



FACULDADE DE  
**MEDICINA**  
DE JUNDIAÍ

Candidato

Nome:  
Inscrição:

Assinatura

PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA  
EM GERIATRIA 2026

PROVA TEÓRICA - 28/01/2026, 8h

CADERNO DE QUESTÕES (COM RESPOSTAS)

INSTRUÇÕES:

- A prova é composta por 5 questões teóricas com 2 itens dissertativos, valendo de 0 a 100 pontos.
- Seja objetivo em sua resposta.
- Duração de 90 minutos.
- Gabarito no site [www.fmj.br/residencia](http://www.fmj.br/residencia) a partir de 29/01/2026, após às 12h.

1) Em outubro de 2025 a imprensa noticiou que o cantor Milton Nascimento recebeu diagnóstico de Demência por corpúsculos de Lewy.

a) Disserte sobre a Demência por corpúsculos de Lewy (foco principal em quadro clínico e diagnóstico).

**RESPOSTA:** As principais características da DCL são a psicose precoce, incluindo alucinações visuais bem-formadas, flutuação da cognição, distúrbio comportamental do sono REM (DCSR) e parkinsonismo. A sensação de uma presença atrás da pessoa pode preceder as alucinações bem-formadas. Os delírios são menos frequentes que as alucinações, sendo geralmente relatados como identificação errada, infidelidade, roubo ou perseguição. A flutuação da atenção e da concentração é outra característica clássica. É comum haver uma pequena variação diária da função cognitiva nas demências; todavia, na DCL essas flutuações podem ser acentuadas, com períodos curtos de confusão ou letargia intensa que podem apresentar rápida resolução. Os pacientes com DDP e DCL são altamente sensíveis a distúrbios infecciosos e metabólicos, e aos antipsicóticos. A primeira manifestação da DCL em alguns pacientes é o delirium, geralmente precipitado por infecção, medicamento novo ou outro distúrbio sistêmico. O parkinsonismo na DCL costuma estar associado à instabilidade postural precoce e pode se apresentar na fase inicial ou tardia da doença. O DCSR é um achado característico que costuma ser um pródromo da doença. Normalmente, os sonhos são acompanhados por paralisia da musculatura esquelética, mas os pacientes com DCSR atuam nos sonhos, muitas vezes de forma violenta, causando lesões em si mesmos ou nos parceiros de cama.

b) Qual principal diagnóstico diferencial e como se diferenciam?

**RESPOSTA:** Demência na Doença de Parkinson.

2) Paciente do sexo feminino, 82 anos, previamente independente para atividades básicas da vida diária, é admitida após queda da própria altura, evoluindo com fratura transtrocanteriana de fêmur esquerdo, confirmada por radiografia. Antecedentes pessoais incluem hipertensão arterial controlada, diabetes mellitus tipo 2 e uso crônico de inibidor de bomba de prótons. Nega tabagismo e etilismo. Refere menopausa aos 48 anos e nunca realizou tratamento específico para osteoporose. Exame físico revela índice de massa corporal (IMC) de 21 kg/m<sup>2</sup>. Exames laboratoriais iniciais mostram cálcio sérico normal, função renal preservada e vitamina D de 18 ng/mL.

a) Caracterize essa paciente quanto ao risco e ao diagnóstico de osteoporose, mesmo na ausência prévia de densitometria óssea.

**RESPOSTA:** De acordo com o Harrison – 21ª edição, a presença de fratura de fêmur por trauma de baixa energia (queda da própria altura) em uma mulher idosa é diagnóstica de osteoporose clínica, independentemente da realização prévia de densitometria óssea. Trata-se de uma fratura por fragilidade, que reflete comprometimento significativo da resistência óssea.

Nesta paciente, diversos fatores aumentam o risco osteoporótico:

- Idade avançada (82 anos), com perda progressiva de massa óssea cortical e trabecular;
- Sexo feminino e menopausa precoce, associadas à deficiência estrogênica prolongada;
- Baixo IMC, fator reconhecido de risco;

- Uso crônico de inibidor de bomba de prótons, associado a maior risco de fraturas;
- Hipovitaminose D (18 ng/mL), contribuindo para hiperparatireoidismo secundário e aumento da reabsorção óssea.

Assim, mesmo sem densitometria, a paciente preenche critérios clínicos para osteoporose estabelecida, sendo a densitometria útil apenas para monitoramento futuro e avaliação de sítios não fraturados, não para confirmação diagnóstica.

b) Qual a abordagem terapêutica farmacológica e não farmacológica indicada no contexto pós-fratura de fêmur?

**RESPOSTA:** O manejo da osteoporose em idosos deve ser multidimensional, especialmente após fratura maior:

- Bisfosfonato oral ou injetável;
- Correção da deficiência de vitamina D, com reposição inicial e posterior manutenção;
- Garantia de ingestão adequada de cálcio, preferencialmente por via dietética, com suplementação se necessário;
- Reabilitação funcional precoce, com fisioterapia para recuperação da marcha e força muscular;
- Avaliação e redução do risco de quedas, incluindo revisão de medicações, correção visual e adequação ambiental;
- Abordagem interdisciplinar, considerando fragilidade e risco funcional.

3) Paciente JSF, 78 anos, masculino, pardo, aposentado, vem com a queixa principal de fadiga progressiva aos esforços e dispneia leve há 2 meses, com piora nas últimas 2 semanas, acompanhado de aparecimento de equimoses espontâneas em membros inferiores. Tem antecedentes de Hipertensão arterial sistêmica (uso de Losartana 50mg/dia) e Diabetes Mellitus tipo 2 (uso de Metformina 850mg 2x/dia). Relata perda ponderal não intencional de 4 kg nesse período. Nega tabagismo ou alcoolismo.

**Exame Físico:** ligeiramente hipocorado (2+/4+), lúcido e orientado. PA: 130x80 mmHg. FC: 92 bpm. Presença de múltiplas equimoses em MMII e petéquias em membros superiores. Baço palpável a 2 cm do bordo costal esquerdo. Ausência de linfonodomegalias.

**Exames Laboratoriais mais relevantes ao caso:**

- Hemoglobina (Hb): 8,2 g/dL.
- Volume Corpuscular Médio (VCM): 108 fL.
- Leucócitos: 2.800/mm<sup>3</sup>.
- Neutrófilos: 1.100/mm<sup>3</sup>
- Plaquetas: 65.000/mm<sup>3</sup>.
- RDW: 17%.
- Creatinina: 1,1 mg/dL.
- Bilirrubina Indireta: 0,8 mg/dL.
- DHL: 450 U/L.

Com base no caso clínico, responda às questões abaixo:

**a)** Defina a alteração hematológica encontrada e cite as três principais hipóteses diagnósticas. Cite três exames laboratoriais essenciais para iniciar a investigação etiológica antes de prosseguir para procedimentos invasivos.

**RESPOSTA: Definição e Hipóteses:**

- Definição: Bicitopenia (anemia + trombocitopenia + leucopenia/neutropenia - tecnicamente o caso apresenta pancitopenia, mas a banca avalia o manejo de duas ou mais linhagens baixas), com características macrocíticas (VCM 108).
- Hipóteses Diagnósticas:
  1. Síndrome Mielodisplásica (SMD): Mais provável pela idade, quadro de bicitopenia, macrocitose e perda ponderal.
  2. Deficiência de Vitamina B12 ou Folato (Anemia Megaloblástica): Causa comum de bicitopenia/pancitopenia com macrocitose em idosos.
  3. Neoplasia Hematológica (Leucemia Aguda ou Mielofibrose) ou Hipersplenismo: Devido a plaquetas baixas e baço palpável (hepatoesplenomegalia).
- Laboratório: Dosagem de Vitamina B12 e Ácido Fólico séricos (avaliar deficiência nutricional). Dosagem de Ferritina/Ferro sérico/TIBC (avaliar deficiência de ferro coexistente). Pesquisa de Hemólise (Reticulócitos, DHL, Bilirrubinas, Coombs Direto). *(Alternativa válida: Função hepática/Perfil hepático - sorologias se hepatopatia suspeita).*

**b)** Qual o exame padrão-ouro para confirmação da principal hipótese diagnóstica e quais achados citológicos/histológicos são esperados na medula óssea desse paciente?

**RESPOSTA: Diagnóstico Definitivo:**

- Exame Padrão-Ouro: Aspirado de Medula Óssea (Mielograma) e/ou Biópsia de Medula Óssea (Biópsia de Trepana).
- Achados Esperados (SMD): Medula hiper celular ou normocelular (raramente hipocelular), com displasia em uma ou mais linhagens (sideroblastos em anel, núcleos irregulares, hiposegmentação de neutrófilos) e presença de blastos (<20% para SMD).

**4)** Mulher, 72 anos, previamente hígida, procura o ambulatório com queixa de dor e rigidez matinal intensa (duração > 1 hora) em cinturas escapular e pélvica com início há 2 meses. A paciente relata dificuldade para pentear o cabelo e levantar da cadeira. Relata também perda de peso ponderal (4kg) e febre baixa diária (37.8°C). Ao exame físico: dor à palpação de ombros bilateralmente, sem sinovite franca em articulações periféricas. Força muscular preservada. Exames laboratoriais: VHS=95 mm/h, PCR=80 mg/L, Hemoglobina=10,5 g/dL (normocítica/normocrômica).

Com base no caso clínico acima, responda:

**a)** Qual é a hipótese diagnóstica principal? Cite três características do quadro clínico/laboratorial que a sustentam.

**RESPOSTA: Hipótese Principal: Polimialgia Reumática (PMR)**

- Características:
  1. Idade superior a 50 anos (72 anos).
  2. Rigidez matinal e dor na cintura escapular/pélvica (proximais) > 1 hora.
  3. Elevação importante das provas inflamatórias (VHS > 40 mm/h, PCR elevada).
  4. Presença de sintomas constitucionais (febre, perda de peso).

**b)** Quais seriam os três principais diagnósticos diferenciais (excluindo a hipótese principal) a serem considerados nesta paciente?

**RESPOSTA: Diagnósticos Diferenciais (Exemplos):**

1. Arterite de Células Gigantes (ACG): Deve ser suspeitada mesmo sem cefaleia, dado o alto risco de complicações, e frequentemente coexiste.
2. Artrite Reumatóide de Início no Idoso (EORA - Elderly Onset Rheumatoid Arthritis): Pode apresentar-se com ombalgia, mas geralmente apresenta sinovite periférica mais exuberante.
3. Neoplasias Ocultas/Síndromes Paraneoplásicas: Idosos com elevação inespecífica de VHS devem ter rastreio oncológico considerado.
4. Miosites Inflamatórias (Polimiosite): Diferencia-se pela fraqueza muscular (diminuição de força) e elevação de CPK, enquanto a PMR gera dor/rigidez, não fraqueza.

**5)** Idoso de 75 anos, hipertenso e diabético, apresenta quadro de diarreia crônica (há 8 semanas) com eliminação de fezes amolecidas, muco e sangue, associado a dor abdominal em cólica no quadrante inferior esquerdo, tenesmo e perda de 4 kg no período. Nega febre ou viagens recentes. Uso regular de AAS 100mg/dia.

Exames laboratoriais mostram anemia normocítica (Hb 10,5 g/dL), VHS elevado (45 mm/h) e albumina sérica 3,0 g/dL. Coprocultura, pesquisa de parasitas e toxina para *C. difficile* foram negativas. A colonoscopia revelou eritema, friabilidade e erosões, com acometimento contínuo do reto até o cólon descendente.

Pergunta-se:

**a)** Qual a principal hipótese diagnóstica? Justifique com base nos achados clínicos e endoscópicos. Cite 3 diagnósticos diferenciais essenciais nesta faixa etária.

**RESPOSTA: Retocolite Ulcerativa (RCU) - Forma E2 (Esquerda/Distal).**

Justificativa: Quadro de colite crônica (> 4 semanas) com acometimento contínuo da mucosa, iniciando no reto (proctossigmoidite/colite esquerda), com friabilidade e erosões, presença de muco/sangue e marcadores inflamatórios elevados (VHS, anemia). Diagnósticos Diferenciais (3 opções):

- Colite Isquêmica: Frequentemente causa dor no quadrante inferior esquerdo e sangramento em idosos, com áreas de acometimento típicas (transição retossigmoide).
- Colite Microscópica (Colagenosa ou Linfocítica): Causa de diarreia crônica aquosa em idosos, com colonoscopia muitas vezes normal ou inespecífica, exigindo biópsia.
- Colite Associada a AINEs (ou AAS): O uso crônico de anti-inflamatórios ou aspirina (o paciente usa AAS) pode mimetizar DII ou causar colite de novo.

- Doença Diverticular/Diverticulite Crônica: Comum no idoso, pode apresentar inflamação crônica.

**b)** Cite a conduta terapêutica inicial e explique a preocupação com o uso de corticoides nesta população.

**RESPOSTA: Conduta Terapêutica Inicial e Preocupações:**

- Conduta: Como é uma RCU de leve a moderada extensão esquerda, o tratamento inicial é a Mesalazina (5-ASA) oral associada à Mesalazina tópica (supositório/enema) para indução de remissão. Preocupação com Corticoides (Steroid-sparing strategy): Idosos têm maior risco de efeitos colaterais severos (hiperglicemia descompensada, infecções, osteoporose, hipertensão, delírio e hipertensão ocular). Deve-se evitar o uso crônico, preferindo tratamentos com 5-ASA ou biológicos com perfil de segurança melhor (vedolizumab).