



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO NEUROLOGIA

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 anualizar 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 quadrimestral 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

NEUROLOGIA

21. A perda da consciência, causada por insuficiência da circulação cerebral posterior, é resultado de isquemia transitória do trato córtico-espinal ou da formação reticular paramediana. Os sinais e sintomas frequentemente associados à insuficiência vertebro-basilar são:
- vertigem, diplopia e ataxia
 - afasia, hemiparesia e hemi-hipoestesia
 - disartria, paraparesia crural e retenção urinária
 - amaurose fugaz, hemicnegligência e hemiparesia

Com base no quadro clínico, abaixo, responda às questões 22 e 23.

Paciente masculino, 38 anos de idade, queixa-se de dor em pontada de forte intensidade, em região retro orbitária à direita, com duração de aproximadamente 30 minutos, que o despertou durante a madrugada. Refere, também, lacrimejamento e congestão nasal ipsilateral. Apresentou um episódio semelhante, há 6 meses.

22. O diagnóstico é cefaleia:
- hipnica
 - sentinela
 - em salvas
 - tipo tensional episódica
23. O manejo sintomático, na fase aguda, é:
- profenid 100mg, 12/12h
 - amitriptilina 25mg, ao dia
 - paracetamol 750mg, 8/8h
 - oxigenoterapia 100% O₂ 12 a 15L/min, por 15 a 20 min
24. Paciente masculino, 69 anos de idade, apresenta distúrbio de marcha e quedas, há 6 meses, evoluindo com rigidez axial simétrica e estado rígido-acinético. Ao exame, nota-se discreta retrocollis cervical e sinal do procerus. O diagnóstico é:
- demência por corpúsculo de Lewy
 - paralisia supranuclear progressiva
 - degeneração corticobasal
 - doença de Parkinson
25. Paciente masculino, 23 anos de idade, apresenta tremor postural e cinético, movimentos distônicos em membro superior direito, ataxia, associada a mudanças comportamentais e de humor, além de psicose persecutória. Exame de luz de fenda evidencia alterações pigmentadas localizadas na membrana de Descemet, principalmente, na região perilábica da córnea (Anel de Kayser-Fleischer). O diagnóstico é doença de:
- Wilson
 - Fabry
 - Lyme
 - Devic
26. Paciente, 68 anos de idade, hipertenso, diabético e dislipidêmico, apresenta instalação aguda de paraplegia arreflexa e hipotônica, associada à anestesia dolorosa e térmica, com nível sensitivo em T6, sensibilidade vibratória e propriocepção preservada. Retenção urinária e fecal. O diagnóstico é:
- síndrome cordonal posterior
 - síndrome de Brown-Séquard
 - síndrome da artéria espinhal anterior
 - mielopatia por carência de cianocobalamina
27. Miastenia gravis é uma desordem que afeta a transmissão neuromuscular caracterizada por fraqueza muscular flutuante. Em aproximadamente 80-85% dos pacientes, encontra-se o anticorpo anti-acetilcolina circulante. Na miastenia gravis não timomatoso e anti-AChR negativo, o anticorpo a ser pesquisado é o:
- anti-La
 - anti-Ro
 - anti-MuSK
 - anti-NMDA

28. Paciente masculino, 58 anos de idade, portador de neoplasia gástrica e ressecção extensa, permaneceu internado por longa data, devido a complicações infecciosas pós-operatórias, com necessidade de nutrição parenteral prolongada. Apresenta início súbito de confusão mental, nistagmo horizontal nas miradas laterais, paralisia do reto lateral à direita e ataxia apendicular. Ressonância de crânio evidencia alteração de sinal em FLAIR, distribuída simetricamente em região periaquedutal, sem restrição à difusão e sem captação de contraste. O diagnóstico é:
- esclerose múltipla
 - síndrome de Korsakoff
 - atrofia espino-cerebelar
 - encefalopatia de Wernicke
29. Síndrome de Hakim-Adams é usada para descrever a hidrocefalia comunicante crônica do adulto. A tríade de sintomas encontrada é:
- apraxia de marcha, alexia e agrafia
 - ataxia de marcha, déficit cognitivo e agrafia
 - apraxia de marcha, déficit cognitivo e alexia
 - apraxia de marcha, déficit cognitivo e incontinência urinária
30. Paciente de 35 anos de idade, sem comorbidades ou queixas prévias, apresenta cefaleia holocraniana de moderada intensidade, contínua, opressiva, com início, há 5 semanas. Relata turvação visual bilateral de início recente, além de sudorese profusa, vespertina. Tomografia de crânio sem contraste não evidencia alterações. Exame de líquido demonstra pressão inicial 32 cmH₂O, 284 células com predomínio de mononucleares, glicose 32 mg/dL e proteína 86 mg/dL. O diagnóstico é:
- meningite tuberculosa
 - cefaleia crônica diária
 - cefaleia tipo tensional
 - meningite bacteriana
31. Paciente, 25 anos de idade, apresenta crise convulsiva tônico-clônica generalizada, após acidente automobilístico, e TCE moderado com concussão hemorrágica frontal medindo 0,9 cm x 1,3 cm. Na emergência, foi administrado diazepam endovenoso e fenitoína bolus e manutenção. Mantendo nível de consciência embotado, foi necessária intubação orotraqueal para proteção de vias aéreas. Após extubação, paciente apresenta nistagmo, tremor de extremidades e ataxia de marcha. A medida apropriada é:
- associar frísium
 - associar fenobarbital
 - reduzir a dosagem da fenitoína
 - aumentar a dosagem da fenitoína
32. Paciente, de 20 anos de idade, despertou com queda do punho da mão direita e paresia na extensão dos dedos. Foi lesionado o nervo:
- ulnar
 - radial
 - mediano
 - musculocutâneo
33. Paciente feminina, 38 anos de idade, em pós-operatório recente de macroadenoma hipofisário, evoluindo com fadiga, mal estar e confusão mental. Exames realizados, no setor de emergência: Hto 29%, leucograma com 4862 células e 2% de bastões, K 4,6 mEq/L, Na 120 mEq/L, ureia 32 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL. O diagnóstico é:
- desidratação
 - edema cerebral
 - meningite bacteriana
 - secreção inapropriada do hormônio antidiurético

34. Paciente masculino, 28 anos de idade, queixando-se de dificuldade para correr e caminhar, com início há aproximadamente 4 anos e com piora progressiva. À ectoscopia, apresenta amiotrofia em pernas, com predomínio na musculatura intrínseca dos pés e do músculo tibial anterior e possui, também, pés cavus. Reflexos profundos ausentes em membros inferiores. Sensibilidade vibratória e tato diminuídos. Mãe apresenta dificuldade de marcha e paresia dos membros superiores, com necessidade de cadeira de rodas, associada a deformidades importantes nos pés. O diagnóstico é:
- (A) doença de Refsum
(B) doença de Tangier
(C) síndrome de Guillain-Barré
(D) doença de Charcot-Marie-Tooth
35. Paciente masculino, 16 anos de idade, após libação alcoólica e privação de sono na noite anterior, desperta com episódios de abalos rápidos, semelhantes a choques nos membros superiores, sem alteração da consciência. Devido a isso, joga objetos no chão. Um dia evoluiu com crise tônico-clônica generalizada, pela manhã, após os episódios mioclônicos. O tratamento de escolha é:
- (A) fenitoína
(B) ácido valproílico
(C) carbamazepina
(D) oxcarbazepina
36. O eletroencefalograma que evidencia complexos de espículas-onda generalizados, ritmados a $>2,5\text{Hz}$, tipicamente 3-4,5Hz, com duração maior ou igual a 3 segundos, é característico das seguintes crises:
- (A) mioclônica
(B) ausência típica
(C) ausência mioclônica
(D) tônico-clônica generalizada
37. Paciente, de 28 anos de idade, proveniente da Bahia, dá entrada num posto de saúde com quadro de afasia súbita, associada à convulsão, durante o trabalho. Apresenta história prévia de deterioração progressiva do estado cognitivo, com comprometimento de linguagem e crises convulsivas, sendo que o primeiro episódio ocorreu há cerca de 4 semanas. Foi realizada tomografia de crânio, que evidenciou presença de calcificações múltiplas. De acordo com o achado, esse quadro é mais compatível com:
- (A) neurocisticercose
(B) meningioma
(C) infecção bacteriana
(D) infecção tuberculosa
38. Na síndrome das pernas inquietas, pode-se observar, **EXCETO**:
- (A) movimento incontrolável das pernas, que melhora com o repouso e piora com o movimento
(B) presença de tremores posturais em membros superiores
(C) carências nutricionais, como deficiência de ferro
(D) tratamento com agentes dopaminérgicos
39. Paciente de 27 anos de idade, puerpéra, sem intercorrências durante gestação ou parto, sem comorbidades conhecidas, apresenta, há uma semana, cefaleia holocraniana de forte intensidade pulsátil, associada à agitação e turvação visual. Na tomografia de crânio, observa-se área irregular de não opacificação, pelo meio de contraste em seio sigmoide à direita. Exame de líquido com pressão inicial $49\text{ cmH}_2\text{O}$, pressão final $20\text{ cmH}_2\text{O}$, límpido e incolor, 3 leucócitos (presença de linfócitos e monócitos), 0 hemácias, proteína 20 mg/dL e glicose 64 mg/dL . O diagnóstico é:
- (A) AVE isquêmico
(B) psicose puerperal
(C) AVE hemorrágico
(D) trombose venosa cerebral
40. Paciente masculino, 42 anos de idade, previamente hígido, foi submetido à ressecção de meningioma. Sem intercorrências clínicas no pós-operatório. Embora apresentasse um QI verbal de 120 e testes neuropsicológicos normais, o comportamento, o juízo crítico e as interações sociais do paciente foram alterados para sempre. Precisava de duas horas para se arrumar para o trabalho, decisões de pequena monta eram examinadas “ad infinitum” e colecionava artigos fora de validade e inúteis. Foi afetado, após o procedimento cirúrgico, o lobo:
- (A) frontal
(B) parietal
(C) temporal
(D) occipital
41. Craniossinostose ou cranioestenose, também chamada estenose crânio facial é uma anomalia decorrente da fusão prematura das suturas cranianas. A escafocefalia ocorre pelo:
- (A) fechamento da sutura metópica
(B) fechamento das duas suturas coronais
(C) fechamento da sutura sagital, isoladamente
(D) fusão unilateral prematura das suturas lambdoides
42. Estão listadas, abaixo, características do sinal de Lhermitte, **EXCETO**:
- (A) ocorre na esclerose múltipla
(B) é desencadeada pelo ato de fletir a cabeça
(C) está frequentemente associado ao tremor essencial
(D) é um fenômeno caracterizado por sensação de choque elétrico que ocorre na coluna cervical e torácica até os membros
43. Paciente feminina, de 62 anos de idade, foi encaminhada de um hospital de atendimento primário com história de rebaixamento súbito do nível da consciência. Ao exame de entrada, apresenta-se do ponto de vista clínico, hipertensão arterial, níveis oscilando entre $180 \times 110\text{ mmHg}$ e $160 \times 100\text{ mmHg}$, ausculta cardíaca sem sopros, rítmica e hipofonética. A topografia, mais comum, de acidentes vasculares hemorrágicos intraparenquimatosos de etiologia hipertensiva, é a região:
- (A) cerebelar
(B) do lobo frontal
(C) do lobo parietal
(D) talâmica e gânglios da base
44. Um mulher, de 50 anos de idade, deu entrada na emergência com mialgia generalizada com 48 horas de evolução, cefaleia holocraniana intensa, náuseas, vômitos, febre alta, tontura e leve dispnéia. Diante da hipótese de meningite bacteriana em adultos, o agente etiológico, mais comum, é:
- (A) *Staphylococcus aureus*
(B) *Listeria monocytogenes*
(C) *Streptococcus pneumoniae*
(D) *Haemophilus influenzae* tipo B
45. As crises de ausência podem ser identificadas quando há perda súbita da consciência e olhar vago, durante cerca de 10 a 30 segundos. São mais comuns em crianças do que em adultos, causadas pela atividade anormal no cérebro e podem ser controladas com medicamentos antiepiléticos. O medicamento de primeira escolha no tratamento da crise, tipo ausência, é:
- (A) fenitoína
(B) fenobarbital
(C) carbamazepina
(D) valproato de sódio

46. Paciente masculino, branco, 20 anos de idade, nasceu bem e teve desenvolvimento psicomotor normal, até a idade de 2 anos. Nessa ocasião, apresentou crise convulsiva. Alguns meses após, teve nova crise e passou a ser medicado com difenil-hidantoína. Dentre os efeitos colaterais esperados da terapêutica, incluem os seguintes, **EXCETO**:
- ataxia
 - diplopia
 - síndrome de Willians
 - síndrome de Stevens-Johnson
47. Um jovem atleta, de 22 anos de idade, teve uma síncope durante uma partida de futebol, enquanto aguardava na posição de pé, como reserva do time, num dia quente de verão. Apresentou recuperação rápida da consciência, após queda ao chão e foi levado para a emergência pelo grupo de salvamento local. Relatou dois episódios prévios semelhantes e que tiveram como pródomos náuseas e sudorese. A causa, mais provável, dessa síncope é:
- vasovagal
 - ataque isquêmico transitório
 - hipersensibilidade do seio carotídeo
 - distúrbio autonômico primário (disautonomia)
48. Paciente masculino, de 78 anos de idade, deu entrada no pronto-socorro com quadro de afasia súbita e perda dos movimentos. Apresentou história prévia de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Realizou tomografia computadorizada de crânio que demonstrou AVC isquêmico em núcleos da base. É uma contraindicação à realização de trombólise endovenosa:
- NIHSS > 17
 - glicemia <60mg/dL
 - AVC isquêmico prévio, há 6 meses
 - uso de anticoagulantes orais com INR > 1,7
49. Paciente diabética apresentou queda da própria altura, não conseguindo se levantar, sem auxílio. À admissão, encontrava-se paraplégica com reflexos ausentes, evoluindo, 24 horas após, com tetraplegia flácida e insuficiência respiratória, necessitando de assistência ventilatória, em unidade de terapia intensiva. Após três meses, obteve alta hospitalar com melhora do quadro. Deambulava sem auxílio e não apresentava déficits motores. Cerca de 2 anos após, apresentou episódio semelhante, sendo realizada ressonância magnética de crânio, que foi normal, exceto pela presença de lesão em nervo óptico. Dentre as afirmações abaixo, qual delas pode ser considerada como critério absoluto no diagnóstico de neuromielite óptica:
- neurite óptica bilateral
 - nenhuma evidência clínica de doença fora do nervo óptico e medula
 - pleocitose no líquido maior que 40 cels/mm³ ou mais que 3 neutrófilos/mm³
 - grave neurite óptica com perda fixa de acuidade visual maior do que 20/200 pelo menos em um olho
50. A síndrome de Horner é caracterizada por:
- ptose, miose e anidrose
 - midríase, hiperidrose e rubor facial
 - dor facial, paralisia do VI nervocraniano e anidrose
 - anisocoria, paralisia facial e hiperidrose
51. Homem de 39 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, dá entrada em pronto-socorro com quadro de politraumatismo. Devido à suspeita de morte encefálica, os médicos plantonistas do serviço de clínica médica e da neurologia foram acionados para realizar o diagnóstico, apesar de ainda apresentar batimentos cardíacos. De acordo com o protocolo de determinação da morte encefálica, é **INCORRETO** afirmar:
- presença de hipotermia (Tax < 32°C)
 - ausência de reflexos de tronco encefálico
 - presença de resposta motora de decorticação
 - ausência de movimentos respiratórios com pCO₂ > 55 mmHg, no teste de apneia
52. Uma paciente, de 52 anos de idade, portadora de esclerose múltipla, foi medicada com natalizumab devido a um agravamento da marcha, após estar em tratamento regular, há cerca de 5 anos, com as medicações convencionais. Apresentou resposta satisfatória, após terapia inicial, tendo resultado em melhora substancial de seu estado clínico (voltou a deambular). A complicação mais temida do uso crônico desta medicação é:
- demência
 - lupus eritematoso sistêmico
 - acidente vascular cerebral hemorrágico
 - leucoencefalopatia multifocal progressiva
53. Paciente do sexo feminino, 71 anos de idade, foi internada com quadro de náusea, vertigem de forte intensidade e surdez súbita. Foi medicada e tratada sem melhora dos sintomas. Apresentou, também, diplopia que melhorou com tratamento. À época da internação, realizou tomografia computadorizada de crânio que revelou sinais involutivos encefálicos e calcificação cerebelar. Faz parte dos critérios diagnósticos, para a demência com corpos de Lewy, **EXCETO**:
- rigidez axial
 - distúrbio do equilíbrio
 - alucinação visual recorrente
 - história de acidentes vasculares cerebrais
54. Um homem de 65 anos de idade, destro, artista, procurou um neurologista por ter dificuldade em pintar seus quadros, devido à instabilidade da sua mão direita. Também, se queixa de uma dificuldade cada vez maior em se levantar das cadeiras e de certa rigidez dos braços e das pernas. A sua mulher refere que ele tem andado esquecido e o próprio admite não ter a capacidade de memória de outros tempos. São considerados sinais diagnósticos da doença de Parkinson, **EXCETO**:
- depressão
 - bradicinesia
 - tremor em repouso
 - rigidez em roda denteada
55. Um homem, de 50 anos de idade, com histórico de arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia - CADASIL, procura o ambulatório de neurologia com quadro de flacidez, hemiplegia direita e incoordenação motora. A sensibilidade estava preservada, encontrando-se orientado e lúcido. É manifestação comum dessa doença, **EXCETO**:
- demência
 - agnosia visual
 - cefaleia "migrânea"
 - infartos subcorticais

56. Paciente, de 71 anos de idade, comparece ao consultório médico com queixa de quedas frequentes, há cerca de 2 anos, associado a tremor em membro superior esquerdo, em caráter progressivo. Nega incontinência urinária ou alterações cognitivas. Ao exame neurológico, evidenciam-se marcha em pequenos passos, diminuição do balanço passivo dos membros superiores e hipertonía plástica global, mais à esquerda. Apresenta, também, tremor de repouso em membro superior esquerdo, hipomímia facial e reflexo glabellar inesgotável. O diagnóstico, mais provável, é de:
- (A) esclerose múltipla
 - (B) doença de Parkinson idiopática
 - (C) esclerose lateral amiotrófica
 - (D) acidente vascular encefálico cerebelar
57. Homem, de 50 anos de idade, com histórico de cirurgia bariátrica procura ambulatório de neurologia com queixa de sensação de formigamento em pés e mãos, há cerca de 3 meses, além de diminuição de força em membros inferiores. Ao exame físico, percebe-se a presença de sinal de Romberg, reflexos exaltados em membros inferiores, cutâneo plantar em extensão bilateralmente, além de hipoestesia superficial em bota e luva. De acordo com o quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica e o respectivo tratamento da doença são:
- (A) deficiência de cobalamina e reposição parenteral de cobalamina
 - (B) neurosífilis e penicilina cristalina endovenosa
 - (C) polirradiculoneurite aguda e corticoterapia
 - (D) AVC embólico e anticoagulação oral
58. A síndrome de encefalite crônica com epilepsia (síndrome de Rasmussen) ocorre, tipicamente, em crianças e é caracterizada pelo desenvolvimento de epilepsia focal intratável, hemiparesia progressiva, além de deterioração cognitiva e intelectual. O achado neurorradiológico, mais frequente, é:
- (A) lisencefalia
 - (B) hemiatrofia cortical
 - (C) meningoencefalia
 - (D) displasia cortical difusa
59. Homem branco, de 68 anos de idade, procura o ambulatório de neurologia no qual faz acompanhamento, há cerca de 3 anos, para doença de Parkinson, com crises de alucinações auditivas e visuais que se iniciaram, há cerca de 3 meses, com piora progressiva. Dentre os medicamentos abaixo, aquele que, deve ter sua prescrição suspensa, por último, nesse caso, é:
- (A) o haloperidol
 - (B) o levodopa
 - (C) a amantadina
 - (D) a amitriptilina
60. Mulher, 42 anos de idade, sem comorbidades, com relato de cefaleia, febre e queda do estado geral, evoluindo com confusão mental e agitação, há 24 horas. Deu entrada no setor de emergência apresentando crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Ao exame, mantinha abalos, saturando a 95% com máscara de O₂, glicemia capilar 108 mg/dL, PA 130 x 80 mmHg, FC 98 bpm. São colhidos exames laboratoriais e é administrado 10mg de diazepam seguido de 1000mg de fenitoína. Após o tratamento, cessaram os abalos e houve recuperação gradual do nível de consciência, contudo, manteve quadro confusional, melhor caracterizado no exame neurológico como afasia. Os exames laboratoriais não mostraram alterações significativas. Monitorização contínua por EEG mostrou atividade periódica lateralizada na região temporal esquerda. Ressonância de crânio evidenciou alteração de sinal na ínsula e lobo, temporal esquerdos, na sequência T2 e FLAIR. Colhido líquido que mostrou pleocitose linfomononuclear, presença de hemácias, discreto aumento da proteína, glicose e lactato normais. O diagnóstico é meningite:
- (A) fúngica
 - (B) herpética
 - (C) bacteriana
 - (D) tuberculosa