

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – HOSPITAL DE CLÍNICAS
DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Edital nº 030/2016 – HC - Edital nº 034/2016 – HT

Prova Específica – 13/11/2016

INSCRIÇÃO	TURMA	NOME DO CANDIDATO
ASSINO DECLARANDO QUE LI E COMPREENDI AS INSTRUÇÕES ABAIXO:		ORDEM

111 – Neurofisiologia Clínica

INSTRUÇÕES

1. Confira, acima, o seu número de inscrição, turma e nome. Assine no local indicado.
2. Aguarde autorização para abrir o caderno de prova. Antes de iniciar a resolução das questões, confira a numeração de todas as páginas.
3. A prova é composta de 50 questões objetivas.
4. Nesta prova, as questões objetivas são de múltipla escolha, com 5 alternativas cada uma, sempre na sequência **a, b, c, d, e**, das quais somente uma deve ser assinalada.
5. A interpretação das questões é parte do processo de avaliação, não sendo permitidas perguntas aos aplicadores de prova.
6. Ao receber o cartão-resposta, examine-o e verifique se o nome impresso nele corresponde ao seu. Caso haja qualquer irregularidade, comunique-a imediatamente ao aplicador de prova.
7. O cartão-resposta deverá ser preenchido com caneta esferográfica preta, tendo-se o cuidado de não ultrapassar o limite do espaço para cada marcação.
8. Não serão permitidos empréstimos, consultas e comunicação entre os candidatos, tampouco o uso de livros e apontamentos. O não cumprimento dessas exigências implicará a eliminação do candidato.
9. São vedados o porte e/ou o uso de aparelhos sonoros, fonográficos, de comunicação ou de registro, eletrônicos ou não, tais como: agendas, relógios com calculadoras, relógios digitais, telefones celulares, *tablets*, microcomputadores portáteis ou similares, devendo ser desligados e colocados OBRIGATORIAMENTE no saco plástico. São vedados também o porte e /ou uso de armas, óculos ou de quaisquer acessórios de chapelaria, tais como boné, chapéu, gorro ou protetores auriculares. Caso alguma dessas exigências seja descumprida, o candidato será excluído do concurso.
10. A duração da prova é de 4 horas. Esse tempo inclui a resolução das questões e a transcrição das respostas para o cartão-resposta.
11. Ao concluir a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao aplicador de prova. Aguarde autorização para entregar o caderno de prova e o cartão-resposta.
12. Se desejar, anote as respostas no quadro abaixo, recorte na linha indicada e leve-o consigo.

Específica

DURAÇÃO DESTA PROVA: 4 HORAS

✂									
RESPOSTAS									
01 -	06 -	11 -	16 -	21 -	26 -	31 -	36 -	41 -	46 -
02 -	07 -	12 -	17 -	22 -	27 -	32 -	37 -	42 -	47 -
03 -	08 -	13 -	18 -	23 -	28 -	33 -	38 -	43 -	48 -
04 -	09 -	14 -	19 -	24 -	29 -	34 -	39 -	44 -	49 -
05 -	10 -	15 -	20 -	25 -	30 -	35 -	40 -	45 -	50 -

01 - Paciente feminina, 35 anos de idade, com diagnóstico de esclerose múltipla há 1 ano, seguida de três novos surtos, sendo que o último surto ocorreu há 30 dias, quando apresentou ataxia de marcha e dismetria à direita. Você prescreveu interferon β 1a subcutâneo 44 ug, três vezes por semana. Desde então a paciente está em uso dessa medicação. Vindo à consulta de retorno, ela refere efeitos colaterais referentes ao medicamento. Com base no caso acima e no medicamento prescrito, considere as seguintes afirmativas:

1. Nefrotoxicidade, principalmente nefrite intersticial aguda, está entre os principais eventos adversos graves observados.
2. Sintomas *fluellike* (febrícula, calafrios e mialgia) são eventos colaterais comuns.
3. Reações (dor, hiperemia) no local da aplicação da medicação são manifestações raras.
4. Dor torácica, palpitações e sensação de morte eminente são as principais manifestações nas primeiras 8 semanas do início do tratamento.

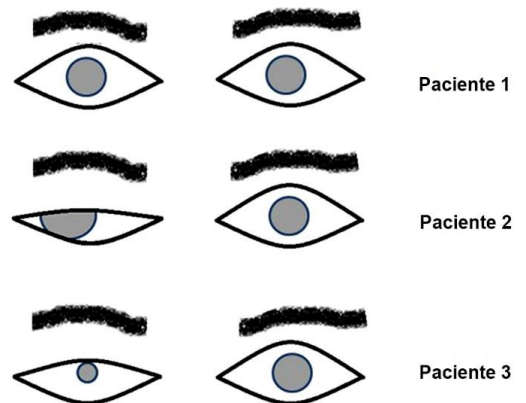
Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- c) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- d) Somente as afirmativas 2 e 4 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

02 - Homem, 54 anos, padeiro, apresenta-se com uma queixa de fraqueza progressiva de início há um ano, com redução da libido há seis meses. Na revisão dos sistemas, referia dificuldade visual progressiva. Acuidade visual (20/20), fundoscopia, motricidade ocular extrínseca e intrínseca normais. No estudo de campimetria por confrontação, observa-se hemianopsia bitemporal. Diante do exposto, identifique a topografia da lesão e a etiologia mais prováveis.

- a) Nervo óptico retrobulbar – sarcoidose.
- b) Nervo óptico distal justa-quiasmática – tumor paraselar.
- c) Trato óptico – esclerose múltipla.
- d) Quiasma óptico – tumor de hipófise.
- e) Córtex visual – glioma.

03 - Em um plantão médico, o serviço de neurologia avalia três pacientes com histórico de dificuldade visual. A paciente de número 1, feminina, 38 anos, apresenta um turvamento visual em olho direito com duração de 30 minutos seguido de uma cefaleia de início lento que evoluiu para forte intensidade, com náuseas e vômitos associados com foto e fonofobia; essa cefaleia já ocorreu anteriormente e em média tem uma duração de 48 horas. A paciente de número 2, feminina, 32 anos, começou com dificuldade visual (diplopia) de início há uma semana, evoluiu progressivamente para queda da pálpebra direita e há duas horas apresentou cefaleia de início súbito, que atingiu seu pico de intensidade em 60 segundos. A paciente de número 3, feminina, 35 anos, apresenta uma queixa de dor cervical à direita de forte intensidade, de início há 48 horas, evoluindo igualmente com dificuldade visual em decorrência de uma queda de pálpebra associada imediatamente com uma cefaleia unilateral direita. Nenhuma das pacientes apresentava alteração da sudorese facial. Os achados ao exame estão representados nas figuras ao lado. Em relação aos casos clínicos, assinale a alternativa que informa corretamente o diagnóstico de cada paciente.



- a) Paciente 1 = migrânea com aura; Paciente 2 = lesão de nervo parassimpático (aneurisma da artéria comunicante posterior); Paciente 3 = lesão de nervo simpático (aneurisma da artéria carótida interna).
- b) Paciente 1 = migrânea com aura; Paciente 2 = lesão de nervo simpático (tumor de ápice pulmonar); Paciente 3 = lesão de nervo parassimpático (dissecção da artéria carótida interna).
- c) Paciente 1 = cefaleia trigêmino-autônômica; Paciente 2 = lesão de nervo simpático (dissecção da carótida interna); Paciente 3 = lesão de nervo parassimpático (aneurisma da artéria comunicante posterior).
- d) Paciente 1 = cefaleia trigêmino-autônômica; Paciente 2 = lesão de nervo parassimpático (dissecção da artéria comunicante posterior); Paciente 3 = lesão de nervo simpático (siringomielia segmento C8-T2).
- e) Paciente 1 = migrânea com aura; Paciente 2 = lesão de nervo simpático (tumor de tronco encefálico); Paciente 3 = lesão de nervo parassimpático (aneurisma da artéria basilar).

04 - Mulher, 39 anos, iniciou tratamento há 3 meses com topiramato 25 mg com escalonamento até a dose atual de 150 mg via oral/dia. A paciente naquela ocasião foi atendida por neurologista com o diagnóstico de migrânea crônica com aura visual. O exame físico da ocasião demonstrava obesidade grau III. Apresentava hipertensão arterial em uso de candesartana 16 mg/dia e era portadora de depressão há dois anos em uso de fluoxetina. Utiliza anticoncepcional hormonal oral há dois anos e é nulípara. Há quinze dias refere piora acentuada da dor de cabeça em sua intensidade, apresentando refratariedade a todos os medicamentos analgésicos. Em decorrência desses sintomas, procurou serviço de emergência e foi atendida pelo médico plantonista, que realizou um exame de fundo de olho e observou aumento da escavação do nervo óptico. Em decorrência da história e dos achados de fundoscopia, a paciente apresenta:

- a) processo expansivo intracraniano.
- b) hipertensão intracraniana benigna.
- c) hipertensão arterial grave.
- d) glaucoma.
- e) encefalopatia hipertensiva.

05 - Homem, 62 anos, apresenta queixa de fraqueza muscular progressiva de início há 3 meses. Refere perda de peso não intencional há 5 meses (mais de 10 kg). Ao exame neurológico apresenta perda de força muscular grau IV (-) nos quatro membros. A análise de tônus demonstra uma discreta flacidez, com importante atrofia muscular difusa e presença de fasciculações nos quatro membros. Os reflexos profundos estão diminuídos e até ausentes em alguns pontos (patelar ausente bilateral). Ausência de movimentos anormais e motricidade ocular extrínseca preservada. A partir do exposto, qual é o diagnóstico topográfico?

- a) Doença do neurônio motor inferior.
- b) Doença do neurônio motor superior.
- c) Doença de junção neuromuscular.
- d) Miopatia.
- e) Doença de múltiplas raízes nervosas.

06 - Em um pronto-socorro, qual dos critérios abaixo NÃO é considerado como um sinal de alerta (*Red Flag*) no diagnóstico, investigação e tratamento das cefaleias?

- a) Início súbito com pico de intensidade em 60 segundos.
- b) Início após os 50 anos de idade.
- c) Presença de febre.
- d) História de HIV.
- e) Dor, com início após a refeição.

07 - Homem, 56 anos, chega ao pronto-socorro com queixa de dor lombar inferior de início há 7 meses com piora progressiva. Refere que a dor irradia para nádega e região posterior da coxa. Tem, como fatores de piora, andar ou ficar muito tempo em pé. A dor reduz um pouco quando inclina-se para frente. Ao exame, observa-se um aumento da contratura da musculatura paravertebral. Os reflexos estão normais em membros inferiores (patelar e aquileu). Diante dos aspectos clínicos apresentados, qual o mais provável diagnóstico do paciente?

- a) Radiculopatia.
- b) Estenose de canal medular.
- c) Contratura de musculatura paravertebral.
- d) Polineuropatia diabética.
- e) Doença degenerativa osteomuscular.

08 - Homem, 72 anos, chega ao pronto-socorro com uma queixa de cefaleia de fortíssima intensidade, contínua, de início há 8 horas, localizada sobre a região do primeiro ramo do trigêmeo, sem melhora e sem resposta ao uso de analgésicos comuns. Possui uma história de muitos anos com migrânea. Ao exame físico neurológico, observa-se proptose pulsátil, quemose, sopro ocular e evidências de aumento da pressão venosa intraocular (turgência venosa ao fundo de olho). O paciente ainda apresenta uma paralisia completa da motricidade ocular extrínseca do lado direito. Reflexo fotomotor direto ipsilateral ausente. Hipoestesia de primeiro ramo do trigêmeo. Esses achados podem sugerir uma lesão em que topografia?

- a) Fissura orbitária superior.
- b) Seio cavernoso.
- c) Supraquiasmática.
- d) Tronco encefálico.
- e) Aqueduto cerebral.

09 - Mulher, 23 anos, chega ao pronto-socorro com queixa de cefaleia de início há 24 horas. Refere que durante suas crises apresenta ptose palpebral direita associada a lacrimejamento e hiperemia conjuntival. A cefaleia tem intensidade 10 (escala "0" sem dor e "10" pior dor possível). A duração da cefaleia é de 15 a 20 minutos, tendo nesse período aproximadamente 10 crises. Em relação ao quadro clínico, qual é o provável diagnóstico?

- a) Migrânea sem aura.
- b) Cefaleia do tipo tensional.
- c) Hemicrânia paroxística.
- d) Neuralgia do trigêmio.
- e) Cefaleia idiopática em punhaladas.

- 10 - Homem, 27 anos, refere uma cefaleia bitemporal com características compressivas de leve a moderada intensidade, não piora com atividade física, não apresenta náuseas e vômitos e ocasionalmente relata fonofobia e fotofobia. As crises têm duração de 6 horas e ocorrem uma vez a cada dois meses. Com base no exposto, qual é o diagnóstico para esse paciente?**
- Migrânea sem aura.
 - Cefaleia do tipo tensional crônica.
 - Cefaleia em salvas.
 - ▶ d) Cefaleia do tipo tensional episódica.
 - Cefaleia secundária associada a distúrbio miofascial.
- 11 - Mulher, 32 anos, portadora de migrânea episódica frequente sem aura, chega ao pronto-socorro com uma história clínica compatível com esse diagnóstico. A paciente iniciou a crise há 24 horas e não apresentou melhora clínica após o uso de analgésicos simples (paracetamol e cafeína). Ao exame neurológico não há nenhum sinal de localização e o fundo de olho é normal. Observa-se importante presença de alodínia. Qual é a melhor conduta para o caso?**
- Exame de ressonância magnética de crânio.
 - Analgésicos opioides em alta dosagem.
 - Sumatriptana injetável.
 - ▶ d) Anti-inflamatório injetável associado a antiemético.
 - Punção lombar com aferição de pressão de abertura.
- 12 - Paciente masculino, 45 anos de idade, vem a consulta devido à fraqueza progressiva em ambas as mãos com início há 3 meses. Associado, refere dificuldade de deglutição, tendo observado episódios de tosse nas últimas 4 semanas. A fraqueza não piora com o passar do dia. Ele não apresenta sintomas ou sinais sensitivos associados à fraqueza. Função sexual, vesical, intestinal, audição, acuidade visual e equilíbrio não apresentaram alterações. Ao exame clínico, observa-se importante atrofia de musculatura interossea de ambas as mãos, fasciculações em músculo deltoide direito e quadríceps de coxa a esquerda, além de atrofia discreta de musculatura posterior de coxa bilateralmente. Reflexos tendinosos profundos estão exacerbados em membro superior direito e em ambos os membros inferiores. Em relação ao caso apresentado, o principal diagnóstico a ser investigado é:**
- ▶ a) esclerose lateral amiotrófica.
 - mielopatia cervical.
 - miastenia gravis.
 - miopatia inflamatória idiopática.
 - siringomielia.
- 13 - As meningites assépticas caracterizam-se por pleocitose mononuclear no liquor sem a evidência de infecção bacteriana piogênica na coloração de Gram ou na cultura. Entre os principais agentes estão os vírus, sendo que o vírus herpes simples (VHS) representa até 5% de todos os casos. Em mulheres com VHS tipo 2 genital, meningite asséptica ocorre em 36% das pacientes. Com base nessas informações, é correto afirmar:**
- As características clínicas da meningite iniciam pelo menos 14 dias após a infecção genital.
 - Complicações neurológicas da meningite ocorrem em menos de 10% dos pacientes.
 - Episódios recorrentes de meningite ocorrem em mais de 50% dos pacientes no primeiro ano.
 - Os episódios recorrentes são sempre precedidos por lesões vesiculares na área de infecção genital prévia.
 - ▶ e) Entre os episódios de recorrência, os achados liquorícos são normais.
- 14 - A respeito dos diferentes tipos de cefaleia, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:**
- () Hemicrania paroxística é responsiva à indometacina.
 () Cefaleia benigna da tosse é responsiva à indometacina.
 () Cefaleia do exercício é responsiva à indometacina.
 () Cefaleia hípica é responsiva à indometacina.
- Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.**
- V – F – V – F.
 - F – F – V – F.
 - V – F – F – V.
 - ▶ d) V – V – V – V.
 - F – V – F – F.
- 15 - A doença de grandes vasos é um dos mais frequentes mecanismos de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi). Em relação à prevenção secundária da estenose/oclusão da artéria carótida interna, é correto afirmar:**
- Endarterectomia é indicada, independentemente do grau de estenose nos pacientes sintomáticos.
 - Tratamento endovascular (*stent*) tem melhores resultados em ensaios clínicos quando comparado à endarterectomia para estenoses acima de 50%.
 - ▶ c) Endarterectomia deve ser indicada nos pacientes com AVCi que apresentam estenoses entre 70 e 99%.
 - Endarterectomia é o tratamento de escolha em oclusões (100%) de pacientes que tiveram AVCi há mais de 6 meses.
 - O tratamento medicamentoso durante 90 dias é a primeira escolha em pacientes com AVCi devido à estenose acima de 70%.

16 - Em relação às síndromes parkinsonianas e sua resposta à levodopa, numere a coluna da direita de acordo com sua correspondência com a coluna da esquerda.

- | | |
|--|---|
| 1. Atrofia de múltiplos sistemas. | () Os sintomas motores apresentam boa resposta. |
| 2. Paralisia supranuclear progressiva. | () Boa resposta inicial ocorre em 20% dos pacientes. |
| 3. Parkinsonismo vascular. | () A resposta é pobre. |
| 4. Demência com corpos de Lewy. | () A resposta é rara, porém pode ocorrer na rigidez e na bradicinesia. |

Assinale a alternativa que apresenta a numeração correta da coluna da direita, de cima para baixo.

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

17 - Fibras vermelhas rasgadas (*ragged red fibers*) é um achado na biópsia de músculo por histoquímica em:

- a) doença de Pompe.
- b) doença de McArdle.
- c) doença de Tarui.
- d) MELAS.
- e) disferlinopatia.

18 - Em relação ao teste de estimulação repetitiva, considere as seguintes afirmativas:

- 1. É o resultado de impulsos nas fibras motoras para as células do gânglio sensitivo.
- 2. Pode ser obtido estimulando-se nervos de membros superiores, membros inferiores e face.
- 3. Pode estar alterado nas doenças do neurônio motor inferior.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 2 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.

19 - A polirradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante crônica (PIDC), descrita por Austin em 1958, cursa com períodos de recorrência. Em relação à PIDC, considere as seguintes afirmativas:

- 1. Cursa com papiledema e síndrome do pseudotumor cerebral.
- 2. Há aumento de proteínas no líquor.
- 3. Cursa com lúpus, paraproteinemia e linfoma.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2 e 3 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2 e 3 são verdadeiras.

20 - Em relação à esclerose lateral amiotrófica (ELA), identifique as afirmativas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F):

- () A ELA pode apresentar distúrbio esfíncteriano em decorrência da degeneração do núcleo de Onuf da coluna sacral.
- () Estudos neuropsicológicos demonstram que existe um mecanismo comum entre a ELA e a demência fronto-temporal.
- () A ELA com mutação do gene VAPB descrita no Brasil tem início entre os 25-40 anos.
- () A maioria dos casos de ELA é esporádica, somente 5% dos casos têm histórico familiar.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

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

21 - Em relação às mononeuropatias de membros inferiores, identifique as afirmativas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F):

- () A meralgia parestésica é a neuropatia do nervo cutâneo lateral da coxa com origem nas raízes L3-L4 do plexo lombar.
- () A lesão do nervo obturador é comum em pacientes diabéticos, pacientes com poliarterite nodosa e pacientes com carcinoma retroperitoneal.
- () Na lesão de nervo ciático, a porção tibial posterior é a mais comprometida.
- () A causa mais comum de neuropatia femoral é a diabetes mellitus.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

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

22 - As síndromes miastênicas congênitas têm vários aspectos clínicos, eletrofisiológicos e genéticos de importância para o diagnóstico. Em relação ao enunciado acima, numere a coluna da direita de acordo com sua correspondência com a coluna da esquerda.

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1. Acetil colina transferase. | () Síndrome de cinturas. |
| 2. DOK-7. | () Crises de apneia. |
| 3. Síndrome do canal lento. | () Atrofia dorsal antebraço. |
| 4. Deficiência de acetilcolinesterase. | () Sináptica. |

Assinale a alternativa que apresenta a numeração correta da coluna da direita, de cima para baixo.

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

23 - Em relação à distrofia miotônica, numere a coluna da direita de acordo com sua correspondência com a coluna da esquerda.

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Miopatia miotônica proximal (DM2). | () Gene CNBP. |
| 2. Distrofia miotônica (DM1). | () Gene DMPK. |
| | () Início na infância. |
| | () Comprometimento mental. |

Assinale a alternativa que apresenta a numeração correta da coluna da direita, de cima para baixo.

- a) 1 – 2 – 2 – 1.
- b) 1 – 2 – 2 – 2.
- c) 2 – 1 – 1 – 1.
- d) 1 – 2 – 1 – 2.
- e) 2 – 1 – 1 – 2.

24 - Paciente, 35 anos, sexo feminino, há 1 mês com episódio de neurite óptica aguda, foi sugerida hipótese de síndrome clínica isolada, EXCETO pela apresentação RARA:

- a) dor ocular.
- b) idade entre 20-50 anos.
- c) escotoma central e para central.
- d) anormalidades na visão de cores e sombras.
- e) uveíte posterior.

****25 - Paciente do sexo feminino, 40 anos, afrodescendente, história pregressa de miastenia gravis e timectomia há 2 anos. Há 1 ano teve episódio de neurite óptica e, após 6 meses, mielite simétrica. Com base nesses dados, qual seria a melhor hipótese diagnóstica e quais achados de história clínica e exames laboratoriais estariam mais de acordo com esse caso, respectivamente?**

- a) Neuromielite óptica (NMO) – liquor com celularidade de predomínio neutrofílico – banda oligoclonal (BO) positiva.
- b) Esclerose múltipla (EM) – liquor com celularidade maior que 50 células de predomínio linfomonocitário – múltiplos autoanticorpos.
- c) NMO – liquor com celularidade menor que 20 células – predomínio linfomonocitário – doença tireoidiana associada.
- d) EM – liquor com BO presente e celularidade maior que 50 células – história pregressa de timectomia.
- e) EM – liquor com BO ausente e celularidade igual a 20 – história pregressa de timectomia.

**** Questão com resposta alterada.**

26 - A sintomatologia da esclerose múltipla forma remitente recorrente é variável, porém existem sintomas iniciais comuns. Em relação ao enunciado acima, numere a coluna da direita de acordo com sua correspondência com a coluna da esquerda.

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| 1. Marcha atáxica. | () 45%. |
| 2. Neurite óptica. | () 50%. |
| 3. Parestesia em um ou mais membros. | () 20%. |
| 4. Paresia em um ou mais membros. | () 15%. |

Assinale a alternativa que apresenta a numeração correta da coluna da direita, de cima para baixo.

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

27 - Sobre a síndrome hemiconvulsão-hemiplegia (HH), é correto afirmar:

- a) Raramente o déficit motor é permanente.
- b) É caracterizada por crises hemiclônicas prolongadas seguidas por hemiplegia.
- c) Estudos por ressonância magnética são invariavelmente normais.
- d) Descargas epiléticas são invariável e exclusivamente ipsilaterais à hemiplegia.
- e) Crises focais do lobo temporal são raras.

28 - Em relação a síndromes epiléticas, assinale a alternativa correta.

- a) Hamartoma hipotalâmico é o selo patológico de uma condição epilética invariavelmente grave, de curso inexorável e prognóstico extremamente reservado.
- b) A síndrome de Rasmussen acomete principalmente crianças e cursa com deterioração neurológica progressiva, incluindo hemiparesia.
- c) Epilepsia do lobo temporal associada a esclerose hipocampal não é associada à refratariedade ao tratamento clínico.
- d) Nas encefalopatias epiléticas, as características encefalopáticas costumam preceder a epilepsia.
- e) Crises gelásticas são a assinatura clínica da Síndrome de Lennox-Gastaut.

29 - Com relação à epilepsia, considere as seguintes afirmativas:

- 1. Em uma epilepsia do lobo frontal, a atividade epileptiforme tem projeção frontal, mas muitas vezes o registro eletroencefalográfico é normal.
- 2. Nas epilepsias benignas com paroxismos occipitais, as espículas são essencialmente unilaterais, com projeção em O1 ou O2.
- 3. Na epilepsia miclônico-astática existe ritmo típico, com predomínio parietal, conhecido como ritmo de Doose.
- 4. Nas epilepsias rolândicas, os focos epileptogênicos têm projeção máxima em F7, F8, P3, P4.

Assinale a alternativa correta.

- a) Somente a afirmativa 1 é verdadeira.
- b) Somente as afirmativas 1 e 2 são verdadeiras.
- c) Somente as afirmativas 2, 3 e 4 são verdadeiras.
- d) Somente as afirmativas 1 e 3 são verdadeiras.
- e) As afirmativas 1, 2, 3 e 4 são verdadeiras.

30 - Sobre a epilepsia, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

- () A maioria dos pacientes com epilepsia apresenta bom controle medicamentoso.
- () Após uma primeira crise epilética não provocada, a chance de recorrência é estimada em 31-56%.
- () O eletroencefalograma não é útil na determinação do potencial de recorrência de crises epiléticas.
- () O uso de fármacos antiepiléticos após a primeira crise epilética reduz o risco de crises subsequentes e chance de epilepsia posteriormente.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

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

31 - Sobre padrões eletroencefalográficos “benignos” ou “variantes da normalidade”, assinale a alternativa correta.

- a) SREDA são mais comuns em crianças.
- b) *Wicket spikes* são mais comuns em crianças.
- c) Theta rítmico temporal da sonolência é também conhecido como “variante psicomotora”.
- d) As chamadas ponta-onda fantasmas (*phantom spike-wave*) aparecem em surtos de 10 a 20 Hz.
- e) Surtos positivos 14-e 6-Hz são exclusividade da população idosa (acima 65 anos de idade).

32 - A respeito dos tipos de epilepsia e suas respectivas características, numere a coluna da direita de acordo com sua correspondência com a coluna da esquerda.

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| 1. Síndrome de West. | () Theta com acentuação parietal. |
| 2. Síndrome de Lennox-Gastaut. | () Ponta-onda lenta. |
| 3. Síndrome de Doose. | () Assincronia bi-hemisférica. |
| 4. Síndrome de Aicardi. | () Hipsarritmia. |

Assinale a alternativa que apresenta a numeração correta da coluna da direita, de cima para baixo.

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

33 - Sobre o registro eletroencefalográfico (EEG) em casos suspeitos de morte cerebral, é correto afirmar:

- a) O efeito de drogas depressoras do sistema nervoso central é pequeno e desconsiderado na interpretação dos EEGs.
- b) Hipotermia é desejável em função de minimização de artefatos ao EEG.
- c) Exames laboratoriais recentes são essenciais para afastar alterações endócrinas ou metabólicas significativas.
- d) Não há distinção etária significativa na interpretação desses registros, de prematuros extremos a idosos.
- e) Choque cardiovascular deve ser anotado, mas não costuma ser fator de confusão na interpretação desses exames.

34 - Sobre artefatos de registro em eletroencefalografia (EEG), é correto afirmar:

- a) O artefato balistocardiográfico é produzido pelo pulso sistólico, produzindo vibrações do corpo sobre o leito e evidenciado em sensibilidades extremas de registro.
- b) Potenciais miogênicos raramente produzem interferências que prejudiquem a interpretação do EEG.
- c) Para evitar artefatos, a impedância desejada em cada eletrodo individualmente deve ser superior a 20000 ohms.
- d) Artefatos de piscamento facilmente alcançam 20 a 30 Hz.
- e) Em registros em UTIs, cada aparelho conectado ao paciente deve ter um aterramento próprio e independente, em lugar de um aterramento comum a todos os equipamentos.

35 - A respeito dos achados eletroencefalográficos, assinale a alternativa INCORRETA.

- a) O ritmo alfa varia de 8-13 Hz e pode ter amplitude maior sobre o hemisfério direito, em 50% dos pacientes.
- b) Ondas lentas posteriores da juventude são consideradas dentro da normalidade em crianças e adolescentes.
- c) Fusos de sono aparecem em torno da sexta à oitava semana pós-termo.
- d) Labilidade (alentecimento) do registro à hiperventilação voluntária é incomum na faixa etária pediátrica.
- e) A hipersincronia hipnagógica paroxística tem ocorrência máxima entre 4 e 9 anos de idade.

36 - Em relação às doenças neurodegenerativas, identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

- () A doença de Huntington é associada a registro eletroencefalográfico de baixa amplitude (*flat*).
- () A doença de Jakob-Creutzfeldt é associada a complexos bifásicos/trifásicos de periodicidade curta (1 Hz).
- () A doença de Alzheimer pode estar associada a alentecimento da atividade de fundo em fases avançadas.
- () A doença de Parkinson habitualmente cursa com EEGs normais.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

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

O caso abaixo é referência para as questões 37 a 39.

Paciente masculino, 55 anos apresentou há 3 horas quadro súbito de hemiparesia em dimídio direito e afasia logo após alteração da consciência por alguns segundos. Chega ao hospital consciente, persistindo com a alteração de linguagem e o déficit motor.

37 - Na avaliação inicial, o paciente apresenta-se com escala de coma de Glasgow = 11, PA = 158/100 mmHg, FC = 72 bpm, tomografia ASPECT 10. Qual a próxima conduta?

- a) Iniciar trombólise endovenosa.
- b) Encaminhar a serviço de hemodinâmica.
- c) Iniciar sonotrombólise.
- d) Reduzir a pressão arterial para 140/90 mmHg.
- e) Iniciar AAS e clopidogrel.

38 - Após 24 horas, o paciente apresenta recuperação completa dos sintomas, porém a tomografia demonstra área hipodensa em região de artérias lenticuloestriadas com aproximadamente 15 ml. Com essa informação, é correto afirmar que o diagnóstico mais provável é:

- a) AVC hemorrágico hipertensivo.
- b) glioma de baixo grau.
- c) AIT.
- d) doença desmielinizante.
- e) AVC isquêmico.

39 - Após 24 horas, a melhor conduta é:

- a) manter o controle pressórico rigoroso, objetivando PA abaixo de 140/90 mmHg.
- b) realizar ressonância com espectroscopia para caracterização da lesão.
- c) utilizar anticoagulantes com heparina de baixo peso molecular.
- d) utilizar pulsoterapia com metilprednisolona.
- e) administrar AAS 300 mg.

40 - O defeito pupilar relativo aferente também é conhecido como:

- a) pupila miótica isolada.
- b) síndrome de Horner.
- c) pupila de Marcus Gumm.
- d) pupila de Tolosa.
- e) síndrome de Babinski.

41 - Mulher, 65 anos, submetida a implante de prótese de colo do fêmur esquerdo, procura atendimento médico por dor no pós-operatório. Reavaliada pelo cirurgião, é informada que a dor é temporária. No entanto não cede com analgésicos comuns e há aumento da pressão arterial ao uso de AINH. Para manejo dos sintomas, deve-se prescrever:

- a) fentanil transdérmico 25 mcg, um adesivo a cada 3 dias, e carbamazepina 200 mg, via oral, de 8/8 horas.
- b) tramadol 50 mg, via oral, de 8/8 horas, e gabapentina 300 mg, via oral, de 8/8 horas.
- c) codeína 30 mg, via oral, de 12/12 horas, e fluoxetina 20 mg, via oral, pela manhã.
- d) prednisona 20 mg, 2 comprimidos pela manhã em dias alternados, e pregabalina 75 mg, à noite.
- e) fluoxetina 20 mg, via oral, pela manhã, e metadona 5 mg, via oral, de 6/6 horas.

42 - Um homem de 65 anos, portador de diabetes mellitus insulino-dependente, o procura com hipoestesia em bota bilateral e dores em queimação com eventuais paroxismos de dor em choques nos dois pés, mais intensas à noite, interferindo com o sono. Com relação ao caso, deve-se prescrever:

- a) pregabalina 75 mg, via oral, de 12/12 horas, associada a codeína 30 mg, meio a um comprimido, via oral, de 6/6 horas.
- b) duloxetina 30 mg, via oral, à noite, associada a metadona 5 mg, via oral, de 6/6 horas.
- c) carbamazepina 200 mg, via oral, à noite, associada a fentanil transdérmico 25 mcg, um adesivo a cada 3 dias.
- d) prednisona 20 mg, 2 comprimidos pela manhã, em dias alternados, e codeína 30 mg, via oral, à noite.
- e) morfina 10 mg, via oral, de 6/6 horas, associada a trazodona 150 mg/noite.

43 - Uma paciente de 49 anos consulta por dores generalizadas, associadas a fraqueza muscular, iniciadas há 4 anos, após viagem para os Estados Unidos. Tinha história de insônia inicial e terminal, diminuição da volição e cefaleia crônica. Seu exame revelou dores à palpação muscular no tronco e nos membros. Suas provas de atividade inflamatória foram normais, e uma polissonografia mostrou aumento da latência para o sono REM. Com base no quadro, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a medicação, respectivamente.

- a) Provável artrite reumatoide soronegativa associada a transtorno de ansiedade hipoativo – dose baixa de prednisona.
- b) Provável síndrome miálgica após infecção pelo vírus da febre do oeste do nilo associada a síndrome da fadiga crônica – paracetamol e amantadina de 12/12 horas.
- c) Provável fibromialgia associada a depressão com sintomas apático-abúlicos – paracetamol 750 mg de 8/8 horas, gabapentina 300 mg de 8/8 horas e fluoxetina 20 mg/manhã.
- d) Polimialgia reumática soronegativa associada a síndrome da insônia psicofisiológica – metotrexate 2,5 mg 7 cps/semana + ácido fólico 5 mg uma vez por semana e zolpidem 10 mg/noite.
- e) Provável polimiosite soronegativa associada a quadro de depressão reativa – azatioprina 50 mg 4 cps/dia e fluoxetina 20 mg/manhã.

44 - O nistagmo dissociado caracteriza-se por nistagmo que ocorre somente no olho abduzido. Assinale a alternativa que representa a lesão comumente relacionada a esse achado.

- a) Oftalmoplegia internuclear.
- b) Síndrome do oito e meio.
- c) Siringobulbia.
- d) Neurite óptica.
- e) Tumor de ângulo ponto-cerebelar.

45 - Um paciente diabético de 72 anos consulta por dor no dermatomo de T10 à direita. Refere que meses antes teve diagnóstico de herpes zoster naquela localização. Vem fazendo uso de paracetamol 500 mg de 6/6 horas associado a codeína 30 mg de 6/6 horas, os quais reduziram sua dor de 10/10 pontos para 7/10 pontos, porém ainda apresenta baixa qualidade de vida e a dor interfere com o seu sono. Com base no quadro, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a medicação, respectivamente.

- a) Dor complexa regional tipo II – substituição da analgesia por oxicodona 30 mg, de 12/12 horas, associada a trazodona 50 mg/noite para melhorar o padrão de sono.
- b) Dor complexa regional tipo II – manutenção da medicação associada ao ácido valproico para efeito estabilizador de membrana, assim como pomada de capsaicina 5% após o banho.
- c) Nevralgia pós-herpética – manutenção do paracetamol, substituição da codeína pela morfina 10 mg, de 12/12 horas para a analgesia, topiramato 100 mg de 12/12 horas pelo efeito sedativo.
- d) Nevralgia pós-herpética – substituição do paracetamol e da codeína por metadona 30 mg/manhã associada ao adesivo de lidocaína 5% 24 horas/dia.
- e) Nevralgia pós-herpética – aumento da dose da codeína gradativamente até 60 mg, de 4/4 horas, pregabalina 75 mg de 12/12 horas, patch de lidocaína 5%.

46 - Paciente com 56 anos com dor abdominal de forte intensidade, em faixa, acompanhada de náuseas e vômitos. Foi submetido a tratamento cirúrgico devido a neoplasia de pâncreas e em tratamento quimioterápico. Faz uso de ondasetrona 8 mg, de 8/8 horas, morfina 10 mg, de 8/8 horas, e dipirona 500 mg, conforme a necessidade. Permanece com dor contínua e períodos de exacerbação da dor. Apresenta-se com depressão e dificuldades de sono. Com base no quadro descrito, a conduta adequada é:

- a) substituição da morfina por codeína 30 mg, de 12/12 horas, e associação de fluoxetina 20 mg/manhã.
- b) substituição da morfina por metadona 5 mg/manhã, associação de carbamazepina 200 mg, de 8/8 horas, e aumento da dose de dipirona para 500 mg 2 comprimidos, conforme a necessidade.
- c) manutenção do tratamento com associação de adesivo abdominal de lidocaína 5% e bupropiona de liberação prolongada, 150 mg/manhã.
- d) prescrição de duloxetina 30 mg/manhã em doses crescentes até 90 mg/manhã, ajuste da morfina para 10 mg de 4/4 horas e da dipirona para 500 mg, de 8/8 horas.
- e) manutenção da morfina, substituição da dipirona por oxicodona 30 mg, de 8/8 horas, e introdução de acupuntura três dias por semana.

O caso abaixo é referência para as questões 47 a 49.

Paciente feminina, 25 anos, refere que há 2 meses iniciou com episódios de “cabeça pesada”, “falta de ar”, “cansaço” e “formigamento nas mãos” quando levanta. Nesse mesmo período, tem tido maiores dificuldades para realizar atividade física. Nega perda da consciência nos episódios. Os exames clínico e neurológico estão dentro da normalidade. A tabela abaixo demonstra os dados vitais em diferentes posições:

	PA (mmHg)	FC (bpm)	FR (ipm)	SpO ₂ (%)
Deitada	122/78	88	12	98
Sentada	120/78	99	12	97
Em pé	118/72	121	16	98

47 - Qual é o provável diagnóstico da paciente?

- a) Síncope de causa cardiogênica.
- b) Hipotensão ortostática idiopática.
- c) Disautonomia pós-viral.
- d) Intoxicação crônica por cocaína.
- e) Síndrome da taquicardia ortostática postural.

48 - Qual é o possível mecanismo fisiopatológico da doença apresentada?

- a) Aumento da liberação de epinefrina miocárdica de nervos simpáticos cardíacos saudáveis.
- b) Redução da liberação colinérgica de nervos parassimpáticos cardíacos saudáveis.
- c) Lesão viral do nervo vago.
- d) Inibição do estímulo vagal irreversível pela cocaína.
- e) Disfunção dos barorreceptores carotídeos.

49 - Qual é o primeiro exame a ser realizado para confirmação diagnóstica?

- a) Ecodoppler de carótida com manobra de compressão em bulbo carotídeo.
- b) Eletroencefalografia de fibra única.
- c) Teste de *Tilt Table*.
- d) Holter de 24 horas.
- e) Dosagem urinária de cocaína.

50 - Em relação à síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (SGSS), identifique como verdadeiras (V) ou falsas (F) as seguintes afirmativas:

- () É uma doença autossômica dominante.
- () Entre as principais manifestações clínicas, incluem-se ataxia, nistagmo e disartria.
- () O estudo por ressonância magnética de crânio apresenta hipointensidade cortical de predomínio parietal (lobo parietal superior), assimétrico.
- () Ocorre após acidente vascular cerebral isquêmico em região parietal do hemisfério dominante.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta, de cima para baixo.

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