

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 022

Neurofisiologia Clínica (620).

Data e horário da prova:

*Domingo,
29/11/2020, às 8h.*

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Para ganhar é preciso gastar.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

NEUROLOGIA**Itens de 1 a 40**

A respeito de exames complementares em neurologia e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. Na avaliação das ondas do EEG, o ritmo alfa é mais encontrado nas regiões cerebrais posteriores, sendo que a abertura ocular pode bloquear ou atenuar a sua atividade.
2. O sono e a privação do sono podem revelar anormalidades ausentes no traçado do EEG obtido exclusivamente em vigília, além de poderem ativar o aparecimento de atividade epileptiforme em 80% dos pacientes com epilepsia.
3. O EEG pode ser utilizado no diagnóstico da doença de Creutzfeldt-Jakob, em que documenta um padrão gráfico sugestivo com a presença de ondas periódicas, bi ou trifásicas, máximas nas regiões anteriores.
4. Presença de proteína 14-3-3 no líquido é considerado um biomarcador para doença priônica, como a síndrome de Gerstmann-Straussler-Scheinker.
5. O potencial evocado somatosensitivo (PESS) pode ser utilizado na investigação de idosos com suspeita de quadros demenciais e em crianças com TDAH.
6. Na avaliação eletroneuromiográfica da paralisia facial periférica, a presença, na primeira semana, de reflexo do piscamento e uma redução do PAMC menor que 90% são indicativos de melhor prognóstico.
7. A eletroneuromiografia de fibra única é muito útil na avaliação de miopatias.
8. No Doppler transcraniano, é possível avaliar o sifão carotídeo e a artéria oftálmica por meio da janela oftálmica.

No que se refere à semiologia do sistema nervoso e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

9. Na paresia do músculo oblíquo superior (inervado oculomotor), ocorre desvio da cabeça para o lado contralateral ao músculo lesado e abaixamento do queixo (sinal de Bielschowsky).
10. A síndrome do seio cavernoso por lesão localizada no seio cavernoso pode levar a comprometimento dos seguintes nervos cranianos: II, III, IV, V e VI.
11. A presença de pupilas médio-fixas que não respondem à luz ocorre nas lesões da porção ventral do mesencéfalo (pré-tectal), com comprometimento das vias simpáticas e parassimpáticas.
12. Na parafasia semântica, há erro fonético, e a palavra pronunciada é semelhante à correta.

Certo paciente de 58 anos de idade, vítima de AVC isquêmico troncoencefálico, encontra-se entubado há duas semanas e sem uso de sedação há 10 dias. Após avaliação neurológica, houve orientação para dar início a protocolo de morte encefálica (ME). Ao exame neurológico, ele encontra-se comatoso (Glasgow 3T), com tetraplegia; pupilas médio-fixas sem resposta fotomotora; reflexos corneopalpebral e de tosse ausentes; afebril; PA = 110 mmHg x 80 mmHg; TAX retal = 35,5 °C; AC = RC2T com BNF; AP = MVF sem RA; e SatO₂ = 100%. Exames laboratoriais sem alterações.

Acerca desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

13. No protocolo de ME, serão realizados dois exames clínicos, sendo um dos médicos responsável pelo exame clínico necessariamente da especialidade neurologia, neuropediatria ou neurocirurgia.
14. Quando a causa primária do quadro de ME for encefalopatia hipoxicoisquêmica, o período entre o tratamento e a observação hospitalar deverá ser de, no mínimo, 24 horas.
15. No protocolo de ME, está indicada a manutenção da pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou da pressão arterial média maior ou igual a 65 mmHg.
16. O protocolo de ME somente poderá ser aberto após aquecimento do paciente com TAX retal > 36 °C.
17. A presença de atitude de descerebração ou decorticação invalida o diagnóstico de ME.
18. Na presença do uso de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de distúrbios metabólicos, exames que detectam a presença de perfusão cerebral, como angiografia cerebral e Doppler transcraniano, são os mais indicados no protocolo de ME.
19. O teste de apneia é considerado inconclusivo quando a PaCO₂ final for menor que 56 mmHg na ausência de movimentos respiratórios.
20. A presença de hipernatremia grave refratária ao tratamento sempre inviabiliza a determinação de ME.

Determinado paciente de 35 anos de idade esteve internado na unidade de terapia intensiva (UTI) por cerca de um mês em razão de complicações da pneumonia viral, sendo que, nos primeiros 15 dias, esteve entubado em ventilação mecânica e, atualmente, encontra-se na enfermaria e foi solicitado avaliação neurológica por causa de fraqueza global. Nega patologias prévias à internação. O exame neurológico apresentava tetraparesia grave (MRC 2), hiporreflexia tetrassegmentar, atrofia muscular em membros, hipostesia térmica, dolorosa e vibratória distais. Mostrava-se consciente, alerta, eupneico em ar ambiente e afebril. Verificaram-se AC = RC2T com BNF e AP = MVF sem RA.

Quanto a esse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

21. O quadro neurológico é compatível com polineuropatia do doente crítico.
22. O paciente é incapaz de realizar movimentos ativos contra a gravidade.
23. Espera-se encontrar níveis elevados de creatinofosfoquinase (CPK) nesse paciente.
24. Mialgia é considerada uma manifestação clínica incomum nesse quadro.
25. A presença de neuropatia compressiva é comum em pacientes com internação prolongada em UTI.
26. Para esse paciente, está indicado o tratamento com imunoglobulina humana.
27. A eletroneuromiografia provavelmente demonstrará alteração na condução nervosa, com redução da amplitude dos potenciais motores com potencial sensitivo normal.
28. Caso o paciente apresentasse quadro de oftalmoparesia, o diagnóstico diferencial com síndrome de Guillain-Barré deveria ser investigado.

Um paciente de 25 anos de idade é encaminhado pelo psiquiatra para avaliação neurológica em razão de estar apresentando, há cerca de um mês, movimentos involuntários de protrusão da língua e movimentos mastigatórios sem finalidade. Segundo o acompanhante, estava em tratamento psiquiátrico para esquizofrenia há um ano quando iniciou haloperidol e estava com bom controle dos sintomas. O exame neurológico mostrou-se dentro da normalidade. Apresentava-se consciente, alerta, eupneico em ar ambiente e afebril. Observaram-se AC = RC2T com BNF e AP = MVF sem RA.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

29. Trata-se provavelmente de um quadro de acatisia.
30. Os antipsicóticos de primeira geração ou típicos apresentam menor risco de desenvolvimento do quadro neurológico apresentado pelo paciente, quando comparados com os antipsicóticos de segunda geração ou atípicos.
31. Está indicada a redução da dose de haloperidol e sua associação com flunarizina como forma de tratamento do quadro.
32. O haloperidol atua como antagonista dos receptores dopaminérgicos D2.

Um paciente de 4 anos de idade é levado à emergência pela mãe, a qual informa que ele apresenta dificuldade de andar sozinho desde que acordou. Há cerca de três semanas, teve varicela, mas com recuperação completa do quadro. Não há relato do uso de medicações prévias ou recentes. O exame neurológico apresentava ataxia marcha, dismetria bilateral e nistagmo. O paciente mostrava-se consciente, alerta, eupneico em ar ambiente e afebril. Verificaram-se AC = RC2T com BNF e AP = MVF sem RA.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

33. O quadro clínico apresentado trata-se provavelmente de uma ataxia cerebelar aguda.
34. Devem ser investigados medicamentos em uso para descartar intoxicação medicamentosa.
35. Caso o paciente apresentasse quadro de mioclônias e opsoclônus, provavelmente a etiologia do quadro neurológico seria decorrente da infecção pela varicela.
36. A realização de exame de imagem, como a ressonância, justifica-se para afastar outras causas de ataxia aguda, como tumor de fossa posterior.
37. Está indicado o tratamento com antivirais e corticoide para melhora sintomática.

Um paciente de 10 meses de vida encontrava-se em tratamento para doença do refluxo gastroesofágico há três meses, quando iniciou movimentos de hiperextensão cervical e extensão de tronco, com duração de segundos, que ocorriam após a alimentação. O exame neurológico mostrou-se dentro da normalidade, e o paciente apresentava-se consciente, alerta, eupneico em ar ambiente e afebril. Observaram-se AC = RC2T com BNF e AP = MVF sem RA.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

38. O lactente apresenta quadro sugestivo de síndrome de Sandifer, desencadeada pela doença do refluxo gastroesofágico.
39. Há correlação direta entre o grau da doença do refluxo e a gravidade dos sintomas.
40. Está indicado o início de anticolinérgicos para controle dos sintomas.

Área livre

NEUROCIRURGIA**Itens de 41 a 80**

Uma paciente de 32 anos de idade, com 68 kg, previamente hígida e em uso regular de contraceptivo oral combinado, procura atendimento no pronto-socorro com quadro de cefaleia não localizada, iniciada há quatro dias, contínua, progressiva e sem fotofonofobia associadas. No momento, relata dor de intensidade 8 (escala visual da dor), refratária ao paracetamol e dipirona. Nega outras queixas e alergias. Ao exame físico, observaram-se AC = RC2T com BNF; FC = 96 bpm; AP = MVF sem RA; FR = 16 irpm; PA = 160 mmHg x 80 mmHg; e SatO₂ = 98%. O exame neurológico mostra-se normal. É realizada tomográfica computadorizada (TC) de crânio (sem contraste) com urgência, que evidencia uma hiperdensidade espontânea em topografia do seio sagital superior, que se encontra um pouco aumentado de tamanho, e em veia cortical adjacente a ele, à esquerda.

Com relação a esse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

41. Trata-se de um quadro de provável trombose venosa do seio sagital superior.
42. Como a paciente está estável e o início dos sintomas já tem mais de 48 horas, é correto optar-se por iniciar anticoagulação oral, corticoide e acompanhamento ambulatorial.
43. O início da anticoagulação plena não deve ser postergado para a realização de exames complementares de imagem.
44. O atraso no diagnóstico e no início do tratamento pode fazer com que a paciente evolua para algum grau de paresia em hemicorpo esquerdo, alteração visual, coma ou, até mesmo, óbito.
45. A trombectomia mecânica por via endovascular, se disponível, é indicada como primeira linha de tratamento nesse caso.
46. Se a ressonância evidenciar uma hipointensidade no T2/FLAIR no parênquima e junto aos giros, esse pode ser um achado sugestivo de congestão venosa e edema secundário ao fluxo interrompido.
47. Espera-se que, em caso de realização de ressonância nessa paciente, seja apresentada uma hipointensidade do seio em relação ao córtex em T2WI e FLAIR.



Acervo pessoal.

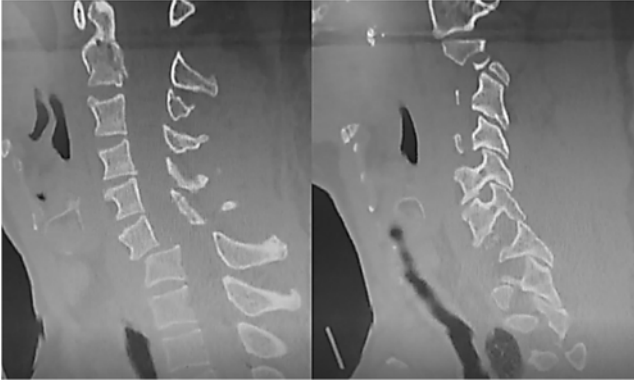
Um paciente de 46 anos de idade, com 82 kg, procura atendimento de urgência por causa de lombociatalgia à esquerda, iniciada pela manhã após esforço físico (o paciente é trabalhador braçal). Relata dificuldade para deambular desde então, principalmente em razão de dor em perna e

calcâneo esquerdos. Nega alteração de sensibilidade ou de controle de esfínteres. Relata lombalgia crônica, porém nega episódios de crises como o atual. Nega outras queixas e alergias. Ao exame neurológico, verificaram-se motricidade, sensibilidade e reflexos aparentemente preservados – limitação da mobilização em MIE pelo quadro algico, Lasegue positivo a 15 graus à esquerda. O paciente refere dor discreta à palpação da musculatura paravertebral e realizou a ressonância magnética (RM) da coluna lombossacra, conforme se observa na imagem.

Acerca desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

48. Trata-se de uma urgência neurocirúrgica em razão do quadro clínico agudo. O tratamento cirúrgico é mandatório nesses casos, com risco de seqüela neurológica.
49. O paciente apresenta, a nível de L5-S1, uma volumosa hérnia de disco, predominantemente foraminal à esquerda.
50. O tratamento conservador pode ser uma opção, visto que o paciente não possui sinais de alarme, e a patologia em si tende a evoluir, em longo prazo, de forma semelhante, independentemente do tratamento escolhido.
51. Uma radiografia funcional/dinâmica da coluna lombossacra pode ajudar a decidir o plano cirúrgico desse paciente, caso seja indicado cirurgia.

Área livre



Acervo pessoal.

Uma paciente de 27 anos de idade, com 63 kg, previamente hígida, é levada ao hospital pelos bombeiros, em imobilização padrão, após colisão do próprio carro em uma árvore. Queixa-se de cefaleia, cervicalgia e desconforto em ombros/membros superiores. Ao exame inicial, constatam-se AC = RC2T com BNF; FC = 110 bpm; AP = MVF sem RA; FR = 18 irpm; PA = 140 mmHg x 90 mmHg; e SatO₂ = 99%. Na avaliação inicial, apresenta abertura ocular espontânea, pupilas isofotorreagentes, com colar cervical, fala confusa, amnésia lacunar e dor à palpação da coluna cervical, obedecendo a comandos, porém com dificuldade de mobilizar braços (força distal 1 e força proximal 4, em ombro e braço direito, e grau 3 à esquerda), com força aparentemente preservada em pernas. É realizada a tomografia computadorizada (TC) de crânio e coluna cervical, segundo as imagens apresentadas.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

52. A paciente encontra-se em Glasgow 14 e Frankel B.
53. A paciente possui indicação de neurocirurgia de urgência para drenagem do hematoma temporal e colocação de tração cervical.
54. A TC de coluna cervical evidencia uma fratura-luxação C6-C7 classificada como tipo B2-F2, de acordo com a AOSpine.
55. Durante o procedimento cirúrgico craniano, é provável que se observe a artéria meníngea média como causadora do hematoma.

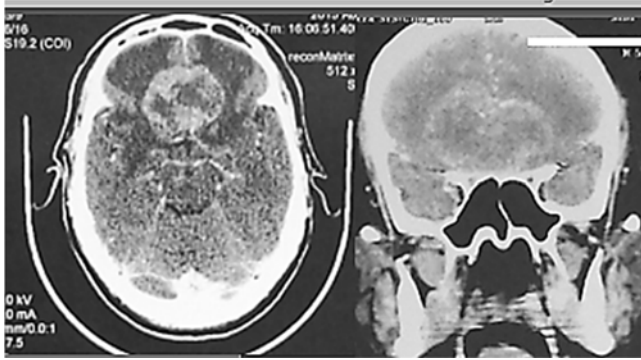
56. A colocação de peso na tração cervical deve ser realizada de forma paulatina e controlada, a fim de se evitarem distração excessiva, instabilidade occipitocervical e (ou) piora do *deficit* neurológico.
57. A TC de controle pós-operatório deverá ser classificada como Marshall V.
58. Após redução facetária e (ou) fixação 360°, espera-se que a paciente tenha alívio parcial da cervicobraquialgia, porém sem apresentar melhora motora, já que o *deficit* neurológico já está estabelecido.

Uma paciente de 60 anos de idade, tabagista, previamente hígida, relata que, há aproximadamente oito horas, apresentou cefaleia súbita de severa intensidade enquanto evacuava. Relata cervicalgia associada nas últimas quatro horas e nega outras queixas. Ao exame físico, observaram-se AC = RR2T com BNF; FC = 92 bpm; AP = MVF sem RA; FR = 14 irpm; PA = 162 mmHg x 87 mmHg; SatO₂ (ar ambiente) = 96%; Glasgow 15; pupilas isofotorreagentes; sem *deficits* focais; e meningismo associado. A tomografia computadorizada (TC) evidencia hiperdensidade < 1 mm em cisternas da base, com inundação da fissura sylviana à direita. Sem evidência de hidrocefalia.

Quanto a esse caso clínico e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

59. Segundo a classificação da World Federation of Neurological Societies (WFNS), a paciente seria classificada como grau 2.
60. Do ponto de vista tomográfico, classifica-se o caso como Fisher 2.
61. Independentemente do Fisher ou dos níveis pressóricos da paciente, está indicado o uso de nimodipina 60 mg, de quatro em quatro horas, devendo ser iniciado preferencialmente em até 96 horas do *ictus*.
62. Nessa paciente, o uso de corticoide está indicado para ajudar a diminuir o edema e prevenir vasoespasmos.
63. É provável que a arteriografia evidencie um aneurisma fusiforme na artéria cerebral média direita.
64. O tratamento deve ser realizado, preferencialmente, nas primeiras 96 horas após o *ictus*, com vistas a diminuir o risco de ressangramento e de complicações referentes ao período do vasoespasmos.

Área livre



Acervo pessoal.

Considere um paciente de 59 anos de idade, com 90 kg, hipertenso e tabagista. Ele é levado ao hospital por familiares em razão de cefaleia persistente e progressiva. Os familiares relatam, ainda, alteração de comportamento há aproximadamente dois meses, associada à diminuição global de força. Ao exame, o paciente está pouco colaborativo, irritado, com fala inapropriada e hiposmia, sem *deficits* focais ao exame. Constatam-se AC = RC2T com BNF; FC = 82 bpm; AP = MVF sem RA; FR = 18 irpm; PA = 150 mmHg x 85 mmHg; e SatO₂ = 97%. É realizada a tomografia computadorizada (TC) de crânio, conforme a imagem apresentada.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

65. O achado tomográfico evidencia uma lesão sugestiva de meningioma na fossa anterior, lesão cuja localização justifica a alteração comportamental do paciente.
66. A angiografia pré-operatória pode ser útil para identificar a localização da artéria cerebral anterior em relação ao tumor. Cerca de 70% a 80% do suprimento sanguíneo desse tipo de lesão ocorre por meio da artéria etmoidal anterior, que, ao ser identificada, deve ser sempre embolizada por não apresentar risco adicional ao paciente.
67. No estudo de RM, fase pré-contraste, a lesão provavelmente se apresentará isointensa em T1WI e hipointensa em T2WI.
68. Deleções no braço curto do cromossomo 1 consistem na principal mutação associada aos meningiomas.
69. A tomografia evidencia importante edema citotóxico adjacente à lesão, motivo pelo qual se deve iniciar com altas doses de corticoide.
70. Lesões com o volume semelhante ao da lesão do caso clínico tendem a evoluir com maior morbimortalidade e dificuldade cirúrgica de ressecção completa.

Uma paciente de 19 anos de idade procura atendimento em razão de febre, cefaleia e cervicalgia. Relata estar em tratamento para otite com Clavulin® bd há cinco dias. Ao exame físico, observam-se Glasgow 15; prostração; sem *deficits* focais; meningismo; temperatura axilar = 38,5 °C; AC = RC2T com BNF; FC = 100 bpm; AP = MVF; roncocalcões de transmissão; FR = 18 irpm; SatO₂ = 98%; e hipoacusia à direita. Realizou-se tomografia computadorizada (TC) de crânio (com contraste) com urgência, que evidenciou velamento das células aéreas da mastoide à direita e um leve realce pelo contraste na região temporal direita.

Com relação a esse caso clínico e tendo em vistas conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

71. A coleta de líquido para análises de rotina e culturais não está indicada, visto que se trata de uma mastoidite complicada.
72. Após a coleta dos exames culturais, deve-se realizar o escalonamento da antibioticoterapia em uso, em razão do comprometimento do sistema nervoso central.
73. Em uma fase mais tardia, a paciente pode evoluir para abscesso cerebral ou trombose venosa cerebral por causa da progressão da infecção.

A respeito dos temas relacionados a epilepsia, facomatoses, protocolo de morte encefálica, craniossinostose, nervos cranianos e neurofisiologia, julgue os itens a seguir.

74. Pacientes epiléticos cujas crises possuem origem temporal não possuem indicação de tratamento cirúrgico em caso de refratariedade ao tratamento medicamentoso.
75. O espasmo hemifacial e o mioclônus palatal são os únicos distúrbios motores involuntários que persistem durante o sono.
76. A neuralgia do trigêmeo é a síndrome de compressão neurovascular mais comum.
77. A prova calórica realizada durante o protocolo de morte encefálica consiste em instilar 60 mL - 100 mL de água gelada no ouvido, desde que não se apresente lesão da membrana timpânica. Deve-se esperar pelo menos um minuto pela resposta e aproximadamente cinco minutos antes de se testar o lado oposto.
78. A sinostose metópica, também conhecida como trigonocefalia, pode estar relacionada com uma anomalia no cromossomo 19.
79. A hiperreflexia do detrusor refere-se a uma dificuldade de se iniciar a micção, com a interrupção do fluxo e a presença de urina residual significativa, podendo evoluir para a incontinência por transbordamento.
80. A esclerose tuberosa é uma facomatose autossômica recessiva que possui, como achado típico do sistema nervoso central, os nódulos subependimários.

Área livre

MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
Itens de 81 a 120

Um homem de 55 anos de idade, natural e procedente do estado do Pará, com paraplegia espástica C5 AIS C por queda de dois metros do telhado, em 7 de janeiro de 2020, comparece ao consultório com queixa de dor em choque e queimação em membros inferiores, com sensação de frio e dolorosa, às vezes constante, mas de intensidade variável, com piora quando tem frio e melhora quando não passa por períodos de estresse, com pouca melhora com AINH ou dipirona. Também se queixa de edema e prurido em membros inferiores. Refere algumas perdas urinárias, atualmente esporádicas, até que foi orientado, em sua cidade, a passar sondagem vesical de alívio por pelo menos quatro vezes ao dia. Apresenta-se com PA = 150 mmHg x 90 mmHg, FC = 115 bpm, FR = 16 irpm, SatO₂ = 99% e rubor facial. Verificam-se panturrilhas sem sinais de empastamento e pulsos pediosos presentes e simétricos.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

81. O paciente apresenta-se provavelmente em episódio de disreflexia autonômica, tendo a indicação de nifedipina VO imediatamente.
82. O paciente pode cursar com comprometimento ventilatório, tendo em vista que o nervo diafragma é composto pelas raízes de C3, C4 e C5.
83. O diagnóstico de depressão é hiperestimada nessa população, apresentando ainda menores resultados com a introdução de inibidores de receptação de serotonina.
84. A abordagem da disfunção erétil deve estar entre as prioridades no tratamento da lesão medular, considerando sua natureza biopsicossocial e o impacto na qualidade de vida desses pacientes.
85. A ossificação heterotópica tem uma incidência maior no primeiro ano após a lesão medular, sendo a articulação do quadril mais comumente afetada, e o diagnóstico precoce é um modificador de prognóstico quanto à mobilidade.
86. O DN-4 apresenta-se como importante ferramenta de rastreio da dor neuropática nessa população, sendo de fácil aplicação, diferentemente da Escala Lans que envolve caracterização dos sintomas e exame de sensibilidade, e a gabapentina apresenta-se como boa opção terapêutica nesse caso.
87. A escala de medida de independência funcional tem utilidade limitada na evolução desses pacientes, por não haver comprometimento cognitivo na fisiopatologia da lesão medular.
88. Em pacientes com lesão medular alta e pouco ganho motor em terapias físicas, a cirurgia de transposição de tendão permite ganho de função por meio de mobilidade do punho, e a cirurgia de neurotização pode ser utilizada de forma complementar, com ganho de destreza.

Uma paciente de 6 anos de idade, com paralisia cerebral, demonstrou controle cervical aos 6 meses de vida, sentou-se com 1 ano e 3 meses, engatinhou com 1 ano e 7 meses e adquiriu marcha com 2 anos e 3 meses. Apresenta-se deambulando, com marcha, apoiando-se nos antepés, flexão de quadris e joelhos, adução de MMII, hiperextensão de tronco, alargamento da base e instabilidade em todas as fases da marcha, com dissociação de cinturas escapular e pélvica. Ao exame físico estático, evidencia-se encurtamento de musculatura posterior de MMII e adutores de quadris. Constatam-se FC = 102 bpm; FR = 18 irpm; e SatO₂ = 98%.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

89. O desenvolvimento motor se dá craniocaudalmente, sendo o sustento cefálico por volta de 4 meses, o sentar sem apoio aos 7 meses e o andar sem apoio por volta dos 15 meses de vida.
90. A paciente apresenta diparesia espástica e GMFCS 2, demonstrando baixa habilidade para correr e pular.
91. A toxina botulínica compreende possível abordagem terapêutica para os encurtamentos, apresentando efeito inicial entre o terceiro e o décimo dia de aplicação.
92. A flexão do joelho no início da fase de apoio, o contato inicial com o retopé, a flexão plantar adequada no pré-balanço, a adução dos quadris e o valgo adequado dos joelhos no duplo apoio constituem os principais fatores determinantes da marcha.

Um paciente de 73 anos de idade apresenta-se com queixa de fraqueza após internação. Refere, ainda, alterações “emocionais” desde a internação, e a esposa conta que ele demonstra redução de memória. Ele tem antecedente de internação prolongada por insuficiência respiratória, e foi descartado Covid-19 não confirmada em PCR como agente causal. Permaneceu internado por um mês em unidade de terapia intensiva e um mês em enfermaria. Ao exame, mostra-se em BEG, com PA = 130 mmHg x 80 mmHg, FC = 76 bpm, FR = 14 irpm e SatO₂ = 97%. Constatam-se força muscular grau 4 em membros, exceto para flexão de coxa, extensão de joelho e dorsiflexão de tornozelo esquerdo apresentando grau 3, trofismo muscular de membros superiores sem evidência de assimetrias, trofismo muscular reduzido em membro inferior direito, reflexos patelar e aquileu reduzidos à direita e sem alterações à esquerda e marcha claudicante, apoiando-se objetivos.

Quanto esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

93. A possibilidade de neuropatia periférica do nervo femoral esquerdo deve ser considerada.
94. Ao longo do tratamento do paciente, dois aspectos devem ser levados em consideração: o impacto do envelhecimento na disfunção e o impacto da disfunção no envelhecimento, estando a sarcopenia relacionada, tendo em vista os dois momentos de maior declínio de perda de massa muscular, aos 40 anos de idade e aos 70 anos de idade.
95. A fraqueza distal corrobora em um acometimento de predomínio miopático da fraqueza induzida no paciente crítico.

96. A realização de biópsia de músculo para esse paciente é mandatória, considerando a principal hipótese diagnóstica nesse caso.
97. A Classificação Internacional de Funcionalidade é utilizada como instrumento de registro e organização de informações, possibilitando avaliar os resultados das intervenções de reabilitação, não sendo aplicável em terapia intensiva, uma vez que a participação social não poderá ser avaliada.

Uma paciente de 42 anos de idade, diabética, apresenta-se com escoliose idiopática e lombalgia, com piora há duas semanas, sem irradiação, em opressão, VAS 8/10, que piora durante expediente de trabalho de secretária e melhora durante aula de pilates. Ao exame físico, mostra-se em BEG, CH, AAA, com FC = 15 bpm, FR = 16 irpm, e SatO₂ = 97%. Aos exames motor e sensitivo, verificam-se membros sem alterações, reflexos patelar e aquileu sem alterações, Lasègue negativo e marcha claudicante. Mostra raios X de coluna, no qual se observam ângulo de Cobb 25 graus e lesão de continuidade em região plantar esquerda.

A respeito desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

98. O calçado de Baruk está indicado para membro inferior esquerdo.
99. A paciente tem indicação cirúrgica, tendo em vista o possível comprometimento cardiorrespiratório.
100. A paciente apresenta Red Flags, sendo mandatório exame complementar de imagem.

Um paciente de 58 anos de idade apresenta hemiparesia completa desproporcionada de predomínio braquial à esquerda pós-AVCi de ACM direita, em setembro de 2020 (trombolisado), e ombro doloroso. Familiares relatam redução da acuidade visual do paciente. Ao exame físico, ele está em BEG, com PA = 126 mmHg x 79 mmHg, FC = 77 bpm, FR = 15 irpm e SatO₂ = 97%. Constatam-se sinal do sulco em ombro direito, redução de ADM de ombro, com dor à mobilização passiva, espasticidade ASH 2 em flexores de cotovelo, punho, rotadores internos e flexores dos dedos à esquerda, ASH 1 em quadríceps e ASH 2 para isquiotibiais e tríceps sural à esquerda.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

101. A alteração em questão é decorrente de heminegligência, uma vez que *deficits* visoespaciais não são encontrados em pacientes pós-AVC.
102. O baclofeno mostra-se como boa opção terapêutica, independentemente dos níveis de creatinina, uma vez que a droga apresenta metabolismo hepático.
103. Nesse paciente, a órtese suropodálica articulada é preferível à fixa, considerando sua função durante a marcha, por proporcionar melhor amplitude de movimento durante a fase de apoio.
104. Orientações acerca do posicionamento do membro direito em rotação externa e minimização da ação da gravidade sobre o membro, especialmente hipotônico, além da prescrição do uso de suportes de ombro e espadeiros com tração, devem ser consideradas no tratamento do ombro hemiplégico.

105. Síndrome do manguito rotador é a primeira causa de ombralgia nessa população, com grande impacto em AVDs e AIVDs, decorrente de disfunção por inflamação dos músculos supraespinhoso, infraespinhoso, redondo menor e subescapular.
106. A infiltração anestésica do nervo supraescapular D apresenta-se como opção terapêutica favorável para o controle de dor local e o uso de eletroestimulação funcional (FES) como opção terapêutica para recrutamento da musculatura estabilizadora de ombro direito.
107. A escala Rancho Los Amigos avalia o nível de consciência e a função cognitiva de pacientes com lesão encefálica de origem traumática, tendo importante valor prognóstico, além do valor terapêutico.
108. Tosse, dispnéia e voz molhada são considerados fatores de risco para disfagia, aumentando a chance de broncoaspiração.

Uma paciente de 39 anos de idade apresentou entorse em inversão do tornozelo direito enquanto corria, no interior do estado de Goiás, há três dias. Refere ter pisado em uma tábua solta, não conseguindo firmar o pé no chão após o incidente. Realizou raios X de pé, tornozelo e perna direita, sem evidência de fraturas. Como a paciente é médica, optou por também realizar uma ressonância nuclear magnética de tornozelo direito, evidenciando contusão de talus, lesão parcial do ligamento tibiofibular anterior, rotura completa do ligamento fibulocalcâneo, distensão de fibras profundas do deltoide e sinais inflamatórios do músculo tibial posterior. Observou-se navicular acessório. Ao exame físico, paciente mostra-se ansiosa, com PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FC = 83 bpm, FR = 12 irpm e SatO₂ = 98%. Verifica-se pé direito com hematoma em face medial e lateral, gaveta anterior positivo e propriocepção reduzida, com dificuldade para apoio plantar.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

109. A paciente deve beneficiar-se de par de muletas, objetivando redução da descarga de peso no membro lesado, não sendo indicada a imobilização, tendo em vista os efeitos deletérios do imobilismo, potencializados com a inflamação.
110. A infiltração intra-articular de ácido hialurônico está indicada.
111. A cirurgia de tornozelo com ligadura ligamentar pode ser indicada caso a paciente evolua com entorses de repetição ou instabilidade após programa de reabilitação.

Área livre

Um paciente de 57 anos de idade, com amputação transfemoral direita, em terço médio, há seis meses, por insuficiência arterial aguda, comparece ao consultório para protetização. Nega outras comorbidades. Verifica-se locomoção com par de muletas canadenses, amplitude de movimento preservada e cicatriz em coto de bom aspecto, sem invaginações. Ao exame, constata-se PA = 120 mmHg x 80 mmHg; FC = 78 bpm; FR = 16 irpm; e SatO₂ = 96%.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos à reabilitação de pacientes amputados, julgue os itens a seguir.

- 112.** A protetização de um paciente com amputação transfemoral está condicionada ao nível de amputação, às condições clínicas do coto, ao membro contralateral e ao nível funcional previsto para esse paciente, conforme suas atividades diárias, exclusivamente.
- 113.** O encaixe KMB é preferível ao PTS para esse paciente.
- 114.** Tendo em vista os pré-requisitos para protetização, um joelho pneumático associado a pé articulado constitui indicação favorável a esse paciente.
- 115.** O enfaixamento elástico deve ser iniciado na fase pré-protética para estímulo tátil e controle do edema. É realizado em forma de “8”, de distal para proximal, podendo ser ancorado em estruturas ósseas proximais.
- 116.** A dor em membro fantasma deve ser abordada quando interferir nas atividades diárias ou no sono, sendo indicações farmacológicas os antidepressivos tricíclicos, os inibidores do GABA, as medicações antiepilépticas e até mesmo os antiarrítmicos.
- 117.** A dor persistente no membro residual bem cicatrizado pode indicar neuroma ou irritação nervosa. Se o neuroma for identificado pelo exame clínico ou de imagem, a infiltração com lidocaína ou bupivacaína pode ser benéfica quando o nervo for superficial.

Uma paciente de 62 anos de idade, hipertensa, com dor e edema em membro superior direito após mastectomia direita, refere impressão de membro “inchado”, com sensação de peso, aperto em região distal do membro e diminuição da flexibilidade das articulações do segmento acometido, há três meses, com piora progressiva, e limitações nas atividades domésticas diárias. Ao exame físico, demonstra redução leve de amplitude de movimento nas articulações de ombro e dedos. Verificam-se edema de membro superior direito (++)/4), pulsos radiais presentes e simétricos, FC = 94 bpm, FR = 12 irpm e SatO₂ = 99%.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir:

- 118.** É comum a incidência de fenômenos tromboembólicos nessa população, com comprometimento de membro superior ipsilateral, sendo mandatória a realização de exames complementares.
- 119.** A medida de perimetria do membro envolvido e contralateral (o acometimento do membro superior unilateral é mais frequente) faz parte do seguimento ambulatorial em reabilitação dessa paciente.

- 120.** A fadiga relacionada ao câncer é uma disfunção decorrente principalmente do metabolismo energético muscular, do sono, do ritmo circadiano, dos mediadores inflamatórios, do estresse e do efeito do câncer e seu tratamento sobre o sistema nervoso central, sendo reportada em até 90% dos casos, impactando em redução da qualidade de vida e reduzindo a capacidade funcional dessa população.

Área livre