

Nome: _____

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO S.A. (GHC) – HOSPITAL
FEDERAL DE BONSUCESSO – RJ – Concurso Público – 002/2026****060 – MÉDICO (NEUROLOGIA) –
PROVA 01****PROVA ESCRITA OBJETIVA
CADERNO DE QUESTÕES**

ATENÇÃO: Transcreva no espaço do seu CARTÃO-RESPOSTA, com sua caligrafia usual, a frase abaixo.

Sempre parece impossível até que seja feito.

Leia atentamente as instruções abaixo e aguarde a autorização para abertura deste caderno de questões.

1. Confira o **CADERNO DE QUESTÕES** nos primeiros **30 minutos de prova**. Caso haja algum erro de impressão, ausência de questão, dentre outros, a prova poderá ser substituída nesse intervalo de tempo.
2. Confira o **CARTÃO-RESPOSTA** e assine seu nome no espaço próprio, utilizando caneta esferográfica de tinta azul ou preta. A ausência de assinatura incide na desclassificação do candidato.
3. Não dobre, não amasse, nem manche o **CARTÃO-RESPOSTA**. Ele **NÃO** poderá ser substituído.
4. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 5 opções identificadas com as letras A, B, C, D, E. Assinale apenas uma opção em cada questão, caso contrário, ela será nula.
5. O tempo disponível para esta prova é de **3h**.
6. Reserve os 30 minutos finais para marcar seu **CARTÃO-RESPOSTA**. Os rascunhos e as marcações assinaladas no **CADERNO DE QUESTÕES** não serão considerados na avaliação.
7. Os candidatos, após entrarem na sala da prova, somente poderão retirar-se após decorridas duas horas do tempo de duração previsto.
8. Quando terminar a prova, entregue-a ao fiscal **SEM FALTAR NENHUMA PÁGINA OU PARTE DELA**, juntamente com o **CARTÃO-RESPOSTA**. Em seguida, assine a **LISTA DE PRESENÇA**. Caso o **CADERNO DE QUESTÕES E/OU** o **CARTÃO-RESPOSTA** estejam rasgados ou incompletos, o candidato será eliminado.
9. O candidato também será excluído do certame caso:
 - a) Utilize, durante a realização da prova, máquinas e/ou relógios de calcular, bem como rádios, gravadores, fones de ouvido, telefones celulares ou fonte de consulta de qualquer espécie.
 - b) Ausente-se da sala de prova levando consigo o **CADERNO DE QUESTÕES**, antes do tempo estabelecido, e/ou **CARTÃO-RESPOSTA**.
 - c) Deixe de assinalar corretamente o campo no **CARTÃO-RESPOSTA**.



CONCURSO PÚBLICO



GABARITO

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

060 – MÉDICO (NEUROLOGIA) –
PROVA 01**CONHECIMENTOS GERAIS****Questão 01**

As Normas de Habilitação para a Atenção Especializada no Processo Transexualizador, previstas na Portaria de Consolidação n.º 2/2017, estabelecem critérios para serviços de saúde que desejam ofertar esse cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando essas disposições, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A habilitação é restrita a hospitais universitários federais, não podendo ser concedida a serviços estaduais ou municipais.
- b) Os serviços habilitados devem garantir equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, assegurando acompanhamento integral.
- c) A portaria prevê que o processo transexualizador pode ser iniciado apenas após os 25 anos de idade, em consonância com normas internacionais de saúde.
- d) A habilitação dispensa comprovação de capacidade e regulamentação em órgãos competentes, bastando a manifestação de interesse do gestor estadual ou municipal para regulamentação nessas instâncias.
- e) O processo transexualizador é regulamentado apenas para procedimentos cirúrgicos e acompanhamento psicológico.

Questão 02

O Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabelece que são de relevância pública as ações e serviços de saúde. Tais ações e serviços envolvem diretamente a proteção da vida, da dignidade humana e do bem-estar coletivo. Além disso, o exercício da prática assistencial está inserido em um contexto de interesse público e de responsabilidade ética e legal, contribuindo diretamente para a efetivação da cidadania. Com base no Artigo 197, é CORRETO afirmar que:

- a) As ações voltadas à promoção da saúde deixam de ser enquadradas como atividades típicas de prestação de serviços públicos, passando a ser compreendidas, em caráter complementar, como

iniciativas de natureza privada, desvinculadas da obrigação estatal de execução direta.

- b) Tais ações e serviços, mesmo quando prestados por instituições particulares, são passíveis de regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público, que detém a competência constitucional para assegurar padrões mínimos de qualidade e segurança.
- c) Como as ações e os serviços de saúde são de relevância pública, a consequência jurídica é a vedação de qualquer uso de recursos orçamentários estatais para o pagamento de serviços prestados por instituições privadas de saúde, reforçando a prioridade do investimento no sistema público.
- d) A crescente demanda por cuidados de saúde e sua relevância socioeconômica conferem caráter de relevância pública às ações executadas por pessoas físicas ou jurídicas privadas, dispensando regulamentação e controle estatal por se tratarem de atividades menos complexas e desvinculadas de grandes redes hospitalares.
- e) Segundo o Art. 197, a competência do Poder Público limita-se à prestação direta das ações de saúde, não lhe cabendo regulamentar, fiscalizar ou controlar aquelas executadas por particulares, já que estas se enquadram como atividades de livre iniciativa.

Questão 03

O Art. 6º da Lei n.º 8.080/1990, inclui ações e serviços voltados à saúde do trabalhador nas atribuições do SUS. Com base nesse dispositivo e em seus incisos, assinale a alternativa que apresenta apenas ações que integram as atribuições do SUS no campo de saúde do trabalhador, conforme a Lei Orgânica da Saúde.

- a) Assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou de doença ocupacional; participação na avaliação e controle de riscos no processo de trabalho e revisão periódica da listagem de doenças relacionadas ao trabalho.
- b) Fiscalização de benefícios previdenciários; definição da jornada máxima de trabalho saudável; avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde e concessão de aposentadoria especial ao trabalhador exposto a agentes nocivos.

- c) Realização de perícias trabalhistas judiciais; garantir a interdição de máquinas, setores ou ambientes de trabalho diante de risco iminente à vida ou à saúde, quando solicitado pelo sindicato dos trabalhadores e gestão e fiscalização de programas de seguro de vida.
- d) Avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; captação de recursos para ações de saúde por meio dos Conselhos Profissionais e regulamentação da contribuição sindical para planos coletivos de saúde.
- e) Organização de conselhos de fiscalização do exercício da profissão; criação de normas de registro em conselhos de classe; definição de piso salarial das categorias da saúde e participação na fiscalização dos serviços de saúde do trabalhador nas empresas públicas e privadas.

Questão 04

Conforme o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, que estabelece que as ações e serviços do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema organizado segundo diretrizes específicas, é CORRETO afirmar que:

- a) O SUS é centralizado pela União, que detém direção única em todo o território nacional, capitaneada pelo Poder Executivo, mas fiscalizada pelo Legislativo, que representa a participação popular.
- b) O atendimento integral deve priorizar serviços hospitalares, distribuídos em rede colaborativa e racionalizada, em detrimento das atividades preventivas, com base nos agravos com maior incidência nacional.
- c) A participação da comunidade é garantida pelo serviço de Ouvidoria e pela possibilidade de a liderança estadual opcionalmente aceitar as solicitações e julgar quais as melhores ações adotadas no território.
- d) O SUS é organizado em rede regionalizada e hierarquizada, com descentralização e direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, priorizando atividades preventivas, sem prejudicar os serviços assistenciais, e participação da comunidade.
- e) O SUS é estruturado pela União de acordo com critérios clínicos e epidemiológicos, baseado em hierarquia centralizada que determina a composição da rede regional, que dá suporte às unidades do município.

Questão 05

A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), instituída em 2003, buscou transformar práticas de atenção e gestão no SUS, valorizando o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilidade entre profissionais, usuários e gestores. A Lei 15.126, sancionada em 28 de abril de 2025, trouxe uma mudança importante a respeito dessa política pública tão relevante. Considerando esses elementos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) A Lei n.º 15.126/2025 consolidou a atenção humanizada como princípio legal do SUS, reforçando que o cuidado deve integrar dimensões técnicas e subjetivas, sem restringir-se a protocolos clínicos, e garantindo que a humanização seja obrigatória em todas as esferas de gestão e atenção.
- b) A HumanizaSUS, após a Lei n.º 15.126/2025, passou a ser considerada política estadual sem força normativa vinculante, cabendo a cada ente federativo adotar práticas humanizadas, garantindo que o acolhimento e a clínica ampliada sejam obrigatórios em todos os hospitais gerais dos municípios.
- c) A atualização normativa de 2025 revogou a Política Nacional de Humanização, substituindo-a por um novo programa de gestão hospitalar voltado para a eficiência administrativa, o acolhimento por classificação de risco, a participação dos usuários na cogestão de unidades.
- d) A Lei n.º 15.126/2025 incluiu a atenção humanizada como princípio constitucional do SUS, alterando diretamente o Art. 198 da Constituição Federal (CF) de 1988, de modo que a humanização passou a ser diretriz constitucional, reforçando o compromisso do Estado brasileiro com a humanização das unidades de saúde.
- e) A Política Nacional de Humanização, após a Lei n.º 15.126/2025, foi ampliada como programa ministerial transversal, para ser aplicada em todas as unidades hospitalares de grande porte, e em unidades da atenção básica ou especializada em municípios estratégicos, expandindo os serviços de acolhimento.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**Questão 06**

Um médico, ao ser contratado para a função de Auditor de um hospital privado, depara-se com uma

cláusula contratual que estabelece seus honorários. A proposta inclui uma remuneração fixa e uma parcela variável, calculada como um percentual sobre o montante financeiro economizado pela instituição, decorrente das glosas efetuadas e acatadas. Considerando as vedações do Código de Ética Médica, a análise CORRETA desta cláusula indica que ela:

- a) É eticamente aceitável, pois estimula o zelo do auditor na identificação de procedimentos desnecessários.
- b) Fere o Código ao subordinar os honorários ao resultado do tratamento, caracterizando o exercício mercantilista da medicina.
- c) É lícita, contanto que o médico atue com absoluta isenção e suas glosas sejam tecnicamente irrepreensíveis, conforme o dever de competência.
- d) É expressamente vedada, pois é proibido ao médico o recebimento de remuneração ou gratificação por valores vinculados à glosa.
- e) Constitui infração ética por configurar modalidade de dicotomia, sendo a vedação aplicável, todavia, somente quando o médico auditor mantiver vínculo assistencial direto com o paciente cujo procedimento é objeto da glosa.

Questão 07

O Código de Ética Médica (CEM), em seu Capítulo IX, dedica-se ao sigilo profissional e traz peculiaridades importantes para a Pediatria, especialmente no cuidado de crianças e adolescentes. Considerando os artigos 73, 74, 75, 78 e 85 do CEM, é CORRETO afirmar que:

- a) O médico pode revelar informações sigilosas do paciente sempre que os pais ou responsáveis solicitarem por escrito, independentemente da idade ou discernimento do paciente, pois o direito dos responsáveis prevalece sobre o sigilo profissional.
- b) O pediatra deve respeitar o sigilo do adolescente com capacidade de discernimento, inclusive frente aos pais, exceto quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente, como em casos de violência, gravidez, abuso de drogas ou doenças graves.
- c) É permitido ao médico utilizar imagens de pacientes em apresentações científicas, redes sociais ou anúncios profissionais, desde que haja autorização expressa por escrito do paciente ou responsável legal.

- d) O médico pode deixar de orientar seus auxiliares e alunos sobre o sigilo profissional, pois cada profissional é responsável apenas por seus próprios atos.
- e) O pediatra pode informar aos responsáveis o diagnóstico e o plano terapêutico do adolescente com discernimento para favorecer adesão e segurança familiar, mesmo que o jovem peça sigilo, desde que omita detalhes íntimos e registre a justificativa no prontuário.

Questão 08

Durante um plantão em pronto-socorro, um médico recém-contratado é abordado pela direção do hospital para utilizar formulários institucionais em receitas e solicitações de exames de pacientes particulares atendidos em sua clínica privada, justificando tratar-se de uma “prática usual” que facilitaria o processo. Com base no CEM, a conduta do médico deve ser:

- a) Atender à solicitação, desde que haja consentimento informado do paciente, pois não há infração ética se a prática for transparente.
- b) Recusar-se a utilizar formulários institucionais para fins particulares, pois essa conduta é vedada pelo Código de Ética Médica.
- c) Aceitar a solicitação desde que os custos sejam ressarcidos ao hospital, caracterizando compensação financeira legítima.
- d) Cumprir a ordem da direção, já que a hierarquia institucional deve se sobrepôr às normas éticas individuais.
- e) Aceitar o formulário institucional se constar que o atendimento foi externo e houver autorização escrita do hospital, com carimbo e CRM do médico.

Questão 09

Um Cirurgião geral realiza uma esplenectomia em paciente de 35 anos após trauma abdominal. Dias depois, familiares solicitam detalhes do caso para repassar a uma seguradora, e a própria empresa empregadora do paciente exige acesso ao prontuário para avaliação trabalhista. Além disso, colegas sugerem que o Cirurgião apresente o caso em mídia local, com fotos, para destacar a complexidade da cirurgia. Nesse caso, segundo o CEM, a conduta CORRETA do Cirurgião deve ser:

- a) Fornecer prontuário completo à empresa, pois a relação trabalhista justifica a quebra do sigilo.

- b) Atender ao pedido da seguradora, enviando informações detalhadas sobre o evento cirúrgico sem consentimento formal.
- c) Divulgar imagens do caso na mídia desde que preserve o nome do paciente, mesmo sem autorização escrita.
- d) Manter o sigilo, exceto se houver consentimento escrito do paciente ou obrigação legal; em empresas/seguradoras, só compartilhar informações autorizadas formalmente.
- e) Enviar à seguradora e ao empregador relatório resumido com diagnóstico, CID e dias de afastamento, sem prontuário nem imagens, é admissível para fins administrativos sem consentimento escrito.

Questão 10

De acordo com o CEM, assinale a alternativa que indica CORRETAMENTE o que é um direito do médico.

- a) Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.
- b) Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivas da profissão médica.
- c) Assumir responsabilidade por ato médico que não praticou ou do qual não participou.
- d) Intervir sobre o genoma humano com vista à sua modificação, exceto na terapia gênica, excluindo-se qualquer ação em células germinativas que resulte na modificação genética da descendência.
- e) Deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas emanadas dos Conselhos Federais e Regionais de Medicina e de atender às suas requisições administrativas, intimações ou notificações no prazo determinado.

Questão 11

Um paciente de 55 anos é admitido na Unidade de Emergência em estado de coma. Durante a avaliação neurológica, o examinador realiza testes para investigar a integridade das vias vestibulares periféricas e centrais, bem como das estruturas do tronco cerebral. Considerando as descrições clássicas da semiologia neurológica acerca desses testes, assinale a alternativa CORRETA.

- a) No paciente em coma, a instilação de água gelada no conduto auditivo externo desencadeia nistagmo com fase rápida contralateral ao ouvido irrigado,

sendo esse o achado esperado quando há integridade do tronco cerebral.

- b) Na manobra de Dix-Hallpike, a presença de nistagmo imediato, persistente e não fatigável é característica típica de vestibulopatia periférica.
- c) No reflexo oculocefálico, a ausência de desvio do olhar conjugado em sentido oposto ao movimento passivo da cabeça indica comprometimento das vias do tronco cerebral.
- d) Na hipoacusia neurossensorial unilateral, o teste de Weber lateraliza para o lado acometido e o teste de Rinne é negativo nesse mesmo lado.
- e) Nos testes de Romberg e da marcha de Fukuda, nas vestibulopatias periféricas, o desvio postural ocorre para o lado contralateral ao da lesão.

Questão 12

Um paciente do sexo masculino, 62 anos, é encaminhado ao neurologista com queixa de tremor em mão direita há 8 meses. Ao exame físico, apresenta tremor de repouso assimétrico, bradicinesia evidente em manobras de sucessão rápida e rigidez em "roda denteadas" em membros superiores. O paciente relata hiposmia há cerca de 2 anos e constipação crônica. Não há histórico de uso de neurolépticos ou sinais de instabilidade postural precoce. Com base no PCDT da Doença de Parkinson, é CORRETO afirmar que:

- a) O diagnóstico pode ser classificado como Doença de Parkinson Clinicamente Estabelecida, pois o paciente apresenta parkinsonismo (bradicinesia associada a tremor de repouso e rigidez), além de critérios de suporte como tremor de repouso e hiposmia, sem critérios absolutos de exclusão ou sinais de alerta (red flags).
- b) Caso o paciente apresentasse, nos primeiros 3 anos de doença, quedas recorrentes devido ao equilíbrio prejudicado, este achado seria considerado um "critério de suporte", reforçando a necessidade de introdução precoce de altas doses de levodopa.
- c) Por se tratar de um paciente com mais de 60 anos, o PCDT recomenda obrigatoriamente o início da terapia com agonistas dopaminérgicos (como o pramipexol) em monoterapia, visando postergar o uso da levodopa e evitar discinesias a longo prazo.
- d) Se o paciente evoluísse com sintomas psicóticos (alucinações visuais), a conduta imediata, conforme o protocolo, seria a introdução de haloperidol em doses baixas, mantendo-se inalterada a dose de agonistas dopaminérgicos para evitar a piora motora.

- e) O diagnóstico de demência associada à Doença de Parkinson poderia ser estabelecido caso o prejuízo cognitivo ocorresse antes ou até um ano após o início dos sintomas motores.

Questão 13

Paciente de 28 anos, com diagnóstico confirmado de Esclerose Múltipla na forma Remitente-Recorrente (EMRR), virgem de tratamento, apresenta alta atividade da doença, caracterizada por dois surtos incapacitantes no último ano com recuperação incompleta e evidência, à ressonância magnética, de pelo menos uma nova lesão captante de gadolínio no mesmo período. Conforme as recomendações expressas no PCDT do Ministério da Saúde vigente em 2024 para EMRR altamente ativa em paciente sem tratamento prévio, a alternativa que indica CORRETAMENTE a terapia modificadora do curso da doença recomendada como primeira escolha nesse cenário.

- a) Iniciar Betainterferona ou Glatirâmer como terapia inicial, com escalonamento posterior em caso de falha terapêutica.
- b) Iniciar Natalizumabe como terapia modificadora de alta eficácia indicada como primeira escolha para EMRR altamente ativa, conforme o PCDT vigente.
- c) Iniciar Fumarato de Dimetila ou Teriflunomida, reservando terapias de alta eficácia apenas após falha a duas drogas de primeira linha.
- d) Iniciar Cladribina oral como tratamento obrigatório para todos os casos de alta atividade, independentemente do perfil clínico.
- e) Realizar pulsoterapia com Metilprednisolona por 3 a 5 dias como estratégia modificadora de longo prazo.

Questão 14

Um paciente masculino de 67 anos, previamente independente (*modified Rankin Scale* – mRS prévio = 0), é admitido 4 horas após início súbito de hemiparesia esquerda e desvio conjugado do olhar para a direita. Na admissão, apresenta *National Institutes of Health Stroke Scale* (NIHSS) = 18. A Tomografia Computadorizada (TC) de crânio sem contraste demonstra *Alberta Stroke Program Early CT Score* (ASPECTS) = 2, sem evidência de efeito de massa ou desvio de linha média. A angiotomografia cerebral confirma oclusão intracraniana da artéria carótida interna direita (Intracranial ICA), caracterizando *large vessel occlusion* (LVO)). Não há

contraindicações clínicas para reperfusão. Segundo as evidências científicas recentes consolidadas por ensaios clínicos, assinale a conduta CORRETA em relação à Terapia Endovascular (EVT):

- a) Está contraindicada, pois ASPECTS ≤ 2 representa infarto irreversível sem benefício funcional demonstrado.
- b) É considerada razoável (Classe IIa, Nível de Evidência B-R) em pacientes selecionados com LVO intracraniana, ASPECTS 0–2, NIHSS ≥ 6 e mRS prévio 0–1, quando atendidos na janela precoce (<6 horas).
- c) É Classe I para qualquer LVO intracraniana, independentemente do ASPECTS.
- d) A EVT Deve ser realizada apenas após falha documentada de trombólise intravenosa.
- e) A presença de large core contraindica qualquer estratégia de reperfusão mecânica, independentemente da janela terapêutica.

Questão 15

Um paciente de 55 anos é admitido na unidade de emergência com quadro agudo de cefaleia holocraniana, febre (38,9°C) e rigidez de nuca. O exame físico revela nível de consciência alterado, com pontuação na Escala de Coma de Glasgow de 9, além de hemiparesia à direita. Considerando as recomendações da *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) e os protocolos de conduta inicial, a sequência CORRETA de procedimentos a ser adotada é:

- a) Realizar imediatamente a punção lombar para análise do LCR, seguida pela administração de dexametasona e antibioticoterapia empírica.
- b) Iniciar imediatamente a antibioticoterapia empírica e aguardar 15 a 20 minutos para administrar a dexametasona, visando reduzir a resposta inflamatória meníngea.
- c) Coletar hemoculturas, administrar dexametasona seguida imediatamente por antibioticoterapia empírica e realizar Tomografia Computadorizada (TC) de crânio antes da punção lombar devido ao déficit focal e alteração do nível de consciência.
- d) Dispensar a realização de TC de crânio, uma vez que a suspeita de meningite bacteriana aguda exige punção lombar imediata em todos os casos para evitar atraso no tratamento.
- e) Realizar a análise do LCR incluindo apenas citologia e cultura, sendo a glicorraquia e o Gram exames secundários que não devem retardar o diagnóstico inicial.

Questão 16

Um paciente de 19 anos apresenta-se ao ambulatório de neurologia com história de dificuldade progressiva para caminhar desde a infância tardia, associada a quedas frequentes. Há relato de familiares de primeiro grau com quadro semelhante em padrão compatível com herança autossômica dominante.

Ao exame físico, observa-se atrofia muscular distal simétrica em membros inferiores, conferindo às pernas aspecto de “garrafa de champanhe invertida”, além de pés cavos e deformidades digitais. Os reflexos aquileus estão abolidos e os patelares diminuídos bilateralmente. O estudo de condução nervosa (eletro-neuromiografia) revela neuropatia sensitivo-motora desmielinizante difusa, com velocidade de condução do nervo mediano de 32 m/s. Teste genético demonstra duplicação do gene PMP22 no cromossomo 17p11.2. Com base nos dados clínicos, eletrofisiológicos e genéticos, o diagnóstico provável para o caso é:

- a) Neuropatia por Amiloidose Familiar (Doença de Corino de Andrade).
- b) Polirradiculoneuropatia Inflamatória Aguda Desmielinizante (Síndrome de Guillain-Barré).
- c) Polineuropatia Porfírica Aguda (Porfíria Intermitente Aguda).
- d) Síndrome de Compressão do Nervo Tibial Posterior (Síndrome do Túnel do Tarso).
- e) Neuropatia Hereditária Sensitivomotora Tipo 1A (Doença de Charcot-Marie-Tooth tipo 1A).

Questão 17

Um homem de 45 anos é trazido à Unidade de Emergência em atividade convulsiva tônico-clônica generalizada contínua há aproximadamente 10 minutos. O paciente não possui acesso venoso estabelecido no momento da avaliação. De acordo com as recomendações de Nível A da diretriz da *American Epilepsy Society* para o tratamento do Estado de Mal Epiléptico Convulsivo em adultos, assinale a conduta farmacológica CORRETA para o caso.

- a) Midazolam 10 mg por via intramuscular em dose única, como alternativa recomendada quando não há acesso venoso disponível.
- b) Lorazepam 0,1 mg/kg por via intravenosa (máximo 4 mg), podendo ser repetido uma vez após 5 minutos se a crise persistir.

- c) Diazepam 10 mg por via intravenosa, seguido obrigatoriamente por dose de ataque de fenitoína 18–20 mg/kg.
- d) Fenobarbital 20 mg/kg por via intravenosa como primeira linha isolada.
- e) Midazolam 0,2 mg/kg por via intravenosa como estratégia preferencial inicial.

Questão 18

A Eletro-neuromiografia (ENMG) é considerada uma extensão do exame neurológico e ferramenta fundamental na investigação da unidade motora. Com base nos conceitos de neurocondução e Eletromiografia (EMG) por agulha descritos na literatura técnica, é CORRETO afirmar que:

- a) No estudo de condução nervosa, a redução da velocidade de condução e o aumento das latências são marcadores típicos de patologias de padrão axonal, enquanto a redução das amplitudes dos potenciais de ação define o padrão desmielinizante.
- b) Na eletromiografia de agulha, o padrão neurogênico agudo é identificado pela presença de Potenciais de Ação de Unidade Motora (PAUM) com aumento significativo de amplitude e duração, além de recrutamento paradoxal.
- c) As respostas tardias, como as ondas F e o reflexo H, são ferramentas eletrofisiológicas essenciais para a avaliação de condução em segmentos proximais, auxiliando no diagnóstico de plexopatias e radiculopatias.
- d) A presença de fasciculações na eletromiografia de agulha em repouso é um achado exclusivo de doenças do neurônio motor inferior, permitindo descartar o caráter benigno do fenômeno se não houver fraqueza ou atrofia associada.
- e) A ENMG convencional, por avaliar o corno anterior da medula, raízes e nervos periféricos, possui alta sensibilidade para o diagnóstico de neuropatias de fibras finas, sendo o exame inicial de escolha para essa topografia específica.

Questão 19

Um paciente de 75 anos, com 8 anos de escolaridade, é levado à consulta por familiares que relatam esquecimento progressivo de eventos recentes há 2 anos, associado a prejuízo funcional significativo, necessitando de auxílio para gestão de finanças, organização de medicações e planejamento de atividades diárias. O exame cognitivo revela escore de 16 pontos no Mini-Exame do Estado Mental

(MEEM). A avaliação funcional estabelece Clinical Dementia Rating (CDR) = 2, compatível com demência moderada. Após exclusão de causas secundárias por exames laboratoriais e neuroimagem estrutural, estabelece-se o diagnóstico de Doença de Alzheimer provável, segundo critérios clínicos.

Com base no PCDT da Doença de Alzheimer (2025), assinale CORRETAMENTE:

- a) O diagnóstico de Doença de Alzheimer provável requer obrigatoriamente a confirmação por biomarcadores líquóricos (proteína tau fosforilada e β -amilóide), sendo esses exames padronizados para uso rotineiro no SUS.
- b) Para pacientes com demência moderada (MEEM compatível e CDR = 2), o PCDT autoriza o uso de inibidores da acetilcolinesterase (donepezila, galantamina ou rivastigmina), podendo ser indicada a associação com memantina nessa fase da doença.
- c) A galantamina é considerada medicamento de primeira escolha obrigatória no tratamento da demência moderada, devendo substituir os demais inibidores da acetilcolinesterase.
- d) A Terapia de Estimulação Cognitiva é recomendada exclusivamente na fase leve da doença, não havendo evidência de benefício nas fases moderadas.
- e) A realização de neuroimagem estrutural (TC ou RM de crânio) não integra a avaliação inicial rotineira de idosos com quadro clínico típico de Doença de Alzheimer.

Questão 20

No contexto da investigação de doenças do sistema nervoso, a semiologia permanece como a ferramenta de maior custo-benefício, orientando a racionalização de exames complementares e evitando ciclos iatrogênicos. Sobre a técnica de anamnese, o exame físico neurológico e a interpretação de achados clínicos, analise o caso a seguir:

Um paciente do sexo masculino, 19 anos, sem antecedentes mórbidos conhecidos, é admitido em unidade de emergência com quadro de tetraparesia flácida e arreflexa de instalação aguda, iniciada há cerca de 6 horas. A equipe de prontidão, suspeitando de uma polirradiculoneuropatia aguda desmielinizante (Síndrome de Guillain-Barré), solicita propedêutica armada com análise de líquido e neurocondução. Antes da realização dos exames, o

neurologista assistente reavalia o paciente, identificando que o déficit motor teve início após uma refeição copiosa rica em carboidratos e que, apesar da gravidade da paresia, não havia comprometimento da sensibilidade ou de nervos cranianos.

Conforme os preceitos da semiologia neurológica e o raciocínio clínico-diagnóstico, é CORRETO afirmar que:

- a) A identificação de fatores desencadeantes, como a sobrecarga glicêmica no caso descrito, é um passo fundamental da anamnese que pode sugerir o diagnóstico de Paralisia Periódica Hipocalêmica, uma canalopatia onde ocorre o influxo maciço de potássio para o meio intracelular.
- b) O processo de identificação do paciente, incluindo a lateralidade (dominância manual), é irrelevante para o diagnóstico de localização em casos de déficits motores puros, sendo fundamental apenas em quadros que envolvem distúrbios de linguagem.
- c) A ausência de história familiar relatada pelo paciente ou acompanhante exclui a etiologia genética para doenças motoras espásticas ou flácidas, uma vez que a penetrância gênica em neurologia é obrigatoriamente completa em todas as gerações.
- d) Sintomas como a cacosmia (percepção de odores desagradáveis sem estímulo externo), quando associados a quadros motores, indicam sempre uma lesão estrutural no lobo parietal, devendo ser descritos na queixa principal como anosmia secundária.
- e) O exame neurológico de pacientes com afasia ou alteração do nível de consciência deve ser postergado até que o paciente recupere a capacidade de autopsíquica, pois o relato de terceiros (acompanhantes) é considerado tecnicamente inválido para a estruturação da linha temporal da moléstia atual.

Questão 21

No manejo do Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo e de outras patologias neurológicas, a escolha da modalidade de imagem e a interpretação correta de suas sequências são cruciais. Com base nos princípios da Tomografia Computadorizada (TC) e da Ressonância Magnética (RM), assinale a alternativa CORRETA.

- a) A principal utilidade da Tomografia Computadorizada Sem Contraste (TCSC) na fase hiperaguda do AVC é a confirmação imediata da penumbra isquêmica através de unidades Hounsfield elevadas.
- b) Na Ressonância Magnética, a sequência de difusão (DWI) identifica o edema citotóxico, caracterizando-se por apresentar hipersinal (branco) na imagem de difusão e hipossinal (escuro) no mapa de Coeficiente de Difusão Aparente (ADC).
- c) A sequência FLAIR (*Inversion Recovery* com Atenuação de Líquido) é a técnica de escolha para tornar o Líquido Cefalorraquidiano (LCR) brilhante (hipersinal), facilitando a visualização de placas de esclerose múltipla periventriculares.
- d) A Angiografia por Ressonância Magnética (Angio-RM) pela técnica *Time-of-Flight* (TOF) exige obrigatoriamente a administração de contraste paramagnético (gadolínio) para a visualização das artérias intracranianas.
- e) A sequência Gradiente-Eco (GRE) e a Imagem Ponderada em Susceptibilidade (SWI) são insensíveis à presença de produtos de degradação do sangue, como a hemossiderina, sendo indicadas apenas para o estudo de gordura.

Questão 22

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo do Ministério da Saúde do Brasil, aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS n.º 29/2023, são considerados critérios de exclusão absolutos para a realização de trombólise intravenosa com alteplase na janela terapêutica de até 4,5 horas do início dos sintomas. Um paciente de 70 anos, com início súbito de déficit neurológico focal há 3 horas, sem evidência de hemorragia na tomografia de crânio, está em avaliação para trombólise intravenosa. Acerca desse caso, o critério de exclusão absoluto, conforme descrito no PCDT, é:

- a) Idade superior a 80 anos.
- b) Uso prévio de antiagregante plaquetário isoladamente.
- c) História de hemorragia intracraniana prévia em qualquer tempo ou neoplasia intracraniana conhecida.
- d) Escore 24 na Escala NIHSS.
- e) Presença de aneurisma cerebral não roto, assintomático.

Questão 23

De acordo com o Protocolo de Suporte Básico de Vida do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), conforme diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil para o atendimento pré-hospitalar móvel às urgências, a transição do cuidado para a unidade de destino deve observar práticas formais de segurança do paciente e continuidade assistencial. Um paciente com suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi identificado no atendimento pré-hospitalar após aplicação da Escala de Cincinnati, apresentando déficit focal agudo. Durante o transporte e na transferência do cuidado à unidade hospitalar de referência, a conduta CORRETA em relação às práticas de segurança do paciente e à continuidade do cuidado previstas no protocolo é:

- a) Realizar contenção mecânica preventiva de rotina em todo paciente com déficit motor, independentemente de agitação ou risco iminente.
- b) Realizar passagem sistematizada das informações clínicas à equipe receptora, com entrega da ficha de atendimento devidamente preenchida.
- c) Priorizar exclusivamente a redução do tempo-resposta, dispensando comunicação com a regulação médica durante o transporte.
- d) Manter imobilização em prancha longa durante todo o transporte, mesmo na ausência de suspeita de trauma.
- e) Identificar o paciente apenas pelo local da ocorrência, ainda que haja documentos pessoais ou acompanhante disponível.

Questão 24

Um paciente de 42 anos, com diagnóstico confirmado de Miastenia Gravis generalizada, é admitido no pronto-socorro com dispneia progressiva, voz anasalada, disfagia importante e incapacidade de sustentar a cabeça. Apresenta frequência respiratória de 30 irpm, uso de musculatura acessória e capacidade vital forçada reduzida (< 20 mL/kg). Gasometria arterial evidencia hipercapnia. Não há sinais clínicos de crise colinérgica. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Miastenia Gravis do Ministério da Saúde (Portaria Conjunta n.º 11/2022), a conduta terapêutica CORRETA indicada para o manejo da crise miastênica é:

- a) Aumentar a dose de piridostigmina e observar resposta clínica por 24 horas.
- b) Administrar corticoide em alta dose isoladamente e manter em enfermaria.

- c) Internar em unidade de terapia intensiva, instituir suporte ventilatório conforme indicação clínica e iniciar plasmaférese ou imunoglobulina intravenosa.
- d) Suspender toda medicação anticolinesterásica e iniciar apenas antibiótico profilático.
- e) Prescrever benzodiazepínico para controle da ansiedade associada à dispneia.

Questão 25

Em relação ao tratamento farmacológico das epilepsias e ao manejo clínico dos Fármacos Antiepiléticos (FAE), é CORRETO afirmar que:

- a) O Ácido Valproico é considerado o fármaco de primeira escolha para mulheres em idade fértil com crises generalizadas, devido ao seu perfil de segurança gestacional superior ao da Lamotrigina.
- b) A Etossuximida é o fármaco de escolha para o controle de crises parciais complexas com generalização secundária em pacientes adultos.
- c) O tratamento medicamentoso deve ser obrigatoriamente iniciado após o primeiro episódio de crise convulsiva tônico-clônica isolada, visando prevenir a epileptogênese, independentemente de exames de imagem ou EEG.
- d) O Fenobarbital é preferido como monoterapia em adultos jovens e idosos devido à ausência de efeitos sobre a cognição, memória e comportamento a longo prazo.
- e) A Carbamazepina, embora eficaz em crises focais, deve ser utilizada com cautela, pois pode exacerbar ou precipitar crises de ausência e crises mioclônicas em determinados pacientes.

Questão 26

Uma paciente de 30 anos, diagnosticada com Esclerose Múltipla Remitente-Recorrente, está em planejamento familiar e deseja engravidar. Sobre o manejo terapêutico durante a gestação e o puerpério, conforme o PCDT da Esclerose Múltipla de 2024, assinale CORRETAMENTE:

- a) A teriflunomida e a cladribina são contraindicadas durante a gestação devido ao risco teratogênico, sendo recomendado o uso de método contraceptivo eficaz durante o tratamento e por pelo menos 6 meses após a última dose de cladribina, tanto para mulheres quanto para homens em uso do medicamento.

- b) Devido à redução relevante da taxa de surtos no primeiro trimestre da gestação, a betainterferona 1a deve ser obrigatoriamente suspensa em todas as pacientes, independentemente da gravidade clínica da doença.
- c) O uso de betainterferona 1b durante a gestação é considerado totalmente isento de riscos, não havendo relatos de maior incidência de aborto espontâneo em comparação com a população geral.
- d) Em pacientes do sexo masculino em tratamento com cladribina, não há necessidade de precauções contraceptivas, visto que o medicamento não possui impacto documentado na espermatogênese ou risco fetal via parceiro.
- e) A amamentação é estimulada e considerada segura para todas as terapias modificadoras da doença (MMCD), com exceção apenas do acetato de glatirâmer, que apresenta excreção elevada no leite materno.

Questão 27

No manejo do Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) agudo, o conhecimento das atualizações nas diretrizes da *American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA)* e sua correlação com a realidade dos protocolos nacionais (ABN/SBAVC e PCDT-SUS) é fundamental para a otimização do desfecho clínico. Nesse contexto, analise as sentenças a seguir:

- I- Estudos clínicos recentes e atualizações de sociedades de neurologia reconhecem que a tenecteplase intravenosa (dose de 0,25 mg/kg, máx. 25 mg) é agora recomendada como uma alternativa à alteplase para pacientes com AVCi elegíveis para trombólise dentro da janela de 4,5 horas, visando melhorar os resultados funcionais.
- II- Houve uma expansão significativa nas indicações de Trombectomia Mecânica (EVT), sendo agora recomendada (COR 1) para pacientes selecionados com oclusão de grandes vasos (LVO) da circulação anterior, mesmo na presença de grandes núcleos isquêmicos (ASPECTS 3 a 5) em janelas estendidas de 6 a 24 horas, desde que respeitados critérios de neuroimagem e ausência de efeito de massa significativo.
- III- No contexto brasileiro, embora as diretrizes internacionais reforcem o uso de tecnologias avançadas e novas drogas, o protocolo nacional (PCDT-SUS) prioriza a estruturação da rede para

redução do tempo "Porta-Agulha" (*Door-to-Needle*) e a expansão do acesso à trombólise padrão, evidenciando um hiato tecnológico na padronização imediata da tenecteplase em toda a rede pública.

Analisadas as sentenças, está(ão) CORRETA(S):

- a) I, apenas.
- b) I e II, apenas.
- c) II e III, apenas.
- d) I e III, apenas.
- e) Todas estão corretas.

Questão 28

Um adulto de 34 anos com epilepsia focal encontra-se livre de crises há três anos em uso de monoterapia *Antiseizure Medication* (ASM). Exame neurológico normal e boa adesão ao tratamento. Ele questiona a possibilidade de suspender a medicação. Segundo as evidências atuais sobre descontinuação de ASMs em pacientes livres de crises, é CORRETO afirmar que:

- a) A suspensão da medicação após dois anos sem crises elimina o risco de recorrência.
- b) O tempo livre de crises é o único fator clinicamente relevante para decidir pela retirada da medicação.
- c) A decisão de descontinuar a medicação deve considerar fatores clínicos associados ao risco de recorrência, sendo necessária avaliação individualizada antes da retirada.
- d) A manutenção indefinida do fármaco é superior à retirada em todos os pacientes livres de crises.
- e) A retirada da medicação está associada à redução comprovada da mortalidade em comparação com a manutenção da terapia.

Questão 29

Uma paciente de 42 anos, com diagnóstico confirmado de miastenia gravis generalizada AChR-positiva, apresenta fraqueza flutuante envolvendo musculatura ocular, bulbar e proximal de membros. Encontra-se em uso de piridostigmina com controle parcial dos sintomas. Não há contraindicações ao uso de imunossupressores. De acordo com o *International Consensus Guidance for Management of Myasthenia Gravis* (2021), é CORRETO afirmar, em relação ao manejo terapêutico, que:

- a) A piridostigmina deve ser mantida como terapia exclusiva, sendo contraindicada a introdução de imunossupressão em casos com envolvimento bulbar.

- b) Corticosteroides constituem terapia imunossupressora de primeira linha para pacientes com miastenia generalizada sintomática que não obtêm controle adequado apenas com terapia sintomática.
- c) A timectomia é indicada apenas em pacientes com timoma confirmado, não sendo recomendada em pacientes AChR-positivos sem timoma.
- d) O uso de imunoglobulina intravenosa (IVIg) é recomendado como terapia de manutenção crônica em pacientes estáveis.
- e) Plasmaférese e imunoglobulina intravenosa são contraindicadas em exacerbações agudas devido ao risco de piora transitória da fraqueza.

Questão 30

Um paciente de 34 anos, vítima de Traumatismo Cranioencefálico (TCE) grave, apresenta-se com escala de coma de Glasgow 6 e tomografia de crânio demonstrando sinais de edema cerebral difuso. Foi instalada monitorização invasiva de Pressão Intracraniana (PIC). Após medidas basais (cabeceira elevada, sedação e analgesia, e normotermia), o paciente evolui com episódios sustentados de PIC entre 24–26 mmHg. Considerando as recomendações da *Brain Trauma Foundation* (4ª Edição) e o manejo escalonado da Hipertensão Intracraniana (HIC), assinale a alternativa CORRETA:

- a) O limiar para início de terapias direcionadas à redução da PIC deve ser de 20 mmHg, independentemente da idade ou mecanismo do trauma.
- b) A drenagem de Líquido Cefalorraquidiano (LCR) via cateter ventricular pode ser utilizada como estratégia terapêutica no controle da hipertensão intracraniana, uma vez que a drenagem externa de LCR é eficaz na redução da carga de PIC.
- c) A osmoterapia com manitol é superior à solução salina hipertônica na redução da mortalidade a longo prazo, devendo ser a primeira escolha em todos os níveis (*Tiers*) de tratamento.
- d) A craniectomia descompressiva precoce (procedimento primário) é recomendada de forma rotineira para todos os pacientes com lesão axonal difusa, visando melhorar o desfecho funcional.
- e) A hiperventilação agressiva ($\text{PaCO}_2 < 25$ mmHg) é recomendada como medida de primeira linha desde o início do atendimento para prevenir a herniação cerebral.

Questão 31

O tratamento profilático da migrânea episódica visa reduzir a frequência e o impacto das crises na qualidade de vida do paciente. Segundo as recomendações do Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaleia (SBCe) de 2022, a alternativa que apresenta **CORRETAMENTE** as diretrizes para indicação e escolha terapêutica é:

- a) A profilaxia deve ser iniciada obrigatoriamente em todos os pacientes que apresentem ao menos uma crise de migrânea por mês, independentemente da resposta ao tratamento agudo ou do nível de incapacidade funcional.
- b) O Topiramato e o Divalproato de Sódio possuem Nível de Evidência A para profilaxia, sendo o Divalproato a droga de escolha preferencial para mulheres em idade fértil devido ao seu perfil de segurança gestacional.
- c) A escolha do agente profilático deve ser individualizada com base nas comorbidades: betabloqueadores são contraindicados em hipertensos, enquanto a amitriptilina deve ser evitada em pacientes com depressão ou insônia coexistente.
- d) O tratamento profilático é indicado, de forma geral, para pacientes com três ou mais crises por mês que produzam incapacidade, sendo que a escolha do fármaco deve considerar as comorbidades, como o uso de betabloqueadores para hipertensos e amitriptilina para casos de insônia ou depressão associados.
- e) Medicamentos como a amitriptilina e o atenolol são considerados fármacos de resgate para crises agudas, não possuindo indicação formal para o tratamento preventivo da migrânea episódica segundo o consenso nacional.

Questão 32

A seleção de pacientes para terapias de reperfusão no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCi) agudo depende fundamentalmente da interpretação crítica de exames de neuroimagem. Com base nas Diretrizes mais recentes da AHA/ASA para manejo do AVC isquêmico agudo, analise as sentenças a seguir:

- I- A Tomografia Computadorizada (TC) de crânio sem contraste apresenta sensibilidade superior à Ressonância Magnética (RM) na sequência de Difusão (DWI) para a detecção de isquemia hiperaguda (nas primeiras 3 horas de sintomas), sendo o exame de escolha para visualizar o núcleo isquêmico irreversível precocemente.

- II- Em centros com protocolo de trombectomia mecânica, a avaliação pelo escore ASPECTS (*Alberta Stroke Program Early CT Score*) deve ser realizada exclusivamente em exames de RM, sendo este escore contraindicado para análise de TCs de crânio sem contraste devido à baixa correlação com o prognóstico funcional.
- III- A realização de neuroimagem avançada (como Angiotomografia com Perfusão ou RM com Perfusão) é recomendada para a seleção de pacientes com oclusão de grandes vasos na janela estendida (6 a 24 horas), visando identificar o *mismatch* (desproporção) entre o núcleo isquêmico e a área de penumbra salvável.

Analisadas as sentenças, é **CORRETO** o que se afirma em:

- a) I, apenas.
- b) II, apenas.
- c) III, apenas.
- d) I e II, apenas.
- e) I, II e III.

Questão 33

Paciente feminino, 62 anos, sem antecedentes mórbidos relevantes, procura atendimento especializado referindo quadro de dor de cabeça iniciado há 3 semanas. Relata que a dor é de caráter opressivo, holocraniana, de intensidade moderada (Grau 2), com frequência quase diária. Nega náuseas, vômitos ou fotofobia. Ao ser questionada sobre fatores de melhora e piora, relata que a dor apresenta nítida exacerbação ao se levantar da cama pela manhã e melhora parcialmente ao longo do dia, após deambular. Com base nas diretrizes do Guia de Neurologia e na Classificação Internacional das Cefaleias (ICHD), assinale a alternativa que indica o raciocínio diagnóstico e a conduta **CORRETA** para o caso:

- a) Trata-se de um quadro típico de Cefaleia do Tipo Tensional (Grupo 2), sendo desnecessária a investigação com exames de imagem, devendo-se iniciar profilaxia com amitriptilina.
- b) A idade da paciente e a mudança do padrão postural da dor (piora com a postura) são considerados sinais de alerta (*red flags*), indicando a necessidade imperativa de investigação por imagem para excluir cefaleia secundária (Grupo 7).

- c) Por apresentar intensidade Grau 2 (moderada), a dor é classificada como incapacitante, o que, segundo Bertolucci, autoriza o diagnóstico imediato de migrânea sem aura, independentemente da idade.
- d) O início súbito e a idade acima de 50 anos sugerem obrigatoriamente uma Neuralgia Craniana (Parte 3), devendo-se solicitar VHS e PCR para exclusão de Arterite de Células Gigantes antes de qualquer exame de imagem.
- e) A frequência de mais de 15 dias por mês caracteriza uma Cefaleia Crônica Diária (CCD), termo que, conforme a classificação ICHD-II, é um diagnóstico primário autônomo que dispensa a investigação de transtornos intracranianos não vasculares.

Questão 34

Um homem de 67 anos apresenta quadro de lentidão motora progressiva e tremor de repouso em membro superior direito há 14 meses. Ao exame neurológico, o médico confirma a presença de bradicinesia e rigidez em "roda dentada" ipsilateral. Durante a investigação, nota-se que o paciente apresenta hiposmia acentuada e uma excelente resposta terapêutica à levodopa, mantida desde o início do quadro. Não foram observados sinais cerebelares, paralisia do olhar vertical ou disautonomia grave. De acordo com os Critérios Clínicos Diagnósticos da Sociedade de Transtornos do Movimento (MDS) de 2015, o diagnóstico desse paciente deve ser classificado como:

- a) Doença de Parkinson Provável, devido à presença de parkinsonismo e dois critérios de suporte, apesar da ausência de *red flags*.
- b) Doença de Parkinson Clinicamente Estabelecida, pois apresenta parkinsonismo motor, dois critérios de suporte e ausência total de critérios de exclusão ou sinais de alerta (*red flags*).
- c) Parkinsonismo Secundário, uma vez que a bradicinesia isolada não é suficiente para o diagnóstico de Doença de Parkinson sem a presença de tremor de repouso documentado.
- d) Doença de Parkinson Prodrômica, visto que sintomas não motores como a hiposmia precedem obrigatoriamente a fase motora estabelecida pela escala MDS.
- e) Parkinsonismo Atípico, visto que a rigidez em "roda dentada" e a hiposmia são consideradas "*red flags*" que indicam a necessidade de investigação para Atrofia de Múltiplos Sistemas (AMS).

Questão 35

Paciente do sexo masculino, 34 anos, apresenta quadro de parestesia ascendente em membros inferiores há 10 dias, evoluindo com fraqueza muscular proximal e arreflexia global. Não apresenta febre ou sinais de comprometimento do nível de consciência. O neurologista assistente realiza uma punção lombar para auxílio diagnóstico. Com base no Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia e na interpretação crítica dos resultados laboratoriais, analise as sentenças a seguir:

- I- Se o LCR apresentar aspecto xantocrômico após a centrifugação, o diagnóstico de acidente de punção traumática deve ser a principal hipótese, sendo dispensável a investigação de hemorragia subaracnóidea prévia.
- II- O achado de uma contagem de 3 células/mm³ (predomínio de linfócitos) associada a uma proteína total de 120 mg/dL configura a dissociação albumino-citológica, corroborando a principal hipótese diagnóstica para o caso clínico descrito.
- III- A dosagem de lactato no LCR é um biomarcador útil na prática clínica; valores normais ou baixos (geralmente < 20-25 mg/dL) possuem alto valor preditivo negativo para meningites bacterianas, sendo um forte indicativo de etiologia viral ou asséptica.

Analizadas as sentenças, está(ão) CORRETAS:

- a) II, apenas.
- b) I e II, apenas.
- c) I e III, apenas.
- d) II e III, apenas.
- e) Todas estão corretas.

Questão 36

Um paciente é trazido pelo SAMU em crise convulsiva tônico-clônica generalizada há cerca de 10 minutos. No momento, apresenta cianose periférica e saturação de 88%. Já possui acesso venoso calibroso. De acordo com as recomendações da Academia Brasileira de Neurologia (ABN) para o manejo de crises agudas, a conduta imediata e a dose de manutenção (se persistir a crise) são, respectivamente:

- a) Fenitoína 20mg/kg e Midazolam 10mg IM.
- b) Diazepam 10mg IV e Fenitoína 15 a 20mg/kg IV.
- c) Fenobarbital 20mg/kg e Diazepam 10mg IV.
- d) Midazolam 5mg IV e Propofol 2mg/kg.
- e) Lorazepam 0,1mg/kg IV e Tiopental 5mg/kg IV.

Questão 37

Um paciente de 52 anos, após sofrer um Acidente Vascular Encefálico (AVE), apresenta-se ao ambulatório com um quadro de hemiplegia à direita, com predomínio em membro inferior e pé. Ao exame da sensibilidade, nota-se perda da propriocepção consciente e do tato discriminativo também à direita, predominantemente no membro inferior. As funções de linguagem, visão e a sensibilidade da face estão preservadas. Considerando a organização somatotópica do córtex cerebral e o trajeto das vias motoras e sensitivas, a lesão descrita localiza-se na:

- a) Face lateral do giro pré-central e pós-central à esquerda, no território da artéria cerebral média.
- b) Face medial do giro pré-central e pós-central à esquerda, no território da artéria cerebral anterior.
- c) Cápsula interna à direita, atingindo o braço posterior e as fibras do trato corticospinal.
- d) Base da ponte à direita, comprometendo os feixes piramidais antes da decussação.
- e) Coluna posterior da medula espinhal em nível cervical alto (C2-C3) à esquerda.

Questão 38

Um paciente de 32 anos apresenta um quadro de ptose palpebral, miose e anidrose à esquerda (Síndrome de Horner), associado a uma dissociação sensitiva com preservação do tato fino e da propriocepção, térmica e dolorosa na face à esquerda e no hemicorpo à direita. Durante a avaliação da motricidade, observa-se disfonia e disfagia, com desvio da úvula para a direita. Conforme a organização das vias no tronco encefálico e a neurofisiologia do sistema nervoso autônomo e periférico, a alternativa que descreve CORRETAMENTE a relação neuroanatômica e o mecanismo envolvido é:

- a) Trata-se de uma lesão no bulbo dorsolateral (Síndrome de Wallenberg), comprometendo o núcleo ambíguo, o trato espinotalâmico lateral e as fibras simpáticas descendentes (trato hipotálamo-espinhal).
- b) A lesão localiza-se na base da ponte, afetando o trato corticospinal e os núcleos dos nervos cranianos III e IV.
- c) O quadro sugere uma compressão do nervo oculomotor (III par) em seu trajeto periférico, com liberação excessiva de acetilcolina na fenda sináptica.
- d) A ptose e a miose decorrem de uma hiperatividade do sistema parassimpático craniano, mediada por

receptores nicotínicos no músculo constritor da pupila.

- e) A perda de sensibilidade térmica na face ipsilateral ocorre devido à lesão do lemnisco medial, que conduz a sensibilidade protopática facial.

Questão 39

Um paciente de 58 anos, diabético, queixa-se de visão dupla e instabilidade para caminhar há dois dias. Ao exame neurológico segmentar, o médico observa: ptose palpebral à direita, com o globo ocular desviado para fora e para baixo (exotropia e hipotropia); a pupila direita está em midríase e não reage à luz (reflexo fotomotor direto abolido). No exame da força e reflexos, nota-se hemiparesia à esquerda (grau 4) com sinal de Babinski ipsilateral e hiperreflexia patelar. A marcha é do tipo ceifante à esquerda. De acordo com a semiologia clássica e a organização dos feixes no tronco encefálico, assinale a alternativa que indica CORRETAMENTE a síndrome e a localização da lesão.

- a) Síndrome de Millard-Gubler; lesão na base da ponte comprometendo o VI par e o trato corticoespinal.
- b) Síndrome de Weber; lesão no pedúnculo cerebral (mesencéfalo) comprometendo o III par e o trato corticoespinal.
- c) Síndrome de Wallenberg; lesão no bulbo dorsolateral comprometendo o complexo vestibular e o trato espinotalâmico.
- d) Síndrome de Foville; lesão no tegmento pontino com paralisia do olhar conjugado horizontal e hemiplegia contralateral.
- e) Síndrome de Claude; lesão no tegmento mesencefálico comprometendo o III par e o núcleo rubro, sem atingir a via piramidal.

Questão 40

Um paciente de 32 anos sofre TCE grave após acidente automobilístico. Apresenta hipertensão intracraniana monitorizada e permanece hemodinamicamente instável na UTI. Está programado para transporte intra-hospitalar para exames de imagem. Segundo a RDC n.º 7/2010 e os princípios de cuidado de pacientes críticos, é CORRETO afirmar que:

- a) A monitorização de parâmetros vitais durante o transporte intra-hospitalar pode ser dispensada em pacientes estáveis, sendo realizada apenas em caso de intercorrência.

- b) A presença do médico durante o transporte é facultativa, cabendo ao enfermeiro e técnico de enfermagem conduzir o procedimento e acionar o médico apenas em intercorrências.
- c) O uso de bloqueadores neuromusculares é obrigatório para todos os pacientes neurocríticos durante transporte, independentemente da estabilidade clínica ou nível de sedação.
- d) Durante o transporte intra-hospitalar, deve-se manter monitorização contínua dos sinais vitais, planejamento prévio do transporte e equipe capacitada, garantindo a segurança do paciente e a continuidade do cuidado.
- e) A verificação de equipamentos, reservas de oxigênio e carga de bateria pode ser realizada durante o transporte para otimizar o tempo da transferência.