.fmj.br/residencia a partir de 29/01/2025, após às 16h.

1. Um homem de 61 anos é levado ao seu consultório pela esposa e pelos filhos. Há um ano, passou a apresentar quadro de ciúme da esposa - afirma que ela o está traindo com o auxiliar de serviços gerais (de 18 anos de idade) do prédio no qual residem. Passa o dia no quarto, deitado, olhando para a parede. Com frequência, levanta-se e apresenta episódio de explosão emocional, com raiva, agressividade verbal e palavras de baixo calão. Há 4 meses, teve comportamento inapropriado com uma vizinha em uma reunião de condomínio. Além disso, tem sido excessivamente sexual e chegou a dizer muitas coisas inapropriadas perto de seus netos adolescentes. Ao mesmo tempo, foi constatado que sua memória estava piorando. O paciente possui ensino superior completo em economia, porém sua mulher recentemente começou a administrar as finanças, pois ele confundia o troco em compras realizadas no mercado e também bloqueou a senha do cartão após 3 erros consecutivos. Recentemente, o paciente também sofreu um pequeno acidente automobilístico, sem trauma cranioencefálico, quando dirigiu na contramão em uma rua de mão única e bateu o carro em um poste. Sua família relata que esses comportamentos estão em total contradição com sua personalidade. Relatam que, anteriormente, o paciente era animado, extrovertido e muito calmo. A esposa sempre teve ciúmes do marido, mas ele sempre foi tranquilo.

Ao exame, apresenta atitude hostil. É bastante grosseiro e insulta sua mulher várias vezes, afirmando que ela está "se engraçando" com outro homem. Apresenta um reflexo glabellar positivo. A pontuação do miniexame do estado mental é de 20/30. Não há rigidez de membros. A marcha é atípica. Os reflexos tendinosos profundos e a força não apresentam alterações, e não são observados déficits sensoriais. A função cerebelar está normal.

a) Qual é o diagnóstico mais provável?

DFT

b) Quais exames complementares você solicitaria para confirmar sua hipótese?

NEUROIMAGEM (TC, RNM, PET/SPECT) + EXAMES LABORATORIAIS (TSH, VDRL, ELETRÓLITOS...). CONSIDERAR LÍQUOR.

2. Paciente de 85 anos refere antecedente pessoal de DM2 de longa data, HAS, dislipidemia. Nega antecedente de tabagismo, etilismo, IAM ou AVC. Levado a consulta por familiares após 1 ano e meio sem acompanhamento clínico – nunca passou com geriatra. Tinha um amigo médico que renovava suas receitas, mas esse amigo faleceu. Paciente nega queixas espontâneas, porém quando questionado refere episódios de “tontura” (sic), associada a mal-estar difuso e sudorese fria, em especial no período da manhã, quando toma as medicações para o diabetes e hipertensão e volta a se deitar, sem tomar café da manhã. Os familiares afirmam que o paciente está mais apático e desanimado. Antes, gostava de fazer uma caminhada pelo bairro de manhã e, à tarde, encontrava amigos para jogar bocha. Apresentou perda ponderal não quantificada, mas percebeu que foi preciso apertar 3 casas do cinto para que sua calça não caia. Em uso de: AAS 100mg/d, Glibenclamida 10mg/d, metformina 850mg 1x/dia, enalapril 40mg/d, Atorvastatina 80mg/d, fluoxetina 20mg/d, clonazepam 2mg/d. Os exames laboratoriais atuais revelam: HbA1C 5,2%, GJ 88, Creatinina 1,59 (TFG = 42 ml/min/1.73 m²), ureia 65, Na 141, K 4,8, Colesterol total 151 – LDL 69, HDL 35, TSH 49 (repetido e confirmado), T4L 1,12.

- a) Quais medicações usadas pelo paciente são potencialmente inapropriadas para idosos?

GLIBENCLAMIDA, FLUOXETINA, CLONAZEPAM

- b) Considerando o caso do paciente em questão, cite 3 modificações na prescrição que são essenciais para o melhor manejo do caso. Responda em tópicos.

SUSPENDER AAS USADO PARA PREVENÇÃO PRIMÁRIA // SUSPENDER ANTIDIABÉTICOS POR CONTROLE SUPRATERAPÊUTICO // PRESCREVER LEVOTIROXINA // TROCAR FLUOXETINA POR OUTRO IRSS OU DUAL (ESCOLHA: MIRTAZAPINA) // REDUZIR DOSE DA ESTATINA // DESMAME DE BENZODIAZEPÍNICO

3. Você é chamado para fazer uma consulta domiciliar a uma paciente de 100 anos que apresentou queda da própria altura há 12 horas. Até então, a paciente era ativa dentro do domicílio – deambulava, subia as escadas para o andar superior do domicílio, era independente para as atividades básicas de vida diária e não apresentava déficit cognitivo significativo. Não apresentava dispneia, dor torácica e nunca teve episódio de síncope. A paciente afirma que estava cozinhando e que caiu, não sabendo referir exatamente o mecanismo da queda. Desde a queda, evoluiu com dor em MID e incapacidade funcional – não consegue manter-se em ortostase. Familiares optaram por não a levar ao pronto socorro devido a idade avançada e risco de infecção (sic) e solicitam sua avaliação clínica. Ao exame físico: descorada, hidratada, anictérica, acianótica e afebril. RCR 2T BNF SS 2+/6+ em foco aórtico. MVUA sem RA. ABD nada digno de nota. MID encurtado e com rotação lateral. Muito doloroso à mínima movimentação.

a) Quais os prováveis diagnósticos clínicos dessa paciente?

OSTEOPOROSE COM FRATURA MID POR FRAGILIDADE

b) Cite 4 fatores de risco para quedas em idosos.

IDADE, MEDICAÇÕES, SEDENTARISMO/ BAIXA ATIVIDADE FÍSICA, SD FRAGILIDADE/SARCOPENIA, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE, BAIXA VISÃO/ALTERAÇÃO SENSORIAL (AUDIÇÃO, VISÃO), FATORES AMBIENTAIS (TAPETES, FIOS, PISOS ESCORREGADIOS), CALÇADOS, PREJUÍZO COGNITIVO...

4. Paciente de 74 anos, viúvo há 1 ano, com AP de DM2, dislipidemia, tabagismo (cessou há 5 anos – carga tabágica 50 anos-maço), IAM com ATC+stent há 5 anos, ICFER. Vai ao seu consultório sozinho com queixa de cansaço. Acompanha com cardiologista há anos e está em uso de: AAS 100mg/d, entresto 400mg/d, dapaglifozina 10mg/d, metformina 2g/d, Gliclazida 120mg/d, espironolactona 25mg/d, metoprolol 100mg/d. O cardiologista garantiu ao paciente que a saúde cardiorespiratória estava boa, com exames controlados (sic), porém o paciente mantinha queixa de fadiga. Nos últimos meses, teve perda ponderal involuntária de 6kg. Não tem cozinhado com frequência – refere “falta de vontade de comer” (sic). Afirma, ainda, estar desanimado, sem vontade de fazer as atividades que antes lhe eram prazerosas. Tem apresentado insônia, demorando muito tempo para adormecer, com pensamentos intrusivos e de conteúdo pessimista, dormindo por apenas 3-4h por noite. Gostaria de fazer um exame para diagnosticar a causa da fraqueza.

a) Quais exames são fundamentais para esse caso?

NEUROIMAGEM + LABS

b) Considerando exames complementares normais, qual principal diagnóstico?

TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

5. Paciente do sexo feminino, 68 anos de idade com história pregressa de carcinoma da mama esquerda procura o PS com relato de dor aguda nas costas de uma semana de duração. Relata que a dor piora com o movimento e com a tosse. Não está dormindo bem, pois é acordada pela dor. No mesmo dia em que a dor começou, a paciente sentiu fraqueza nos membros inferiores, apresentando incapacidade de ortostase. Ao exame, a paciente apresenta hipersensibilidade à palpação da parte inferior da coluna torácica. A força nos membros inferiores é de 3/5, com diminuição dos reflexos tendinosos profundos. O tônus do esfíncter anal está diminuído. A sensibilidade ao toque leve e a sensibilidade punctória também demonstram uma diminuição da percepção em nível de T8. A RM ponderada em T1 revela a presença de doença metastática da coluna localizada em múltiplos corpos vertebrais torácicos e lombares, com compressão medular em T8.

a) Qual a conduta farmacológica imediata para essa paciente?

ANALGESIA + DEXAMETASONA EV

- b) No PET-CT foram identificados múltiplos focos metastáticos, tornando a paciente inelegível para tratamento curativo. Junto com o oncologista assistente, você fará uma reunião com paciente e familiares para discussão de planejamento antecipado de cuidados. Quais itens são fundamentais de serem citados/perguntados nessa reunião? Responda pelo menos 3 itens em forma de tópicos.

O QUE A PACIENTE ENTENDE DE SUA DOENÇA? QUAIS AS EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO? // QUAIS SEUS MEDOS? // QUAIS SINTOMAS AINDA NÃO ESTÃO CONTROLADOS? // O QUANTO VOCÊ SE SENTE RESPEITADO PELOS MÉDICOS E ENFERMEIROS QUE O ATENDEM? // QUAL O GRAU DE CLAREZA DAS INFORMAÇÕES QUE VOCÊ RECEBE DA EQUIPE ACERCA DO QUE ESPERAR DA SUA DOENÇA? // VOCÊ ACREDITA QUE OS CUIDADOS QUE RECEBE SATISFAZEM SEUS OBJETIVOS? // COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TEM UMA PESSOA ÍNTIMA POR PERTO? // VOCÊ É CAPAZ DE VER SIGNIFICADO EM TUDO DESDE QUE SUA DOENÇA COMEÇOU? // QUAIS SÃO AS COISAS MAIS IMPORTANTES PARA VOCÊ NESTA FASE? // O QUE A SUA DOENÇA TEM SIGNIFICADO PARA A SUA FAMÍLIA? // COMO ISSO AFETOU OS SEUS RELACIONAMENTOS? // DE QUANTA AJUDA VOCÊ PRECISA PARA REALIZAR COISAS COMO FAZER REFEIÇÕES E MOVIMENTAR-SE? // VOCÊ TEM ALGUMA DIFICULDADE PARA OBTER A ASSISTÊNCIA MÉDICA DE QUE PRECISA?

➤ **VER CAPÍTULO 12 HARRISON**