

# EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

## EDIÇÃO 2025/2026

# Endare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

TARDE

## ÁREA DE ATUAÇÃO

# NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

PROVA OBJETIVA - TIPO 1



### SUA PROVA

Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala:

- uma folha para a marcação das respostas.



### 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 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 prova!**



## Medicina Física e Reabilitação

1

Pacientes com diabetes têm um risco anual de 2% de desenvolver uma úlcera do pé diabético (UPD). A UPD acarreta um risco de mortalidade de 5 anos, semelhante a alguns subtipos de malignidade, bem como morbidade significativa para o paciente em termos de hospitalização, incapacidade e amputação, e custo econômico para o sistema de saúde.

Em relação à aplicação da análise dos pés diabéticos por intermédio da baropodometria, é correto afirmar que

- (A) as áreas de hiperpressão no pé diabético serão evidenciadas a partir da medição da força de reação do solo, identificadas nesse tipo de plataforma.
- (B) as informações apenas da resultante dos vetores de força, identificadas nesse tipo de plataforma, são necessárias para a identificação do pico de pressão sobre uma determinada área dos pés diabéticos.
- (C) apenas as informações das pressões aplicadas sobre um ponto, levando em consideração apenas a força vertical aplicada nesse tipo de plataforma, identificarão as áreas de risco sobre os pés diabéticos.
- (D) as informações da trajetória do centro de pressão, através da força vertical e da força transversal aplicada nesse tipo de plataforma, demonstrarão o pico de pressão sobre uma determinada área dos pés diabéticos.
- (E) as informações de vetores de força e trajetória do centro de pressão identificadas nesse tipo de plataforma são os pontos considerados fundamentais para a identificação das áreas de risco nos pés diabéticos e para a confecção de órteses.

2

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, sofreu fratura da coluna lombar, com lesão da medula espinhal em decorrência de queda de grande altura. Ao exame clínico, apresentava deficiência completa, sem função motora ou sensorial restante abaixo do nível da lesão.

Segunda a escala de deficiência da Associação Americana de Lesões Espinhais (ASIA), esse paciente teve uma lesão do grau

- (A) A.
- (B) B.
- (C) C.
- (D) D.
- (E) E.

3

A incidência, a gravidade e a extensão da plexopatia braquial em lactentes foram minimizadas pelo diagnóstico e tratamento obstétrico moderno. Apesar dessas medidas, a ocorrência de plexopatia braquial não foi eliminada.

Em relação à plexopatia braquial, é correto afirmar que

- (A) segundo a classificação de Narakas, no grupo 3 encontram-se as lesões das raízes C7 e T1.
- (B) segundo a classificação de Narakas, no grupo 2 encontram-se as lesões das raízes C5, C6 e C7.
- (C) a síndrome de Horner ipsilateral indica lesão nos nervos simpáticos cervicais e das raízes C6 e C7.
- (D) com o envolvimento de C5 e C6, os extensores do cotovelo são fracos e o cotovelo é mantido em posição intermediária.
- (E) lesões do plexo superior manifestam-se inicialmente como fraqueza dos abdutores, rotadores internos do ombro e ausência dos flexores do cotovelo.

4

Ao avaliar um exame de ressonância magnética, o médico depara com imagens escuras e brilhantes, que se devem aos parâmetros da sequência de pulsos utilizados, sendo as sequências mais comuns as ponderadas de T1 e T2.

Sobre o tema, é correto afirmar que

- (A) a sequência ponderada em T2 utiliza um tempo de repetição e um tempo de eco curtos.
- (B) a sequência ponderada em T1 utiliza um tempo de repetição e um tempo de eco longos.
- (C) em T1, observamos tecido gorduroso como imagem escura, e em T2, como imagem brilhante.
- (D) em T1, observamos osteomielite como uma imagem brilhante e em T2, observamos como uma imagem escura.
- (E) em T1, observamos edema de medula óssea como uma imagem escura e em T2, como uma imagem brilhante.

5

No joelho, os problemas mais comuns relacionados à artrite degenerativa são varo e flexão. O suporte de peso com uma deformidade em flexão do joelho aumenta a demanda do quadríceps para estabilidade no apoio. A análise do vetor no plano sagital do corpo, mostra que o paciente utiliza a inclinação anterior do tronco para diminuir a ação necessária do quadríceps.

Essa postura – a inclinação anterior do corpo – impõe

- (A) carga aumentada nos músculos sóleo e glúteo máximo.
- (B) carga aumentada nos músculos gastrocnêmios e iliopsoas.
- (C) maior torque de flexão plantar no tornozelo e de flexão no quadril.
- (D) torque de flexão dorsal no tornozelo e controle abdutor no quadril.
- (E) maior torque de flexão dorsal no tornozelo e de flexão no quadril, aumentando a carga nos músculos tibial anterior e iliopsoas.

6

Várias afecções cervicais se manifestam por dores irradiadas por compressão de raízes cervicais. Dessa forma, o exame neurológico dos membros superiores deve fazer parte da semiologia desse segmento da coluna.

Com base na padronização da classificação neurológica da lesão medular da Associação Americana de Lesão Medular e da Associação Médica Internacional de Paraplegia, é correto afirmar que, ao avaliarmos o músculo extensor do cotovelo e a sensibilidade do terceiro quirodáctilo, estamos avaliando a raiz de

- (A) C5.
- (B) C6.
- (C) C7.
- (D) C8.
- (E) T1.

**7**

A propriocepção e o controle muscular exercem um papel fundamental na estabilidade articular dinâmica. Após lesões ortopédicas, algumas características sensorio-motoras são alteradas e devem ser focadas em programas de reabilitação, para que haja sucesso no retorno às atividades realizadas previamente a lesão.

A propriocepção, em si, envolve os seguintes receptores:

- (A) nocirreceptores e termorreceptores.
- (B) nocirreceptores e mecanorreceptores.
- (C) nocirreceptores e receptores tendíneos.
- (D) mecanorreceptores e termorreceptores.
- (E) receptores nos ligamentos e nos tecidos cutâneos.

**8**

O Código de Ética Médica contém as normas a serem seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive nas atividades relativas a ensino, pesquisa e administração de serviços de saúde.

Em relação aos princípios fundamentais citados no Código de Ética Médica, assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) O trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, com finalidade política ou religiosa.
- (B) O médico comunicará às autoridades competentes quaisquer formas de deterioração do ecossistema, prejudiciais à saúde e à vida.
- (C) O médico terá, para com os colegas, respeito, consideração e solidariedade, sem se eximir de denunciar atos que contrariem os postulados éticos.
- (D) Sempre que participar de pesquisas envolvendo seres humanos ou quaisquer animais, o médico respeitará as normas éticas internacionais, bem como protegerá a vulnerabilidade dos sujeitos da pesquisa.
- (E) nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.

**9**

Criança portadora de paralisia cerebral utiliza dispositivo de apoio para deambular e cadeira de roda para longas distâncias.

Segundo o sistema de Classificação da Função Motora Grossa (Gross Motor Function Classification System, GMFCS) essa criança é classificada como sendo do grupo

- (A) I.
- (B) II.
- (C) III.
- (D) IV.
- (E) V.

**10**

As deformidades da coluna são doenças comuns e é essencial o entendimento dessas anomalias por parte do médico assistente para as adequadas conduta e orientações aos pacientes. A curvatura que ocorre no plano coronal é denominada escoliose.

Em relação à escoliose, é correto afirmar que

- (A) a escoliose idiopática infantil é uma condição rara, mais comum em meninos, apresentando curvas torácicas convexas à esquerda e 90% de resolatividade com o desenvolvimento.
- (B) o risco de progressão depende de uma série de fatores, curvas duplas tendem a ser menos progressivas que curvas simples. As curvas torácicas principais progridem menos que as lombares.
- (C) segundo a classificação de Nash e Moe da rotação vertebral, na incidência radiográfica em anteroposterior, quando o pedículo do lado côncavo da curva some e o do lado convexo atinge a linha média, temos uma rotação grau II.
- (D) as escolioses idiopáticas juvenis representam um grupo de transição entre as escolioses infantis e as do adolescente, geralmente não são progressivas, apresentam potencial para deformidades graves do tronco, sua incidência é maior em meninas entre 4 e 6 anos e em meninos, entre 7 e 10 anos.
- (E) o Ângulo de Cobb utiliza uma radiografia de incidência anteroposterior para medir o grau de escoliose. Uma linha é traçada sobre o platô inferior da vértebra terminal superior e uma linha sobre o platô superior da vértebra inferior. A intersecção entre essas linhas é o ângulo de Cobb.

**11**

A Síndrome de Brown-Séquard é uma condição neurológica caracterizada por uma lesão da medula espinhal.

Em relação a essa síndrome, é correto afirmar que

- (A) a síndrome de Brown-Séquard verdadeira é frequente.
- (B) a síndrome de Brown-Séquard é causada pela hemissecção completa da medula espinhal.
- (C) as alterações contralaterais da síndrome de Brown-Séquard começam no nível da lesão da medula espinhal.
- (D) a perda contralateral de função proprioceptiva e de dor tátil leve, é devido ao padrão de cruzamento do trato espinotalâmico dentro da medula espinhal.
- (E) a síndrome de Brown-Séquard resulta em perda ipsilateral da função motora, sensação de dor e temperatura e perda contralateral da função proprioceptiva e dor tátil leve.

**12**

Calçados e órteses são usados para tratar alterações como dores articulares e musculares, instabilidades articulares ou mesmo contraturas musculares. As órteses devem ser simples, leves, resistentes, duráveis e esteticamente aceitáveis.

Em relação à utilização de alguns calçados ou órteses, é correto afirmar que

- (A) uma cunha medial adicionada ao calcanhar pode ser utilizada para aliviar parcialmente a carga do compartimento medial do joelho.
- (B) uma cunha lateral adicionada ao calcanhar pode ser utilizada para auxiliar o tratamento em caso de disfunção do tendão tibial posterior.
- (C) a órtese para o pé do Laboratório de Biomecânica da Universidade da Califórnia (UCBL) utiliza um suporte de tornozelo com cadarço, proporcionando maior estabilidade.
- (D) a órtese Arizona é produzida em copolímero de etileno e acetato de vinila, conhecido por sua flexibilidade e maciez, proporcionando uma melhor estabilidade para os pés.
- (E) tênis de cano alto com cadarço podem auxiliar pacientes com propriocepção distal deficiente, como diabéticos, fornecendo *feedback* mais proximal para auxiliar o equilíbrio.

**13**

A diatermia por ondas curtas (DCU) é um dos agentes utilizados em fisioterapia. Ela gera energia eletromagnética de alta frequência com efeitos fisiológicos e terapêuticos nos tecidos biológicos. Ao transformar energia eletromagnética em calor, ao penetrar nos tecidos profundos, a DCU eleva a temperatura do tecido, o que pode ser perigoso se não for indicado corretamente.

Entre as contraindicações do uso de DCU, podemos destacar

- (A) a febre.
- (B) a obesidade.
- (C) a coronariopatia.
- (D) a hipotensão arterial.
- (E) as áreas com diminuição de sensibilidade.

**14**

No processo de reabilitação de um paciente portador de cardiopatia, é importante identificar se o paciente é portador de síndrome metabólica múltipla.

Em mulher com cardiopatia, o diagnóstico de síndrome metabólica múltipla pode ser firmado quando

- (A) a circunferência abdominal é maior do que 102 cm, o HDL colesterol é menor ou igual a 50 mg/dL e os triglicérides são maiores ou iguais a 150 mg/dL.
- (B) a circunferência abdominal é maior do que 88 cm, o HDL colesterol é menor ou igual a 50 mg/dL e a pressão arterial é maior ou igual a 130/85 mmHg.
- (C) a circunferência abdominal maior do que 102 cm, o HDL colesterol é menor ou igual a 40 mg/dL e a pressão arterial é maior ou igual a 140/95 mmHg.
- (D) a circunferência abdominal é maior do que 88 cm, o HDL colesterol é menor ou igual a 50 mg/dL e a pressão arterial é maior ou igual a 140/95 mmHg.
- (E) a circunferência abdominal é maior do que 88 cm, os triglicérides são maiores do que 170 mg/dL e a pressão arterial é maior ou igual a 130/85 mmHg.

**15**

A biomecânica combina os princípios fundamentais da física, da engenharia e da biologia para descrever e prever os efeitos da energia e de vários tipos de forças nos sistemas biológicos.

Em relação às definições e aos conceitos básicos da física, assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) Força é uma grandeza física que altera o estado de repouso ou o estado de movimento uniforme de um objeto e/ou deforma sua forma.
- (B) Aceleração é a taxa na qual a velocidade de um objeto varia com o tempo. Assim como a velocidade, a aceleração pode ser linear ou angular.
- (C) Torque é uma grandeza vetorial que mede a tendência de uma força causar rotação em torno de um ponto específico, geralmente um eixo.
- (D) Deslocamento é a menor distância entre a posição inicial e a final de um objeto que se move em resposta a uma força aplicada. O deslocamento pode ser linear ou angular e não é uma grandeza vetorial.
- (E) Massa é uma medida da quantidade de inércia ou resistência ao movimento quando uma força é aplicada a um objeto físico. A massa é uma grandeza escalar e não muda com a posição ou forma de um objeto, a menos que matéria seja adicionada ou removida dele.

**16**

A velocidade de transmissão dos estímulos dolorosos é proporcional à espessura das fibras (axônios do primeiro neurônio) e da quantidade de mielina que elas contêm.

Em relação ao processamento da dor, é correto afirmar que

- (A) as fibras A-delta são grossas e pouco mielinizadas, com baixa velocidade de impulso (20 a 50 m/s).
- (B) as fibras do primeiro neurônio fazem sinapse com o segundo neurônio no corno anterior da medula.
- (C) os corpos celulares dos primeiros neurônios encontram-se no gânglio da raiz ventral, local onde se localiza o primeiro ponto em que ocorre a modulação da dor.
- (D) as fibras A-beta são grossas e altamente mielinizadas, com alta velocidade de impulso (35 a 75 m/s), sendo responsáveis por estímulos não dolorosos como vibração, movimento e tato.
- (E) as fibras C são grossas e pouco mielinizadas, de baixa velocidade de condução (0,5 a 2 m/s). São responsáveis por 75% dos impulsos aferentes sensoriais e usualmente transmitem dores de localização mais difusa.

17

A artrite reumatoide é uma doença sistêmica caracterizada por um quadro inflamatório crônico com sinovite poliarticular persistente, de etiologia desconhecida e com grande potencial deformante.

A crioterapia é um excelente recurso terapêutico no combate à fase aguda dessa afecção, por seu efeito anti-inflamatório e analgésico, além de evitar a ação da enzima colagenase que atua na degeneração da articulação. No entanto, há circunstâncias em que a crioterapia é formalmente contraindicada para esses pacientes.

Das circunstâncias presentes relacionadas a seguir, assinale a que formalmente **contraindica** o uso da crioterapia.

- (A) Imunoglobulina ausente.
- (B) Vasculite crioglobulinêmica.
- (C) Vasculite crioimunoglobulinêmica.
- (D) Presença de neuropatia periférica.
- (E) Presença de nódulos subcutâneos e envolvimento poliarticular.

18

O custo energético da marcha em relação à capacidade de produção energética máxima de um indivíduo dependerá dos mecanismos utilizados para a conservação de energia, que são a modulação do centro de gravidade e o controle muscular seletivo.

Em relação à modulação do centro de gravidade, é correto afirmar que

- (A) a elevação vertical do tronco durante o apoio duplo é reduzida pela inclinação posterior e lateral da pelve.
- (B) o abaixamento do centro do corpo no duplo apoio é reduzido pela elevação do calcanhar na fase de pré-balanço.
- (C) a elevação vertical do tronco durante o apoio duplo é reduzida pela inclinação anterior e lateral da pelve, combinada com a flexão dorsal do tornozelo.
- (D) dois movimentos de conservação de energia estão ligados a mudanças no alinhamento da pelve: queda ipsilateral ao membro de apoio e rotação horizontal.
- (E) três movimentos de conservação de energia estão ligados a mudanças no alinhamento da pelve: queda contralateral ao membro de apoio, rotação horizontal e deslocamento lateral.

19

A produção excessiva de citocinas observada na artrite reumatoide pode aumentar a atividade osteoclástica, acarretando destruição óssea e conseqüentemente dor. Medicamentos antirreumáticos podem ter como alvos citocinas e fatores inflamatórios específicos.

Dessa forma, é correto afirmar que

- (A) anakinra tem como alvo a interleucina-6 (IL-6).
- (B) infliximabe tem como alvo a interleucina-6 (IL-6).
- (C) etanercepte tem como alvo a interleucina-1 (IL-1).
- (D) adalimumab tem como alvo o fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa).
- (E) tocilizumabe tem como alvo o fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa).

20

Na avaliação clínica de comprometimento neurológico dos membros, um dos exames que podemos realizar é a avaliação dos reflexos

Em relação à avaliação dos reflexos, é correto afirmar que

- (A) no reflexo tricipital, a raiz principal avaliada é C6.
- (B) no reflexo patelar, a raiz principal avaliada é L3.
- (C) no reflexo Aquileu, a raiz principal avaliada é S1.
- (D) no reflexo bicipital, a raiz principal avaliada é C4.
- (E) no reflexo estilorrádial, a raiz principal avaliada é C7.

21

A Teoria das Comportas da Dor, proposta por Melzack e Wall em 1965, sugere que a transmissão do sinal de dor para o cérebro não é direta, mas modulada por uma “comporta” localizada na medula espinhal. Essa comporta funciona como um filtro em que diferentes tipos de fibras nervosas competem para enviar informações sensoriais, incluindo sinais de dor ao cérebro.

O(s) tipo(s) de estimulação transcutânea (TENS) que se baseia(m) nesse princípio e que visa(m) principalmente as fibras A-Beta, utilizando a alta frequência e baixa intensidade, denomina(m)-se

- (A) tens acupuntura.
- (B) tens convencional.
- (C) tens breve-intensa.
- (D) tens acupuntura e tens breve-intensa.
- (E) tens convencional e tens acupuntura.

22

A escala de desfecho utilizada em muitos estudos cranioencefálicos agudos é a Glasgow Outcome Scale-Extended (GOS). Essa escala tem sido usada para correlacionar a medida da gravidade da lesão inicial e o desfecho 6 meses após a lesão.

Pela escala GOS, um paciente que se encontra em estágio vegetativo, sem nenhuma função cortical cerebral que possa ser julgada pelo comportamento (incapaz de seguir comandos simples ou comunicar-se), encontra-se no estágio

- (A) 2.
- (B) 4.
- (C) 6.
- (D) 7.
- (E) 8.

23

As síndromes compressivas dos nervos periféricos no membro superior ocorrem, geralmente, em locais bem definidos, porém os sintomas podem ser os mais diversos possíveis, em áreas distintas e de intensidade variável.

Em relação à avaliação dessas síndromes, é correto afirmar que o

- (A) teste de Durkan serve para avaliar a compressão do nervo ulnar ao nível do túnel de Guyon.
- (B) sinal de Wartenberg é a incapacidade de fazer a pinça de ponta dos dedos entre o polegar e o dedo indicador.
- (C) sinal de Froment é a incapacidade de realizar a oposição do polegar com a extremidade distal do quinto quirodáctilo.
- (D) sinal de Benediction positivo é indicativo de lesão do nervo interósseo anterior.
- (E) sinal de Duchenne é característico de comprometimento do nervo mediano ao nível do túnel do carpo.

24

Ao avaliar um paciente do sexo feminino após trauma indireto sobre o joelho, o examinador com o paciente em decúbito dorsal, segurou com uma das mãos a região supracondiliana do fêmur e, com a outra, a região superior da tíbia, a seguir provocou movimentos antagônicos com cada uma das mãos, uma para a frente e a outra para atrás, a fim de fazer o deslizamento de uma superfície articular sobre a outra. A tíbia se deslocou para a frente, sinalizando positividade para lesão do ligamento cruzado anterior.

Essa manobra é conhecida como

- (A) teste de Jerk.
- (B) teste de Ober.
- (C) teste de Richey.
- (D) teste de Appley.
- (E) teste de Steinmann.

25

Nas avaliações das afecções do quadril, podemos realizar vários testes clínicos que nos auxiliam no diagnóstico.

Em relação a esses testes, assinale a afirmativa correta.

- (A) o Teste de McCarthy é utilizado para detectar impacto femoroacetabular anterior ou ruptura labral;
- (B) o teste dinâmico de impacto rotatório interno (DIRI), pode também ser positivo em casos de instabilidade anterior;
- (C) o teste de Patrick é útil para diagnosticar doenças no quadril examinado e pode também provocar dor na articulação sacroilíaca ipsilateral;
- (D) o teste dinâmico de impacto rotatório interno (DIRI), quando positivo, sugere impacto femoroacetabular posterior e/ou lesão labral posterior;
- (E) o teste dinâmico de impacto rotatório externo (DIRE), testa o impacto superolateral e anterior, mas pode ser positivo em casos de instabilidade posteroinferior com ruptura do ligamento redondo e/ou lassidão ligamentar.

26

Os principais padrões de reflexos primitivos que podem interferir ou facilitar ações motoras qualificadas devem ser bem compreendidos. Nesse sentido, é importante conhecer bem os momentos de aquisição e de regressão normais desses reflexos.

Em relação ao início e à regressão desses reflexos, assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) Reflexo patelar: início ao nascimento e regressão aos 7 meses.
- (B) Reflexo de Moro: início no nascimento e regressão aos 6 meses.
- (C) Reflexo de Landau: início ao 3 meses e regressão aos 12 meses.
- (D) Reflexo de preensão palmar: início ao nascimento e regressão aos 6 meses.
- (E) Reflexo de preensão palmar: início ao nascimento e regressão aos 9-10 meses.

27

O ultrassom terapêutico (UST) é um recurso comumente aplicado na aceleração do reparo tecidual de lesões musculares. Segundo a literatura, as vibrações acústicas produzidas pelo UST induzem mudanças celulares, alterando o gradiente de concentração das moléculas e íons cálcio e potássio, o que estimula a atividade celular.

Segundo esses princípios, os resultados ligados a esse fenômeno são

- (A) modificações na mobilidade dos osteoblastos.
- (B) aumento da síntese proteica e secreção de mastócitos.
- (C) diminuição da permeabilidade da membrana das células e diminuição da síntese proteica.
- (D) proliferação fibrótica e aumento de células precursoras.
- (E) modificações hemodinâmicas microvasculares, diminuindo a perfusão.

## Neurologia

28

Homem de 50 anos, com miastenia gravis generalizada autoimune (anti-AChR+), apresenta quadro estável com uso de piridostigmina e prednisona 20 mg/dia. Contudo, nas últimas tentativas de redução do corticosteroide, evoluiu com piora progressiva da fraqueza muscular.

Relata ganho de peso, hipertensão arterial e hiperglicemia. Exame físico: força grau 4 em membros superiores e inferiores, com estabilidade clínica fora das crises. A equipe decide iniciar imunossupressor para controle de longo prazo e possível retirada do corticoide.

A opção mais apropriada nesse caso é

- (A) rituximabe, pela alta eficácia no bloqueio de receptores colinérgicos.
- (B) ciclofosfamida endovenosa mensal, como terapia de indução para remissão.
- (C) imunoglobulina mensal como terapia de manutenção imunossupressora.
- (D) metotrexato intramuscular semanal como primeira linha em miastenia autoimune.
- (E) azatioprina, iniciando em dose baixa com ajuste progressivo.

29

Mulher de 38 anos com miastenia gravis autoimune (anti-AChR positiva) apresenta fraqueza generalizada com oscilação ao longo do dia, além de ptose e fadiga muscular aos esforços. Está em uso de piridostigmina 60 mg de 4/4h, com benefício parcial.

Exame neurológico mostra força grau 4 proximal em membros superiores e inferiores, reflexos normais e sem sinais bulbares graves. A equipe opta por introduzir corticoterapia.

Sobre a conduta imunossupressora mais adequada nesse caso, é

- (A) iniciar metilprednisolona pulsoterapia por 3 dias para reduzir rapidamente os sintomas.
- (B) substituir a piridostigmina por corticoide, pois o uso combinado reduz eficácia terapêutica.
- (C) reservar o uso de prednisona apenas para pacientes com miastenia bulbar grave ou crise iminente.
- (D) adicionar prednisona em dose baixa e aumentar progressivamente, devido ao risco de piora inicial.
- (E) iniciar prednisona em dose plena (1 mg/kg/dia) imediatamente, com expectativa de melhora em até 3 dias.

**30**

Homem de 58 anos apresenta fraqueza progressiva simétrica em membros inferiores e superiores, associada a parestesias e perda de reflexos, com evolução ao longo de 3 meses.

A eletroneuromiografia evidencia polineuropatia sensitivo-motora com sinais de desmielinização difusa. O líquido mostra dissociação albumino-citológica. Ao exame, marcha instável e força grau 3 nos quatro membros. Nega crises agudas ou piora súbita. O diagnóstico de polineuropatia desmielinizante crônica (CIDP) é considerado.

A conduta terapêutica inicial mais apropriada nesse caso é

- (A) optar por piridostigmina e fisioterapia, com reavaliação em 3 meses.
- (B) iniciar imunoglobulina intravenosa ou corticosteroide oral, ambos eficazes na CIDP.
- (C) reservar plasmaférese apenas para casos refratários à azatioprina e metotrexato.
- (D) internar em UTI e iniciar pulsoterapia com metilprednisolona por risco de crise iminente.
- (E) iniciar rituximabe como primeira linha em neuropatia autoimune crônica com fraqueza.

**31**

Paciente de 42 anos apresenta fraqueza progressiva com predomínio em membros inferiores, com perda de reflexos, disestesia distal e instabilidade de marcha, com evolução de 3 meses.

A eletroneuromiografia mostra polineuropatia desmielinizante com baixa dispersão temporal. O líquido revela proteinorraquia discretamente aumentada (60 mg/dL), com poucas células. Sorologia revela autoanticorpos contra neurofascina-155 (NF155). Após ciclo de imunoglobulina intravenosa (IGIV), o paciente mantém piora progressiva. A equipe discute mudança terapêutica.

Das condutas abaixo, a mais apropriada nesse cenário é

- (A) manter tratamento conservador, pois anticorpos anti-NF155 têm curso autolimitado.
- (B) introduzir corticoide em alta dose, pois é a base do tratamento das nodopatias.
- (C) repetir imunoglobulina intravenosa e iniciar piridostigmina como tratamento de suporte.
- (D) iniciar rituximabe, devido à má resposta à IGIV e presença de anticorpos IgG4 contra nodos.
- (E) iniciar plasmaférese, pois a presença de autoanticorpos responde melhor a depuração plasmática.

**32**

Homem de 58 anos apresenta, há 8 meses, fraqueza progressiva em membro superior direito, seguida de atrofia muscular, fasciculações e hiperreflexia ipsilateral, além de hiperreflexia e espasticidade leve em membros inferiores.

O exame neurológico confirma comprometimento motor puro, sem alterações sensitivas ou cognitivas. A eletroneuromiografia revela neuropatia motora nas regiões bulbar, cervical e lombossacral. Foram excluídas causas alternativas por exames laboratoriais e de imagem.

De acordo com os critérios diagnósticos de Awaji, esse caso preenche os critérios para

- (A) ELA clinicamente definida, pois há evidência de acometimento de neurônio motor superior e inferior em três regiões.
- (B) ELA suspeita, pois a eletroneuromiografia não é obrigatória para confirmação.
- (C) ELA provável, pois há envolvimento de dois segmentos neurais e progressão clínica.
- (D) neuropatia motora multifocal, pois o predomínio inicial unilateral afasta o diagnóstico de ELA.
- (E) ELA possível, pois há sinais clínicos e eletrofisiológicos, mas sem comprovação clínica de acometimento bulbar.

**33**

Homem de 38 anos é avaliado por quadro progressivo de fraqueza assimétrica em membros superiores, miofasciculações e disartria há 8 meses. Seu pai faleceu com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica aos 52 anos.

A eletroneuromiografia evidencia desnervação ativa e crônica em segmentos bulbar, cervical e lombossacro. A suspeita de ELA familiar é levantada.

A alteração genética que representa a causa mais comum de esclerose lateral amiotrófica familiar e que também pode estar presente em casos esporádicos é

- (A) mutação no gene SOD1, associada a comprometimento bulbar precoce.
- (B) deleção no gene ALS2, típica de ELA de início tardio com evolução lenta.
- (C) mutação no gene TARDBP, relacionada exclusivamente a formas esporádicas.
- (D) mutação no gene FUS, associada a ELA familiar com preservação cognitiva e curso benigno.
- (E) repetição anormal no gene C9orf72, frequentemente associada a demência frontotemporal.

**34**

Homem de 45 anos apresenta fraqueza proximal simétrica de membros com progressão lenta nos últimos anos, associada a fasciculações periorais, disfagia leve, ginecomastia e disfunção erétil. A eletroneuromiografia evidencia desnervação crônica bulboespinal. Há história familiar de sintomas semelhantes em parentes do sexo masculino, por parte materna.

O diagnóstico mais provável nesse caso é

- (A) neuropatia motora multifocal com disfunção autonômica associada.
- (B) miopatia endócrina com padrão pseudoneurogênico na eletroneuromiografia.
- (C) esclerose lateral amiotrófica de início bulbar com manifestações endócrinas associadas.
- (D) doença de Kennedy, relacionada à expansão do gene do receptor de androgênio no cromossomo X.
- (E) atrofia muscular espinhal tipo 3 (Doença de Kugelberg-Welander), com herança autossômica recessiva.

**35**

Mulher de 29 anos apresenta episódio de neurite óptica retrobulbar a direita com dor à movimentação ocular e perda visual subaguda, que melhorou após realizar pulsoterapia com corticoide endovenoso. Não há história prévia de outros episódios neurológicos. Ao exame: reflexo pupilar aferente relativo à direita, sem outras alterações neurológicas.

A ressonância magnética de crânio mostra duas lesões hiperintensas em T2/FLAIR periventriculares, uma justacortical em lobo frontal esquerdo e uma no pedúnculo cerebelar médio esquerdo, sem realce pelo contraste. O líquor evidencia bandas oligoclonais restritas ao LCR.

A definição diagnóstica mais compatível pelos critérios de McDonald (2017) é

- (A) esclerose múltipla provável, exigindo novo evento clínico para confirmação diagnóstica.
- (B) síndrome desmielinizante aguda monofásica, com indicação de imunossupressão definitiva.
- (C) evento clínico isolado sugestivo de esclerose múltipla, sem critérios para diagnóstico definitivo.
- (D) neuromielite óptica, devido ao predomínio visual e ausência de lesões que captam de contraste.
- (E) esclerose múltipla definida por disseminação no espaço e no tempo, sem necessidade de novo surto.

**36**

Mulher de 33 anos, com esclerose múltipla remittente-recorrente altamente ativa, vem em seguimento há 2 anos em uso de natalizumabe, com excelente resposta clínica e radiológica. Atualmente, está assintomática, sem surtos ou novas lesões na RM. O exame de sangue recente revelou sorologia positiva para anticorpos anti-vírus JC com índice de 2,1.

A conduta mais adequada frente ao risco de complicação neurológica grave associada ao natalizumabe é

- (A) reduzir o intervalo de aplicação do natalizumabe para reduzir o risco de infecção pelo vírus JC.
- (B) manter o natalizumabe, pelo bom controle da doença e baixo risco de infecção oportunista.
- (C) associar aciclovir ao natalizumabe para prevenção de reativação viral relacionada ao vírus JC.
- (D) realizar RM cerebral de vigilância e considerar troca para outro imunobiológico, como ocrelizumabe.
- (E) suspender o natalizumabe imediatamente e iniciar Glatiramer como substituto de alta eficácia.

**37**

Mulher de 50 anos apresenta queda de pálpebra bilateral, disartria e fraqueza cervical flutuante. O teste para anti-AChR é negativo, mas o anti-MuSK é positivo.

Esse subtipo de miastenia gravis é frequentemente caracterizado por

- (A) predomínio ocular isolado.
- (B) curso benigno e auto limitado.
- (C) resposta excelente à timectomia.
- (D) fenômeno miastênico em extremidades distais.
- (E) fraqueza predominante axial e resistência à piridostigmina.

**38**

Homem de 58 anos, refere lenta e progressiva incoordenação durante a marcha evoluindo há alguns anos; o exame neurológico identifica oftalmoparesia, nistagmo, disartria e espasticidade. Recorda-se que o pai, português, também apresentava desequilíbrio durante a marcha no final da vida, sem diagnóstico.

O diagnóstico e a confirmação laboratorial são feitos por

- (A) estudo do exoma com painel para ataxias hereditárias.
- (B) expansão do trinucleotídeo CAG no gene ATXN3.
- (C) biópsia de músculo com acúmulo de mitocôndrias.
- (D) estudo de anticorpos antineuronais e biópsia de pele.
- (E) RM funcional e dosagem de dopamina.

**39**

Homem de 45 anos, previamente saudável, observa, pela manhã, ao espelho, desvio da rima labial para a direita. Nega outras queixas neurológicas. Exame neurológico confirma a queixa e não indica outros sinais de envolvimento de nervos cranianos nem sinais de envolvimento motor em membros.

A conduta mais apropriada nas primeiras 72 horas é

- (A) aciclovir e corticosteroides associados.
- (B) antibiótico de amplo espectro e vigilância hospitalar.
- (C) apenas medidas de suporte e exame de neuroimagem.
- (D) terapia anticoagulante para prevenir progressão vascular.
- (E) prednisona oral em dose anti-inflamatória por 5 dias.

**40**

Mulher de 38 anos com diagnóstico de esclerose múltipla apresenta visão dupla. No exame da motilidade ocular observa-se na pesquisa do olhar conjugado para a direita incapacidade de adução do olho esquerdo e nistagmo no olho direito; na pesquisa do olhar conjugado horizontal para a esquerda, há incapacidade de adução do olho direito e nistagmo no olho esquerdo.

Esse padrão caracteriza

- (A) síndrome um e meio.
- (B) síndrome de Parinaud.
- (C) oftalmoplegia internuclear bilateral.
- (D) paralisia supranuclear do olhar conjugado vertical.
- (E) paralisia supranuclear do olhar conjugado horizontal.

**41**

Paciente de 68 anos com antecedente de carcinoma de nasofaringe em tratamento radioterápico evolui com paralisia progressiva de múltiplos pares cranianos do mesmo lado da face, sem déficit motor ou sensitivo em membros.

Esse quadro clínico é sugestivo de

- (A) síndrome de Tolosa-Hunt.
- (B) meningite tuberculose crônica.
- (C) neuropatia diabética craniana múltipla.
- (D) esclerose lateral amiotrófica com padrão assimétrico.
- (E) síndrome de Garcin – lesão unilateral da base do crânio.

**42**

Um paciente com AVC extenso na artéria cerebral média direita apresenta descuido ao se barbear do lado esquerdo da face, ignora estímulos visuais do hemicampo visual esquerdo e não reconhece como seus os membros do lado esquerdo do corpo.

Esse quadro neuropsicológico é denominado

- (A) agnosia visual associativa.
- (B) apraxia ideomotora hemisférica.
- (C) hemianopsia homônima esquerda.
- (D) prosopagnosia com inatensão visual.
- (E) heminegligência contralateral ao hemisfério lesado.

**43**

O controle pupilar é exercido pelos dois componentes do sistema nervoso autônomo, simpático e parassimpático.

A síndrome de Claude Bernard Horner ocorre quando a ação de um desses componentes é interrompida.

Assinale a opção que apresenta o componente do sistema nervoso autônomo afetado e que descreve a síndrome numa lesão unilateral.

- (A) simpático; miose, enoftalmia e redução da rima palpebral ipsilateral a lesão.
- (B) simpático; anisocoria com midríase ipsilateral a lesão, enoftalmia e ptose contralateral.
- (C) simpático; anisocoria com pupila maior ipsilateral a lesão, exoftalmia e lagofotamia contralateral a lesão.
- (D) parassimpático; anisocoria com miose, enoftalmia e redução da rima palpebral ipsilateral a lesão.
- (E) parassimpático; midríase e abolição do reflexo foto motor direto ipsilateral a lesão com preservação do consensual.

**44**

Criança de 2 anos apresenta primeiro episódio de convulsão tônico-clônica generalizada com duração de 3 minutos durante febre de 38,9 °C. Recupera-se rapidamente após o episódio e encontra-se em bom estado geral, sem sinais meníngeos.

A conduta adequada nesse caso é

- (A) manejo clínico para controle da febre.
- (B) punção lombar imediata para afastar meningite bacteriana.
- (C) tomografia de crânio para descartar tumor febril-induzido.
- (D) internação hospitalar com eletroencefalograma de urgência.
- (E) Controle da febre e droga antiepiléptica por dois anos.

**45**

Lactente de 5 meses apresenta fechamento precoce da sutura com alongamento anteroposterior do crânio (escafocefalia). Desenvolvimento psicomotor normal. Exame neurológico normal.

O diagnóstico e conduta mais apropriados são, respectivamente,

- (A) microcefalia verdadeira e apenas vigilância.
- (B) hidrocefalia e punção líquórica terapêutica.
- (C) disostose craniofacial e tratamento com antibiótico e órtese.
- (D) cranioestenose sagital e encaminhamento para avaliação neurocirúrgica.
- (E) cranioestenose coronal e encaminhamento para avaliação neurocirúrgica.

**46**

Sobre as neoplasias que comprometem o sistema nervoso central, avalie as afirmativas a seguir.

- I. O adenocarcinoma de mama pode cursar com carcinomatose meníngea.
- II. A incidência de meduloblastomas é maior em adultos.
- III. a maioria dos casos de acromegalia é causada por adenomas da hipófise.

Está correto o que se afirma em

- (A) III, apenas.
- (B) I, apenas.
- (C) II, apenas.
- (D) II e III.
- (E) I e III.

**47**

Paciente, 77 anos, hipertenso e diabético sofreu acidente vascular cerebral lacunar durante suas férias. Evoluiu de forma satisfatória sem sequelas incapacitantes.

Em geral, os infartos lacunares decorrem da oclusão de

- (A) pequenas artérias penetrantes do encéfalo.
- (B) tronco vasculares arteriais.
- (C) seio venoso sagital.
- (D) Seio venoso transverso.
- (E) ramos calibrosos da artéria vertebral.

**48**

Uma paciente tabagista, hipertensa, usuária de drogas ilícitas, teve o diagnóstico de síndrome de Wallenberg.

Considerando as opções a seguir, concluímos que ela sofreu um acidente vascular cerebral

- (A) isquêmico da ponte.
- (B) hemorrágico da cápsula interna.
- (C) isquêmico da cápsula interna.
- (D) isquêmico da parede lateral do bulbo.
- (E) hemorrágico do tálamo.

**49**

Uma paciente de 30 anos apresentou quadro clínico que motivou seu médico a solicitar a pesquisa de anticorpos anti-receptores de acetilcolina. Como esses anticorpos não foram detectados, prosseguiu a investigação solicitando anticorpos contra a quinase muscular específica (MuSK) e, posteriormente, anticorpos contra a proteína relacionada ao receptor de lipoproteína 4 (LRP4).

Dentre as opções a seguir, a hipótese diagnóstica que justifica solicitar tais exames é

- (A) síndrome de Guillain-Barré.
- (B) neuropatia axonal motora sensitiva aguda.
- (C) miastenia gravis.
- (D) polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica.
- (E) polineuropatia sensitiva crônica idiopática.

50

Sobre a doença associada aos anticorpos contra a glicoproteína oligodendrocitária da mielina (MOG), avalie as afirmativas a seguir.

- I. Caracteriza-se pela presença de autoanticorpos contra a MOG, proteína localizada na superfície externa da bainha de mielina dos oligodendrócitos.
- II. A resposta aos corticosteroides em altas doses é geralmente favorável, e a plasmáfereze pode ser considerada em casos refratários.
- III. Imunossuppressores como azatioprina, micofenolato mofetil e rituximabe podem ser utilizados para a prevenção de novos surtos.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

51

Um paciente de 58 anos apresentou perda ponderal, febre, anemia, esteatorreia com dor abdominal, além de artralgia. Observava-se, também, ataxia com paralisia do olhar vertical. Foi levantada a hipótese diagnóstica de doença de Wipple.

Essa afecção decorre de infecção por

- (A) vírus sincicial.
- (B) bactéria do gênero *Tropheryma*.
- (C) bactéria do gênero *Actinomyces*.
- (D) *Klebsiella sp.*
- (E) *Streptococcus aureus*.

52

Paciente de 57 anos apresentava dores intensas, tipo choque, em membros inferiores associada a distúrbio de marcha que se acentuava ao anoitecer. Ao exame neurológico, observou-se arreflexia nos membros inferiores e pupilas mióticas que não reagem à luz mas sim à acomodação.

Teve o diagnóstico de *tabes dorsalis*, que é uma manifestação clínica de(a)

- (A) neurosífilis.
- (B) tuberculose.
- (C) síndrome da artéria espinhal anterior.
- (D) deficiência de vitamina E.
- (E) oclusão da artéria de Adamkiewicz.

53

Paciente feminina, 60 anos, apresenta comprometimento da linguagem, sem perda significativa da memória recente há, aproximadamente, dois anos. No exame neurológico, observam-se anomia e déficits de repetição, com preservação da fluência gramatical e da articulação.

Vários médicos levantaram a hipótese diagnóstica de afasia progressiva primária, uma variante da

- (A) demência vascular.
- (B) doença de Parkinson.
- (C) demência frontotemporal.
- (D) demência com corpos de Lewy.
- (E) doença de Huntington.

54

Um paciente de 70 anos apresentou há, aproximadamente, sete anos déficit mnemônico que evoluiu, posteriormente, com disfunção executiva e acalculia. Notou-se, também, certo grau de apraxia. Após extensa investigação o paciente teve o diagnóstico de doença de Alzheimer. Iniciou-se tratamento sintomático com um anticolinesterásico.

Assinale, entre as opções listadas, o fármaco que pertence a essa classe farmacológica.

- (A) Donepezila.
- (B) Memantina.
- (C) Amantadina.
- (D) Biperideno.
- (E) Trihexifenidil.

## Neurocirurgia

55

A mais importante via metabólica envolvida na formação do edema peritumoral no glioblastoma é

- (A) o aumento da expressão de BDNF.
- (B) o ciclo de Krebs.
- (C) a via do VEGF e o aumento da permeabilidade da barreira hematoencefálica.
- (D) a sinalização de Vi-67.
- (E) o aumento da expressão de NGF.

56

Em um paciente de 35 anos com lesão da artéria espinal anterior, o padrão clínico mais característico que se espera encontrar é a

- (A) perda da propriocepção e da motricidade e acima e abaixo da lesão.
- (B) preservação da função motora, com perda hemissensitiva.
- (C) paralisia flácida bilateral.
- (D) paralisia unilateral com perda sensitiva completa.
- (E) paralisia motora bilateral e perda da sensibilidade dolorosa e sensibilidade à temperatura.

57

Durante uma craniotomia para aneurisma da artéria comunicante anterior, a estrutura que está mais em risco de lesão é a(o)

- (A) artéria coroídea anterior.
- (B) artéria cerebral posterior.
- (C) artéria cerebral média.
- (D) artéria pericalosa.
- (E) quiasma óptico.

58

O seguinte marcador molecular está mais associado à progressão de gliomas de grau II para grau IV:

- (A) IDH1 mutante.
- (B) amplificação do gene BDNF.
- (C) IDH selvagem.
- (D) mutação na Ki-67.
- (E) aumento da expressão de VEGF.

**59**

Paciente de 80 anos com diagnóstico de Hakim-Adams, normal. A seguinte alteração é mais frequentemente observada no estudo urodinâmico para investigação de incontinência urinária:

- (A) bexiga neurogênica.
- (B) hipotonia vesical.
- (C) obstrução do fluxo ureteral e hidronefrose.
- (D) diminuição do volume pós-miccional.
- (E) contrações involuntárias do músculo detrusor.

**60**

Paciente de 38 anos com malformação de Chiari tipo I. O principal fator radiológico para indicação cirúrgica, nesse caso, é a(o)

- (A) presença de platibasia.
- (B) herniação das tonsilas cerebelares maior que 10 mm.
- (C) presença de siringomielia cervical.
- (D) herniação do tronco encefálico.
- (E) aumento do comprimento da linha de Frankfurt.

**61**

Assinale a opção que apresenta o alvo terapêutico mais promissor para controlar edema cerebral vasogênico em metástases cerebrais.

- (A) Antagonistas de VEGF (bevacizumabe).
- (B) Inibidores da receptação de serotonina.
- (C) Antagonista do receptor de glutamato tipo Kainato.
- (D) Agonistas dopaminérgicos.
- (E) Antagonistas de prostaglandinas (corticoides).

**62**

A abordagem cirúrgica mais indicada para remoção de meningioma clival é o acesso

- (A) transpetroso.
- (B) pterional alargado.
- (C) frontal bilateral.
- (D) transoral endoscópico.
- (E) occipital infratentorial supracerebelar.

**63**

O método diagnóstico mais sensível para detectar um microadenoma hipofisário produtor de ACTH é o(a)

- (A) SPECT.
- (B) RMN com sequências de alta resolução e contrastada com gadolínio.
- (C) dosagem de ACTH ou prolactina no sangue.
- (D) teste de supressão com metilprednisolona.
- (E) PET-CT com cortisol marcado radioativamente.

**64**

Paciente masculino, 40 anos, história de craniotomia para drenagem de hematoma subdural há 5 anos, portador de fístula arteriovenosa dural (FAVD) intracraniana.

O seguinte fator prognóstico está mais associado ao risco de hemorragia:

- (A) drenagem venosa superficial.
- (B) FAVD envolvendo o seio esfenoidal.
- (C) diâmetro da artéria nutridora principal.
- (D) pressão arterial média elevada.
- (E) nível de drenagem venosa retrógrada.

**65**

Paciente de 60 anos com hemorragia cerebral hipertensiva (HIH). Das opções a seguir, assinale a que apresenta o principal fator relacionado ao melhor prognóstico em pacientes com HIH.

- (A) Volume da hemorragia menor do que 30 cm<sup>3</sup> na fossa anterior.
- (B) Idade abaixo de 70 anos.
- (C) Hemiparesia e não hemiplegia.
- (D) Hemoventrículo limitado aos ventrículos laterais.
- (E) Hemorragia insular.

**66**

O tumor primário extracraniano mais frequentemente associado a metástases cerebrais, entre os elencados a seguir, é o

- (A) carcinoma de tireoide.
- (B) carcinoma de mama.
- (C) carcinoma de pulmão.
- (D) melanoma amelanótico.
- (E) carcinoma de células renais.

**67**

Na avaliação de um paciente de 36 anos com lombociatalgia e hérnia discal lombar, o seguinte sinal clínico é mais indicativo de compressão radicular:

- (A) reflexo aquileu diminuído.
- (B) sinal de Lasègue presente.
- (C) hiperalgesia em membro inferior.
- (D) hipotrofia dos músculos paravertebrais lombares.
- (E) sinal de Spurling presente.

**68**

O principal marcador molecular associado a um melhor prognóstico em gliomas de baixo grau é

- (A) a deleção no gene Ki-67.
- (B) a mutação IDH1.
- (C) a amplificação do gene VEGF.
- (D) a mutação no gene VTOR.
- (E) a mutação no gene BDNF.

**69**

Em pacientes com suspeita hidrocefalia comunicante, o exame de imagem mais indicado para o diagnóstico inicial é

- (A) a tomografia computadorizada.
- (B) a tomografia computadorizada com contraste intratecal.
- (C) a angiografia cerebral dos 4 vasos.
- (D) o ultrassom transcraniano.
- (E) a radiografia de crânio em perfil.

**70**

Paciente de 50 anos, submetido à cirurgia para descompressão da coluna cervical por espondilomielopatia.

A estrutura a ser preservada para evitar déficit motor nesse paciente é(são)

- (A) o ligamento amarelo.
- (B) a articulação zigoapofisária.
- (C) a artéria espinal anterior.
- (D) as artérias vertebrais.
- (E) o ligamento intertransversário.

**71**

Assinale o mecanismo fisiopatológico mais provavelmente associado ao vasoespasma pós-hemorragia subaracnóidea aneurismática.

- (A) Liberação de prostaglandinas neuroinflamatórias.
- (B) Acúmulo de hemoglobina e seus produtos de degradação no espaço subaracnóideo.
- (C) Trombose de seios durais.
- (D) Hipertensão intracraniana refratária.
- (E) Edema vasogênico.

**72**

Paciente de 50 anos com galactorrêia e ginecomastia bilateral. Ressonância magnética mostra macroadenoma hipofisário sem extensão lateral significativa.

A seguinte abordagem cirúrgica é mais frequentemente utilizada para ressecção desse tumor, entre as elencadas a seguir:

- (A) craniotomia bifrontal.
- (B) acesso transnasoesfenoidal.
- (C) acesso pterional alargado.
- (D) acesso pré-temporal.
- (E) acesso transpetroso.

**73**

Paciente de 75 anos, em uso de anticoagulantes devido a prótese valvar cardíaca, apresentou queda, trauma craniano e hematoma subdural crônico.

O uso de anticoagulantes pode influir na evolução do hematoma e/ou sua terapêutica em caso de

- (A) reabsorção espontânea incompleta.
- (B) empiema subdural.
- (C) crescimento do hematoma.
- (D) hipertensão intracraniana com necessidade de craniotomia descompressiva.
- (E) hidrocefalia pós-ressangramento.

**74**

A estrutura anatômica mais comumente lesada em casos de hérnia discal cervical, entre as seguintes, é

- (A) o ligamento interespinhoso.
- (B) o ligamento amarelo.
- (C) a artéria vertebral.
- (D) o ligamento supraespinhoso.
- (E) o nervo espinal adjacente.

**75**

A causa mais comum de hemorragia subaracnóidea (HSA), em geral, é

- (A) a meningite.
- (B) o aneurisma intracraniano (aneurisma sacular) roto.
- (C) a ruptura de aneurisma de Chacot-Bouchard.
- (D) a malformação arteriovenosa.
- (E) o trauma craniano.

**76**

Assinale a opção que apresenta a estrutura responsável pela produção do líquido no sistema nervoso central.

- (A) Hipotálamo.
- (B) Corpo caloso.
- (C) Pituitária.
- (D) Plexos coróides.
- (E) Glândula pineal.

**77**

A abordagem cirúrgica mais comumente usada para tratar um paciente com hérnia de disco lombar sintomática e refratária ao tratamento clínico por mais de 3 meses é

- (A) a microdissectomia.
- (B) a laminectomia completa.
- (C) a discectomia e artrodese por via posterior.
- (D) a discectomia e artrodese por via anterior e posterior.
- (E) o acesso de Wiltze.

**78**

Das seguintes condições, assinale a que é uma contraindicação relativa para cirurgia de ressecção de meningioma.

- (A) Presença de edema tumoral temporal.
- (B) Idade avançada e comorbidades graves.
- (C) Tumor em região de base de crânio.
- (D) Tumor calcificado, mas que comprime as estruturas adjacentes.
- (E) Necrose tumoral.

**79**

A tríade da hidrocefalia de pressão normal (Hakim-Adams) é:

- (A) vômitos, cefaléia e sinal de Kernig.
- (B) arritmia respiratória, hipertensão e bradicardia.
- (C) febre, rigidez de nuca e confusão mental.
- (D) disfonia, disartria e disfasia.
- (E) apraxia de marcha, incontinência urinária e demência.

**80**

A principal complicação associada à derivação ventriculoperitoneal é a(o)

- (A) infecção contaminando o cateter.
- (B) hipertensão intracraniana.
- (C) hipotensão intracraniana.
- (D) cisto abdominal.
- (E) hematoma no trajeto do cateter ventricular.





Realização

