

**Concurso Público para provimento de cargos de  
Médico - Nível III (Grau A) - Residência Médica  
Neurologia**

Nome do Candidato

Caderno de Prova '23', Tipo 001

Nº de Inscrição

MODELO

Nº do Caderno

MODELO1

Nº do Documento

0000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

00001-0001-0001

**P R O V A****Conhecimentos Gerais  
Conhecimentos Específicos  
Dissertativa****INSTRUÇÕES**

- Verifique se este caderno:
  - corresponde a sua opção de cargo.
  - contém 40 questões, numeradas de 1 a 40.
  - contém a proposta e espaços para rascunho e transcrição definitiva das três questões dissertativas. Caso contrário, reclame ao fiscal da sala um outro caderno. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta certa.
- Você deve ler cuidadosamente cada uma das questões e escolher a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

**VOCÊ DEVE**

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A,B,C,D,E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, conforme o exemplo: (A) ● (C) (D) (E)
- Ler o que se pede na Prova Dissertativa e utilizar, se necessário, o espaço para rascunho.

**ATENÇÃO**

- Marque as respostas primeiro a lápis e depois cubra com caneta esferográfica de material transparente de tinta preta.
- Marque apenas uma letra para cada questão, mais de uma letra assinalada implicará anulação dessa questão.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida qualquer espécie de consulta, nem o uso de máquina calculadora.
- Em hipótese alguma os rascunhos das questões da Prova Dissertativa serão corrigidos.
- A duração da prova é de 5 horas para responder a todas as questões objetivas, preencher a Folha de Respostas e responder a Prova Dissertativa (rascunho e transcrição).
- Ao término da prova, chame o fiscal da sala e devolva todo o material recebido.
- Proibida a divulgação ou impressão parcial ou total da presente prova. Direitos Reservados.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

1. Em relação às instituições públicas, é correto afirmar:
  - (A) Uma organização é considerada moderna se é capaz de usar o conhecimento para desenvolver e oferecer novos produtos e serviços, dentro de espírito inovador e criativo.
  - (B) Um ambiente de trabalho moderno é bastante rígido, proporciona disciplina, impermeabiliza procedimentos já existentes dentro da organização e evita inovações que desestabilizem a rotina.
  - (C) O fornecimento de informações aos cidadãos é essencialmente seletivo, para que eles não influenciem significativamente as decisões políticoadministrativas.
  - (D) A política de capacitação de servidores públicos prescinde de ferramentas de informática e uso das tecnologias da informação.
  - (E) O compartilhamento de conhecimento e informação na gestão pública será incluído como prioridade apenas em políticas de gestão do conhecimento futuras.

---

2. No momento em que o Governo avalia o desempenho de suas organizações e de seus servidores por metas ou objetivos alcançados, ele está avaliando a gestão pública por meio
  - (A) da eficiência.
  - (B) da eficácia.
  - (C) da efetividade.
  - (D) da qualidade.
  - (E) do custo.

---

3. De uma maneira geral, as competências gerenciais são classificadas em três categorias: conhecimentos, habilidades e atitudes. Essas categorias são necessárias para ocupar um cargo de gerente e dependem do nível hierárquico do cargo, das tarefas a serem desenvolvidas pelo gerente e do tipo de organização, entre outros fatores. A relação correta entre habilidades e nível hierárquico é:
  - (A) Quanto mais alto o nível hierárquico do cargo a ser ocupado, mais habilidades técnicas serão requeridas.
  - (B) Em cargos de gerências táticas e intermediárias são requeridas com maior intensidade as chamadas habilidades e atitudes.
  - (C) Em cargos com características operacionais são requeridas maiores habilidades técnicas como principal condição desse gerenciamento.
  - (D) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades atitudinais serão requeridas.
  - (E) Quanto mais operacional o cargo a ser ocupado, mais habilidades conceituais serão requeridas.

---

4. O Brasil é um Estado organizado de forma Federativa. Isto significa que as atribuições inerentes aos poderes executivo, legislativo e judiciário são divididas em duas esferas de atuação: a Federal (União) e a Estadual. Em relação a essas esferas, é INCORRETO afirmar que
  - (A) a cúpula dos três poderes: Executivo, Legislativo e Judiciário formam o núcleo estratégico do Estado.
  - (B) aos Estados e Municípios são atribuídas as ações de caráter local.
  - (C) a Constituição da União e as leis federais determinam o escopo e o alcance das constituições dos Estados Federados.
  - (D) o critério de divisão de poderes entre União e Estados membros é, ao mesmo tempo, funcional e territorial.
  - (E) os Estados têm total autonomia para formulação e aplicação de suas políticas, independentemente do poder central.

---

5. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) consta que: “são significativos os fatores externos decorrentes do desenvolvimento do capital humano sob a perspectiva do Ciclo de Vida. Ao mesmo tempo em que uma população saudável e bem nutrida influencia positivamente os indicadores educacionais, o investimento em educação tem reflexos positivos sobre os indicadores de saúde”.  
Dentre outras, são ações propostas no PMDI:
  - (A) adoção de perspectiva integrada de desenvolvimento do capital humano; salto de qualidade no ensino e ampliação da escolaridade da população jovem mineira, orientada por padrões internacionais (OCDE); superação da pobreza crônica das novas gerações; protagonismo juvenil e capacitação para o trabalho.
  - (B) aumento do número de escolas e hospitais de atendimento público; aumento de ambulatórios setoriais ou regionais; aumento do número de vagas para médicos no atendimento público.
  - (C) adoção de qualidade no ensino e no atendimento público em todos os órgãos destinados à população; superação da pobreza crônica e capacitação para o trabalho.
  - (D) superação da pobreza crônica; elaboração de programas materno-infantil e de adolescentes para diminuir a mortalidade infantil; construções de escola de nível médio e de ensino superior.
  - (E) construções de redes de hospitais de atendimento público; implantação em todo o estado mineiro do Programa de Saúde do Trabalhador; Construção de Escolas Públicas para aumentar o número de vagas disponíveis e capacitação para o trabalho.



6. É VETADO ao Funcionário Público
- (A) facilitar as atividades de fiscalização pelos órgãos de controle.
  - (B) observar os princípios e valores da Ética Pública.
  - (C) divulgar e informar a todos os integrantes de sua classe sobre a existência de Código de Conduta Ética.
  - (D) utilizar-se do cargo, emprego ou função para obter qualquer favorecimento para si ou outrem.
  - (E) apresentar-se ao trabalho com vestimentas adequadas ao exercício da função.
- 
7. Dentre as características das organizações públicas modernas, nas quais o conhecimento é valorizado, encontra-se
- (A) coordenação centralizada de tarefas.
  - (B) predomínio do trabalho individual.
  - (C) transmissão do conhecimento coletivo, de preferência, em forma de documentos impressos.
  - (D) o servidor-polivalente e inovador.
  - (E) diminuição do poder dos usuários dos serviços dessas empresas.
- 
8. Segundo seu delineamento, em um estudo de
- (A) *coorte*, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (B) caso-controle, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (C) prevalência, a exposição é medida antes do desenvolvimento da doença.
  - (D) caso-controle, o risco da doença não é medido diretamente.
  - (E) caso-controle e de prevalência, o risco da doença é medido diretamente.
- 
9. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe
- (A) que as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde do país sejam homogeneizadas e contempladas dentro de um documento igual para todos os estados.
  - (B) que a esfera federal de gestão realize todo o planejamento e a regionalização das ações fique a cargo dos estados e municípios.
  - (C) que cada esfera de gestão (municipal, estadual e federal) realize o seu planejamento.
  - (D) instrumentos de planejamento de centralização: Plano Diretor, Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI).
  - (E) Plano Federal Bienal de Saúde, instrumento básico que norteia a Programação Bienal das ações e serviços de saúde prestados.
- 
10. Sobre os modelos de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar que
- (A) se fundamentam em regionalização, integralização e terceirização dos serviços.
  - (B) cada doença tem um nível de atenção à saúde (primária, média complexidade e alta complexidade) predeterminado.
  - (C) se fundamentam em regionalização e integração dos serviços interfederativos.
  - (D) foram implantados com vistas ao atendimento das Doenças de Notificação Compulsória (DNC).
  - (E) os serviços de atenção primária são as únicas portas de entrada no sistema SUS.



- 
11. O projeto de vigilância em saúde (Vigisus) é
- (A) voltado à redução de mortalidade por doenças transmissíveis e não abrange a exposição a fatores de risco associados com a saúde.
  - (B) composto de duas fases: Vigisus I (1999 a 2004) para Estruturação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Vigisus II (2005-2013) para Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.
  - (C) destinado à redução da mortalidade e da morbidade de doenças transmissíveis, mas não abrange as doenças não transmissíveis.
  - (D) executado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Fundação Nacional de Saúde, sendo financiado pelo Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento.
  - (E) direcionado para serviços de saneamento em grandes aglomerados urbanos e, por isso, não inclui a saúde de povos indígenas e quilombolas.
- 
12. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições,
- (A) o controle e a fiscalização do serviço de internação e atendimento ambulatorial, não abrangendo a execução da política de sangue e seus derivados.
  - (B) a fiscalização e inspeção de alimentos quanto à qualidade sanitária, sem abranger a vigilância nutricional e a orientação alimentar.
  - (C) a participação na formulação da política de saúde pública, não incluindo a execução de ações de saneamento básico.
  - (D) a participação no controle e formulação da política de medicamentos, excetuando a participação na produção de insumos de interesse para a saúde.
  - (E) a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substância e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
- 
13. O controle social no Sistema Único de Saúde
- (A) diminuiu após a Norma Operacional Básica (NOB 1/96), desde que esta redefiniu vínculos de serviços com seus usuários.
  - (B) está contemplado em um dos blocos de financiamento para a gestão do Sistema Único de Saúde.
  - (C) está previsto somente para serviços públicos de assistência à saúde.
  - (D) pressupõe ações dos usuários sobre serviços, exclusivamente, da iniciativa privada.
  - (E) requer financiamento do próprio usuário.
- 
14. A educação em saúde, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) é o objetivo de um Programa destinado a capacitar trabalhadores da saúde para a utilização adequada de equipamentos usados em serviços de saúde.
  - (B) está prevista em legislação, mas ainda não existe uma secretaria de gestão relacionada a essa área.
  - (C) restringe-se a um compromisso de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores da saúde.
  - (D) refere-se à qualificação de trabalhadores da saúde e, ainda, à promoção de hábitos saudáveis aos usuários do SUS.
  - (E) prevê atividades exclusivas dos trabalhadores da saúde para atendimento da população.
- 
15. Quanto ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS),
- (A) os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência podem corresponder ao Piso Assistencial Básico (PAB) destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal.
  - (B) na esfera estadual, conta com recursos transferidos pela União e essas transferências regulares não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
  - (C) na esfera municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, existem transferências eventuais da União para municípios, as quais não estão condicionadas à contrapartida deste nível de governo.
  - (D) os fundos de saúde dos municípios não podem receber verba oriunda de reembolso de despesas realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde.
  - (E) os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG) e o teto financeiro do estado; não deve conter os tetos de municípios.
-



16. Na legislação do Sistema Único de Saúde,
- (A) “Programação Pactuada e Integrada (PPI)” restringe-se às atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo.
  - (B) “Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)” é um montante que corresponde ao financiamento do conjunto de ações assistenciais em situações de emergência, assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde, transferido eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde.
  - (C) “Índice de Valorização de Resultados (IVR)” consiste na atribuição de valores adicionais ao teto financeiro da assistência do estado, transferidos eventualmente do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, quando houver obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população.
  - (D) “Remuneração por Serviços Produzidos” restringe-se ao pagamento direto aos prestadores privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor.
  - (E) “Fração Assistencial Especializada (FAE)” é um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do Estado.
- 
17. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Sistema Único de Saúde (SUS) prevê:
- (A) Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade de serviços de média complexidade, incluindo atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar para sua própria população.
  - (B) Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, nos quais as funções de gestão e relacionamento com prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor municipal, podendo este delegar aos gestores de hospitais as funções de controle e avaliação dos prestadores.
  - (C) Ao governo federal cabe prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município, para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência, sempre de acordo com a Programação Pactuada e Integrada.
  - (D) A assistência de alta complexidade deve ser programada no âmbito federal, e em alguns casos macrorregionais, tendo em vista as características especiais desse grupo: alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.
  - (E) A programação da assistência de alta complexidade, consolidada pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, não deve conter a referência de pacientes para outros Estados, ou mesmo, reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros Estados.
- 
18. As ações de auditoria dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) são
- (A) atividades que necessitam de um órgão que consolide as informações necessárias, analise os resultados obtidos em decorrência de suas ações, mas não proponha medidas corretivas.
  - (B) de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho.
  - (C) ações de controle que podem, ou não, auditar procedimentos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos.
  - (D) ações de controle que excluem autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, desde que sejam critérios médicos.
  - (E) monitoramentos da qualidade dos serviços prestados, sem priorizar a regularidade e fidedignidade de registros de produção e faturamento de serviços.
- 
19. Segundo Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS-NOAS 01), houve fortalecimento do controle, regulação e avaliação da assistência aos usuários devido
- (A) à criação de procedimentos técnico-administrativos prévios à prestação de serviços hospitalares, os quais não podem ser fiscalizados pelos usuários.
  - (B) à previsão de compra de serviços da rede privada, pautada apenas na sua indisponibilidade na rede pública.
  - (C) à possibilidade de compra de serviços da rede privada com base no interesse público e necessidades assistenciais.
  - (D) à implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos que não podem ser avaliados pelos usuários.
  - (E) ao fato do gestor federal elaborar todos os planos de controle, regulação e avaliação para fortalecimento da capacidade de gestão.



## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

20. Mulher de 37 anos é atendida no Pronto-Socorro com queixa de diplopia há 8 semanas associada a dificuldade para engolir, com engasgos frequentes e dispneia leve. Tais sintomas pioram ao final do dia. No exame de admissão apresentava semiptose bilateral com *déficit* de abdução do olho direito e voz anasalada. Força motora GV global e reflexos presentes e simétricos. Não houve alteração na tomografia de crânio e nos exames gerais. Foi internada para investigação. Na evolução da manhã seguinte, não foi notada nenhuma alteração no exame neurológico, exceto voz um pouco anasalada. A principal hipótese diagnóstica é
- (A) miastenia *gravis*.
  - (B) acidente vascular isquêmico em ponte.
  - (C) atrofia de múltiplos sistemas tipo P.
  - (D) síndrome de Miller Fischer.
  - (E) paralisia supra Nuclear progressiva.
- 
21. Homem de 35 anos é trazido ao Pronto-Socorro pelo SAMU. Não tem antecedentes pessoais conhecidos. Está alcoolizado, vomitando, em mau estado nutricional e com fala pastosa. Após ser medicado com glicose a 50% e metoclopramida endovenosa, evoluiu com piora do nível de consciência, ataxia e *déficit* de abdução de olho esquerdo. A causa provável para esse agravamento é
- (A) acidente vascular cerebral isquêmico, frequente em etilistas desta faixa etária.
  - (B) descompensação diabética e cetoacidose em função da administração de glicose.
  - (C) acatisia após administração de metoclopramida.
  - (D) síndrome de abstinência alcoólica.
  - (E) encefalopatia de Wernicke, precipitada por administração de glicose.
- 
22. Homem de 60 anos, sem comorbidades, comparece ao consultório médico com queixa de tremor postural de alta frequência e baixa amplitude bilateralmente em membros superiores, que desaparece quando em repouso, com início há cerca de 5 anos, estável desde então. Não há alterações na marcha ou do tônus. Coordenação preservada. Pai apresentou o mesmo quadro com início por volta da mesma idade. O diagnóstico mais provável é
- (A) doença de Parkinson idiopática.
  - (B) tremor rubral.
  - (C) ataxia Espinocerebelar tipo 3.
  - (D) tremor essencial.
  - (E) atrofia de múltiplos sistemas forma cerebelar.
- 
23. Mulher de 19 anos é trazida ao Pronto-Socorro com história de infecção respiratória há 9 dias, tendo usado cefalosporinas de 2ª geração. Apresentara melhora do quadro respiratório, porém há 6 dias queixa-se de fraqueza generalizada, pior em membros inferiores. Há 1 dia queixa de dificuldade para engolir líquidos e hoje veio trazida devida à dificuldade intensa para respirar e incapacidade para deambular. Ao exame, respiração superficial e roncós difusos, com balancim toracoabdominal. Frequência Cardíaca 120 bpm, pressão arterial de 150 x 100 mmHg. Está consciente, ansiosa e diaforeica. As pupilas estão isocóricas com resposta normal à luz. Disartria leve e fala molhada. Força motora grau II em MMII e GIII em MMSS, reflexos tendinosos profundos globalmente ausentes. A sensibilidade superficial é normal. Como medida inicial mais apropriada, deve-se
- (A) solicitar eletroneuromiografia e submeter a paciente a pulsoterapia com corticóide sob hipótese de síndrome de Guillain-Barré.
  - (B) coletar líquido e fornecer suporte respiratório e gamaglobulina sob hipótese de síndrome de Guillain-Barré.
  - (C) fornecer suporte respiratório, corticosteróides, anticolinesterásicos e plasmaférese sob hipótese de miastenia *gravis*.
  - (D) investigar quanto à complicação da infecção pulmonar.
  - (E) fornecer suporte respiratório apenas, pois trata-se de botulismo.
- 
24. Homem de 58 anos dá entrada ao Pronto-Socorro por quadro de rebaixamento de nível de consciência. Ao exame neurológico, o paciente encontra-se torporoso, abre os olhos somente aos estímulos dolorosos, pronuncia sons ininteligíveis e localiza estímulos dolorosos à esquerda. Apresenta movimentação inespecífica débil em hemicorpo à direita. Babilinski à direita. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, desvio do olhar conjugado para a esquerda suprimível com a manobra oculocefálica. Ausência de rigidez nuca. A alternativa que contém as hipóteses diagnósticas que possam justificar esse exame neurológico é:
- (A) lacuna em cápsula interna à esquerda, glioblastoma multiforme em hemisfério esquerdo, hematoma subdural agudo à esquerda.
  - (B) trombose de artéria cerebral média à esquerda, glioblastoma multiforme em hemisfério esquerdo, hematoma extradural em hemisfério esquerdo.
  - (C) meningite bacteriana aguda, lesão axonal difusa, abscesso cerebral.
  - (D) hemorragia subaracnóide, metástases cerebrais múltiplas, neurotoxoplasmose *putamen* direito.
  - (E) trombose de artéria basilar, hidrocefalia aguda, lacuna em ponte à esquerda.



25. Mulher de 71 anos, hipertensa em uso irregular de captopril, sem outras comorbidades, dá entrada no Pronto-Socorro por quadro súbito de fraqueza em hemicorpo à direita, desvio de rima para esquerda e dificuldade para fala há 1 hora. Ao exame: glicemia capilar: 120 mg/dl, PA = 170 x 100 mmHg, frequência cardíaca 100 bpm, hemiparesia direita completa e desproporcionada de predomínio braquiofacial e afasia de expressão. Exames gerais liberados meia hora após a entrada sem alterações. Não há alterações à tomografia computadorizada de crânio. A sequência de eventos mais adequada na abordagem de urgência deve ser
- (A) ressonância magnética de crânio e aspirina via oral na dose de 325 mg.
  - (B) bloqueador de canal de cálcio e diurético endovenoso e aspirina na dose de 100 mg.
  - (C) monitorização em sala de emergência e trombólise endovenosa com rTPA.
  - (D) ressonância magnética de crânio e fenitoína na dose de 15 a 20 mg/kg.
  - (E) administração de aspirina via oral na dose de 100 mg e trombólise com rTPA endovenoso.
- 
26. Paciente masculino de 10 anos de idade, com DNPM (desenvolvimento psico motor) adequado e sem comorbidades, apresenta há 1 ano episódios de perda de contato, seguidos de piscamentos, com duração de 10 a 20 segundos, com começo e término abruptos, várias vezes ao dia. O quadro é desencadeado após cerca de 2 minutos de hiperventilação. O padrão eletroencefalográfico ictal esperado é
- (A) ritmo a 10 Hz ao qual se interpõe ondas lentas de frequência variável formando descargas complexas tipo poliespícula, onda irregular, distribuição difusa e bilateral, às vezes simétrica e síncrona.
  - (B) descargas bilaterais simétricas e síncronas, às vezes assimétricas, sob a forma de complexos de ponta-onda lenta com frequência de 1,5-2,5/segundo, irregulares, com início e final graduais.
  - (C) descargas difusas bilaterais síncronas e simétricas de atividade rápida de 15 a 25 Hz, com início e fim abruptos.
  - (D) padrão hirsarrítmico com ondas lentas de amplitude elevada, espículas e ondas agudas de localização variável, com início e fim abruptos.
  - (E) paroxismos de complexos espícula-onda ritmados a 3/segundo, bilaterais e síncronos, com início e fim abruptos.
- 
27. A melhor descrição do quadro clínico e da estrutura acometida na síndrome de Millard Gubler são, respectivamente,
- (A) hemiplegia contralateral a lesão e paralisia facial periférica ipsilateral a lesão e lesão em ponte ventral.
  - (B) hemiplegia contralateral a lesão e paresia do 3º completo ipsilateral a lesão e lesão no mesencéfalo.
  - (C) hipoestesia facial ipsilateral a lesão, hipoestesia tronco e membros contralateral a lesão, paralisia do palato mole, faringe e laringe ipsilateral a lesão, Sd. Horner ipsilateral a lesão, Sd. Cerebelar ipsilateral a lesão e lesão em bulbo dorso lateral.
  - (D) paralisia do abducente ipsilateral e hemiparesia contralateral e lesão em ponte.
  - (E) hemiparesia, hemihipoestesia e tremor contralateral a lesão e paralisia do nervo oculomotor ipsilateral a lesão e lesão no mesencéfalo.
- 
28. Homem de 65 anos, etilista, natural e procedente de São Paulo, procura ambulatório de neurologia com queixa de sensação de formigamento em pés e mãos há 7 meses, quedas frequentes há 6 meses, principalmente ao levantar à noite para ir ao banheiro, além de diminuição de força em membros inferiores há cerca de 3 meses. Refere cirurgia para gastrite há cerca de 30 anos.
- Ao exame neurológico: marcha talonante, Romberg positivo, FMGIV em membros inferiores, com reflexos exaltados em membros inferiores e vivos em membros superiores. Cutâneo plantar em extensão bilateralmente. Apalestesia e anartrestesia em MMII, hipoestesia superficial em bota e luva. Não há alterações na motricidade ocular extrínseca e intrínseca ou nos pares bulbares, porém a língua mostra hipotrofia das papilas gustativas, com aspecto "careca".
- Considerando o quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica e o respectivo tratamento da doença, são
- (A) AVC mesencéfalo e antiagregação via oral.
  - (B) neurosífilis e penicilina cristalina endovenosa.
  - (C) polirradiculoneurite aguda e plasmáferese.
  - (D) deficiência de cobalamina e reposição parenteral de cobalamina.
  - (E) neuroesquistossomose e corticoterapia.
- 
29. Homem de 41 anos, sabidamente etilista, comparece ao Pronto-Socorro trazido por familiares. Última ingesta alcoólica a 24 horas da entrada. Cerca de 6 horas após uso de álcool em alambique apresenta queixa de visão borrada, evoluindo, com náuseas, vômitos e dor abdominal. Há 4 horas da entrada queixava-se de náusea e há 2 horas encontra-se letárgico, evoluindo com piora de nível de consciência após. Exames de entrada revelam glicemia sérica de 100 mg/dl e acidose metabólica significativa, com *anion* Gap aumentado. Fundo de olho mostra hiperemia de disco óptico. A tomografia de crânio revelou edema cerebral difuso e necrose putaminal bilateral. A hipótese diagnóstica mais provável para este paciente é
- (A) acidente vascular isquêmico de topo de basilar.
  - (B) cetoacidose diabética.
  - (C) neuromielite óptica.
  - (D) intoxicação por metanol.
  - (E) síndrome de abstinência alcoólica.



30. Homem de 58 anos, vítima de traumatismo cranioencefálico com lesão axonal difusa, encontra-se internado na UTI após 6 meses do evento. Ao exame neurológico, o paciente encontra-se de olhos abertos no momento, porém às vezes os fecha mantendo ciclo vigília/sono. Não estabelece contato visual com examinador. Não obedece ordens simples. Não emite sons. Apresenta incontinência fecal e urinária. Está traqueostomizado com cânula metálica sem *cuff*, porém não depende de ventilação mecânica. Aos estímulos dolorosos, apresenta extensão e pronação de ambos MMSS e extensão de ambos os MMII.

O estado de consciência do paciente é

- (A) coma crônico.
- (B) estado de mínima consciência.
- (C) estado vegetativo persistente.
- (D) reação conversiva.
- (E) catatonia.

31. Paciente de 71 anos comparece ao consultório médico com queixa de quedas frequentes há cerca de 2 anos, associado a tremor em MSE, caráter progressivo. Nega incontinência urinária ou alterações cognitivas. Ao exame neurológico, evidencia-se marcha em passos curtos, diminuição do balanço passivo e hipertonía plástica global, mais evidente à esquerda. Apresenta também tremor de repouso em MSE. Evidente hipomímia facial e reflexo glabellar inesgotável. Não há outras alterações ao exame. O diagnóstico mais provável é de

- (A) acidente vascular encefálico putaminal bilateral.
- (B) distonia generalizada.
- (C) esclerose lateral amiotrófica.
- (D) doença de Parkinson idiopática.
- (E) doença de Machado Joseph.

32. Homem de 42 anos, sem comorbidades, dá entrada no Pronto-Socorro por quadro de cefaleia holocraniana, febre de até 38 °C e intensa agitação psicomotora com comportamento inadequado há 3 dias. Ao exame neurológico, paciente muito agitado, desatento, discurso incoerente, desorientado no tempo e espaço. Não há *déficits* focais e o exame de nervos cranianos, incluindo fundo de olho, está normal. Rigidez de nuca 2+/4+ e sinal de Brudzinski positivo. Não há lesões de pele. Exames gerais com elevação de VHS e PCR moderada. À TC crânio sem contraste, inalterada. Coletado líquido cefaloraquidiano em punção lombar. 120 células (83% linfócitos, 10% monócitos, 3% neutrófilos, 3% plasmócitos e 1% esinófilos), proteína 56 mg/dl, glicose 60 mg/dl (glicemia capilar sérica de 90), lactato 25 mg/dl, ADA 15 UI/L.

Valores de referência:

ADA – até 4 UI/L a 37 °C

Lactato – até 20 mg/dl

Proteína – até 40 mg/dl

O diagnóstico mais provável é de

- (A) meningoencefalite por herpes simples.
- (B) encefalite por cisticercos.
- (C) meningite bacteriana por pneumococo.
- (D) meningite por sífilis terciária.
- (E) doença de Creutzfeldt Jakob.

33. A topografia mais comum de acidentes vasculares hemorrágicos intraparenquimatos de etiologia hipertensiva é

- (A) cerebelo.
- (B) lobo frontal.
- (C) gânglios da base e tálamo.
- (D) bulbo dorso lateral.
- (E) ponte ventral.

34. A síndrome das pernas inquietas

- (A) não está relacionada a carências nutricionais, como deficiência de ferro.
- (B) tem como sintoma principal a necessidade irresistível ou urgência em movimentar as pernas, que aparece com o repouso e desaparece com o movimento.
- (C) inicia-se geralmente após infecção por herpes vírus tipo 6.
- (D) tem contraindicados no seu tratamento os agentes dopaminérgicos.
- (E) tem como sintomas comumente associados tremores posturais em membros superiores e hipotensão ortostática.



35. Paciente feminina, 19 anos, obesa, portadora de asma persistente moderada, apresenta há 3 anos quadro de cefaleia hemi-crania latejante com náuseas e vômitos, incapacitante, com foto e fonofobia, duração média de 6 horas. O exame neurológico é normal. Considerando-se o diagnóstico mais provável, a droga de escolha para tratamento profilático desta paciente é
- (A) Gabapentina.
  - (B) Propranolol.
  - (C) Trazodona.
  - (D) Topiramato.
  - (E) Sertralina.
- 
36. A síndrome de Brown Séquard é melhor descrita como
- (A) perda da sensibilidade térmica e dolorosa contralateral um ou dois segmentos abaixo da lesão, perda de sensibilidade profunda e paralisia motora espástica ipsilateral a lesão.
  - (B) perda da sensibilidade térmica e dolorosa e paralisia motora espástica ipsilateral a lesão e perda de sensibilidade profunda contralateral a lesão.
  - (C) paralisia motora espástica e perda de sensibilidade profunda contralateral a lesão e perda de sensibilidade térmica e dolorosa ipsilateral a lesão.
  - (D) perda da sensibilidade térmica e dolorosa e de sensibilidade profunda ipsilateral a lesão e paralisia motora espástica contralateral a lesão.
  - (E) paralisia motora flácida e perda de sensibilidade profunda contralateral a lesão e perda de sensibilidade térmica e dolorosa ipsilateral a lesão.
- 
37. Mulher de 21 anos recebeu diagnóstico de epilepsia mioclônica juvenil e foi iniciado fenitoina 300 mg/dia em ambulatório. Após cerca de 3 semanas de uso, evolui com lesões maculoeritematosas e bolhas serohemorrágicas em pele e mucosas. Levada a um hospital terciário, recebe diagnóstico de Síndrome de Steven Johnson. A medicação que deve ser dada como tratamento antiepiléptico para esta paciente, neste momento, é
- (A) Fenobarbital.
  - (B) Carbamazepina.
  - (C) Valproato de Sódio.
  - (D) Lítio.
  - (E) Flunarizina.
- 
38. Referente à malformação de Dandy Walker, pode-se afirmar que
- (A) não há retardo mental na maioria dos portadores.
  - (B) há agenesia de corpo caloso e de cerebelo e associa-se com alterações cardíacas e de trato urinário.
  - (C) é comum a associação com lisencefalia e deleção do cromossomo 17.
  - (D) há deslocamento da medula e do 4º ventrículo para o interior do canal medular.
  - (E) é comum a ocorrência de encefalocele occipital e fechamento incompleto de parede abdominal.
- 
39. Mulher de 34 anos, com diagnóstico de esclerose múltipla, refere sensação de choque elétrico que corre pelas coluna cervical e torácica até os membros ao fletir a cabeça. Tal fenômeno é chamado de
- (A) sinal de Gordon.
  - (B) reflexo de Landau.
  - (C) sinal de Hoffmann.
  - (D) fenômeno de Grasset e Gausseil.
  - (E) sinal de Lhermitte.
- 
40. Paciente de 68 anos, com quadro demencial leve em vida, evolução de 2 anos, falece em decorrência de complicações cardíacas pós infarto agudo do miocárdio. Encaminhado o cadáver para autópsia. Procedida análise anatomopatológica do cérebro, sendo constatado macroscopicamente atrofia, pior em lobo frontal, parietal e temporal. A análise histológica de tecido cerebral revela: depósito extracelular de placas formadas por peptídeo beta amiloide e emaranhados neurofibrilares intracelulares.
- A hipótese mais provável para o quadro demencial do paciente era
- (A) demência Fronto Temporal.
  - (B) doença de Pick.
  - (C) demência vascular.
  - (D) demência por corpos de Lewy.
  - (E) doença de Alzheimer.



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA



**PROVA DISSERTATIVA**

**QUESTÃO 1**

Mulher de 42 anos, com carga tabágica atual de 15 maços/ano e usuária de anticoncepcional oral há 5 anos, dá entrada no Pronto-Socorro por quadro de diplopia binocular há 4 dias. Refere quadro concomitante de cefaleia holocraniana em aperto, com melhora parcial após o uso de analgésicos e anti-inflamatórios não hormonais, associada a náuseas e vômitos há 2 semanas, além de embassamento visual. Hoje notou discreta diminuição de força em hemicorpo esquerdo. Relata diagnóstico prévio de cefaleia tensional com dor habitual em aperto, occipital, de intensidade fraca, que cede com o uso de analgésico simples. Nega abuso de analgésicos.

Ao exame: regular estado geral, eupneica, descorada, acianótica, afebril, nauseada. PA = 160x100 mmHg, FC = 80 bpm, glicemia capilar de 82 mg/dl. FR = 16 ipm, IMC 35. Algo sonolenta, porém acorda facilmente aos chamados verbais, orientada, tempo e espaço, linguagem sem alterações. Hemiparesia esquerda grau IV, completa, predomínio braquifacial, reflexos tendinosos profundos exaltados à esquerda, cutâneo plantar em extensão à esquerda, Hoffmann e Tromner presentes a esquerda. Hemihipoestesia superficial completa à esquerda. Sensibilidade profunda e superficial sem alterações. Coordenação sem alterações. Exame de nervos cranianos revela acuidade visual 20/70 bilateralmente, com correção, e borramento do disco óptico bilateralmente, além de paralisia do nervo abducente bilateralmente.

Tomografia de crânio sem contraste mostra pequena área de infarto cortical lobo frontal direito, com pequenas áreas de entremeio de transformações hemorrágicas, que não respeita claramente território arterial. Há também hipersinal em topografia de seio sagital superior.

O resultado do exame de líquido cefalorraquidiano, punção lombar, em decúbito lateral horizontal, revela: aspecto límpido; pressão de abertura: 48 cm H<sub>2</sub>O (normal até 20 cm H<sub>2</sub>O), células: 1 (82% linfócitos – 18 % monócitos), 0 hemácias; proteínas: 26 mg/dL (normal até 40 mg/dL); glicorraquia: 58 mg/dL; GRAM: ausência de bactérias; cultura: em análise; tinta da China: negativa.

Com base nesses dados, apresente:

a. O(s) diagnóstico(s) sintomático(s) da paciente.


**Redação Definitiva**


b. O diagnóstico etiológico principal.


**Redação Definitiva**




c. O exame complementar para confirmação diagnóstica.


RASCUNHO

**Redação Definitiva**


d. O tratamento indicado.


RASCUNHO

**Redação Definitiva**


NOTA



**QUESTÃO 2**

Homem de 43 anos de idade, com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, é trazido por familiares ao Pronto Atendimento por queixa de diplopia com início há 5 dias. Seguiu-se dificuldade para caminhar em ambientes escuros e queixa de que está perdendo os chinelos sem perceber e de que sente os membros incoordenados há 3 dias. Apresentou quadro de diarreia com duração de 2 dias e resolução espontânea há cerca de 15 dias.

Ao exame: consciente, orientado têmporo-espacialmente, linguagem preservada, PA: 140 x 90 mmHg, P = FC: 78 bpm, FR: 20 ipm. Semiologias cardíaca, pulmonar e abdominal sem alterações. Equilíbrio: Romberg positivo, marcha mista, com componente talonante, dismetria e decomposição dos passos. Força motora grau IV nos 4 membros; reflexos tendinosos profundos globalmente abolidos; sensibilidade superficial preservada; hipopalestesia e anartrestesia distal em membros inferiores, até os joelhos e em membros superiores, até os punhos. NNCC: Globo ocular de olho esquerdo com desvio lateral, só realiza movimento de abdução, olho direito em torção externa e não realiza movimento de depressão quando em adução. Pupilas sem alterações. Demais pares cranianos sem alterações.

Com base nesses dados, responda as questões abaixo:

a. Cite a principal hipótese diagnóstica.

RASCUNHO
----------

**Redação Definitiva**

RASCUNHO
----------

b. Cite duas opções de tratamento para a doença em questão.

RASCUNHO
----------

**Redação Definitiva**

RASCUNHO
----------

c. Qual o achado liquórico típico esperado para esta patologia?

RASCUNHO
----------

**Redação Definitiva**

RASCUNHO
----------

NOTA



NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA





b. Quais foram os métodos de coleta de evidências para estabelecer a opção terapêutica?


**Redação Definitiva**


c. Se você fosse planejar um estudo para obter um alto grau de recomendação e força de evidência para os medicamentos propostos, como organizaria?


**Redação Definitiva**






NÃO ESCREVA NESTA PÁGINA