



Colégio
00001

Sala
0001

Ordem
0001

Outubro/2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Concurso Público para provimento de cargos
Médico Neurologista

Nome do Candidato
Caderno de Prova 'A18', Tipo 001

Nº de Inscrição
MODELO

Nº do Caderno
TIPO-001

Nº do Documento
0000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

PROVA

Conhecimentos Gerais
Conhecimentos Específicos

INSTRUÇÕES

Quando autorizado pelo fiscal de sala, transcreva a frase ao lado, com sua caligrafia usual, no espaço apropriado na Folha de Respostas.

Desenvolvimento sustentável preserva as espécies e os habitats.

- Verifique se este caderno:
 - corresponde a sua opção de cargo.
 - contém 50 questões, numeradas de 1 a 50.Caso contrário, solicite imediatamente ao fiscal da sala a substituição do caderno. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- Para cada questão existe apenas UMA resposta certa.
- Leia cuidadosamente cada uma das questões e escolha a resposta certa.
- Essa resposta deve ser marcada na FOLHA DE RESPOSTAS que você recebeu.

VOCÊ DEVE

- Procurar, na FOLHA DE RESPOSTAS, o número da questão que você está respondendo.
- Verificar no caderno de prova qual a letra (A,B,C,D,E) da resposta que você escolheu.
- Marcar essa letra na FOLHA DE RESPOSTAS, conforme o exemplo: (A) ● (C) (D) (E)

ATENÇÃO

- Marque as respostas com caneta esferográfica de material transparente de tinta preta ou azul. Não será permitida a utilização de lápis, lapiseira, marca texto ou borracha durante a realização da prova.
- Marque apenas uma letra para cada questão. Será anulada a questão em que mais de uma letra estiver assinalada.
- Responda a todas as questões.
- Não será permitida nenhuma espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, nem a utilização de livros, códigos, manuais, impressos ou quaisquer anotações.
- A duração da prova é de 3 horas para responder a todas as questões objetivas e preencher a Folha de Respostas.
- Ao término da prova, chame o fiscal da sala e devolva todo o material recebido.
- É proibida a divulgação ou impressão parcial ou total da presente prova. Direitos Reservados.

**CONHECIMENTOS GERAIS****Língua Portuguesa**

Atenção: Para responder às questões de números 1 a 12, considere o texto abaixo.

Acredito que o leitor já deva ter ouvido, em alguma ocasião, esta frase: “Parem o mundo, que eu quero descer!”

Talvez porque essas últimas décadas tenham sido – e continuarão a ser – de congestionamento dos sentidos. Há uma sensação de que não se sabe muito bem o que está acontecendo.

Fazendo parte dos quadros de uma escola de Comunicação, muitas vezes tive de lembrar a mim mesmo, aos meus pares e alunos que, por mais complexa, tecnologicamente, que se tenha tornado a intermediação entre os indivíduos e a realidade externa, nada mudou, essencialmente, nas relações interpessoais: entre eu e o(s) outros(s). Essa é apenas uma das razões pelas quais os especialistas em psicologia continuam a explicar os conflitos da alma humana a partir das mesmas lendas da civilização grega de três mil anos atrás.

Identidade e cultura sempre estiveram relacionadas. A identidade de cada um é moldada, socialmente, pelas influências culturais, por meio da comunicação. Simbolicamente, é como se alguém só se reconhecesse como indivíduo ao ver o seu reflexo no espelho da sociedade. Isso é válido para os mais diversos aspectos identitários, tais como etnia, gênero, religião, idioma etc.

Na época dos festejos do bicentenário da Revolução Francesa, assisti a um programa de debates da TV em que, para definir igualdade, o sociólogo Alain Touraine ironizou: “Qualquer francês lhe dirá que é o direito que têm todas as pessoas do mundo de serem iguais a ele!”

Descobri, então, que diversidade era exatamente o contrário. Deve ser a percepção de que existem “lá fora” seres que não são iguais a mim – seja eu francês, hotentote, homem, mulher, destro ou canhoto – e que pode haver algo em relação a esses entes diversos que possa me afetar – positiva ou negativamente.

(Adaptado de: PENTEADO, José Roberto Whitaker. “A comunicação intercultural: nem Eco nem Narciso”. In: SANTOS, Juana Elbein dos (org.). **Criatividade: Âmago das diversidades culturais – A estética do sagrado**. Salvador: Sociedade de Estudo das Culturas e da Cultura Negra no Brasil, 2010, p. 204-205)

1. O autor centra sua argumentação nos seguintes eixos temáticos, entre os quais estabelece relação:
 - (A) comunicação, psicologia e tecnologia.
 - (B) identidade, cultura e diversidade.
 - (C) etnia, gênero e idioma.
 - (D) igualdade e Revolução Francesa.
 - (E) civilização grega e igualdade.

2. No texto, a frase *Parem o mundo, que eu quero descer!* está relacionada a
 - (A) um sentimento de confusão que parece pertencer aos dias atuais, mas que acompanha as relações humanas desde tempos remotos.
 - (B) uma impressão de que a realidade externa não faz sentido, o que sinaliza uma evidente cisão entre a Contemporaneidade e a Antiguidade.
 - (C) uma percepção de que o mundo se transforma de modo demasiado acelerado, o que pode se reverter com a estabilização dos avanços tecnológicos.
 - (D) uma insatisfação relativa ao descompasso entre a evolução espiritual e a evolução material, que será superada com o auxílio da psicologia.
 - (E) um estado de apatia, enfrentado particularmente pelo homem atual, diante do excesso de estímulos ocasionado pela revolução tecnológica.

3. Uma frase condizente com o ponto de vista expresso no texto é:
 - (A) As influências culturais garantem a homogeneização dos aspectos identitários.
 - (B) Há três mil anos, os gregos já solucionavam problemas que paralisam o homem de hoje.
 - (C) A comunicação decorre do fato de que as influências sociais forjam a identidade.
 - (D) A igualdade é o reverso da diversidade por pressupor uma interação harmoniosa.
 - (E) A noção de diversidade inclui o relacionamento do indivíduo com o mundo exterior.

4. Um dizer que se relaciona, tematicamente, com o conteúdo expresso no 4º parágrafo é:
 - (A) Não é o que possuímos, mas o que gozamos, que constitui nossa abundância.
 - (B) A hora mais escura do dia é a que vem logo antes de o sol nascer.
 - (C) O peixe só descobre que vive na água quando esbarra na margem.
 - (D) O mesmo sol que derrete a manteiga endurece o barro.
 - (E) Águas passadas não movem moinho.



5. A frase do sociólogo Alain Touraine (5º parágrafo) é considerada irônica porque
- (A) opõe-se à ideia liberal de que cada homem é gestor de sua própria vida, para defender que as sociedades mais ricas auxiliem as mais pobres.
 - (B) reproduz o senso comum, segundo o qual os homens considerados mais civilizados devem liderar a construção de uma sociedade mais justa.
 - (C) subverte o sentido de igualdade para sugerir que o francês se julga um modelo a ser seguido pelos representantes de outras nacionalidades.
 - (D) dá a entender que poucos são afortunados o bastante de modo a levar o estilo de vida equilibrado e aprazível do cidadão francês.
 - (E) despreza o conceito convencional de igualdade, segundo o qual a nacionalidade de um indivíduo é irrelevante para sua comunicação com os demais.
-
6. O termo *então* em *Descobri, então, que diversidade era exatamente o contrário* (6º parágrafo) expressa, no contexto, as noções de
- (A) causa e intensidade.
 - (B) consequência e finalidade.
 - (C) modo e condição.
 - (D) oposição e conformidade.
 - (E) tempo e conclusão.
-
7. No contexto da argumentação desenvolvida pelo autor, o termo *negativamente*, ao final do texto, sugere que
- (A) os sentimentos com relação ao outro resultam de uma decisão consciente e, portanto, controlável.
 - (B) a percepção das diferenças entre as pessoas é a chave para se pôr fim aos conflitos individuais.
 - (C) os aspectos positivos das relações interpessoais tendem a neutralizar os negativos.
 - (D) a relação entre seres diversos explica muitos dos conflitos que perturbam os indivíduos.
 - (E) a compreensão equivocada de que as pessoas são diferentes entre si gera desentendimentos.
-
8. Considere os seguintes trechos:
- Talvez porque essas últimas décadas tenham sido – e continuarão a ser – de congestionamento dos sentidos.* (2º parágrafo)
- “Qualquer francês lhe dirá que é o direito que têm todas as pessoas do mundo de serem iguais a ele!”* (5º parágrafo)
- Nos contextos em que são empregados, os termos *Talvez* e *Qualquer* atribuem aos elementos a que se vinculam, respectivamente, sentidos de
- (A) relativização e generalização.
 - (B) dúvida e especificação.
 - (C) incerteza e hesitação.
 - (D) credulidade e ceticismo.
 - (E) indeterminação e determinação.
-
9. Uma interpretação adequada de um trecho do texto está em:
- (A) O segmento *Fazendo parte dos quadros de uma escola de Comunicação* (3º parágrafo) tem o fim de imprimir um tom de impessoalidade ao texto.
 - (B) As palavras destacadas em *seja eu francês, hotentote, homem, mulher, destro ou canhoto* (6º parágrafo) organizam-se de modo a ilustrar o conceito de diversidade.
 - (C) As aspas em *“lá fora”* (6º parágrafo) servem ao propósito de indicar que o autor emprega a expressão de maneira irônica, designando um grupo de pessoas iguais.
 - (D) A expressão *Essa é apenas uma das razões* (3º parágrafo) deve ser interpretada da seguinte maneira: “Essa é a razão preponderante”.
 - (E) A forma verbal destacada em *Acredito que o leitor já deva ter ouvido* (1º parágrafo) confere ao enunciado um caráter assertivo, enfatizando a certeza do autor quanto ao conteúdo expresso.
-
10. Um segmento textual está corretamente substituído em:
- (A) *para definir igualdade* / com o intuito de definir igualdade (5º parágrafo)
 - (B) *tive de lembrar* / fui obrigado a lembrar (3º parágrafo)
 - (C) *Qualquer francês lhe dirá* / Qualquer francês dirá à você (5º parágrafo)
 - (D) *“Parem o mundo, que eu quero descer!”* / “Parem o mundo, porquê eu quero descer!” (1º parágrafo)
 - (E) *Acredito que o leitor* / Creio de que o leitor (1º parágrafo)
-
11. *Simbolicamente, é como se alguém só se reconhecesse como indivíduo ao ver o seu reflexo no espelho da sociedade.* (4º parágrafo)
- Está correta a seguinte redação alternativa para a frase acima:
- Simbolicamente, imagina-se alguém que só
- (A) se reconhecerá sendo um indivíduo no momento que se ver no espelho da sociedade.
 - (B) se reconhece na condição de indivíduo quando se vê refletido no espelho da sociedade.
 - (C) se reconhecia na qualidade de indivíduo caso seu reflexo seja visto no espelho da sociedade.
 - (D) se reconheceria igual que um indivíduo no instante que via-se no espelho da sociedade.
 - (E) se reconheça indivíduo à medida em que vesse seu reflexo no espelho da sociedade.



12. O trecho destacado em *por mais complexa [...] que se tenha tornado a intermediação entre os indivíduos e a realidade externa, nada mudou* (3º parágrafo) está corretamente reescrito em:
- (A) apesar de que se intermedeie mais complexamente os indivíduos e a realidade externa
 - (B) porquanto tenham se dado mais complexamente entre os indivíduos e a realidade externa a intermediação
 - (C) ainda que tenha se intermediado mais complexamente os indivíduos e a realidade externa
 - (D) a despeito de a intermediação entre os indivíduos e a realidade externa ter se tornado mais complexa
 - (E) mesmo que os indivíduos e a realidade externa se intermediam mais complexamente

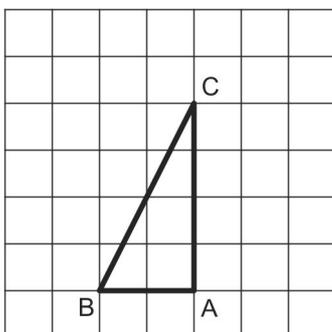
Matemática e Raciocínio Lógico

13. Na conta armada abaixo, X Y e Z são números distintos.

$$\begin{array}{r}
 X \quad X \quad X \\
 X \quad X \quad Y \quad + \\
 \hline
 X \quad Z \quad Z \\
 \hline
 2 \quad 0 \quad 1 \quad 9
 \end{array}$$

O valor da soma X + Z é:

- (A) 17
 - (B) 9
 - (C) 14
 - (D) 15
 - (E) 16
-
14. Considere a sequência numérica a_0, a_1, \dots em que $a_0 = 1, a_1 = 2$ e $a_{n+1} = \frac{a_n}{a_{n-1}}, n \geq 1$. O termo a_{2019} é:
- (A) 1
 - (B) 2
 - (C) $\frac{1}{2}$
 - (D) $\frac{1}{4}$
 - (E) 4
-
15. No reticulado formado por quadradinhos de lado 1 cm foi desenhado o triângulo ABC, cujos vértices coincidem com vértices do quadriculado, como mostra a figura abaixo.



É correto afirmar que o

- (A) triângulo é equilátero.
- (B) triângulo é isósceles.
- (C) lado AB mede 4 unidades.
- (D) lado BC mede menos de 6 unidades.
- (E) lado AC mede 5 unidades.



16. Antônio, Bruno e Carlos correram uma maratona. Logo após a largada, Antônio estava em primeiro lugar, Bruno em segundo lugar e Carlos em terceiro lugar. Durante a corrida Bruno e Antônio trocaram de posição 5 vezes, Bruno e Carlos trocaram de posição 4 vezes e Antônio e Carlos trocaram de posição 7 vezes. A ordem de chegada foi
- (A) Antônio (1^o), Carlos (2^o) e Bruno (3^o).
 - (B) Bruno (1^o), Carlos (2^o) e Antônio (3^o).
 - (C) Bruno (1^o), Antônio (2^o) e Carlos (3^o).
 - (D) Carlos (1^o), Bruno (2^o) e Antônio (3^o).
 - (E) Carlos (1^o), Antônio (2^o) e Bruno (3^o).

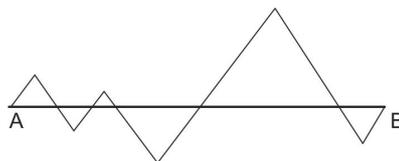
17. Seu José comprou uma lata de tinta azul e uma lata de tinta branca, ambas com mesma quantidade de tinta. Ele misturou em um recipiente metade da tinta azul e metade da tinta branca. Da mistura, utilizou $\frac{1}{4}$ na parede e achou a cor muito escura. Despejou mais $\frac{1}{4}$ do volume inicial de tinta branca na mistura e utilizou, novamente, $\frac{1}{4}$ da mistura na parede. Ainda achou escura, misturou mais $\frac{1}{4}$ do volume inicial de tinta branca, misturou, testou na parede e achou que a cor ficou ótima. A proporção entre tinta azul e tinta branca que seu José achou ideal é:

- (A) $\frac{1}{4}$
- (B) $\frac{9}{23}$
- (C) $\frac{2}{5}$
- (D) $\frac{7}{23}$
- (E) $\frac{3}{4}$

18. Uma residência possui duas caixas-d'água que, quando cheias, são capazes de abastecer a casa por 15 dias. Sabendo-se que uma caixa tem o dobro do volume da outra, a menor está completamente cheia e a maior está com metade de sua capacidade, o tempo de abastecimento dessa casa é
- (A) 3 dias.
 - (B) 5 dias.
 - (C) 6 dias.
 - (D) 9 dias.
 - (E) 10 dias.

19. Uma prova com questões de múltipla escolha foi realizada por 100 candidatos em um concurso. O número médio de acertos foi 68. Após um recurso, uma questão foi anulada, isto é, a questão foi considerada correta para todos os candidatos, e a média passou de 68 para 68,4 pontos. O número de candidatos que tinham errado a questão anulada foi de:
- (A) 4
 - (B) 20
 - (C) 40
 - (D) 44
 - (E) 8

20. Os seis triângulos que aparecem na figura são equiláteros, com bases no segmento AB que mede 36 cm.



A soma dos perímetros dos triângulos, em cm, é:

- (A) 36
- (B) 54
- (C) 72
- (D) 90
- (E) 108

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

21. Nos anos 1990, o processo de descentralização da política de saúde e seu esquema de financiamento foram operados pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS. Na medida em que o processo de descentralização avançava, novas formas de alocação dos recursos federais foram implantadas no interior do sistema. Entre 1994 e 1997, a alocação de recursos federais apoiou-se na Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93) que estabeleceu
- (A) a introdução de alguns incentivos financeiros, o PAB-variável, com vistas a estimular o desenvolvimento de programas específicos, como o Programa Saúde da Família (PSF), e outros.
 - (B) a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB), composto por um valor per capita mínimo, denominado PAB-fixo (valor *per capita* médio nacional para os municípios).
 - (C) a introdução das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, por meio de repasse global e automático de recursos, sem vinculá-los à implantação de determinados programas nos municípios.
 - (D) a definição de blocos gerais de alocação dos recursos federais, sendo eles: atenção básica, atenção da média e alta complexidades, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão e investimento.
 - (E) a introdução das transferências do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, por meio do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e do Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.
-
22. Em relação ao financiamento do SUS, a Lei nº 141/2012, introduziu aspectos inovadores para o financiamento do sistema, de forma a alcançar maior eficácia social das políticas de saúde, ao definir
- (A) a base de cálculo do montante aplicado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB para Receita Corrente Líquida (RCL), inclusive sendo executada de forma escalonada em cinco anos, isto é, 13,2% dessa RCL até alcançar 15% da mesma, no quinto exercício financeiro, respectivamente.
 - (B) o montante que a União deve aplicar em Ações e Serviços Públicos de Saúde, anualmente, sendo o valor apurado do ano anterior, corrigido pela variação do PIB nominal.
 - (C) as despesas que devem ser consideradas como Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e as despesas que não devem ser enquadradas nesse âmbito.
 - (D) um aumento das emendas parlamentares para um teto de 1,2% da Receita Corrente Líquida, sendo que 0,6%, no mínimo, seriam para despesas com ações e serviços públicos de saúde.
 - (E) a limitação da expansão dos gastos públicos (despesas primárias) por 20 anos, baseados no valor das despesas de 2017, corrigidas pela variação do IPCA/IBGE.
-
23. Após grande pleito dos gestores municipais para alterar a lógica das transferências de recursos do Ministério da Saúde, por meio de diversas modalidades, em que vinculava o uso dos recursos a cada um dos seis blocos de financiamento (Portaria GM/MS nº 204/2007), foi aprovada a Portaria nº 3.992/2017 que
- (A) assegura a flexibilização orçamentária, possibilitando o uso dos recursos transferidos, de forma a não estarem condicionados a cada uma das subfunções das despesas de saúde – dentre as quais estão atenção básica, assistência ambulatorial e hospitalar, produtos profiláticos e terapêuticos.
 - (B) institui a flexibilização financeira no uso dos recursos transferidos em cada conta dos blocos de custeio e investimento durante todo o exercício.
 - (C) permite a utilização dos recursos para pagamento de servidores ativos que não estão contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde.
 - (D) assegura a utilização de recursos para obras de construções novas, bem como reformas e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.
 - (E) garante a utilização de recursos financeiros em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.
-
24. De acordo com Lei nº 141/2012, para que o Conselho de Saúde possa acompanhar e fiscalizar a política de saúde no Sistema Único de Saúde, do ponto de vista de suas ações e recursos, ao longo de um exercício orçamentário, alguns instrumentos são essenciais, dentre eles:
- (A) o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias, a Relação Nacional de Medicamentos, a Relação Nacional das Ações e Serviços de Saúde, o Plano de Informática da Rede de Atenção.
 - (B) o Plano de Saúde, o Plano Plurianual, a Lei Orçamentária, o Plano Diretor de Investimento e o Relatório de Gestão.
 - (C) a Lei Orçamentária, o Plano de Saúde, o SIOPS, o Plano Diretor e o Plano Diretor de Investimento.
 - (D) a Programação Anual do Plano de Saúde, a Lei Orçamentária, o Plano de Aplicação dos recursos do Fundo de Saúde e o Relatório de Gestão.
 - (E) o Relatório de Gestão, o Plano Plurianual, o Plano de Cargos e Salários, a Programação Pactuado e Integrada e o Plano Diretor de Investimento.
-
25. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, criou uma instância no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) definida como Região de Saúde. Porém, estudos recentes sobre o processo de regionalização do SUS, apontam que essa atribuição é constitutiva de **problemas** para o federalismo brasileiro na execução das ações e serviços de saúde, na medida em que
- (A) obrigam a fixação de responsabilidades claras na competência de cada esfera de gestão do SUS e facilita a condução da avaliação do desempenho das políticas e programas de saúde.
 - (B) ameaçam a segurança jurídica nas relações interfederativas e em toda a problemática relacionada à articulação intergovernamental, por se configurarem em novas esferas de governo.
 - (C) rivalizam com os recursos provenientes dos Fundos de Saúde de cada esfera de governo que atua no âmbito do SUS, por se constituírem com autonomia orçamentária e financeira.
 - (D) não dispõem de maior transparência na gestão do SUS para a promoção de um maior controle social das políticas da área da saúde.
 - (E) por se situarem em uma escala geográfica regional, não contam com um corpo administrativo público de uma esfera federada própria para tal, já que o constitucionalismo brasileiro não conseguiu engendrar relações intergovernamentais de cooperação e de controle mútuo.



26. Sobre os “sinais de alerta” na abordagem de pacientes com cefaleia, é correto afirmar:
- (A) Cefaleia “padrão *thunderclap*”, sinais meníngeos e rebaixamento do nível de consciência indicam a realização de angioTC de crânio de urgência em primeiro lugar.
 - (B) Cefaleia “padrão *thunderclap*”, sinais meníngeos e rebaixamento do nível de consciência indicam a necessidade de antibioticoterapia de urgência associado a dexametasona; após isso, TC de crânio com punção lombar quando possível.
 - (C) Devido à elevação fisiológica da pressão intracraniana durante o sono, cefaleias com despertar noturno são mais comuns em cefaleias primárias.
 - (D) Nenhuma cefaleia primária exige exames de imagem para diagnóstico, caso esta não possua sinais de alerta na anamnese ou no exame físico.
 - (E) Um exemplo de cefaleia “padrão *thunderclap*” noturna é a cefaleia hipnica, tipo raro de cefaleia primária em que se deve evitar o uso de cafeína à noite.
-
27. Um paciente de 36 anos do sexo feminino vai ao pronto-socorro com história de cefaleia intensa inédita em região fronto-temporal à direita, recorrente (até 20 episódios por dia), com duração de 10 minutos, por vezes com agitação psicomotora e sempre com hiperemia e lacrimejamento do olho direito associada. A melhor conduta, nesse caso, é
- (A) analgesia com dipirona, metoclopramida, AINE e clorpromazina – além de observação prolongada e bloqueios periféricos em caso de refratariedade.
 - (B) angioTC cervical e crânio com teste terapêutico, de máscara de O₂ a 100% e sumatriptano SC.
 - (C) angioTC cervical e crânio com ataque de AAS 300 mg e estratificação para doenças cerebrovasculares.
 - (D) angioTC cervical e crânio com teste terapêutico de indometacina VO.
 - (E) analgesia com dipirona, metoclopramida, AINE e clorpromazina – além de observação prolongada e sumatriptano SC em caso de refratariedade.
-
28. Um lutador amador de boxe, durante um treino, teve uma dor cervical súbita à esquerda; ao examiná-lo, detectou-se uma contratura do músculo esternocleidomastoideo à esquerda. Após usar AINE e relaxante muscular, retornou em 2 dias com melhora discreta da dor cervical e relato de cefaleia em região temporal esquerda tipo pulsátil, moderada intensidade, que piorava com a movimentação da cabeça ou cervical. Ao examiná-lo novamente, notou-se que a palpação do mesmo músculo causava aumento da dor de cabeça na região temporal esquerda. O restante do exame neurológico e cefaliátrico é normal. Nesse caso, é correto afirmar:
- (A) Trata-se de cefaleia tensional, tendo em vista o evidente componente miofascial; deve-se realizar o bloqueio periférico com lidocaína 2% sem vasoconstritor e encaminhá-lo à fisioterapia.
 - (B) Trata-se de uma enxaqueca com gatilho no músculo esternocleidomastoideo; deve-se realizar o bloqueio periférico com lidocaína 2% sem vaso condutor e encaminhá-lo à fisioterapia.
 - (C) A hipótese mais provável é de cefaleia cervicogênica; deve-se realizar o bloqueio periférico com lidocaína 2% sem vasoconstritor e encaminhá-lo à fisioterapia.
 - (D) Para o diagnóstico de cefaleia cervicogênica é necessário a demonstração de lesão cervical ipsilateral à cefaleia através de exames complementares.
 - (E) Está indicada termografia de cabeça e pescoço comparando as temperaturas da artéria oftálmica ipsilateral com a região dolorosa do músculo com gatilho.
-
29. Foi solicitado polissonografia a um paciente com queixa de sonolência diurna excessiva, cansaço físico ao acordar, bem como despertares noturnos frequentes e elevação pressórica matutina. No exame, dentre outros parâmetros, verifica-se: Índice de Apneia e Hipopneia de 4/hora; SatO₂ mínima de 90%, Movimentos Periódicos de Membros de 15/hora; Tempo de Latência para Sono REM de 30 minutos; Teor de Sono REM de 20%; Eficiência do Sono de 93%. Das abaixo, a primeira conduta frente ao caso:
- (A) Solicitar dosagem de ferritina e averiguar se há critérios para Síndrome de Pernas Inquietas.
 - (B) Solicitar dosagem de vitamina B12, vitamina D, TSH e ácido fólico.
 - (C) Solicitar uma segunda polissonografia para titulação da pressão inicial do CPAP.
 - (D) Indicar atividade física, higiene do sono e remover eventuais “calmantes” em uso.
 - (E) Prescrever melatonina 3 mg via oral à noite.
-
30. Uma mãe desesperada refere que em quase todas as madrugadas, sempre por volta das 3 h da manhã, sua filha de 7 anos faz movimentos bruscos e repetidos de membros inferiores – como se estivesse “pedalando”. Duram cerca de 2 minutos, por vezes com um grito estranho antecedendo o sintoma. Nega pesadelos e alucinações; não sai da cama durante os episódios, não acorda assustada ou chorando. Nega movimentos involuntários diurnos ou sintomas sugestivos de “ausência”. Traz consigo TC de crânio com contraste normal, EEG normal (prolongado e com todas as provas de ativação), polissonografia com atonia em sono REM e demais parâmetros inalterados, exames laboratoriais normais. Exame neurológico normal e bom desempenho escolar. Melhor conduta:
- (A) Repetir polissonografia, vídeo-EEG prolongado e RM de encéfalo de 3 Tesla.
 - (B) Melatonina 3 mg via oral à noite e observação.
 - (C) Diário de sono, higiene do sono, avaliação psiquiátrica.
 - (D) Risperidona 1 mg via oral à noite e nova polissonografia após.
 - (E) Clorpromazina 4% 10 gotas via oral à noite, vídeo-EEG prolongado e RM de encéfalo de 3 Tesla.



31. A vigabatrina

- (A) é muito utilizada como adjuvante na Síndrome de West, mas não tem eficácia significativa em crises parciais, apenas em crises generalizadas.
- (B) é o fármaco de primeira escolha na Síndrome de West, pela sua eficácia no controle de espasmos epiléticos.
- (C) tem eficácia em todas as síndromes epiléticas refratárias da infância, como Síndrome de West, Síndrome de Lennox-Gastaut e epilepsias mioclônicas.
- (D) tem maior eficácia no controle de crises parciais e espasmos epiléticos por ser um bloqueador de canal de sódio (tal como carbamazepina e lamotrigina).
- (E) possui grande interação medicamentosa com a lamotrigina (aumento de nível sérico).

32. Sobre o manejo de epilepsias no pronto-socorro, é correto afirmar:

- (A) Se um paciente chegar ao pronto-socorro em pós-ictal após um possível *status epilepticus*, recomenda-se a administração imediata de fenobarbital IM.
- (B) Se um paciente tiver duas crises tônico-clônicas generalizadas em menos de 30 minutos, com recuperação do nível de consciência entre elas, pode-se dizer que ele teve *status epilepticus*.
- (C) Se um paciente tiver duas crises tônico-clônicas generalizadas em menos de 30 minutos, chegando ao pronto-socorro em pós-ictal após a segunda crise, recomenda-se a administração imediata de diazepam EV.
- (D) Exame de punção líquórica está obrigatoriamente indicado em casos de crise epilética generalizada.
- (E) Incluem-se como possíveis formas de tratamento diazepam EV ou retal, lorazepam EV e midazolam IM no controle imediato de uma crise convulsiva.

33. A Apneia Obstrutiva do Sono

- (A) tem como opção de tratamento benzodiazepínicos para pacientes intolerantes ao CPAP.
- (B) é atualmente considerada etiologia de doenças cerebrovasculares, uma vez que pode ocasionar picos pressóricos noturnos e dessaturação grave.
- (C) exige indicação de CPAP também para formas leves.
- (D) quando presente na fase REM na polissonografia e apresentada em simultaneidade com sintomas de transtorno comportamental do sono REM, recomenda-se tratar primeiramente apneia do sono, observar sintomas e repetir polissonografia após tratamento.
- (E) é atualmente considerada fator de risco para doenças cerebrovasculares apenas quando acompanhada de picos pressóricos, dessaturação abaixo de 90% durante o sono e arritmias cardíacas paroxísticas.

34. Existem dificuldades comuns na diferenciação entre enxaqueca e cefaleia tensional na propedêutica e tratamento nos casos de crianças. Sobre tais dificuldades, assinale a alternativa correta:

- (A) A flunarizina é considerada sempre opção de tratamento de primeira escolha, pois trata ambas cefaleias citadas.
- (B) Os antidepressivos tricíclicos são consideradas sempre opções de tratamento de primeira escolha, pois tratam ambas cefaleias citadas.
- (C) Os antidepressivos duais são considerados sempre opções de tratamento de primeira escolha, pois tratam ambas cefaleias citadas e têm menos efeitos colaterais.
- (D) Diário de cefaleia, alodinia em couro cabeludo, comportamento antissocial, mal desempenho escolar, abuso de analgésicos e irritabilidade são elementos a serem considerados na avaliação de cefaleias em crianças.
- (E) Erros de refração não podem causar cefaleias, mas podem intensificar uma cefaleia prévia.

35. Sobre a Esclerose Múltipla, é correto afirmar:

- (A) Infecções virais (como por Epstein-Barr) e sexo feminino são fatores de risco para a doença.
- (B) Sendo a deficiência de vitamina D fator de risco para a doença, um dos tratamentos possíveis é a injeção desse nutriente em doses elevadas entre os surtos (nunca como terapia de urgência).
- (C) A teriflunomida tem um desfecho de incapacidade semelhante às beta-interferonas.
- (D) Em pacientes que já fazem uso de natalizumabe, é recomendada a substituição da metilprednisolona nos surtos.
- (E) A teriflunomida é atualmente usada apenas em casos de falha ao natalizumabe.



36. Uma criança, de 10 anos, apresenta histórico de crises parciais extremamente duradouras e frequentes em quase todo hemisfério direito, associadas a hemiparesia discreta ipsilateral com espasticidade. Nos exames anteriores, observa-se: líquor normal, exames laboratoriais normais, laudo de EEG compatível com "Epilepsia Partialis Continua" e Ressonância Magnética de Encéfalo com Angioressonância com o laudo: *presença de hipersinal T2/FLAIR extenso em substância branca do hemisfério cerebral esquerdo, com discreta atrofia ipsilateral*. O quadro teve início há cerca de 3 anos, com evolução lenta e progressiva. Não há nenhum dado digno de nota em histórico familiar ou histórico pessoal, exceto por perda ponderal não intencional e anemia ainda em investigação (parto normal a termo sem intercorrências, desenvolvimento neuropsicomotor normal, pais não consanguíneos). Diagnóstico mais provável:
- (A) Encefalite de Hashimoto.
 - (B) Encefalite de Rasmussen.
 - (C) Encefalite Paraneoplásica.
 - (D) Linfoma de sistema nervoso central.
 - (E) Síndrome de Lennox-Gastaut.
-
37. Um paciente sexo masculino, de 32 anos, vai ao pronto-socorro referindo cefaleia e febre autolimitadas há cerca de 3 dias. Há 1 dia não está conseguindo enxergar muito bem (com piora vespertina). Ao exame neurológico, notam-se apenas: discreta ptose palpebral à direita, diplopia binocular para todas as miradas, oftalmoparesia leve à direita, reflexos osteotendíneos ausentes. Exames laboratoriais normais (exceto autoanticorpos, não disponíveis num P.S.), TC de crânio com AngioTC (arterial e venosa) normais, líquor normal (incluindo manometria). Após algumas horas no pronto-socorro, iniciou quadro de dispneia e desaturação. A melhor conduta frente ao caso:
- (A) Encaminhamento ambulatorial para Ressonância Magnética de Encéfalo, anticorpo anti-Ach e eletroneuromiografia, tendo em vista a hipótese de *Myasthenia Gravis*.
 - (B) Pulsoterapia com imunoglobulina, seguida de eletroneuromiografia e ressonância magnética de encéfalo após estabilização clínica.
 - (C) Encaminhamento ambulatorial para Ressonância Magnética de Encéfalo, anticorpo anti-Ach, eletroneuromiografia e triagem paraneoplásica, tendo em vista as hipóteses de *Myasthenia Gravis* e Síndrome de Miller-Fisher.
 - (D) Iniciar azatioprina, com realização de eletroneuromiografia e ressonância de encéfalo.
 - (E) Pulsoterapia com imunoglobulina seguida de plasmáfereze.
-
38. Paciente do sexo feminino, 57 anos, vai à consulta por causa de achado incidental de aneurisma sacular de carótida interna esquerda de 4 mm, em segmento de seio cavernoso à esquerda, sem queixas neurológicas. Nega história patológica pregressa ou história familiar de hemorragia subaracnoide. Portadora de HAS e DM, em uso de AAS e Sinvastatina. A conduta correta seguindo a orientação do Stroke Council of the American Heart Association:
- (A) Indicar tratamento de embolização de aneurisma.
 - (B) Suspender AAS por contra-indicação formal, devido ao risco de sangramento de aneurisma e manter conduta expectante com exames de imagem periódicos.
 - (C) Realizar rastreamento de aneurisma em familiares de primeiro grau.
 - (D) Indicar tratamento de clipagem de aneurisma.
 - (E) Manter conduta expectante e acompanhamento periódico com exames de imagem de aneurisma.
-
39. Paciente do sexo masculino, 62 anos, HAS, DM, vai à consulta por conta de um episódio de síncope há um mês, encaminhado por clínico geral com investigação prévia baseada nos seguintes exames: Ressonância Magnética de crânio com microangiopatia, ecocardiograma com diâmetro de átrio esquerdo de 38 mm, Fração de Ejeção de 56%, Holter sem alterações, AngioTC intracraniana sem alterações, AngioTC de pescoço com 55% de obstrução de carótida interna esquerda, EEG normal, *Tilt Test* negativo. Nega histórico de doenças cardiocerebrovasculares. Em uso de AAS, Sinvastatina e anti-hipertensivos. A melhor conduta, dentre as abaixo:
- (A) Indicar Angioplastia com *stent* de carótida interna esquerda.
 - (B) Indicar endarterectomia de carótida interna esquerda.
 - (C) Manter conduta expectante, orientar hábitos de vida saudável e realizar seguimento ambulatorial.
 - (D) Solicitar Doppler Transcraniano com teste de microbolhas.
 - (E) Adotar dupla anti-agregação plaquetária com clopidogrel 75 mg e AAS 100 mg por prazo indeterminado.
-
40. Paciente do sexo masculino, 56 anos, apresenta-se ao pronto-socorro com queixa de vertigem aguda, sem outros sintomas relacionados. Ao exame físico, apresentou nistagmo à mirada horizontal para direita, teste do impulso cefálico demonstra sácade de volta à posição neutra central quando cabeça é rotacionada para direita. Não foram detectadas alterações de *skew deviation* ou quaisquer outras no exame neurológico. Apresenta como comorbidades HAS, DM e tabagismo com carga tabágica 20 maços-ano. A localização da lesão:
- (A) Hemisfério cerebelar direito.
 - (B) Ponte medial direita.
 - (C) Nervo vestibular direito.
 - (D) Hemisfério cerebelar esquerdo.
 - (E) Giro orbitofrontal direito.



41. Paciente do sexo masculino, 55 anos, procura emergência médica às 14h35 após déficit súbito de hemiparesia à direita, iniciada em torno das 9h20 da manhã e totalmente revertida 1 hora e 10 minutos depois. Ao ser prontamente avaliado por neurologista, refere estar assintomático. Relata histórico de DM e ser portador de enxaqueca de longa data com aura. O exame neurológico foi considerado normal, PA: 150 x 100 mmHg, FR: 16 irpm, normocárdico, bom estado geral. TC de crânio de emergência sem alterações. Foram prescritos AAS e estatina. Melhor conduta a seguir:
- (A) RM de crânio, observação hospitalar por 12 horas, alta se não houver intercorrências, com AAS e estatina e investigação ambulatorial marcada.
 - (B) Internação hospitalar e realização de Ecocardiograma, Holter, Doppler de vasos cervicais e RM de crânio.
 - (C) Observação hospitalar por 24 horas, caso não houver intercorrências, alta hospitalar com investigação ambulatorial marcada.
 - (D) Considerar paralisia de Todd e prescrever droga anti-epiléptica.
 - (E) Considerar episódio de enxaqueca com aura motora, prescrever topiramato e marcar seguimento ambulatorial.
-
42. Paciente do sexo feminino, 32 anos, apresenta ataxia subaguda da marcha e diplopia associada. Ao exame neurológico, detectaram-se ausência de reflexos osteotendíneos e presença de paralisia do nervo abducente bilateralmente. Realizado rastreamento infeccioso com resultados negativos, TC de crânio sem alterações. Exame de liquor evidenciou normocelularidade, ausência de hemáceas e hiperproteinorraquia. Não há relato de alterações comportamentais ou crises convulsivas. Anticorpo(s) mais típico(s) e frequentemente associado(s) ao quadro acima:
- (A) Anti-Hu e Anti-fisina.
 - (B) FAN e Anti-SM.
 - (C) Anti-GQ1b.
 - (D) Anti-TPO, Anti-Trab e anti-Tireoglobulina.
 - (E) Anti-NMDA.
-
43. Paciente do sexo masculino, 46 anos, garimpeiro, apresentando, segundo relato da esposa, quadro arrastado de comportamento sexual inadequado, alucinações auditivas, agitação excessiva, agressividade e prejuízo na memória. Ao exame físico, apresenta reflexos exacerbados, ausência de rigidez, tremor ou bradicinesia, e presença de pupilas arregadas ao estímulo luminoso, mas com contração à convergência e acomodação à aproximação de objetos. Diagnóstico provável:
- (A) Doença de Lyme.
 - (B) Encefalite de Bickerstaff.
 - (C) Intoxicação por mercúrio.
 - (D) Deficiência de Vitamina B12.
 - (E) Neurosífilis.
-
44. Paciente de sexo masculino, 42 anos, deu entrada à emergência neurológica após cefaleia súbita com intensidade máxima desde o início. TC de crânio demonstrou hemorragia subaracnoide em escala de FISHER = 2, sem efeitos de massa ou desvio de linha média. Ao exame físico, apresenta Escala de Coma de Glasgow = 13, sem déficit motor, PA: 150 x 100 mmHg, FC: 102 bpm, FR: 18 irpm, SatO₂: 92% em ar ambiente. Foi transferido para leito de CTI e foram prescritas medidas de neuroproteção. Próximo passo na terapêutica do paciente:
- (A) Nimodipina oral, manter euvolemia, introduzir enoxaparina em dose profilática, clipagem ou embolização de aneurisma em até 24 horas.
 - (B) Nimodipina oral, Nitroprussiato IV, ácido tranexâmico até realização de derivação ventricular externa e tratamento de aneurisma 24 horas após estabilização clínica.
 - (C) Nitroglicerina IV e nimodipina oral, manter hipervolemia, indicar derivação ventricular externa e USG transcraniana seriada.
 - (D) Nitroprussiato IV, nimodipina oral, manter euvolemia, indicar derivação ventrículo-peritoneal e USG transcraniana seriada.
 - (E) Nimodipina oral, Nitroglicerina IV e Milrinone intra-arterial.
-
45. Paciente do sexo feminino, 26 anos, apresenta-se à emergência com relato de cefaleia, turvação visual e episódio de crise convulsiva. Ao exame físico, foi detectado papiledema bilateral. TC de crânio demonstrou infarto e foco de hemorragia intraparenquimatosa em região posterior de lobo temporal esquerdo sem efeito de massa. AngioTC venosa demonstrou falha de enchimento em seios transversos e sigmoide esquerdos. A conduta correta:
- (A) Enoxaparina subcutânea em dose plena de anticoagulação e droga anticonvulsivante.
 - (B) Tratamento local endovascular com rTPA em seios transversos e sigmoide esquerdos.
 - (C) Medidas de suporte clínico, Derivação ventricular externa(DVE) e droga anticonvulsivante.
 - (D) Internação em CTI, medidas de suporte clínico e droga anticonvulsivante.
 - (E) Medidas de suporte clínico, aguardar reabsorção de sangramento e iniciar Warfarina, mantendo por 6 meses.



46. Paciente do sexo masculino, 76 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson, forma tremulante, há 9 anos, em uso de levodopa + benserazida 100/25 mg 4x/d, entacapona 200 mg 4x/d, Pramipexol 1 mg 3x/d e rasagilina 1 mg/d. Apresenta sintomas parkinsonianos controlados, porém quadro de síndrome demencial relatado por esposa. Melhor conduta, seguindo a orientação da Academia Brasileira de Neurologia:
- (A) Suspender Entacapona.
 - (B) Suspender Rasagilina.
 - (C) Diminuir dose de Levodopa.
 - (D) Substituir dose de Levodopa por Rotigotina.
 - (E) Indicar DBS (Estimulação Cerebral Profunda).
-
47. Paciente apresentando quadro de neuralgia do trigêmeo, tentado tratamento com carbamazepina e oxcarbazepina, ambas com efeito colateral de hiponatremia sintomática. Melhor linha de tratamento a seguir:
- (A) Amitriptilina.
 - (B) Capsaicina 0,075% Tópica.
 - (C) Tramadol.
 - (D) Lamotrigina.
 - (E) Duloxetina.
-
48. Paciente do sexo feminino, 24 anos, com história de neurite óptica revertida após algumas semanas, retorna ao consultório com queixa de diplopia. Ao exame físico, à mirada do olhar conjugado para direita, apresenta perda da adução de olho esquerdo e nistagmo de olho direito. Ao realizar teste de convergência, apresenta adução de ambos os olhos normal. Provável localização da lesão:
- (A) Formação Reticular Pontina Paramediana Direita.
 - (B) Lemnisco Medial Esquerdo.
 - (C) Fascículo Longitudinal Medial Direito.
 - (D) Fascículo Longitudinal Medial Esquerdo.
 - (E) Formação Reticular Pontina Paramediana Esquerda.
-
49. Paciente do sexo feminino, 75 anos, portadora de diabetes e depressão, procura neurologista por queixa de perda de memória. Família relata que paciente tem evoluído bastante retraída, esquecendo consultas marcadas com médico e horários das medicações. Faz perguntas repetitivas e esquece objetos com frequência exacerbada. Trabalhou a vida inteira como faxineira, não terminou segundo grau escolar. Possui história familiar positiva para Doença de Alzheimer com caso de sua mãe iniciando a doença aos 80 anos de idade. Dentre as abaixo, a única que NÃO configura fator de risco para demência no caso acima descrito:
- (A) Depressão.
 - (B) Diabetes.
 - (C) História familiar.
 - (D) Baixo nível de escolaridade.
 - (E) Idade.
-
50. Paciente do sexo feminino, 64 anos, com relato de apatia, perda de interesse de cuidar das crianças órfãs da igreja, tarefa a que tanto se dedicava anteriormente. Família refere comentários inapropriados publicamente, causando constrangimento social e comportamento infantilizado. Ao exame de rastreio cognitivo, apresenta somente perda de pontos no cálculo ao MEEM, e, no teste do relógio, errou ao colocar os números e os ponteiros. Família nega alucinações associadas ao quadro ou história prévia de depressão. Melhor opção terapêutica para o quadro dessa paciente:
- (A) Sertralina.
 - (B) Donepezila.
 - (C) Donepezila + Memantina.
 - (D) Galantamina.
 - (E) Rivastigmina.