



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

CONCURSO PÚBLICO

CARGO 24: MÉDICO

Aplicação: 10/8/2008

CADERNO DE PROVAS – PARTE II
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

ESPECIALIDADE:
NEUROCIQUIRURGIA

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.
- 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.
- 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

Em relação à neuroanatomia, julgue os itens a seguir.

- 86 Os nervos cranianos III, IV e VI atravessam a fissura orbitária superior.
- 87 A sensação de dor e a sensação térmica são transmitidas pelo trato espinotalâmico lateral até o núcleo VPL talâmico e, deste ao giro pós-central cortical.
- 88 A artéria de Adamkiewicz localiza-se, na maioria das vezes, à direita da linha média. Ela emerge entre T2 e T4 e, na angiografia, assume o aspecto característico de grampo de cabelo.
- 89 O triângulo de Parkinson, no seio cavernoso, é limitado superiormente pelo nervo craniano V2 e, inferiormente, pelos nervos cranianos V1 e VI.
- 90 O gânglio estelado pertence ao sistema nervoso autônomo e resulta, na maioria da população, da fusão entre o gânglio simpático cervical inferior e o primeiro gânglio torácico.

Um lavrador com 37 anos de idade, com quadro de lombociatalgia direita há seis meses, procurou atendimento médico, queixando-se de dor lombar baixa, irradiando-se para a nádega, a face lateral da coxa e a panturrilha direitas. No exame clínico, verificou-se que o paciente apresentava postura escoliótica, marcha claudicante, sinal de Lasègue à direita, fraqueza na flexão plantar do pé e diminuição do reflexo aquileu, ambos também à direita. O exame de tomografia computadorizada confirmou a presença de hérnia de disco.

Com referência a esse caso clínico, julgue os itens que se seguem.

- 91 O quadro clínico descrito é de radiculopatia, acometendo a raiz L5 à direita.
- 92 Considerando as características da dor apresentada pelo paciente, espera-se que este obtenha alívio quando na posição sentada.
- 93 O quadro descrito sugere que o paciente tenha dificuldade de caminhar sobre a ponta dos pés.
- 94 O melhor tratamento para o caso, no momento, seria apenas o uso de antiinflamatórios e fisioterapia motora.
- 95 O mecanismo fisiopatológico da formação da hérnia nesse paciente provavelmente envolveu perda de proteoglicanos do núcleo, degeneração mucóide e diminuição da altura do disco.

Um engenheiro com 37 anos de idade, previamente saudável, procurou atendimento médico com história de oito meses de galactorréia e disfunção erétil. A prolactina sérica era de 326 ng/mL. A ressonância magnética nuclear de sela turca confirmou a presença de lesão selar, com expansão supra-selar medindo 1,3 cm × 1,2 cm × 1,4 cm. A campimetria computadorizada não apresentou alterações apreciáveis.

Com base nesse caso clínico, julgue os próximos itens.

- 96 O nível sérico de prolactina não explica a disfunção erétil, razão pela qual é necessária avaliação urológica no paciente.
- 97 Nesse caso, é importante a dosagem do nível sérico da macroprolactina para confirmação do diagnóstico clínico de prolactinoma.
- 98 Para a diminuição do nível sérico de prolactina, o uso da cabergolina mostra-se, em eficácia e tolerabilidade, superior ao da bromocriptina.
- 99 A ausência de sinais de invasão de parênquima cerebral pelo tumor, à ressonância nuclear magnética da sela turca do paciente, não exclui a possibilidade de adenocarcinoma hipofisário.
- 100 O tratamento cirúrgico por via endonasal endoscópica é a melhor escolha para esse paciente.

Uma das vias de acesso mais frequentemente utilizadas em neurocirurgia é a craniotomia pterional. Acerca desse acesso cirúrgico, julgue os itens que se seguem.

- 101 Para o posicionamento final, três movimentos da cabeça são realizados em relação à linha horizontal: extensão, rotação e flexão lateral. A seguir, a cabeça é fixada.
- 102 Para se acessar a maioria dos aneurismas do complexo carotídeo e a porção superior da artéria basilar, deve-se posicionar a cabeça em uma extensão de 20° em relação ao plano horizontal.
- 103 O primeiro orifício de trepanação é posicionado abaixo da porção mais anterior da linha temporal superior, logo acima da sutura frontozigomática.
- 104 A abertura da dura-máter é feita em forma de estrela de quatro pontas, sendo que os ápices dirigem-se aos orifícios de trepanação executados previamente.
- 105 O último passo do acesso cirúrgico citado no texto a ser seguido, consiste na abertura ampla das cisternas basais, o que permite a drenagem de líquido e o adequado relaxamento cerebral.

Em relação ao tratamento cirúrgico da epilepsia de difícil controle, julgue os itens subseqüentes.

- 106 Quando a estimulação do nervo vago é realizada, opta-se pelo lado direito devido à menor possibilidade de lesão do nervo laríngeo recorrente.
- 107 A transecção subpial múltipla trata a atividade convulsiva que se estende além da área de ressecção cirúrgica, em direção ao interior do córtex eloqüente.
- 108 A síndrome de desconexão ocorre nas calosotomias extensas realizadas nos pacientes cujo hemisfério dominante é o esquerdo. O risco diminui se a comissura anterior é poupada.
- 109 O resultado da classe I de Engel significa que, mesmo tendo havido algumas crises no pós-operatório, houve controle completo posteriormente.
- 110 Quando uma lobectomia temporal é realizada no hemisfério dominante, respeitam-se os giros temporal superior e frontal inferior.

Um entregador de *pizzas* com 19 anos de idade foi vítima de acidente de trânsito, quando a motocicleta que dirigia foi atingida por um ônibus. O paciente foi arremessado a uma distância considerável, perdendo a consciência. Deu entrada no pronto-socorro somando nove pontos na escala de coma de Glasgow, sem alterações pupilares, porém hemiparético à esquerda. Não houve traumatismo em outros sistemas. A tomografia computadorizada de crânio evidenciou lesão hiperdensa, em forma de lente côncavo-convexa, hemisférica direita, mais espessa do que a tábua óssea e com desvio de linha média. Após estabilização do quadro, o paciente foi levado a tratamento cirúrgico.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens subseqüentes.

- 111 No quadro descrito, o mecanismo de formação da lesão intracraniana envolve apenas o impacto direto, podendo-se descartar o efeito de aceleração-desaceleração.
- 112 Para o emprego da escala de coma de Glasgow, deve-se avaliar a abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora.

113 No paciente em questão, o déficit motor à esquerda é explicado pelo chamado fenômeno de Kernohan, quando há compressão do pedúnculo cerebral contralateral sobre o tentório.

114 No quadro clínico descrito, o diagnóstico tomográfico é típico de lesão axonal difusa.

115 O tratamento cirúrgico indicado para o paciente considerado consta apenas da colocação de um cateter para monitorização da pressão intracraniana.

Uma secretária com 55 anos de idade, com história de tabagismo e hipertensão, sentiu cefaléia súbita, intensa, seguida de perda de consciência. No exame inicial, ela encontrava-se torporosa, desorientada, hemiparética à esquerda e com nuca rígida +++/4+. A tomografia computadorizada de crânio evidenciou hemorragia subaracnóide difusa, com presença de imagem hiperdensa na fissura silviana à direita.

Julgue os itens seguintes de acordo com esse relato clínico.

116 Hipertensão e tabagismo são fatores de risco para o quadro clínico que a paciente apresentou.

117 A paciente pode ser classificada como grau 5 na escala de Hunt e Hess.

118 O achado da tomografia computadorizada da paciente é classificado, de acordo com a escala de Fisher, como grupo 3.

119 O diagnóstico mais provável para a paciente, considerando-se os dados clínicos e o exame radiológico, é de ruptura de aneurisma de artéria pericalosa direita.

120 A probabilidade de a paciente desenvolver vasoespasmoclinico é elevada, levando-se em conta os achados tomográficos.

