



CONCURSO PÚBLICO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO NEUROCIRURGIA

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Língua Portuguesa	de 01 a 10
SUS	de 11 a 20
Específico do cargo / Especialidade médica a que concorre	de 21 a 60

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no **CARTÃO-RESPOSTA**, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

*“Infelicidade é uma questão de prefixo”*

5. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no **CARTÃO-RESPOSTA**.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

## LÍNGUA PORTUGUESA

## A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
  - (A) inelutável
  - (B) incoercível
  - (C) insofismável
  - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
  - (A) absorver
  - (B) restringir
  - (C) demarcar
  - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
  - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
  - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
  - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
  - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
  - (A) rigor e flexibilidade
  - (B) frugalidade e obstinação
  - (C) comedimento e sobriedade
  - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
  - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
  - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
  - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
  - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. “Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.” (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. “Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. “A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais.” (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) “Achei que estava bem na foto.” (1º parágrafo)
- (B) “O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção...” (3º parágrafo)
- (C) “...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo)
- (D) “... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.” (5º parágrafo)
10. “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu...” (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

## SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7 %
- (B) 12 %
- (C) 15 %
- (D) 22 %
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo atualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
  - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
  - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
  - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas trimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
  - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
  - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
  - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
  - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
  - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
  - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
  - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
  - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
  - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
  - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
  - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
  - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
  - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
  - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
  - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

## NEUROCIRURGIA

21. A artéria envolvida na fisiopatologia da neuralgia do trigêmeo é:
- cerebelar superior
  - coróideia posterior
  - comunicante posterior
  - cerebelar anterior e inferior

22. A colocação de espirais (endovascular) é preferível à clipagem cirúrgica do aneurisma no caso de:
- colo aneurismático amplo
  - aneurisma de circulação posterior
  - aneurisma na bifurcação da artéria cerebral média
  - aneurisma pequeno – com diâmetros menores que 1,5 a 2 mm
23. O exame não invasivo mais indicado para estudo de aneurismas cerebrais não rotos é a:
- angiogramografia
  - angiorressonância
  - ressonância magnética
  - tomografia computadorizada
24. Dentre as síndromes associadas a tumores cerebrais, a síndrome de von Hippel Lindau está associada a:
- lipomas
  - meningiomas
  - meduloblastomas
  - hemangioblastomas
25. A respeito dos meningiomas, é correto afirmar que:
- ocorrem mais comumente no sexo masculino
  - na maioria dos casos, surgem com múltiplos tumores
  - possuem alta capacidade proliferativa e alto poder invasivo
  - podem acompanhar síndromes hereditárias, tais como neurofibromatose tipo 2, síndrome de Li-Fraumeni e síndromes neoplásicas múltiplas
26. Dentre todos os gliomas cerebelares infantis, o que ocorre mais comumente é o:
- glioma maligno
  - astrocitoma fibrilar
  - astrocitoma pilocítico
  - astrocitoma gemistocítico
27. Para o tratamento quimioterápico de oligodendrogliomas anaplásicos ou oligodendrogliomas anaplásicos recidivados, o alquilante oral utilizado em conjunto PCV (procarbazona, lomustina e vincristina) é:
- cisplatina
  - infiximabe
  - metotrexato
  - temozolomida
28. O tumor vascular de órbita que ocorre mais frequentemente no adulto é o:
- retinoblastoma
  - hemangioblastoma
  - melanoma conjuntival
  - hemangioma cavernoso
29. A meningite bacteriana que pode ocorrer pós-craniotomias usualmente é ocasionada por:
- Streptococcus pneumoniae*
  - Haemophilus influenzae*
  - Staphylococcus aureus*
  - Klebsiella spp.*
30. Dentre as neoplasias pediátricas infratentoriais, a que possui maior incidência de calcificação é:
- astrocitoma
  - ependimoma
  - meduloblastoma
  - papiloma de plexo coroide
31. Uma MAV no córtex do polo frontal direito cujo *nidus* mede 2 cm e tem drenagem superficial é classificada, na escala de Spetzler-Martin, com número de pontos igual a:
- 1
  - 2
  - 3
  - 4
32. A respeito da irrigação arterial da medula espinhal, pode-se afirmar:
- a região torácica média é ricamente vascularizada
  - a artéria espinhal anterior é formada mais cranialmente pelas artérias vertebrais
  - a artéria de Adamkiewicz localiza-se no lado direito em 80% dos casos e supre a medula espinhal desde aproximadamente T8 até o cone
  - os segmentos cervicais mais inferiores recebem suprimento da artéria cervical transversa
33. No que diz respeito às condutas neurocirúrgicas em AVCs isquêmicos, é correto afirmar que:
- a hemirraniectomia (craniotomia descompressiva) está indicada nos infartos malignos de artéria cerebral média e carótidas internas, no intervalo de 2 a 4 dias, no hemisfério não dominante, nos pacientes com menos de 70 anos de idade, que apresentam deterioração neurológica
  - no infarto maligno no território da artéria cerebral média, os tratamentos conservadores, como hiperventilação, manitol ou coma barbitúrico, demonstraram melhora na sobrevida
  - a craniectomia suboccipital não se mostrou eficaz nos pacientes em coma profundo com infartos cerebelares e compressão do tronco cerebral
  - nos infartos cerebelares que evoluem com compressão do tronco cerebral, a DVE isolada é boa opção
34. O quadro de AVC isquêmico talâmico bilateral e mesencefálico rostral é resultante da oclusão da artéria:
- basilar
  - de Percheron
  - comunicante anterior
  - comunicante posterior
35. Os tumores metastáticos em coluna vertebral de caráter osteoblásticos podem ser oriundos de:
- linfoma
  - mieloma múltiplo
  - câncer de pulmão
  - câncer de próstata
36. Paciente jovem com cervicalgia crônica e rigidez cervical. Raio X de coluna cervical revela padrão de cera de vela. O quadro está compatível com:
- ossificação do ligamento longitudinal anterior (OLLA)
  - mielopatia espondilótica cervical
  - espondilite anquilosante
  - hérnia discal cervical
37. A respeito dos tumores epidurais primários de coluna vertebral, pode-se afirmar:
- as lesões do plasmocitoma apresentam na radiografia convencional o padrão de noz moscada
  - os hemangiomas são os tumores espinhais benignos mais comuns, e o sarcoma de Ewing, os malignos mais comuns em adultos
  - 10% dos tumores que acometem a coluna vertebral são tumores epidurais primários, mais frequentes em mulheres do que em homens
  - entre as crianças, o granuloma eosinofílico e o osteossarcoma são, respectivamente, os tumores benignos e malignos mais comuns

38. Paciente de 30 anos de idade com quadro de incontinência urinária desde a infância, evoluindo com paraparesia flácida, acompanhada de hipoestesia tátil, térmica e dolorosa em MMII com úlcera crônica nos pés. A ressonância de coluna lombar revelou lipoma intrarraquidiano e síndrome de medula ancorada. Durante a cirurgia, o lipoma se apresentou com plano de clivagem ruim. A melhor conduta, nesse caso, é:
- (A) laminectomia + duroplastia + ressecção do filum terminal  
 (B) laminectomia + ressecção total do lipoma + ressecção do filum terminal  
 (C) laminectomia + ressecção parcial do lipoma + ressecção do filum terminal  
 (D) laminectomia + ressecção total do lipoma + instrumentação posterior para artrodese
39. Com referência ao tratamento nas fraturas de Atlas (C1), pode-se afirmar:
- (A) se a regra de Spence é maior ou igual a 7mm, a lesão é estável  
 (B) a integridade do ligamento transverso de Atlas é crítica para a decisão cirúrgica  
 (C) a lesão neurológica é frequente devido ao pequeno espaço disponível para a medula  
 (D) órtese cervical rígida ou halo vest por 3 meses é indicada se o ligamento transverso do Atlas estiver incompetente
40. Criança de 3 anos de idade é trazida à emergência após queda da própria altura. RX de crânio em incidência lateral revela lesão circular lítica homogênea parietal sem margens escleróticas. O diagnóstico, mais provável, é:
- (A) fratura  
 (B) epidermoide  
 (C) hemangioblastoma  
 (D) granuloma eosinofílico
41. Fraqueza na mão, ausência de perda sensitiva e "sinal de pinça" positivo, caracterizam:
- (A) síndrome do nervo ulnar  
 (B) síndrome do túnel do carpo  
 (C) síndrome do interósseo anterior  
 (D) síndrome do interósseo posterior
42. Mulher de 23 anos de idade, no D1 pós-parto, foi admitida com quadro de petéquias, púrpura e sangramento mucocutâneo. TC de crânio revelou AVE hemorrágico em núcleos da base. A respeito desse caso, é correto afirmar:
- (A) trombocitose é comum  
 (B) pode haver trombocitopenia  
 (C) produtos da degradação de fibrina estão diminuídos  
 (D) os mecanismos pró-trombóticos estão desativados no organismo
43. A causa mais comum de sangramento pós-operatório hereditário é:
- (A) hemofilia A  
 (B) hemofilia B  
 (C) doença de von Willebrand  
 (D) doença do Fator de Leiden
44. O padrão ventilatório preferido em pacientes não paralisados com disfunção do sistema nervoso central é a ventilação:
- (A) assistida controlada  
 (B) mandatória contínua  
 (C) com suporte pressórico  
 (D) mandatória intermitente sincronizada (SIMV)
45. No que se refere à anatomia da artéria carótida interna, no segmento cavernoso, é correto afirmar que:
- (A) a artéria hipofisária inferior passa lateralmente à cápsula pituitária posterior  
 (B) a artéria hipofisária superior é mais comumente um ramo do tronco meningo-hipofisário  
 (C) a artéria tentorial (Bernascone e Cassinari) é o ramo mais constante do tronco meningo-hipofisário  
 (D) a artéria trigeminal persistente pode se originar no segmento horizontal do segmento cavernoso da artéria carótida interna e se unir à artéria basilar acima das artérias cerebelares superiores
46. No que se refere ao hematoma epidural, é correto afirmar:
- (A) a TC de crânio apresenta, mais frequentemente, lesão uniconvexa (em forma crescente) de alta densidade  
 (B) o tratamento cirúrgico é o mais indicado na maioria dos casos e a craniotomia é mais eficaz que orifícios de trepanação  
 (C) o fenômeno de Kernohan é um falso sinal de localização, que resulta em hemiparesia contralateral à lesão  
 (D) a apresentação com perda de consciência pós-traumática leve seguida de intervalo de lucidez por várias horas e queda do nível de consciência, hemiparesia e anisocoria é frequente (acima de 60% dos casos)
47. A respeito do pé caído, é correto afirmar:
- (A) pode resultar de lesão do nervo fibular superficial  
 (B) nos casos de radiculopatia, a causa mais comum é a hérnia discal pósterolateral L3-L4  
 (C) as lesões do nervo fibular profundo resultam em pé caído com perda sensorial na face lateral do pé e ífero-lateral da perna  
 (D) as lesões parassagitais na faixa motora resultam em "pé caído espástico" com sinal de Babinski ou reflexo aquiliano hiperativo com quadro indolor
48. A respeito dos hematomas subdurais agudos, é correto afirmar:
- (A) têm aparência clássica de biconvexidade sobre a convexidade do crânio  
 (B) nos casos em que houver indicação de cirurgia, a utilização de orifícios de trepanação é ótima opção  
 (C) os mecanismos de lesão, como nos acidentes de motocicleta com e sem capacete, não influenciam na mortalidade  
 (D) os que se apresentarem com espessura maior que 10mm ou deslocamentos da linha média maior que 5mm devem ser evacuados independentemente da ECG (escala de coma de Glasgow)
49. A respeito dos pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e das manifestações no sistema nervoso central (SNC), é correto afirmar:
- (A) as lesões focais cerebrais são, em ordem de frequência, toxoplasmose, linfoma primário do SNC, leucoencefalopatia multifocal progressiva e abscesso criptocócico  
 (B) a leucoencefalopatia multifocal progressiva é causada pelo vírus JC e afeta, em geral, o córtex cerebral e a substância branca, sem distinção  
 (C) a neurocriptococose se manifesta, mais frequentemente, sob a forma de lesão com captação anular  
 (D) na neurotoxoplasmose, a contagem de CD4, em geral, é inferior a 400 células/mm<sup>3</sup>

50. Podem ser candidatos a cirurgia para tumor cerebral compatível com glioblastomas multiformes (GBM) os pacientes:
- idosos
  - com gliomas multicêntricos
  - com GBM extenso no lobo dominante
  - com pontuação de Karnofsky maior que 70
51. Para o diagnóstico de invaginação basilar, são utilizadas linhas no crânio que estabelecem relações com o processo odontoide. A linha que liga o opístio ao palato duro se chama:
- Mc Rae
  - Chamberlain
  - Wackenheim
  - Digástrica de Fichgold
52. O principal núcleo do tronco cerebral relacionado à aferência visceral é o:
- locus ceruleus
  - núcleo ambíguo
  - núcleo magno da rafe
  - núcleo do trato solitário
53. O limite anteromedial do triângulo de Kawase é formado pela seguinte estrutura anatômica:
- nervo trigêmio
  - nervo oculomotor
  - canal auditivo interno
  - nervo petroso superficial maior
54. Com referência ao equilíbrio sagital e à curvatura da coluna, pode-se afirmar:
- a cifose torácica fisiologicamente aumenta com a idade e pode variar de 20 a 50 graus no ângulo de Cobb
  - tem como parâmetros uma linha de prumo que passa desde o corpo vertebral de C6 descende verticalmente e para por dentro do espaço discal L5-S1
  - a correção cirúrgica para aumentar a lordose lombar pode ser atingida com laminectomias consecutivas e técnicas de fusão posteriores
  - nos pacientes com cifose lombar degenerativa, as técnicas de fusão e osteotomias estão sempre indicadas para a recuperação do equilíbrio sagital
55. Paciente de 52 anos de idade, com história de dor craniocervical há 1 ano progressiva, evoluindo com fraqueza em MSD, MID, MIE e MSE (nessa ordem cronológica) e incontinência urinária. Ao exame neurológico, apresenta tetraparesia espástica. A respeito do diagnóstico diferencial, o mais provável, é:
- esclerose múltipla
  - tumor do forame magno
  - tumor do ângulo ponto cerebelar
  - mielopatia espondilótica cervical
56. Paciente trazido à emergência após crise convulsiva generalizada. Apresenta história de retardo mental e, ao exame físico, apresenta "adenomas" em face, na forma de asa de borboleta, manchas hipomelanóticas, TC de crânio revelou calcificações subependimárias nos ventrículos laterais. Ao fundo de olho, apresenta máculas retinianas acrômicas. Quanto ao diagnóstico, pode-se afirmar:
- a doença é autonômica recessiva
  - a síndrome está associada ao Schwannoma do acústico bilateral
  - a síndrome está associada à incidência do astrocitoma de células gigantes
  - classicamente encontramos um hemangioma facial com coloração vinho do porto no território de V1
57. Paciente de 42 anos de idade com quadro súbito de cefaleia, diplopia, vertigem, vômitos e soluços há 6 horas. Ao exame neurológico, apresenta síndrome de Horner à direita, ataxia em MSD, dormência em MSD e MID, hipoestesia termoalgésica em dimídio esquerdo. A TC de crânio foi normal. A respeito do diagnóstico e/ou tratamento desse quadro, pode-se afirmar:
- o tratamento padrão-ouro é a plasmaférese
  - a punção liquórica com pesquisa de bandas oligoclonais confirma o diagnóstico
  - o estudo vascular é necessário para descartar dissecação da artéria vertebral direita
  - a RNM cerebral com difusão irá confirmar AVC isquêmico no território da artéria cerebelar ântero-inferior
58. No que se refere ao diagnóstico de morte cerebral, pode-se afirmar:
- são necessárias 12 horas de observação se uma doença for irreversível e não for utilizado nenhum teste clínico confirmatório
  - são necessárias 6 horas de observação se uma doença for irreversível e não for utilizado nenhum teste clínico confirmatório
  - são necessárias 12 horas de observação se uma doença for irreversível e for utilizado um teste clínico confirmatório
  - a angiografia cerebral é o teste confirmatório mais rotineiro para o diagnóstico de morte cerebral
59. Paciente de 23 anos de idade, previamente hígido, com quadro de dorsalgia intensa e febre há 4 dias, evolui com fraqueza em MMII e incontinência urinária. Ao exame neurológico, apresenta paraparesia espástica, dor à percussão dorsal e sinal de Kernig positivo. O diagnóstico, mais provável, é:
- meningite
  - mielite transversa
  - abscesso epidural espinal
  - paraparesia espástica tropical
60. Paciente de 60 anos de idade, com cirurgia de DVP há 1 ano e com válvula de média pressão para hidrocefalia pós AVE hemorrágico, vem evoluindo com hematoma subdural crônico bifrontoparietal com quadro de cefaleia e tetraparesia progressiva há 1 mês. A melhor conduta, nesse caso, é:
- craniotomia bilateral e drenagem dos hematomas
  - orifícios de trepanação e drenagem dos hematomas
  - revisão da DVP com troca da válvula para alta pressão e drenagem dos hematomas
  - revisão da DVP com troca da válvula para baixa pressão e drenagem dos hematomas