

CONCURSO PÚBLICO PARA MÉDICO E MÉDICO PLANTONISTA – PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA, (SP).

EDITAL - N.º 02/2025.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: NEUROLOGISTA.

Leia atentamente as INSTRUÇÕES:

1. Não será permitido ao candidato realizar as provas usando óculos escuros, (exceto para correção visual, ou fotofobia, desde que informe no ato da inscrição), ou portando aparelhos eletrônicos, (mesmo desligados), qualquer tipo de relógio, chaves, carteira, bolsa, acessórios que cubram o rosto, a cabeça, ou parte desta.
2. Será eliminado deste Concurso Público, o candidato que fizer uso do celular e/ou aparelho eletrônico, no local onde está ocorrendo o mesmo; o candidato cujo celular e/ou aparelho(s) eletrônico(s), mesmo desligado(s), emitir(em) qualquer som, durante a realização das provas. No decorrer de todo o tempo em que permanecer no local, onde ocorre o Concurso Público, o candidato deverá manter o celular desligado, sendo permitido ativá-lo, somente após ultrapassar o portão de saída do prédio.
3. **Sob pena de ser eliminado deste Concurso Público**, o candidato poderá manter em cima da sua carteira apenas lápis, borracha, caneta, um documento de identificação, lanche, (exceto líquido). **Outros pertences**, antes do início das provas, o candidato deverá acomodá-los **embaixo de sua cadeira**, sob sua guarda e responsabilidade.
4. Confira se a sua prova tem **30 questões**, cada qual com **04 alternativas**, veja se a especialidade para a qual se inscreveu, está correta.
5. Verifique seus dados no cartão-resposta, (nome, número de inscrição e a função para a qual se inscreveu), **ASSINE** o mesmo.
6. Preencha toda a área do cartão-resposta correspondente à alternativa de sua escolha, com caneta esferográfica, (tinta azul, ou preta), sem ultrapassar as bordas. As marcações duplas, rasuradas, ou marcadas diferentemente, do modelo estabelecido no cartão-resposta, serão anuladas.
7. Observe as orientações apresentadas no cartão-resposta. O mesmo não será substituído, salvo se contiver erro de impressão.
8. Aguarde a autorização do fiscal para abrir o caderno de provas. Ao receber a ordem, confira-o com muita atenção. Nenhuma reclamação sobre o total de questões, ou falha de impressão, será aceita depois de iniciada a prova. Cabe apenas ao candidato a interpretação das questões, o fiscal não poderá fazer nenhuma interferência.
9. A Prova Objetiva terá duração máxima de **3h, (três horas)**, incluso o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
10. O candidato poderá se retirar do local da prova somente **1h, (uma hora)**, após seu início, levando seu caderno de prova.
11. Ao terminar sua prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o cartão-resposta preenchido, assinado e retirar-se do recinto, onde está ocorrendo a mesma, não lhe sendo mais permitido o uso do banheiro e bebedouro.
12. Os **3, (três)**, candidatos, que terminarem a prova por último, deverão permanecer na sala, só poderão sair juntos, após o fechamento do envelope, contendo os cartões-respostas dos candidatos presentes e ausentes, assinarem no referido envelope, atestando que este foi devidamente lacrado.

BOA PROVA!

1. Sobre o preenchimento de Declaração de Óbito, avalie as alternativas e aponte a incorreta.

- a) Ocupação habitual é o tipo de trabalho que o falecido desenvolveu na maior parte de sua vida produtiva. A informação deve ser detalhada, de modo a permitir uma boa qualificação, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2021).
- b) No local de ocorrência do óbito, assinalar com um "X" a opção outros, se o óbito não ocorreu em um estabelecimento de saúde, nem em domicílio ou em via pública, como, por exemplo, presídios.
- c) Na Declaração de Óbito, preencher o nome do município onde a pessoa faleceu, com a sigla da respectiva UF. Em caso de desconhecimento do município, tentar preencher pelo menos a sigla da UF.
- d) A declaração das causas de morte na Declaração de Óbito (formulário brasileiro) está em consonância com o Modelo Internacional de Certificado Médico da Causa de Morte, atualmente em vigor em todos os países e recomendado, em 1948, durante a Assembleia Mundial de Saúde.

2. Considerando-se o disposto na Lei n.º 8.080, de 19.09.90, atribua (V) verdadeiro ou (F) falso aos itens e identifique a alternativa correspondente.

() Em situações de urgência em saúde pública, caracterizadas por grande tempo de espera, alta demanda e necessidade de atenção especializada, reconhecidas pelo Ministério da Saúde, a União, por intermédio do Ministério da Saúde e das entidades da administração pública indireta, poderá, por tempo determinado, executar ações, contratar e prestar serviços de atenção especializada nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, conforme regulamento do gestor federal do SUS.

() A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de um representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde, de outro especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina e de mais um na área, indicado pela Associação Médica Brasileira.

() No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique acompanhante, a unidade de saúde responsável pelo atendimento indicará uma pessoa para acompanhá-la, preferencialmente, profissional de saúde do sexo masculino, sem custo adicional para a paciente, que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento.

- a) V – F – V.
- b) V – V – V.
- c) F – V – V.
- d) V – V – F.

3. À luz do Código de Ética Médica, assinale a alternativa correta referente aos itens.

I- Ao auditor de perícia médica é permitido realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de

delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

II- É vedado ao médico fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos, em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente.

III- O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

- a) Somente os itens II e III são verdadeiros.
- b) Os itens I, II e III são verdadeiros.
- c) Somente os itens I e III são verdadeiros.
- d) Somente o item II é verdadeiro.

4. Qual alternativa contraria os dispositivos da Lei n.º 8.142, de 28.12.90?

- a) A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada três anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo.
- b) O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.
- c) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.
- d) Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados, entre outros, como despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.

Considerando-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS 01/02, responda às próximas duas questões.

5. Relacione as colunas e aponte a alternativa correspondente.

COLUNA I.

- (1) DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO.**
- (2) DOS MÓDULOS ASSISTENCIAIS E DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES.**
- (3) DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS.**
- (4) DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.**

COLUNA II.

() Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-1), que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar aos gestores municipais as funções de controle e avaliação dos prestadores, incluindo o processo autorizativo.

() Fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em

regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades.

() Define-se limite financeiro da assistência por município como o montante máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada, de acordo com as negociações expressas na PPI.

() Compreende o reconhecimento formal da constituição das regiões/microrregiões, da organização dos sistemas funcionais de assistência à saúde e do compromisso firmado entre o estado e os municípios componentes dos módulos assistenciais, para a garantia do acesso de toda a população residente nestes espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços correspondentes ao nível de assistência à saúde relativo ao M1, acrescidos de um conjunto de serviços com complexidade acima do módulo assistencial, de acordo com o definido no PDR.

- a) 3 – 1 – 4 – 2.
- b) 4 – 2 – 1 – 3.
- c) 2 – 1 – 3 – 4.
- d) 1 – 3 – 2 – 4.

6. Indique a alternativa incorreta, sobre o Processo de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência.

a) As funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

b) O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

c) A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

d) Somente Governo Federal deve avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso da alocação dos recursos, tendo como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão.

7. Qual alternativa completa, corretamente, a lacuna do texto?

O objetivo _____ é a reorganização da prática assistencial em novas bases e

critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado, principalmente, no hospital.

- a) do Sistema Único de Saúde
- b) da Equipe de Saúde da Família
- c) da Unidade de Saúde da Família
- d) do Programa Saúde da Família

8. Segundo o Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades – 2010, Organización Pan-Americana da Saúde, identifique a alternativa inverídica sobre a história natural e prevenção de doenças.

- a) Nas doenças transmissíveis, o período de incubação é o tempo que transcorre desde a infecção até que a pessoa se torne infectada.
- b) Na prevenção secundária, as ações são o diagnóstico precoce, o tratamento imediato e a limitação do dano.
- c) O horizonte clínico marca o momento em que a doença é, aparentemente, clínica.
- d) A história natural da doença é o curso dela, desde o início até sua resolução, na ausência de intervenção.

CLÍNICA MÉDICA - COMUM.

9. Paciente 22 anos, sexo masculino, relata há 5 meses lombalgia que piora com o repouso e melhora com a movimentação, com predomínio no período noturno, associado a rigidez matinal. Procurou oftalmologista recentemente e descobriu um quadro de uveíte anterior. Baseado no quadro clínico, qual é o diagnóstico mais provável para esse paciente?

- a) Artrite Reumatoide.
- b) Espondilite Anquilosante.
- c) Lombalgia Mecânica.
- d) Fibromialgia.

10. Doente comparece à consulta com quadro de úlcera genital dolorosa, com bordos irregulares e base purulenta, associado a linfadenopatia inguinal dolorosa. Baseado no diagnóstico mais provável de acordo com os sintomas, qual é o agente etiológico causador desse quadro clínico?

- a) Haemophilus ducreyi.
- b) Treponema pallidum.
- c) Neisseria gonorrhoeae.
- d) Klebsiella granulomatis.

11. Enfermo com diagnóstico de cirrose de etiologia alcoólica é levado ao pronto-atendimento com quadro de desorientação, sonolência e delírios cognitivos. Ao exame físico apresenta flapping. Familiares relatam que ele não evacua há 3 dias. Diariamente, faz uso de espirolactona e furosemida para o quadro de ascite, que atualmente encontra-se controlado. De acordo com o caso, qual é a conduta imediata mais adequada para o tratamento de encefalopatia hepática?

- a) Estabilização clínica, identificação de fatores precipitantes, fornecimento de aporte nutricional adequado, aumento da dose de diuréticos, prescrição de antibioticoterapia, administração de lactulose e benzodiazepínicos para o quadro de agitação.

- b) Estabilização clínica, identificação de fatores precipitantes, fornecimento de aporte nutricional adequado e administração de lactulose.
- c) Estabilização clínica, identificação de fatores precipitantes, fornecimento de aporte nutricional adequado, administração de antibioticoterapia, albumina e benzodiazepínicos para o quadro de agitação.
- d) Estabilização clínica, identificação de fatores precipitantes, fornecimento de aporte nutricional adequado, administração apenas de albumina e antibioticoterapia.

12. Paciente, sexo masculino, 72 anos, ex-tabagista de longa data, com alta carga tabágica, tem diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica. Vem para consulta ambulatorial com resultado da espirometria, que relata vef1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) de 35% do previsto. Apresentou no último ano três episódios de exacerbação clínica. De acordo com a versão mais atual do Gold (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE), em qual classificação em gravidade de obstrução ao fluxo aéreo esse paciente encontra-se?

- a) Grave.
- b) Leve.
- c) Muito grave.
- d) Moderado.

13. Paciente, sexo masculino, 72 anos, ex-tabagista de longa data, com alta carga tabágica, tem diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica. Vem para consulta ambulatorial com resultado da espirometria que relata vef1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) de 35%. Apresentou no último ano três episódios de exacerbação clínica, com uma internação hospitalar. De acordo com a versão mais atual do gold (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE), qual o tratamento medicamentoso diário mais adequado?

- a) SABA (Agonista BETA-2 de curta ação) + CORTICOIDE.
- b) LABA (Agonistas Beta-2 de longa ação)+ LAMA (Antagonista Muscarínico de longa ação), considerando-se LABA+LAMA + CORTICOIDE de acordo com EOSINOFILIA.
- c) SABA (Agonista BETA-2 de curta ação) + LAMA (Antagonista Muscarínico de longa ação).
- d) LABA (Agonistas Beta-2 de longa ação) ou LAMA (Antagonista Muscarínico de longa ação).

14. Em relação ao aleitamento materno, em qual das alternativas está autorizado a amamentação?

- a) Mãe em tratamento com Antineoplásicos.
- b) Mãe infectada pelos HTLV1 e HTLV2.
- c) Criança com galactosemia.
- d) Mãe com Hepatite B.

15. Jovem, 22 anos, feminina, apresenta histórico de quadro depressivo há 1 ano, no período foi tratada com inibidores seletivos da recaptção de serotonina. Hoje é trazida ao pronto-atendimento por familiares, pois no último mês vem apresentando maior inquietação, comportamentos impulsivos e insônia. O quadro piorou há 1 dia, quando passou a ter delírios e alucinações, relatando por exemplo que descobriu a solução para guerra no Oriente Médio e que estava em contato com o presidente das Nações Unidas. Diante do quadro exposto, qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Transtorno depressivo maior.
- b) Transtorno afetivo bipolar.
- c) Esquizofrenia.
- d) Transtorno de personalidade Borderline.

16. Os pacientes com doença renal crônica podem ser classificados de acordo com as diretrizes da KDIGO (KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES) em taxa de Filtração Glomerular entre G1-G5 e em relação a razão Albumina/ Creatinina Urinária entre A1-A3. Um paciente com taxa de Filtração Glomerular de 37 mL/min/1,73 m² e relação Albumina/Creatinina 150 MG/G é classificado, respectivamente, como?

- a) G3a e A2.
- b) G3b e A3.
- c) G3b e A2.
- d) G3a e A3.

17. Paciente comparece ao pronto-atendimento com quadro de Cefaleia Pulsátil, unilateral, de forte intensidade, associado a náuseas, vômitos e fotofobia há 8 horas. Relata episódios semelhantes previamente e que neles sempre faz uso de anti-inflamatórios. Qual é o diagnóstico mais provável para esse caso?

- a) Cefaleia em Salvas.
- b) Cefaleia Trigêmeo Autonômica.
- c) Cefaleia Tensional.
- d) Cefaleia Migrânea.

18. Paciente dá entrada ao pronto atendimento com quadro de sialorreia, sudorese, lacrimejamento, dispneia, confusão mental, bradicardia, hipotensão e pupilas mióticas. De acordo com a principal suspeita de síndrome tóxica, qual droga deve ser utilizada para reverter esse quadro?

- a) Bicarbonato de Sódio.
- b) Atropina.
- c) Piridostigmina.
- d) N-Acetilcisteína.

NEUROLOGISTA.

19. Paciente sexo masculino, 47 anos, previamente hipertenso mal controlado, admitido na unidade de AVC com história de cefaleia e hemiplegia à esquerda, há 3 dias. Realizou TC de crânio, com evidência de hiperdensidade em tálamo com hemoventrículo e inundação de 4º ventrículo. NIHSS admissão 8 pontos. Volume inicial 11mL. Definido SMASH-U hipertensivo. Paciente evolui em cefaleia holocraniana associado a náuseas e vômitos. TC de controle evidenciou índice de Evans 0,42. Realizada drenagem ventricular externa (DVE), apresentando débito diário de 50mL, porém, em 72h evolui com rebaixamento do nível de consciência e febre recorrente. Avaliação liquórica evidencia hemácias 180/mm³, leucócitos 750/mm³ (neutrófilos 97%, linfócitos 1%), proteínas 280 mg/dL, glicose 20 mg/dL, glicose sérica 96 mg/dL. Iniciado vancomicina 20mg/kg 12-12h e meropenem 2g 8-8h EV, com refratariedade de febre e sonolência. Cultura de líquido positiva para

Klebsiella pneumoniae com perfil de sensibilidade à colistina, dose padrão e sensível à ceftazidima/avibactam dose padrão.

Sobre o caso, assinale a alternativa correta.

- a) A prioridade clínica neste momento consiste na retirada do cateter de Derivação Ventricular Externa (DVE) e antibioticoterapia com Ceftazidima/avibactam IV.
- b) Possui bom prognóstico, considerando-se administração de antibiótico específico ao perfil de resistência bacteriana.
- c) Polimixina B possui baixa penetração em SNC, quando administrada via intravenosa, devendo ser administrada via intratecal.
- d) Ceftazidima/avibactam IV é a opção preferível nestes casos, tendo em vista sua indicação clínica preferencial ser as infecções do SNC.

20. Paciente sexo feminino, 18 anos, comparece em unidade de saúde terciária com histórico de cefaleia hemicraniana direita, latejante, intermitente, há 6 dias, associada à dor e diminuição dolorosa da visão no olho direito. Possuía histórico de atrofia de nervo óptico à esquerda, desde a infância de causa indeterminada, sem mais histórico médico significativo. Ao exame físico, edema do disco óptico direito, acuidade visual de 20/60 no olho direito e 20/20 no olho esquerdo, sem demais alterações. Tomografia de crânio dentro da normalidade. Exames laboratoriais não apontavam distúrbios infecto metabólicos. Sobre o caso, afirma-se:

- a) A neurite óptica associada à esclerose múltipla apresenta pior acuidade e prognóstico em comparação com a neurite óptica associada ao anticorpo aquaporina-4.
- b) Bandas oligoclonais do LCR são, frequentemente, encontradas em MOGAD e NMOSD (neurite óptica associada ao anticorpo aquaporina-4), mas não em neurite óptica associada à esclerose múltipla.
- c) Neurite óptica MOGAD comumente se caracteriza por neurite do nervo óptico anterior bilateral, redução da acuidade visual acentuada e curso monofásico em 50% dos casos.
- d) A neurorretinite, fenótipo clínico do espectro das neuropatias ópticas infecciosas, decorre, geralmente, de infecções virais.

21. A Síndrome do Um e Meio é causada, geralmente, por doença cerebrovascular, seguida por doenças infecciosas ou desmielinizantes, como esclerose múltipla. Representa uma combinação de paralisia do olhar horizontal conjugado e oftalmoplegia internuclear ipsilateral. A topografia e estruturas cerebrais lesadas que determinam esta apresentação clínica são, respectivamente:

- a) Tegmento unilateral da ponte, formação reticular pontina paramediana.
- b) Tegmento unilateral da ponte, formação reticular pontina paramediana e fascículo longitudinal medial.
- c) Ponte basilar, fascículo longitudinal medial.
- d) Ponte basilar, formação reticular pontina paramediana e fascículo longitudinal medial.

22. A Síndrome de Guillain Barré se caracteriza, primariamente, por uma polirradiculoneuropatia motora, mais do que sensorial, cursando com fraqueza simétrica, ascendente e acometimento de músculos proximais e distais. Apesar de geralmente hiporreflexa, variantes de Bickerstaff ou neuropatia axonal motora aguda podem ser hiperreflexa. Sobre Guillain Barré, assinale a alternativa correta.

- a) A variantes de Bickerstaff mimetiza o botulismo.

- b) Os achados eletrodiagnósticos na polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda demonstram redução das latências distais, dispersão temporal do potencial de ação motor composto sobreposto (MAPC) e perda da amplitude do MAPC.
- c) A Polirradiculoneuropatia Desmielinizante Inflamatória Crônica (PDIC) típica, possui progressão superior a 6 semanas.
- d) Na Síndrome de Miller-Fisher, 85% a 90% dos pacientes possuem anticorpos séricos antigangliosídeos GQ1b presentes.

23. Sobre as meningites infecciosas, pode-se afirmar:

- a) Meningite crônica é definida como meningite com duração superior a 1 mês sem melhora, sendo a maioria das causas infecções bacterianas, fúngicas ou distúrbios inflamatórios como doença relacionada a IgG4 e sarcoidose.
- b) O HSV-1 é a causa mais comumente de meningite, enquanto o HSV-2 é motivo mais comumente de encefalite.
- c) As hemoculturas são positivas em 70% dos pacientes, apesar da bacteremia ser incomum na meningite bacteriana.
- d) O teste VDRL do LCR é específico para neurosífilis e possui alta sensibilidade.

24. Sobre as Síndromes Bulbar e Pseudobulbar, a alternativa correta é:

- a) Lesão do I neurônio motor (trato corticonuclear bilateral) determina Síndrome Bulbar.
- b) O reflexo do engasgo está abolido/hipoativo na Síndrome Bulbar.
- c) O trofismo na Síndrome Pseudobulbar determina língua lenta e atrofica.
- d) Fasciculações estão presentes na Síndrome Pseudobulbar.

25. Apresentação clínica de tremores, rigidez, distonia, dificuldade de marcha, incoordenação, dificuldade motora fina e disartria. Pode ainda ocorrer associação com sintomas de encefalopatia hepática. A imagem axial T2 spin-echo evidencia marcado hipossinal dos núcleos lentiformes, hipossinal talâmico bilateral, além de hipossinal nos núcleos denteados cerebelares. A descrição é referente a qual doença?

- a) Encefalopatia de Wernicke.
- b) Doença associada ao depósito de Magnésio.
- c) Doença de Wilson.
- d) Doença de Huntington

26. O gerenciamento da epilepsia em mulheres em idade fértil é comum na prática clínica, devendo ser realizado com base em questões que envolvam saúde sexual e reprodutiva. Sobre esse tema, assinale a correta.

- a) O tratamento da epilepsia catamenial pode ser realizado em mulheres com ciclo menstrual irregular com progesterona e clobazam.
- b) Quando usado em combinação com medicamentos contraceptivos orais, doses mais altas de topiramato (200 mg por dia ou mais) podem diminuir as concentrações séricas de etinilestradiol e aumentar a eficácia dos medicamentos contraceptivos.
- c) A lamotrigina possui seu nível sérico reduzido pela contracepção oral combinada.
- d) A oxcarbazepina determina maior risco de grandes malformações congênitas do que a carbamazepina.

27. Hipertensão intracraniana idiopática é uma condição de aumento da pressão intracraniana, comumente em mulheres jovens com obesidade. Sobre o tema,

assinale a correta.

- a) O topiramato reduz a pressão intracraniana, induz perda de peso e auxilia no tratamento de enxaquecas.
- b) Pessoas com hipertensão intracraniana idiopática apresentam menor risco de fertilidade prejudicada, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, risco aumentado de complicações cardiometabólicas e disfunção cognitiva reversível.
- c) O padrão de comprometimento visual é central, determinando procura precoce por atendimento médico.
- d) A acetazolamida, inibidor da anidrase carbônica, diminui a aquaporina-1 no plexo coroide.

28. Mulher, 49 anos, tabagista, hipertensa, comparece em pronto-socorro com monoparesia completa do III par, sem demais alterações ao exame físico neurológico. Realizada angiotomografia de vasos intracranianos sem alterações. O próximo exame a ser realizado é:

- a) Arteriografia digital.
- b) Angiotomografia de vasos cervicais e intracranianos.
- c) Angioressonância magnética de vasos intracranianos.
- d) Ressonância Magnética de Crânio.

29. Paciente homem, 45 anos, com histórico de infecção viral respiratória no último mês, comparece em unidade de emergência com tontura aguda intensa, prolongada e instabilidade postural há 9 dias. Nega perda auditiva. Ao exame físico, nistagmo espontâneo horizontal, teste de impulso cefálico correspondente positivo para o lado da instabilidade postural. Sem déficit motor focal. Sem outras alterações ao exame físico. A principal hipótese diagnóstica é:

- a) Neurite vestibular.
- b) Vertigem posicional paroxística benigna.
- c) Doença de Ménière.
- d) Acidente Vascular Cerebral POCS.

30. Perda da sensibilidade à dor, temperatura na face ipsilateral e no corpo contralateral. Disfagia severa, hipofonia, hipogeusia e síndrome de Horner ipsilateral. Tal descrição clínica é compatível com:

- a) Síndrome de Weber.
- b) Síndrome de Topo da Basilar.
- c) Síndrome de Claude.
- d) Síndrome de Wallenberg.

RASCUNHO.