



**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**  
**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**

CONCURSO PÚBLICO

**CARGO 26: MÉDICO**

Aplicação: 10/8/2008

**CADERNO DE PROVAS – PARTE II**  
**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

**ESPECIALIDADE:**  
**NEUROLOGIA**

**ATENÇÃO!**

- » Leia atentamente as instruções constantes na capa da Parte I do seu caderno de provas.
- » Nesta parte do seu caderno de provas, que contém os itens relativos à prova objetiva de Conhecimentos Específicos, confira os seus dados pessoais e a sua opção de especialidade médica transcritos acima bem como o seu nome e a sua especialidade médica no rodapé de cada página numerada desta parte do caderno de provas.

**AGENDA (datas prováveis)**

- I **12/8/2008**, após as 19 h (horário de Brasília) – Gabaritos oficiais preliminares das provas objetivas: Internet — [www.cespe.unb.br](http://www.cespe.unb.br).
- II **13 e 14/8/2008** – Recurso (provas objetivas): no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, Internet, mediante instruções e formulários que estarão disponíveis nesse sistema.
- III **3/9/2008** – Resultado final das provas objetivas, convocação para a entrega dos documentos para a avaliação de títulos e convocação para a perícia médica: Diário Oficial do Estado do Espírito Santo e Internet.

**OBSERVAÇÕES**

- Não serão objeto de conhecimento recursos em desacordo com o item 12 do Edital SESAn.º 1/2008.
- Informações adicionais: telefone 0(XX)61 3448-0100; Internet — [www.cespe.unb.br](http://www.cespe.unb.br).
- É permitida a reprodução do caderno de provas (partes I e II) apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

## CADERNO DE PROVAS – PARTE II

De acordo com o comando a que cada um dos itens de **86 a 120** se refira, marque, na **folha de respostas**, para cada item: o campo designado com o código **C**, caso julgue o item **CERTO**; ou o campo designado com o código **E**, caso julgue o item **ERRADO**. A ausência de marcação ou a marcação de ambos os campos não serão apenadas, ou seja, não receberão pontuação negativa. Para as devidas marcações, use a **folha de respostas**, único documento válido para a correção das suas provas.

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Uma paciente de 28 anos de idade deu entrada no pronto-socorro de sua cidade, apresentando estado confusional agudo, diarreia e vômitos. Segundo relato do namorado, a paciente já havia ameaçado se matar anteriormente com benzodiazepínicos. Desta vez, informou a ele que havia ingerido veneno de rato e o mesmo só acreditou quando, após 60 minutos, ela começou a vomitar e ficar desorientada, motivo da ida à emergência.

Acerca do quadro clínico acima e de suas implicações, julgue os seguintes itens.

- 86 Pupilas mióticas, aumento da secreção brônquica, bradicardia, diarreia, náuseas e vômitos podem indicar intoxicação exógena por carbamato.
- 87 A crise colinérgica deve ser tratada de imediato com adrenalina subcutânea.
- 88 No caso de a paciente apresentar crises convulsivas, deve-se administrar diazepam por via endovenosa de imediato.
- 89 No caso de intoxicação exógena cursando com crise colinérgica, o tratamento de manutenção deve ser feito com piridostigmina ou prostigmina para facilitar a recuperação do quadro vigente.

Em relação ao comprometimento dos músculos da face, julgue os itens a seguir.

- 90 A paralisia facial da síndrome de Ramsay-Hunt, em geral, é mais grave que a paralisia facial de Bell. As principais manifestações clínicas, além da assimetria facial, são vertigem, diminuição da audição, zumbidos, náuseas e vômitos.
- 91 Schwannoma do acústico pode cursar com comprometimento do sétimo nervo, tendo como doença de base a neurofibromatose do tipo II.
- 92 A síndrome de Melkersson-Rosenthal e a síndrome de Ramsay-Hunt são patologias que cursam com paralisia facial periférica de origem idiopática.
- 93 Nos casos de paralisia facial periférica, devem ser tomadas medidas preventivas contra lesão de córnea, como uso de colírios (lágrima artificial) e de pomadas oftálmicas à noite com oclusão do olho acometido.
- 94 A síndrome de Miller-Fisher é caracterizada por ataxia, amimia facial e arreflexia.
- 95 A síndrome facioescapuloumeral tem o maior envolvimento na musculatura proximal de membros superiores, mas, quando envolve a face, é sempre de forma unilateral.
- 96 Meningite tuberculosa pode cursar com déficit do VII e do VIII nervos cranianos devido à inflamação da base do crânio.

A diminuição da força muscular de rápida evolução pode ter origens diferentes no sistema nervoso central e periférico. Acerca desse assunto, julgue os itens que se seguem.

- 97 A porfiria aguda intermitente pode mimetizar a síndrome de Guillain-Barré.
- 98 A polineuropatia aguda em conseqüência do uso da isoniazida causa o déficit motor prévio às alterações sensitivas.
- 99 A mielopatia decorrente da infecção pelo vírus do HTLV é causa comum de fraqueza muscular aguda, espasticidade e bexiga neurogênica.
- 100 A paralisia periódica hipocalêmica relacionada à doença de Graves tem melhora após a correção do distúrbio hormonal.

Paciente de 30 anos de idade, após ser demitido do emprego, começou a sofrer de cefaléia diária, passando a fazer uso de analgésicos comuns todos os dias. Oito meses depois, apesar do uso contínuo (10 comprimidos de analgésicos por dia), informou que a dor persiste, mas que, quando deixa de tomá-los, a dor piora.

De acordo com esse caso clínico, julgue os itens subsequentes.

- 101 O caso sugere uma cefaléia induzida por uso excessivo de analgésicos.
- 102 Se o paciente em questão passasse a ter piora progressiva da cefalalgia, além de náuseas, vômitos matinais e diplopia, o diagnóstico mais provável seria a presença de vertigem episódica benigna.
- 103 Uma opção terapêutica para evitar o uso dos analgésicos comuns é prescrever antiinflamatório não-hormonal, para uso diário, por período não inferior a seis meses.

Um senhor de 58 anos de idade foi encaminhado ao neurologista de sua cidade, com quadro demencial e indicação para investigação de doença de Alzheimer (DA). Terminado o atendimento, concluiu-se que o quadro não era típico de DA. O paciente apresentava, no exame físico, dificuldade para andar e instabilidade ortostática com olhos fechados, pupilas de Argyll Robertson, papilas sutilmente pálidas, hiper-reflexia osteotendínea global e sinal de Babinski bilateral. A avaliação sensitiva era dificultada pela alteração mental — logorréico com quadro megalomaniaco e delírios paranóides. Minimal: 12/30. Paciente com nível superior.

Considerando o quadro clínico acima apresentado, julgue os seguintes itens.

- 104 A conduta terapêutica mais adequada consiste na indicação de inibidores da acetilcolinesterase, e, se a resposta terapêutica não for satisfatória ou for ausente, deve-se encaminhar o paciente à psiquiatria para tratamento da doença mental.
- 105 Se o paciente possuir quadro de incontinência urinária associado, a síndrome de Hakim-Adams pode estar entre as possibilidades diagnósticas.
- 106 A presença das pupilas de Argyll Robertson verificada no paciente citado indica um quadro de demência metabólica por hiperparatireoidismo.
- 107 O efeito ou fenômeno prozona estará afastado em caso de VDRL negativo.
- 108 Os achados do exame neurológico são sugestivos de doença de Parkinson associada à demência.
- 109 O sinal de Babinski encontrado nesse paciente implica comprometimento patológico do neurônio motor superior.
- 110 Se esse paciente tiver passado de enxaqueca com aura e irmãos com menos de 50 anos de idade portadores de declínio cognitivo, enxaqueca e doença vascular cerebral, será correto considerar a possibilidade de arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia (cadasil).

Uma paciente de 25 anos de idade apresentou forte cefaléia há duas semanas e, desde então, apresenta dificuldades para andar, piora da cefaléia, acrescida de náuseas, vômitos matinais e diplopia. No exame, apresentou borramento de papila e paresia do nervo abducente bilateralmente, discreta paraparesia e sinais meníngeos. A tomografia de crânio mostrou sinal do delta vazio, além de hipodensidade em região parassagital bilateral e sinais sugestivos de hemorragia subaracnóide (HSA). A paciente foi internada com a possibilidade diagnóstica de trombose venosa cerebral (TVC).

Tendo como referência esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 111 A doente não precisa ter seu diagnóstico confirmado por angiografia convencional para iniciar a anticoagulação.
- 112 A presença de hipertensão intracraniana é contra-indicação absoluta de punção lombar, ainda que não haja lesão expansiva.

113 O uso de anticoncepcionais orais é causa de trombofilia; logo, é desnecessária a investigação de doenças hematológicas caso a paciente faça uso desse método contraceptivo.

114 A possibilidade de vasoespasm secundário e aneurisma de comunicante anterior não se adequa ao caso em questão devido à presença do sinal do delta vazio e a ao fato de a HSA localizar-se na região cortical.

115 TVC em paciente com história de abortamentos de repetição indica necessidade da pesquisa de anticorpos antifosfolípidios.

Um homem com 49 anos de idade apresenta queixa de abalos musculares no membro superior esquerdo há cinco meses. Na primeira consulta com o especialista, demonstrou preocupação em ter herdado a doença de Parkinson de seu pai e informou que esse estresse estava lhe causando dor de cabeça e perda de peso. No exame, foram verificados sinais de liberação piramidal e presença do sinal de Babinski à esquerda. Não havia sinal da roda denteada nem a ocorrência do tremor em repouso.

Com base nesse quadro clínico, julgue os itens a seguir.

116 Caso o paciente inicie corticoterapia e haja melhora, estará confirmada a possibilidade de esclerose múltipla, na forma de balo, na região frontal direita, sendo desnecessários exames de imagem.

117 Os abalos musculares involuntários podem decorrer de fasciculações no membro superior esquerdo, sendo válido avaliar a coluna torácica para afastar comprometimento radicular nessa topografia.

118 Caso o eletroencefalograma evidencie pontas e ondas agudas na região frontotemporal direita, com atividade lenta nessa localização, ficará comprovado o diagnóstico de esclerose mesial hipocampal nesse paciente.

119 Haverá possibilidade de o paciente em questão estar com esclerose lateral amiotrófica, caso o mesmo apresente, além das alterações descritas, sinais de comprometimento do segundo neurônio motor.

120 Se o paciente em tela apresentar lesão expansiva captante de contraste à neuroimagem associado à sorologia positiva para HIV, poderá ser portador, entre as possibilidades diagnósticas, de linfoma do sistema nervoso central.

