

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2024/2025



TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO - NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA (ATNEUCLIT01)

PROVA OBJETIVA

TIPO 1



SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo oitenta questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha de respostas para a marcação das alternativas



TEMPO

- **5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas**
- **1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas
- **30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas
- **Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas
- Confira o programa, a cor e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa, cor ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas

Boa sorte!

Medicia Física e Reabilitação

1

Uma paciente de 68 anos, com histórico de osteoartrite severa no joelho direito, busca tratamento para aliviar a dor e melhorar a mobilidade. Durante a consulta, ela relata dificuldade crescente para caminhar e realizar atividades diárias.

O médico decide aplicar princípios de biomecânica para ajustar o plano de reabilitação da paciente, considerando a redistribuição de carga e a melhora do alinhamento articular.

Para isso, ele deverá:

- (A) prescrever um medicamento anti-inflamatório para controle da dor;
- (B) instruir um programa de exercícios que inclua fortalecer o quadríceps, realizar exercícios de estabilização do core e treinar o equilíbrio;
- (C) realizar uma artroplastia total do joelho para corrigir o desalinhamento articular;
- (D) combinar o uso de órtese de joelho com um programa específico de exercícios para fortalecer a musculatura de suporte e melhorar a marcha;
- (E) aplicar terapia com calor local para relaxar os músculos e aliviar temporariamente a dor.

2

Um paciente de 72 anos com insuficiência cardíaca compensada, atualmente em classe funcional I da NYHA, já em uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), betabloqueadores e espirolactona, realizou um teste cardiopulmonar. Os resultados mostram um consumo máximo de oxigênio (VO₂ de pico) de 16 mL/kg/min (68% do previsto). Durante o teste, a frequência cardíaca de repouso foi de 60 bpm, aumentando para 145 bpm no pico do exercício em ritmo sinusal. O cardiologista considera intervenções para melhorar a qualidade de vida e a capacidade de exercício do paciente.

Com base nos resultados do teste e na condição atual do paciente, a conduta adequada é:

- (A) encaminhar para um programa especializado de reabilitação cardiopulmonar, incluindo treinamento aeróbio e de força;
- (B) aumentar a dose dos betabloqueadores para otimizar o controle da frequência cardíaca;
- (C) avaliar a adição de um antagonista dos receptores de angiotensina II para melhorar ainda mais a função ventricular;
- (D) implementar treinamento de resistência muscular sob supervisão para fortalecer os músculos periféricos;
- (E) ajustar diuréticos para melhorar o controle de volume e reduzir a congestão.

3

Um paciente de 60 anos, com história de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), realiza um teste cardiopulmonar para avaliação da capacidade de exercício. O primeiro limiar ventilatório (LV1) foi atingido com um consumo de oxigênio (VO₂) de 6 mL/kg/min, que corresponde a apenas 30% do valor previsto para o VO₂ de pico.

Esse achado se refere a uma característica muito importante no metabolismo, qual seja:

- (A) aumento da capacidade de absorção de oxigênio;
- (B) eficiência máxima na captação de oxigênio pelos músculos;
- (C) anaerobiose precoce, com início precoce do metabolismo anaeróbico;
- (D) obstrução ventilatória durante o exercício;
- (E) hiperventilação pulmonar desproporcional ao esforço.

4

Um paciente de 45 anos com esclerose múltipla progressiva reporta aumento da fadiga e dificuldades de mobilidade que impactam suas atividades diárias.

Uma avaliação abrangente que ajude a ajustar o plano de tratamento de acordo com as necessidades específicas do paciente deverá incluir:

- (A) avaliação multidimensional, incluindo exames físicos, avaliações neurológicas e entrevistas com o paciente para entender suas limitações diárias;
- (B) testes de resistência muscular exclusivamente para determinar o nível de assistência necessária em atividades diárias;
- (C) uso de questionários de autoavaliação para identificar exclusivamente as percepções do paciente sobre suas incapacidades;
- (D) consultas frequentes com um único especialista para ajustar medicações sem integrar abordagens de fisioterapia ou ocupacional;
- (E) realização de exames de imagem como ressonância magnética para avaliar progressão da doença, sem foco em intervenções funcionais.

5

Durante uma sessão de reabilitação, um fisioterapeuta avalia um paciente de 50 anos que sofreu um AVC recentemente e agora apresenta hemiparesia do lado esquerdo.

O terapeuta planeja integrar recursos físicos específicos para maximizar a recuperação neuromuscular e funcional do paciente.

Um recurso apropriado nesse caso é o(a):

- (A) uso de eletroestimulação para facilitar a atividade muscular e melhorar o controle motor;
- (B) aplicação de calor superficial para alívio da dor, com mais foco em conforto do que em recuperação funcional;
- (C) implementação de treinamento de resistência de alta intensidade na fase inicial de recuperação;
- (D) utilização de ultrassom terapêutico para promover a cicatrização de tecidos moles, sem impactar diretamente a recuperação neuromuscular;
- (E) introdução de terapia medicamentosa isolada para controlar a espasticidade, sem combinar com intervenções físicas.

6

Um paciente de 40 anos com diagnóstico de neuropatia periférica apresenta dor crônica e debilidade muscular nas extremidades inferiores. O médico especialista em reabilitação considera diversas técnicas para otimizar o tratamento e melhorar a qualidade de vida do paciente.

Uma conduta adequada nesse caso consiste em:

- (A) utilizar técnicas de *biofeedback* para ajudar o paciente a entender e controlar a função neuromuscular;
- (B) empregar a terapia por ondas de choque para aliviar a dor e promover a cicatrização nos nervos afetados;
- (C) iniciar um programa de exercícios de fortalecimento e alongamento para aumentar a força muscular e a flexibilidade;
- (D) aplicar injeções de corticosteroides para redução rápida da inflamação e alívio da dor;
- (E) recomendar acupuntura como abordagem alternativa para manejo da dor e melhora da função neurológica.

7

Um paciente de 62 anos sofreu um AVC isquêmico que afetou principalmente o lado direito do seu corpo, resultando em limitações significativas na destreza manual e na força da mão direita. O paciente, que é destro, está preocupado com sua capacidade de realizar atividades diárias que requerem habilidades motoras finas, como escrever e manusear utensílios. Durante a reabilitação, o terapeuta ocupacional propõe várias técnicas para auxiliar na recuperação dessas habilidades.

Dentre as intervenções a seguir, a mais apropriada para integrar o plano de tratamento desse paciente é:

- (A) utilizar terapia por espelho para promover a neuroplasticidade e melhorar a função motora da mão afetada;
- (B) concentrar-se em terapias de relaxamento e redução de estresse para diminuir a tensão muscular e melhorar o bem-estar, sem foco direto em exercícios de reabilitação;
- (C) iniciar um programa intensivo de exercícios aeróbicos moderados e alongamentos para aumentar a capacidade cardiovascular e a flexibilidade geral, sem abordar diretamente a destreza manual;
- (D) aplicar técnicas de massagem terapêutica na mão afetada para aliviar a dor e reduzir a rigidez, sem incorporar exercícios específicos de reabilitação motora;
- (E) recomendar a utilização de dispositivos de assistência para todas as atividades diárias, focando na compensação das habilidades motoras específicas afetadas pelo AVC.

8

Uma paciente de 30 anos, diagnosticada com artrite reumatoide, relata aumento da dor e rigidez nas articulações, principalmente nas mãos e nos pulsos. O reumatologista pretende adotar uma abordagem terapêutica que alie medicação a técnicas físicas para maximizar o controle da dor e manter a funcionalidade das articulações.

A abordagem indicada nesse caso consiste em:

- (A) iniciar uma terapia combinada de anti-inflamatórios não esteroides e sessões regulares de hidroterapia para alívio da dor e melhoria da mobilidade;
- (B) prescrever corticosteroides de longa duração e iniciar um programa de exercícios de baixa intensidade sem assistência especializada;
- (C) recomendar a administração de imunossuppressores e a realização de acupuntura para controle da dor sem foco em mobilidade;
- (D) sugerir o uso contínuo de analgésicos opioides e terapia manual para redução imediata da dor sem abordar a inflamação subjacente;
- (E) implementar a administração de drogas modificadoras da doença (DMARDs) e terapia por ultrassom para promover a cura e reduzir a inflamação nas articulações.

9

Uma paciente de 70 anos com diagnóstico de osteoporose avançada apresenta frequentes dores nas costas e risco aumentado de fraturas. O especialista em geriatria avalia a necessidade de integrar abordagens que melhorem a densidade óssea e reduzam o risco de fraturas futuras.

A conduta adequada nesse caso é:

- (A) prescrever suplementação de cálcio e vitamina D, combinada com exercícios de força;
- (B) iniciar tratamento com bifosfonatos para aumentar a densidade óssea, sem recomendação de atividade física devido ao risco de fraturas;
- (C) recomendar a utilização de coletes ortopédicos para suporte lombar e prevenção de fraturas vertebrais, sem outras intervenções;
- (D) sugerir a implementação de terapia hormonal para fortalecer os ossos, ignorando outros aspectos de estilo de vida que podem afetar a osteoporose;
- (E) focar exclusivamente na mudança de dieta, sem integrar tratamentos medicamentosos ou exercícios físicos.

10

Um paciente de 67 anos com histórico de diabetes tipo 2 e hipertensão vem apresentando episódios recorrentes de tontura e fraqueza. Após exames, o médico identifica uma possível neuropatia autonômica como complicação da diabetes.

Para investigar mais a fundo e confirmar o diagnóstico de neuropatia autonômica, o médico deve:

- (A) realizar um teste de inclinação ortostática para avaliar a resposta cardiovascular à mudança de posição;
- (B) solicitar um exame de ressonância magnética do cérebro para descartar outras causas neurológicas;
- (C) prescrever um teste de esforço cardíaco para avaliar a função cardiovascular durante a atividade física;
- (D) efetuar uma eletroneuromiografia para avaliar a integridade dos nervos periféricos e músculos;
- (E) realizar um exame de fundo de olho para verificar a presença de retinopatia diabética.

11

Uma paciente de 30 anos, atleta de maratona, apresenta lesão no tendão de calcâneo que limita significativamente seu treinamento e desempenho. Após avaliação inicial, o médico do esporte considera diferentes abordagens para acelerar a recuperação e prevenir futuras lesões.

Dentre as intervenções abaixo, a mais apropriada para tratar a lesão no tendão de calcâneo da paciente é:

- (A) iniciar um programa de reabilitação com exercícios isométricos e alongamentos graduais, além de terapia com gelo após as sessões;
- (B) realizar exercícios de salto e corrida em superfície dura para aumentar a resistência do tendão e melhorar a recuperação;
- (C) prescrever treinamento de sprint e exercícios de alta intensidade para acelerar a cicatrização do tendão de calcâneo;
- (D) aplicar injeções de corticosteroides para reduzir rapidamente a inflamação e aliviar a dor no tendão;
- (E) realizar terapia com ondas de choque para estimular a cicatrização do tendão e aliviar a dor no tendão lesionado.

12

Um paciente de 50 anos, com diagnóstico de lombalgia crônica, busca tratamento para aliviar a dor e melhorar a mobilidade. O fisioterapeuta avalia a situação e sugere um plano de tratamento focado no fortalecimento do *core* e melhoria da postura.

Nesse cenário, a intervenção mais apropriada para integrar ao plano de tratamento desse paciente é:

- (A) aplicar tratamento com calor intenso diretamente na região lombar para alívio rápido da dor;
- (B) prescrever exercícios de alto impacto, como saltos e corridas, para aumentar a resistência muscular;
- (C) recomendar longos períodos de repouso na cama para minimizar a pressão sobre a coluna lombar;
- (D) iniciar um programa de exercícios de Pilates focado no fortalecimento do *core*, acompanhado de orientações posturais e técnicas de relaxamento;
- (E) encaminhar para cirurgia de fusão espinhal como primeira linha de tratamento para lombalgia crônica.

13

O gestor de uma clínica de reabilitação está desenvolvendo estratégias para melhorar a entrega de serviços tanto no contexto público quanto no contexto privado. Ele considera a importância de implementar um sistema de gestão integrado que promova a eficiência e a qualidade do atendimento aos pacientes.

Dentre as abordagens a seguir, aquele que se mostra mais apropriada para otimizar o gerenciamento dos processos de reabilitação nessa clínica é:

- (A) introduzir o pagamento por serviço, incentivando o aumento do número de consultas e procedimentos;
- (B) reduzir custos por meio da diminuição do número de profissionais de reabilitação, centralizando a carga de trabalho por especialista;
- (C) adotar um sistema de prontuário eletrônico para integrar registros médicos, facilitando o acesso à informação e a comunicação entre profissionais;
- (D) implementar uma política de atendimento baseado exclusivamente em seguros privados para maximizar a receita da clínica;
- (E) centralizar as decisões de gestão na figura do médico principal, evitando a descentralização das responsabilidades.

14

Em uma clínica especializada em reabilitação, um fisioterapeuta planeja abordagens terapêuticas para pacientes com doença de Parkinson que apresentam rigidez e tremores significativos.

A técnica de reabilitação mais apropriada para integrar o plano de tratamento desses pacientes é a(o):

- (A) aplicação de terapia manual intensiva para aumentar a amplitude de movimento e flexibilidade;
- (B) realização de sessões de terapia aquática para melhorar a mobilidade e reduzir a dor;
- (C) implementação de terapia de realidade virtual para melhorar a coordenação e o equilíbrio;
- (D) uso de dispositivos de estimulação elétrica neuromuscular para facilitar a redução de rigidez e tremores;
- (E) prescrição de um programa de exercícios passivos utilizando máquinas de movimento assistido.

15

Uma paciente de 45 anos, diagnosticada com fibromialgia, relata dor crônica generalizada e fadiga persistente. O reumatologista busca integrar uma abordagem terapêutica que combine manejo da dor e melhoria do bem-estar geral.

A intervenção que deve ser incorporada no plano de tratamento dessa paciente é:

- (A) prescrição de opioides de longa duração para manejo intensivo da dor;
- (B) início de um programa de terapia cognitivo-comportamental;
- (C) aplicação regular de injeções de corticosteroides para controle rápido da inflamação;
- (D) implementação de um programa de hidroterapia, para melhorar a flexibilidade e reduzir a dor;
- (E) encaminhamento para cirurgia como método definitivo de tratamento da fibromialgia.

16

Um jovem de 22 anos, jogador profissional de basquete, sofreu uma lesão no ligamento cruzado anterior durante um jogo. O ortopedista discute as opções de tratamento para uma recuperação rápida e eficaz, visando ao retorno às quadras com segurança.

A intervenção mais apropriada para integrar o plano de tratamento desse paciente é:

- (A) aplicação de terapia por ondas de choque para estimular a cicatrização do ligamento, seguida de fisioterapia leve e progressiva;
- (B) realização de cirurgia de reconstrução do ligamento cruzado anterior seguida de programa de reabilitação física intensiva;
- (C) uso de uma órtese de joelho com protocolo de exercícios de baixo impacto para fortalecimento gradual;
- (D) aplicação de injeções de plasma rico em plaquetas (PRP) para promover a recuperação natural do ligamento sem intervenção cirúrgica;
- (E) implementação de um programa conservador de gestão da dor e reforço muscular, evitando a necessidade de cirurgia.

17

Um paciente de 68 anos com história de doença arterial periférica apresenta claudicação intermitente, apesar de estar em tratamento medicamentoso pleno. Devido a um alto risco operatório, o angiologista avalia a necessidade de melhorar a circulação sanguínea nas pernas para aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente sem recorrer a cirurgia. A intervenção mais apropriada para integrar o plano de tratamento desse paciente é:

- (A) iniciar um programa de marcha supervisionada para promover a angiogênese e melhorar a tolerância ao exercício;
- (B) adicionar vasodilatadores de longa ação para aumentar o fluxo sanguíneo periférico;
- (C) adotar o uso contínuo de terapia de compressão mecânica para estimular a circulação sanguínea;
- (D) implementar uma dieta rica em antioxidantes e baixa em gorduras para reduzir a progressão da aterosclerose;
- (E) recomendar repouso e evitar esforços físicos para diminuir a demanda de oxigênio dos músculos das pernas.

18

Uma paciente de 40 anos, diagnosticada com síndrome do túnel do carpo, sofre com dor e formigamento nas mãos, especialmente durante a noite e já utiliza uma tala para imobilização durante o sono. Após falha no alívio com tratamento medicamentoso, o ortopedista considera outras opções terapêuticas para reduzir os sintomas.

A intervenção mais apropriada para integrar o plano de tratamento dessa paciente é:

- (A) prescrever uma série de injeções de corticosteroides para redução da inflamação local;
- (B) realizar uma cirurgia para liberar o nervo comprimido no túnel do carpo;
- (C) implementar exercícios de fisioterapia focados em estiramento e fortalecimento dos músculos do antebraço;
- (D) aumentar o uso de medicação anti-inflamatória não esteroide para controle da dor;
- (E) adotar técnicas de modificação de comportamento para evitar atividades que exacerbem os sintomas.

19

Um jovem de 25 anos, jogador de futebol amador, relata dores recorrentes no joelho após jogos e treinos intensos. A ortopedista suspeita de uma lesão no menisco e considera várias abordagens para diagnóstico e tratamento.

A conduta mais apropriada para integrar o plano de tratamento desse paciente é:

- (A) iniciar um programa de reabilitação com foco em fortalecimento muscular e técnicas de prevenção de lesões;
- (B) aplicar terapia com gelo e administração de anti-inflamatórios não esteroides após atividades físicas para controle da dor e inflamação;
- (C) indicar o uso de uma órtese de joelho durante atividades físicas para estabilizar e proteger a articulação;
- (D) solicitar uma ressonância magnética para confirmar a presença de lesão no menisco e avaliar a extensão do dano;
- (E) recomendar uma artroscopia diagnóstica seguida de tratamento cirúrgico, se necessário, para reparar o menisco.

20

Uma paciente de 55 anos, recentemente tratada para câncer de mama, experimenta fadiga significativa e perda de força muscular como efeitos colaterais da quimioterapia. A equipe de oncologia recomenda iniciar um programa de reabilitação para ajudar a recuperar sua condição física e melhorar a qualidade de vida.

A intervenção mais apropriada para integrar o plano de tratamento dessa paciente é:

- (A) iniciar um programa de natação suave e ioga para melhorar a flexibilidade, reduzir a fadiga e ajudar na recuperação emocional e física;
- (B) implementar um programa de exercícios de fortalecimento muscular e treinamento de resistência cardiovascular para ajudar a combater a fadiga;
- (C) usar terapia de relaxamento e técnicas de meditação para reduzir o estresse, sem foco em recuperação física;
- (D) prescrever uma dieta rica em proteínas e suplementos nutricionais, sem inclusão de atividade física;
- (E) iniciar fisioterapia com foco em exercício de baixo impacto e alongamentos para melhorar a mobilidade e força.

21

Um paciente de 63 anos foi submetido, sem complicações, a uma cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM). Na fase inicial da recuperação pós-operatória, o cardiologista considera as melhores práticas para promover a recuperação cardiovascular e evitar complicações.

A intervenção mais apropriada para integrar o plano de tratamento desse paciente é:

- (A) iniciar exercícios leves ainda dentro do ambiente hospitalar e ser encaminhado para um programa de reabilitação cardíaca fase dois, dois meses após a alta hospitalar;
- (B) iniciar exercícios leves ainda dentro do ambiente hospitalar e ser encaminhado para um programa de reabilitação cardíaca fase dois antes de 28 dias após a alta hospitalar;
- (C) aguardar a completa cicatrização da incisão cirúrgica antes de iniciar qualquer atividade física para evitar estresse no coração;
- (D) iniciar terapia com medicamentos anti-hipertensivos intensificados, sem recomendação de exercícios físicos;
- (E) realizar avaliações cardíacas periódicas apenas, sem integrar atividades físicas no plano de recuperação.

22

Um paciente de 50 anos chega à consulta relatando fraqueza muscular progressiva nas mãos e nos pés, que se estendeu para os braços e pernas ao longo dos últimos meses. Além disso, ele menciona sentir formigamentos e ocasionalmente choques elétricos que se irradiam pelos membros. O paciente não apresenta dor significativa, mas a fraqueza tem impactado suas atividades diárias, como segurar objetos e caminhar. Não há histórico familiar relevante para doenças neuromusculares. O neurologista decide realizar uma eletroneuromiografia (ENM) para investigar a condição neurológica do paciente.

Com base nos sintomas relatados, o achado mais esperado na ENM desse paciente é:

- (A) velocidades de condução nervosa dentro dos limites normais, indicando ausência de neuropatia periférica;
- (B) diminuição das amplitudes dos potenciais de ação muscular e sinais de denervação em múltiplos nervos, sugerindo uma doença do neurônio motor;
- (C) velocidades de condução nervosa significativamente reduzidas e bloqueios de condução, compatíveis com uma neuropatia desmielinizante;
- (D) respostas normais nos testes de condução nervosa e eletroneuromiografia, indicando que os sintomas podem ser de origem não neurológica;
- (E) presença de atividade elétrica muscular espontânea em repouso, como fasciculações ou fibrilações, indicativas de doenças musculares primárias.

23

Com o aumento na expectativa de vida e a necessidade dos cuidados mais especializados no processo do envelhecimento, alguns métodos de avaliações funcionais foram criados para medir a capacidade do indivíduo de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si próprio.

A escala mais adequada para avaliar a funcionalidade do idoso é a:

- (A) Katz;
- (B) EAPI;
- (C) EDGA;
- (D) Bayley;
- (E) Denver.

24

Considere as seguintes disfunções motoras da paralisia cerebral.

- Tipo 1: Espástica
- Tipo 2: Atetóido
- Tipo 3: Atáxica

Aquela(s) que tem(têm) origem extrapiramidal é(são) apenas a(s) de tipo:

- (A) 1 e 2;
- (B) 1 e 3;
- (C) 2 e 3;
- (D) 1;
- (E) 2.

25

Dentre os equipamentos listados abaixo, os que podem ser associados para fornecer informações cinemáticas mais precisas da marcha são:

- (A) eletromiógrafo e sensor inercial;
- (B) baropodômetro e eletromiógrafo;
- (C) câmera de vídeo e eletromiógrafo;
- (D) câmera de vídeo e sensor inercial;
- (E) baropodômetro e câmera de vídeo.

26

Na biomecânica da marcha, no contato inicial do pé com o solo, o joelho está estendido e dois mecanismos extensores estão ativos. Sobre um desses mecanismos, é correto afirmar que:

- (A) a força imediata de reação do solo cria um vetor horizontal posterior ao eixo do joelho;
- (B) a parte superior do glúteo máximo / sistema da banda iliotibial são ativados no final do balanço terminal;
- (C) os vastos se inativam e há prioridade no controle motor através do músculo reto femoral, que se contrai concentricamente;
- (D) o alinhamento do vetor articular em relação à força da gravidade torna-se desfavorável, e, com isso, o músculo quadríceps se contrai concentricamente;
- (E) a parte superior do glúteo máximo, através da contração concêntrica, retrai o fêmur e anula a função dos flexores dos joelhos.

27

Algumas angulações encontradas nas articulações durante a marcha podem estar associadas às reações fisiológicas à dor, principalmente com o objetivo de diminuir as pressões intra-articulares.

Entre elas, inclui-se a seguinte angulação:

- (A) flexão do joelho de 15 graus;
- (B) flexão do quadril de 20 graus;
- (C) hiperextensão do joelho de 20 graus;
- (D) flexão dorsal de 15 graus no tornozelo;
- (E) flexão plantar de 15 graus no tornozelo.

Neurologia

28

Paciente de 40 anos procura ambulatório de neurologia com queixa de fraqueza e atrofia nas mãos e pé direito se desenvolvendo há 6 meses. Ao exame neurológico, é constatada paresia para extensão da mão esquerda, abdução dos dedos da mão direita e fraqueza para dorsoflexão do pé direito, atrofia e arreflexia nos segmentos afetados. Exame da sensibilidade mostrou-se normal.

O diagnóstico síndrome é consistente com:

- (A) polineuropatia;
- (B) síndrome da ponta anterior da medula;
- (C) mononeuropatia afetando os nervos mediano esquerdo, ulnar direito e tibial direito;
- (D) multiradiculopatia afetando as raízes C5, C6, C7, L5 e S1;
- (E) mononeuropatia múltipla afetando os nervos radial esquerdo, ulnar direito e fibular direito.

29

Paciente de 25 anos, feminina, branca, acorda pela manhã com fraqueza de membro inferior direito. Após 1 semana, melhora mesmo sem tratamento. No momento do atendimento está assintomática. Ao exame neurológico, é observado reflexo cutâneo-plantar em extensão à direita. Solicitada ressonância magnética de crânio e coluna cervical e torácica. Diante do resultado, a paciente foi diagnosticada com esclerose múltipla e encaminhada para centro de referência.

Os achados da ressonância que corroboraram o diagnóstico foram:

- (A) lesões hiperintensas em T2 em região periventricular, justacortical e pedúnculo cerebelar médio, sendo que uma delas apresentava captação de contraste;
- (B) lesões hiperintensas em T2 em região periventricular e coroa radiada, sendo que uma delas apresentava hipossinal em T1;
- (C) lesões hipointensas em T2 em região subcortical, ponte e cerebelo, sendo que duas delas apresentavam captação de contraste;
- (D) lesão hiperintensa em T2 com captação de contraste em medula cervical nível C3-C4;
- (E) lesões hiperintensas em T2 e hipointensas em T1 em região nucleocapsular.

30

Senhor com 62 anos e sem comorbidades vem à consulta acompanhado por sua esposa, que refere notar, há mais de seis meses, que ele está mais parado, andando com dificuldade. Diz que pela manhã ela precisa ajudá-lo a se levantar da cama. Há 3 meses surgiu discreto tremor na mão direita, que ela observa mais quando estão sentados vendo a novela. O neurologista examina o paciente e observa rigidez maior à direita, tremor de repouso intermitente na mão direita e bradicinesia. Prescreve então uma medicação de uso contínuo. O paciente retorna à consulta após 4 meses relatando melhora da mobilidade. Quando questionado sobre atividades que realiza no cotidiano, relata estar apresentando compulsão por jogos, o que não apresentava anteriormente.

A medicação relacionada a esse quadro é:

- (A) levodopa;
- (B) pramipexol;
- (C) mantidam;
- (D) rasagilina;
- (E) biperideno.

31

Mulher de 23 anos apresenta, desde a adolescência, cefaleia hemcraniana de média a forte intensidade, pulsátil, associada a foto e fonofobia, náuseas, que dura em geral de 6 a 8 horas, melhorando após o sono. Em função da frequência das crises de cefaleia, ela vem usando analgésicos comuns 15 dias por mês nos últimos 3 meses. A mãe apresentava, até os 50 anos de idade, quadro semelhante. Os exames laboratoriais e de neuroimagem foram normais.

Diante desse cenário, a conduta inicial é:

- (A) iniciar topiramato frente ao diagnóstico de cefaleia tensional frequente;
- (B) iniciar propranolol frente ao diagnóstico de migrânea episódica;
- (C) iniciar amitriptilina frente ao diagnóstico de cefaleia tensional crônica;
- (D) iniciar antagonista CGRP frente ao diagnóstico de migrânea crônica;
- (E) iniciar ciclobenzaprina e anti-inflamatório frente ao diagnóstico de cefaleia tensional episódica infrequente.

32

Paciente atendida no ambulatório de neurologia aos 23 anos de idade relata que, desde os 13 anos, apresenta crises caracterizadas por automatismos de membros superiores e movimentos mastigatórios, com perda de contato com os familiares. Nessas crises, o quadro rapidamente evolui para perda da consciência e postura tônica simétrica dos 4 membros, seguidas de atividade clônica, liberação esfinteriana, mordedura da língua e confusão mental no período pós-ictal. A frequência das crises é variável, mas elas têm sido mais frequentes nos últimos 2 anos.

Pela classificação da ILAE 2017, é correto classificar as crises epiléticas dessa paciente como:

- (A) início generalizado motor tônico-clônico;
- (B) início generalizado não motor atípica;
- (C) início focal motor disperceptivo com evolução tônico-clônica bilateral;
- (D) início desconhecido não motor com parada comportamental;
- (E) início focal não motor perceptivo com generalização secundária.

33

Criança de 5 anos de idade vem apresentando, na escola, episódios em que não responde quando é chamada, mantendo olhar fixo, com duração de segundos. A professora observa movimentos despropositados nos dedos das mãos e piscamentos. Esses episódios ocorrem 3 ou 4 vezes ao dia. Nascida de parto sem intercorrências, com desenvolvimento psicomotor normal até o momento. O exame neurológico é normal. O EEG mostra paroxismos frequentes de pontas ondas a 3 ciclos por segundo. Iniciou anticonvulsivante (carbamazepina 200 mg/dia) com aumento da frequência das crises.

As crises descritas são sugestivas do seguinte tipo de epilepsia:

- (A) do lobo temporal;
- (B) do lobo frontal;
- (C) generalizada motora atônica;
- (D) generalizada não motora atípica;
- (E) generalizada não motora típica.

34

Mulher de 65 anos, hipertensa, apresentou, subitamente, perda de força em dimídio direito. Levada à emergência após duas horas do início dos sintomas, está acordada, não pronuncia nenhuma palavra e obedece a ordens verbais simples como abrir a boca e fechar os olhos. O médico confirma o déficit motor e observa desvio da comissura labial para a esquerda. PA = 210 x 120, FC = 80 bpm e ritmo cardíaco regular. A TC de crânio, realizada após 1 hora da entrada no hospital, evidenciou hipodensidade em região fronto-parietal esquerda (ASPECT = 9). Iniciada medicação anti-hipertensiva venosa e colhido exame de sangue. Após 1 hora, a PA estava 190 X 105 mmHg. Exames laboratoriais em andamento.

Em relação à conduta terapêutica de fase aguda, é correto afirmar que, neste momento:

- (A) está indicado tratamento com trombolítico alteplase;
- (B) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, pois a paciente está fora da janela terapêutica;
- (C) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, devido a hipertensão arterial;
- (D) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, devido às alterações da tomografia computadorizada;
- (E) está contraindicado tratamento com trombolítico alteplase, pois ainda não há informações sobre o coagulograma.

35

Paciente feminina de 18 anos é levada ao neurologista com quadro de curso progressivo há 2 anos, de desequilíbrio de marcha e incoordenação motora apendicular, dificultando as atividades de vida diária. Ao exame são identificados nistagmo às miradas horizontais, disartria, dismetria nos quatro membros, arreflexia profunda, reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral e apalestesia distal em membros inferiores. Diagnóstico prévio de escoliose, sem outras comorbidades. Não há história familiar. Os pais são primos.

Uma causa genética foi aventada e confirmada com o seguinte exame:

- (A) expansão GAA no gene FXN localizado no cromossomo 9q13;
- (B) expansão CAG no gene CACNA1A localizado no cromossomo 19q13;
- (C) expansão CAG no gene ATXN3 localizado no cromossomo 14q.32.1;
- (D) atrofia cerebelar na ressonância magnética de crânio;
- (E) hipersinal nas fibras transversas na ponte na ressonância magnética de crânio.

36

Homem, 38 anos, sem comorbidades prévias, procura pronto-socorro com queixa de dormência e formigamento nos pés associados a lombalgia iniciados há 3 dias. Foi avaliado e liberado para casa com analgesia. Uma semana depois, ele retorna com incapacidade para deambular e dormência nas mãos há 24 horas. Ao exame, apresenta paraparesia (MRC=2), reflexos aquileus e patelares abolidos, sinal de Lasegue positivo bilateralmente e exame da sensibilidade normal.

Nesse cenário clínico, a confirmação do diagnóstico depende de:

- (A) exame de ressonância magnética de coluna torácica mostrando lesão medular;
- (B) exame do liquor com aumento de proteínas e celularidade normal;
- (C) exame de ressonância magnética da coluna cervical mostrando mielopatia espondilótica;
- (D) exame do liquor com pleocitose e aumento de proteínas;
- (E) exame de ressonância magnética de coluna lombossacra para identificar hérnia de disco extrusa L5-S1.

37

Homem de 78 anos, em uso de AAS por conta de uma coronariopatia, tropeça na rua, cai e sofre trauma frontoparietal à direita com formação de hematoma subgaleal. Na emergência, faz RX de crânio, que se mostra normal, e é liberado. Após 30 dias, passa a apresentar sonolência e confusão mental, e a andar com dificuldade. É levado ao hospital, sendo identificado no exame neurológico Glasgow 13 (abertura ocular = 4, resposta verbal = 4, resposta motora = 5), além de hemiparesia à esquerda. É submetido a TC de crânio, que confirma o diagnóstico de hematoma subdural crônico.

A imagem tomográfica é descrita como:

- (A) coleção hiperdensa intra-axial frontal à esquerda;
- (B) coleção hipodensa extra-axial em formato côncavo-convexo frontoparietal à direita;
- (C) coleção hiperdensa extra-axial em região frontotemporoparietal à esquerda;
- (D) coleção hipodensa extra-axial em região frontotemporoparietal bilateral;
- (E) coleção hipodensa intra-axial em região frontotemporoccipitoparietal à esquerda.

38

Mulher de 45 anos de idade, afrodescendente, apresenta quadro de perda visual grave em olho esquerdo de instalação subaguda. Procura oftalmologista, que constata grave comprometimento da acuidade visual e edema de papila em olho esquerdo. Solicita exames, que afastam etiologia isquêmica ou infecciosa. A RM de crânio mostrou hipersinal em FLAIR em nervos ópticos com captação de gadolínio em T1, sem alterações no parênquima cerebral. Diante da suspeita de síndrome do espectro da neuromielite óptica, realizou pesquisa do anticorpo antiaquaporina 4, que foi negativa. Após 6 meses evoluiu com quadro de soluços e vômitos intratáveis, apesar do uso de vários medicamentos sintomáticos, chegando a perder peso. Esse quadro durou 1 mês e melhorou espontaneamente. Realizou RM de crânio e levou o exame ao neurologista, sendo diagnosticada com neuromielite óptica.

A lesão encontrada que definiu o diagnóstico estava localizada em:

- (A) teto do mesencéfalo;
- (B) região anterior da ponte;
- (C) região periaquedutal;
- (D) região anterolateral do bulbo;
- (E) extensão caudal do assoalho do 4º ventrículo.

39

Paciente, 30 anos, sexo feminino, obesa e tabagista, procura avaliação neurológica com queixa de dor em queimação na região palmar da mão direita, que se estende do 1º dedo à metade radial do 4º dedo. A dor é mais intensa à noite. Ao exame, observa-se discreta atrofia da região tenar e incapacidade de realizar a oponência do polegar.

O diagnóstico topográfico é consistente com nervo:

- (A) ulnar;
- (B) mediano;
- (C) radial;
- (D) axilar;
- (E) musculocutâneo.

40

Uma paciente de 8 anos é levada pelos pais a consulta com neurologista. Observam que, desde que ela adquiriu marcha, tinha dificuldade principalmente para pular, correr e subir escadas. Relatam que o quadro tem piorado lentamente, e hoje ela tem quedas frequentes e deambula com assistência de terceiros. Negam queixas cognitivas, afirmando que a filha tem bom desempenho escolar. De história familiar, informam que duas tias maternas tiveram pé equino na infância, e uma delas fez alongamento de tendão e tem dificuldade de locomoção. Ao exame neurológico, apresenta pés cavos, tetraparesia de predomínio distal, hipoestesia dolorosa em bota de cano curto, hipopalestesia distal em membros inferiores e marcha escarvante com apoio unilateral. O teste genético detectou duplicação do gene PMP22 no cromossomo 17.

Quanto ao diagnóstico, é correto afirmar que se trata:

- (A) de uma doença autossômica recessiva;
- (B) do tipo mais frequente de polineuropatia hereditária;
- (C) de uma polineuropatia sensitivo-motora axonal;
- (D) de uma doença mitocondrial ligada a mutação do DNA nuclear;
- (E) de uma polineuropatia adquirida já que a mutação encontrada não causa polineuropatia.

41

Um paciente de 60 anos queixa-se de parestesias e dor em pés iniciadas há mais de 3 anos, que vêm se agravando lentamente e afetaram as mãos no último ano. O exame neurológico demonstra leve hipoestesia tátil, térmica e dolorosa distalmente abaixo dos cotovelos e joelhos. Apresenta força grau V nos 4 membros com reflexos preservados bilateralmente e propriocepção preservada. Não há comorbidades conhecidas.

Quanto à investigação desse tipo de neuropatia, é correto afirmar que:

- (A) diabetes e síndrome de Sjogren devem ser pesquisados;
- (B) eletroneuromiografia mostra radiculopatia cervical e lombar;
- (C) exame do liquor demonstra aumento de proteínas com celularidade normal;
- (D) pesquisa de infecções crônicas não faz parte da investigação;
- (E) eletroneuromiografia demonstra comprometimento de fibras grossas mielinizadas.

42

Um paciente de 45 anos, casado, sem comorbidades, procura serviço de reabilitação por estar apresentando desequilíbrio de marcha há 1 ano. Já teve algumas quedas e tem necessitado de assistência da esposa para deambular em ambiente comunitário. Nega dor, dormências ou alteração do controle urinário. Ao exame, é observada marcha típica tabética. A força é grau V nos 4 membros, com arreflexia global. Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa estão preservadas. Apresenta apalestesia distal e erra posição segmentar em membros inferiores. Dismetria calcânhar-joelho bilateral, que se acentua com os olhos fechados. Sinal de Romberg positivo. Em investigação, foi diagnosticado com neuroinfecção após exame do liquor.

O tratamento adequado para o paciente, instituído na ocasião, foi:

- (A) penicilina benzatina IM em dose única;
- (B) anfotericina B IV por 14 dias;
- (C) penicilina G cristalina IV por 14 dias;
- (D) ceftraixona 1g IV por 7 dias;
- (E) penicilina benzatina IM 1x na semana por 3 semanas.

43

Paciente de 55 anos está apresentando fraqueza nas mãos há 1 ano. O quadro iniciou na mão direita e alguns meses depois, passou para a mão esquerda. Ao exame, são observadas paresia de pinça, abdução e flexão dos dedos das mãos mais acentuada à direita. Atrofia de região tenar na mão direita. Reflexos profundos abolidos em membros superiores e vivos em membros inferiores com reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateral. Sem outras alterações. Traz à consulta ressonância magnética de crânio e coluna cervical normais.

O padrão eletroneuromiográfico que confirma a síndrome do segundo neurônio motor é:

- (A) bloqueio de condução motora;
- (B) redução de amplitude do potencial de ação motor;
- (C) ondas agudas positivas no exame de agulha;
- (D) decremento dos potenciais de ação à estimulação repetitiva;
- (E) redução da velocidade de condução do nervo motor.

44

Uma mulher de 50 anos sofre TCE por bala perdida com fratura de osso frontal e lesão de áreas da face lateral do cérebro, à esquerda. Atendida na emergência, está acordada.

O exame neurológico identifica as seguintes síndromes neurológicas:

- (A) hemiparesia à direita e afasia motora;
- (B) hemianopsia homônima à direita e hemiparesia à direita;
- (C) paralisia facial central à direita, monoparesia do membro superior direito e afasia motora;
- (D) hemianestesia à direita, hemiparesia à direita, agrafia e alexia;
- (E) heminegligência à direita, agnosia de dedos e desorientação direita-esquerda.

45

Paciente de 72 anos procura neurologista para uma segunda opinião quanto a um quadro de desequilíbrio de marcha que vem evoluindo há 2 anos. Relata piora progressiva: inicialmente conseguia deambular sem ajuda, mas depois passou a necessitar de uma bengala e há 6 meses está usando um andador. Nega queixas cognitivas. Quando questionado sobre o controle urinário, informa que está apresentando urgência miccional há 6 meses. Foi diagnosticado inicialmente com doença de Parkinson, mas não teve melhora com as medicações prescritas. O exame neurológico evidencia marcha com base alargada, passos curtos, instabilidade às mudanças de direção e instabilidade postural ao *pull-test*, necessitando ser amparado. Nervos cranianos, força, reflexos, tônus, sensibilidade e coordenação não mostram anormalidades objetivas.

A investigação complementar estabelece o diagnóstico ao identificar, em exame de neuroimagem:

- (A) hematoma subdural bilateral;
- (B) mielopatia espondilótica cervical;
- (C) atrofia ponto-cerebelar e sinal cruciforme na ponte;
- (D) aumento ex-vácuo dos ventrículos laterais;
- (E) dilatação dos ventrículos laterais desproporcional à atrofia cerebral.

46

Paciente de 40 anos é submetido a investigação de coluna cervical por ressonância magnética por estar apresentando, há alguns meses, alterações sensitivas em membros superiores. Tais alterações foram caracterizadas, ao exame, como anestesia térmico-dolorosa com preservação da sensibilidade tátil e da sensibilidade profunda.

O laudo da RM que confirmaria a síndrome seria:

- (A) extensa lesão medular posterior com hiperintensidade em T2, captação de contraste e aumento do diâmetro medular;
- (B) extensa lesão central entre C2 a C8 com hipointensidade em T1 e hiperintensidade em T2, sem captação de contraste;
- (C) lesão na região anterior da medula entre C7 e C8 com hiperintensidade em T2 captando contraste;
- (D) hérnia de disco lateral bilateralmente comprimindo a raiz C8, sem captação de contraste;
- (E) hérnia de disco mediana em C5 causando lesão medular hiperintensa no nível da compressão.

47

Mulher de 30 anos, com diagnóstico de miastenia gravis e tendo como seqüela ptose palpebral bilateral assimétrica, procura a emergência com dispneia. É feita a hipótese de crise miastênica. Após medicação com anticolinesterásicos, observa-se piora da hipoventilação pulmonar associada a sudorese, bradicardia e hipotensão arterial.

Nesse contexto, para justificar a suspensão da medicação e administração de atropina (2mg EV), é preciso que se encontre(m), no exame da pupila:

- (A) síndrome de Claude Bernard Horner;
- (B) pupilas midriáticas;
- (C) pupilas mióticas;
- (D) pupilas anisocóricas, com miose à esquerda;
- (E) pupila tônica de Adie.

48

Homem de 78 anos, advogado, procura neurologista em 2024 para esclarecimento diagnóstico. Apresenta paralisia facial periférica bilateral e grave iniciada insidiosamente na década de 90. Nos últimos anos, vem apresentando progressiva redução da visão bilateral, atribuída a glaucoma e doença da córnea. O exame da pele mostra cutis elástica. Não tem déficit motor nos membros e relata ter jogado futebol até os 70 anos. O exame da sensibilidade indicou apalestesia nos 4 membros. Recorda-se de que sua mãe, falecida com 84 anos de idade, apresentava redução nos movimentos da face e glaucoma.

O estudo genético confirmou a hipótese diagnóstica de:

- (A) distrofia muscular fácio-escapulo-umeral;
- (B) distrofia miotônica de Steinert;
- (C) amiloidose familiar relacionada ao gene gelsolin;
- (D) sarcoidose;
- (E) síndrome de Melkersson-Rosenthal.

49

Mulher de 28 anos procura atendimento na neurologia por estar com dor ocular intensa e visão dupla há três dias, que evoluiu para ptose palpebral à direita. O exame demonstra paralisia dos movimentos oculares (medial, superior, inferior) e anisocoria com pupila midriática à direita. Relata crises de enxaqueca desde a adolescência e dois episódios de dor ocular com ptose palpebral nos últimos dois anos. No último episódio, realizou TC de crânio (normal) e angiografia cerebral (normal). O neurologista indicou um determinado medicamento. Uma semana após iniciá-lo, a paciente estava assintomática e seu exame neurológico estava normal.

O medicamento prescrito foi:

- (A) carbamazepina (200 mg três vezes ao dia);
- (B) codeína oral (30 mg duas vezes ao dia);
- (C) prednisona oral (20 mg três vezes ao dia);
- (D) pregabalina (75 mg duas vezes ao dia);
- (E) brometo de piridostigmina (300 mg ao dia em 5 tomadas).

50

As vias somestésicas exteroceptivas se iniciam em receptores localizados na pele e se organizam em quatro neurônios.

A alternativa que identifica corretamente a localização desses neurônios é:

- (A) 1º neurônio na ponta posterior do H medular; o 2º neurônio no núcleo caudado; 3º neurônio no núcleo rubro e 4º neurônio no giro pré-central contralateral;
- (B) 1º neurônio no córtex pós-central; 2º neurônio no tálamo óptico; 3º neurônio na região posterior do H medular; 4º neurônio no gânglio espinhal contralateral;
- (C) 1º neurônio no gânglio espinhal, 2º neurônio na ponta posterior do H medular; 3º neurônio no tálamo e 4º neurônio no giro pós central contralateral;
- (D) 1º neurônio no gânglio espinhal, 2º neurônio da ponta anterior do H medular, 3º neurônio em núcleos da base e 4º neurônio no giro pós central homolateral;
- (E) 1º neurônio no córtex frontal pré-central; 2º neurônio no tálamo óptico; 3º neurônio na região anterior do H medular; 4º neurônio no gânglio espinhal contralateral.

51

Uma mulher de 50 anos, moradora na Rocinha, em consequência de tiro no ombro direito durante conflito entre policiais e traficantes, apresenta déficit de força, perda da sensibilidade e atrofia muscular no membro superior direito e região escapular.

O tiro atingiu o(a):

- (A) tronco inferior do plexo braquial à direita;
- (B) plexo braquial à direita;
- (C) medula cervical à direita;
- (D) medula cervical à esquerda;
- (E) tronco superior do plexo braquial à direita.

52

Homem de 50 anos é internado com síndrome vertiginosa aguda, disфонia, disfagia, ataxia cerebelar e alteração diminuída da sensibilidade, sendo feita a hipótese de síndrome de Wallenberg.

Ao exame é também identificada síndrome de Claude Bernard Horner, que ocorre por lesão localizada:

- (A) no núcleo simpático ocular no nível C8 medular;
- (B) no núcleo hipotalâmico;
- (C) no feixe descendente simpático;
- (D) em fibras pós-ganglionares situadas entre o plexo pericarotídeo e a órbita;
- (E) em fibras pré-ganglionares situadas entre a medula e a cadeia ganglionar cervical.

53

Homem de 30 anos, obeso, procura o ortopedista por estar apresentando intensa dor noturna e parestesias na mão direita. Para o diagnóstico de síndrome do túnel do carpo, esperam-se as seguintes alterações:

- (A) dor na manobra de Tinel e hipoestesia na ponta do 1º, 2º e 3º dedos;
- (B) ausência de dor na manobra de Tinel e hipoestesia da região tenar por acometimento do ramo palmar do nervo mediano;
- (C) ausência de dor na dorsiflexão mantida do carpo por 60 segundos (manobra de Phallen) e atrofia de músculos interósseos;
- (D) mão simiesca por atrofia e paralisia dos músculos da região tenar e hipotenar;
- (E) ausência de dor na compressão digital do punho (manobra de Durkan) e ausência de alterações no exame da sensibilidade da região tenar.

54

Céline Dion, cantora canadense, expôs publicamente num vídeo do YouTube as manifestações neurológicas de sua doença (síndrome da pessoa rígida – SPR). Nas imagens, aparece deitada com contrações musculares intensas de músculos axiais muito dolorosas.

As características laboratoriais da SPR são:

- (A) doença imunomediada associada a anticorpos ANTI-GM1;
- (B) condição imunológica associada a anticorpos ANTI-MOG;
- (C) condição imunológica com títulos altos de ANTI-GFAP;
- (D) condição imunológica com títulos elevados de ANTI-GAD;
- (E) condição imunológica associada ao ANTI-AQP4.

Neurocirurgia

55

Em um paciente com hemorragia subaracnoidea aguda e subaguda, o exame de imagem com maior sensibilidade para o diagnóstico é:

- (A) tomografia computadorizada sem contraste;
- (B) ressonância magnética na sequência T2-FLAIR;
- (C) ressonância magnética na sequência T2;
- (D) ressonância magnética na sequência T1;
- (E) ressonância magnética na sequência difusão.

56

A relação entre a medida do desvio de linha média (DLM) e da espessura do hematoma subdural (EHSD) agudo (índice de Zumkeller = DLM - EHSD) apresenta implicações prognósticas no contexto do traumatismo cranioencefálico.

Um fator independente de aumento de mortalidade nos pacientes submetidos à cirurgia de drenagem de hematoma é:

- (A) DLM – EHSD = 0;
- (B) DLM – EHSD < 3 mm;
- (C) DLM – EHSD > 3 mm;
- (D) qualquer valor com cisternas comprimidas;
- (E) qualquer valor com hematoma de volume > 25 cm³.

57

Quanto à atualização das recomendações das indicações e do manejo da monitorização de pressão intracraniana (PIC) da Fundação de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) (*Brain Trauma Foundation – BTF*), é correto afirmar que é recomendado(a):

- (A) a implantação de monitor de PIC em pacientes com TCE grave para reduzir a mortalidade hospitalar;
- (B) em pacientes com TCE grave e tomografia computadorizada anormal;
- (C) em pacientes com TCE grave e tomografia computadorizada normal se houver dois ou mais dos seguintes critérios: idade > 40 anos, decerebração uni- ou bilateral ou hipotensão arterial (< 90 mmHg);
- (D) tratar PIC > 25 mmHg;
- (E) tratar PIC < 18 mmHg se a pressão de perfusão cerebral estiver > 50 mmHg.

58

O papel da craniotomia descompressiva no contexto do traumatismo cranioencefálico grave permanece controverso. Para redução da mortalidade e para melhora do prognóstico neurológico, é recomendada craniotomia descompressiva:

- (A) bifrontal;
- (B) frontotemporal personalizada pequena (*tailored*);
- (C) frontotemporal grande (acima de 15 cm de diâmetro);
- (D) frontotemporal secundária precoce (até 3 dias);
- (E) frontotemporal secundária tardia (até 10 dias).

59

A inserção de drenagem fechada no contexto intraoperatório do hematoma subdural crônico está bem estabelecida com base em estudos de alta qualidade de evidência científica.

A opção pela colocação do dreno no espaço subdural está relacionado a:

- (A) maiores índices de recidiva;
- (B) maiores índices de reoperação;
- (C) melhor desfecho clínico;
- (D) melhor desfecho radiológico;
- (E) maiores índices de lesão parenquimal hemorrágica.

60

Dentre todos os tipos de hematomas intraparenquimatosos espontâneos, os hematomas cerebelares são os mais adequados para drenagem cirúrgica.

O volume (em ml) de hematoma cerebelar que requer drenagem imediata é:

- (A) 10;
- (B) 15;
- (C) 20;
- (D) 30;
- (E) 50.

61

O paradigma neurológico, oncológico, mecânico e sistêmico (NOMS) para síndrome de compressão medular neoplásica epidural facilita a seleção de pacientes para o tratamento mais adequado.

Em um paciente apresentando compressão medular de alto grau, com ou sem mielopatia por um tumor radiosensível (por exemplo, mieloma múltiplo), a conduta recomendada é:

- (A) radioterapia convencional;
- (B) radiocirurgia;
- (C) laminectomia descompressiva;
- (D) laminectomia descompressiva e artrodese posterolateral (dois níveis acima e dois níveis abaixo da lesão);
- (E) laminectomia descompressiva, artrodese posterolateral (dois níveis acima e dois níveis abaixo da lesão) e vertebroplastia no nível da lesão vertebral.

62

O principal objetivo da cirurgia de separação, no contexto da síndrome de compressão medular neoplásica epidural, é promover a:

- (A) descompressão posterior do canal vertebral;
- (B) descompressão anterior do canal vertebral através de corpectomia;
- (C) descompressão circunferencial para evitar lesão actínica da medula espinal;
- (D) estabilização da coluna vertebral;
- (E) redução do risco de recidiva local em um ano.

63

As fístulas arteriovenosas intradurais dorsais são malformações vasculares espinais caracterizadas por:

- (A) uma conexão anômala de uma artéria radicular no segmento epidural e o plexo venoso epidural;
- (B) uma conexão anômala de uma artéria radicular e uma veia radicular ou medular;
- (C) uma conexão anômala da artéria espinal anterior e o plexo venoso da linha média;
- (D) vasos nutridores, um nidus e drenagem para o plexo venoso coronal;
- (E) envolvimento intra e extradural do somito, que inclui pele, músculo, osso e tecido nervoso.

64

Um paciente de 40 anos apresenta dor na região da coluna dorsal inespecífica de início há 1 ano e sintomas de mielopatia progressiva de início recente. A ressonância magnética da coluna dorsal revela alteração de sinal e espessamento medular, compatível com edema em vários segmentos, e vasos serpiginosos perimedulares com áreas de ausência de sinal (do inglês, *flow void*).

O principal diagnóstico é:

- (A) doença desmielinizante;
- (B) acidente vascular medular;
- (C) malformação cavernosa (cavernoma);
- (D) ependimoma;
- (E) fístula arteriovenosa intradural.

65

No que se refere ao tratamento das malformações cavernosas (cavernomas) cerebrais, é correto afirmar que:

- (A) pacientes assintomáticos devem ser operados para evitar o risco de sangramento;
- (B) pacientes com lesões em áreas eloquentes e no tronco cerebral devem ser operados geralmente no contexto do primeiro sangramento;
- (C) o halo de hemossiderina, nos casos de epilepsia refratária, deve ser retirado para controle da epilepsia;
- (D) anomalias do desenvolvimento venoso associadas devem ser coaguladas durante a ressecção dos cavernomas;
- (E) pacientes com sintomas leves ou não progressivos devem ser operados em 5-15 dias após a hemorragia para liquefazer o hematoma.

66

Astrocitomas grau 4 são diferenciados de glioblastomas devido à seguinte assinatura molecular:

- (A) IDH-mutado (isocitrato desidrogenase);
- (B) IDH-selvagem (isocitrato desidrogenase);
- (C) promotor MGMT (O-6-metilguanina-DNA metiltransferase) metilado;
- (D) promotor MGMT (O-6-metilguanina-DNA metiltransferase) não metilado;
- (E) codeleção 1p/19q.

67

O diagnóstico de meningiomas incidentais assintomáticos é cada vez mais frequente atualmente devido ao envelhecimento da população e ao uso indiscriminado de exames de imagem. Esses tumores geralmente têm diâmetro menor que 2-3 cm e são conduzidos com observação e exames de imagem de repetição.

A localização em que há indicação de cirurgia mesmo em casos assintomáticos é:

- (A) convexidade;
- (B) parassagital;
- (C) foice;
- (D) tubérculo de sela;
- (E) fossa posterior.

68

Durante a secção da borda livre do tentório nos acessos petrosos combinados, deve-se evitar a lesão do seguinte nervo craniano:

- (A) oculomotor;
- (B) troclear;
- (C) trigêmeo;
- (D) abducente;
- (E) facial.

69

Nos casos de schwannomas vestibulares grandes e gigantes, a localização adequada do meato acústico interno nos acessos retossigmoideos pode ser extremamente difícil.

O reparo anatômico mais confiável para a correta identificação do meato acústico interno é:

- (A) cavo de Meckel;
- (B) seio petroso superior;
- (C) tubérculo suprameatal;
- (D) forame jugular;
- (E) linha dural das pregas verticais entre o aqueduto vestibular e o seio sigmoide.

70

O lobo anterior da hipófise apresenta uma distribuição acinar topográfica para diversos tipos hormonais. Microadenomas produtores de ACTH (hormônio adrenocorticotrófico) geralmente se localizam na seguinte região da hipófise:

- (A) anterior;
- (B) asa lateral anterior;
- (C) asa lateral posterior;
- (D) central;
- (E) *pars distalis*.

71

A reconstrução dos defeitos cirúrgicos durante cirurgias transesfenoidais endoscópicas para lesões selares é fundamental para evitar fístula liquórica e pneumoencéfalo. O grau de extravasamento de líquido e o tamanho do orifício no diafragma selar são utilizados numa classificação que sistematiza a reconstrução.

Um paciente com extravasamento visível de líquido na manobra de Valsalva sem lesão detectável no diafragma selar é classificado em grau:

- (A) 0;
- (B) 1;
- (C) 2;
- (D) 3;
- (E) 4.

72

Durante a confecção do flap nasoseptal em cirurgias endoscópicas transesfenoidais, deve-se realizar a incisão 1-2 cm abaixo da parte mais superior do septo nasal com o intuito de evitar:

- (A) anosmia hiposmia;
- (B) necrose da cartilagem do septo nasal;
- (C) "desabamento" do dorso nasal;
- (D) isquemia do flap;
- (E) lesão do ducto lacrimal.

73

Com relação ao tratamento da hidrocefalia pediátrica, é correto afirmar que:

- (A) a utilização de ultrassonografia intraoperatória aumenta a sobrevida do sistema de derivação ventriculoperitoneal (DVP);
- (B) a lavagem neuroendoscópica, em pacientes com hidrocefalia pós-hemorragia ventricular, não altera os índices de inserção de DVP;
- (C) a utilização de sistema de DVP impregnado com antibiótico reduz o risco de infecção em comparação ao sistema tradicional de silicone;
- (D) a punção no corno occipital gera os maiores índices de sobrevida do sistema de DVP;
- (E) sistemas de DVP programáveis têm maior sobrevida que sistemas de DVP de pressão fixa.

74

A síndrome do túnel do carpo é uma doença potencialmente cirúrgica. Dentre as opções de tratamento, existem as técnicas aberta (minidescompressão) e endoscópica. A melhor evidência disponível não embasa a necessidade da substituição da técnica tradicional pela endoscópica até o momento. Por outro lado, existem algumas diferenças nos resultados cirúrgicos precoces e nos índices de complicação.

Dentre os fatores a seguir, favorece(m) a indicação da minidescompressão:

- (A) retorno precoce ao trabalho;
- (B) melhores índices de complicação da ferida operatória;
- (C) melhores índices de dor pós-operatória;
- (D) melhores índices funcionais;
- (E) maiores índices diagnósticos de amiloidose.

75

Quanto aos tumores de bainha o de nervo periférico, é correto afirmar que:

- (A) os neurofibromas são os tumores mais frequentes;
- (B) o plexo lombossacro é a principal localização;
- (C) a cirurgia deve ser indicada em casos assintomáticos, em virtude da possibilidade de lesão maligna;
- (D) a indicação da biópsia deve ser criteriosa devido aos altos índices de dor e de déficit neurológico após a biópsia e a cirurgia definitiva;
- (E) a ressonância magnética revela restrição da difusão das lesões nas imagens de tensor de difusão (DTI) das lesões benignas.

76

Quanto às lesões de nervo periférico por arma de fogo, é correto afirmar que:

- (A) são consideradas abertas e devem ser reparadas em até 72 horas;
- (B) são consideradas contusas e devem ser reparadas em 2-3 semanas;
- (C) são consideradas fechadas e devem ser reparadas de forma eletiva em 2-3 meses;
- (D) a eletroneuromiografia deve ser solicitada na fase aguda (72h);
- (E) o principal mecanismo de lesão é a transecção.

77

Com relação às opções terapêuticas para a estenose canal lombar, é correto afirmar que:

- (A) pacientes com sintomas severos não se beneficiam do tratamento conservador;
- (B) a fisioterapia com exercícios estruturados tem melhores resultados que a osteopatia no longo prazo;
- (C) a injeção epidural de anestésicos locais, com ou sem corticoide, reduz a possibilidade de uma cirurgia futura;
- (D) a indicação do tratamento cirúrgico deve considerar a significativa melhora sintomática e da incapacidade funcional nos primeiros 4 anos;
- (E) a adição de instrumentação posterolateral em pacientes com ou sem espondilolistese apresenta melhores resultados na dor lombar e na perna em comparação à descompressão.

78

Existem vários tipos de osteotomia para o manejo do desequilíbrio sagital e coronal da coluna vertebral.

As osteotomias de Ponte ou de Smith-Petersen permitem um ganho de lordose, por segmento, de:

- (A) 4-8 graus;
- (B) 15-20 graus;
- (C) 25-35 graus;
- (D) 35-45 graus;
- (E) > 60 graus.

79

Numa paciente de 78 anos com fratura progressiva osteoporótica da coluna dorsal (doença de Kummell), evoluindo com achatamento e encunhamento vertebral > 20%, mas sem projeção do muro posterior para o canal vertebral e sem déficit neurológico, a principal opção terapêutica é:

- (A) opioides fracos e repouso;
- (B) imobilização por 6 semanas;
- (C) vertebro-/cifoplastia;
- (D) estabilização posterior + vertebro-/cifoplastia;
- (E) estabilização anterior com corpectomia.

80

Em um paciente de 65 anos acometido por neuralgia do trigêmeo clássica que deseja alívio imediato da dor, o procedimento menos adequado é:

- (A) rizotomia com glicerol;
- (B) termocoagulação do gânglio de Gasser;
- (C) compressão por balão;
- (D) descompressão microvascular;
- (E) radiocirurgia.

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

RASCUNHO

Realização

