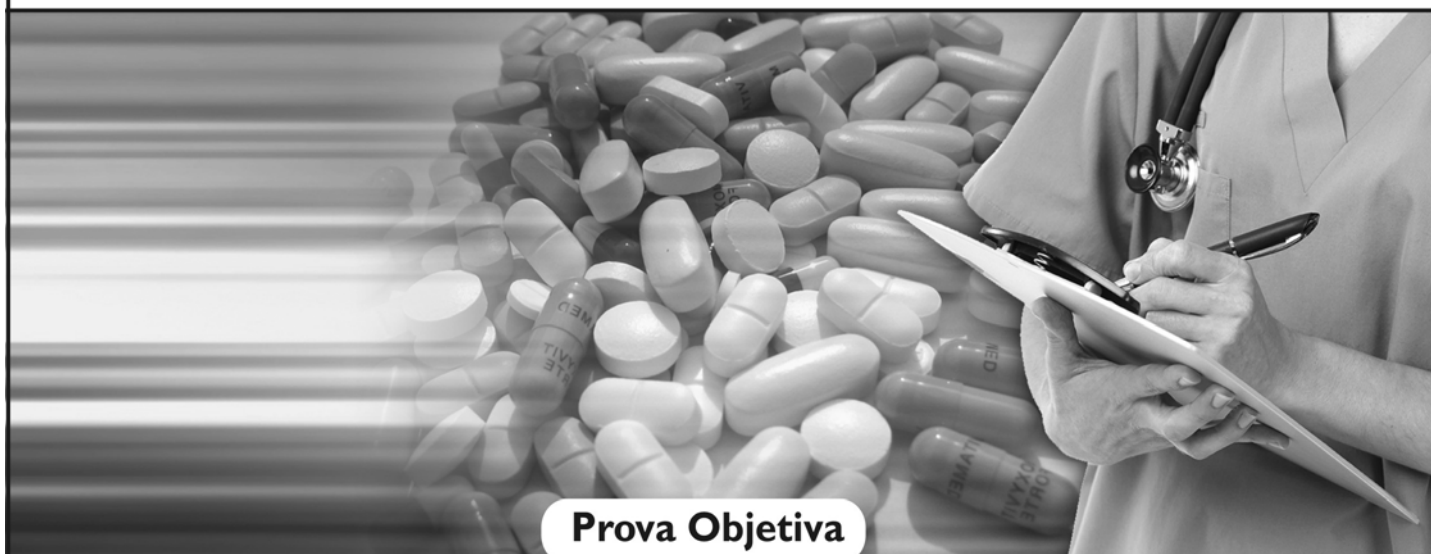




SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA PARA O ANO DE 2011



Prova Objetiva

Leia com atenção as instruções abaixo.

- 1 Ao receber este caderno de prova, confira atentamente se os seus dados pessoais e os dados identificadores do seu programa de residência, transcritos acima, estão corretos e coincidem com o que está registrado na sua folha de respostas. Confira também o seu nome e os dados identificadores do seu programa de residência em cada página numerada deste caderno. Em seguida, verifique se ele contém a quantidade de itens indicada em sua folha de respostas, correspondente à prova do seu programa de residência. Caso o caderno esteja incompleto, tenha qualquer defeito ou apresente discordância quanto aos seus dados pessoais ou aos dados identificadores do seu programa, solicite ao fiscal de sala mais próximo que tome as providências cabíveis, pois não serão aceitas reclamações posteriores nesse sentido.
- 2 Quando autorizado pelo chefe de sala, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado da sua folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Conforme previsto em edital, o descumprimento dessa instrução implicará a anulação das suas provas e a sua eliminação do concurso.

- 3 Não se comunique com outros candidatos nem se levante sem autorização do chefe de sala.
- 4 Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à identificação – que será feita no decorrer da prova – e ao preenchimento da folha de respostas.
- 5 Ao terminar a prova, chame o fiscal de sala mais próximo, devolva-lhe a sua folha de respostas e deixe o local de prova.
- 6 A desobediência a qualquer uma das determinações constantes em edital, no presente caderno, na folha de respostas poderá implicar a anulação da sua prova.

OBSERVAÇÕES

- Não serão conhecidos recursos em desacordo com o estabelecido em edital.
- Informações adicionais: telefone 0(XX) 61 3448-0100; Internet – www.cespe.unb.br.
- É permitida a reprodução deste material apenas para fins didáticos, desde que citada a fonte.

De acordo com o comando a que cada um dos itens a seguir 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 da sua prova objetiva.

PROVA OBJETIVA

Considerando que alguns pares de nervos cranianos são responsáveis em conjunto pela motricidade ocular, julgue os itens que se subseguem.

- 1 O nervo troclear (IV) realiza a motricidade ocular extrínseca (inerva os músculos reto superior, reto inferior, reto medial e oblíquo inferior) e motricidade pupilar.
- 2 O nervo abducente (VI) exerce a motricidade ocular extrínseca (inerva o músculo reto lateral).
- 3 O nervo oculomotor (III) é responsável pela motricidade ocular extrínseca (inerva o músculo oblíquo superior).

Julgue os itens a seguir, relativos à propeidética dos sinais de irritação meningorradiculares.

- 4 Na presença do sinal da rigidez de nuca, a flexão passiva da nuca determina flexão involuntária das pernas e das coxas.
- 5 O sinal de Brudzinki consiste na resistência à flexão passiva da cabeça e mesmo retração da cabeça, em consequência da hipertonia dos músculos cervicais posteriores.
- 6 O exame do sinal de Kernig realiza-se com o paciente em decúbito dorsal e os membros inferiores estendidos. Nessa posição, o examinador faz no paciente a flexão passiva da coxa sobre a bacia. A prova é positiva quando o paciente reclama de dor na face posterior do membro examinado, fato que indica a ocorrência de compressão radicular.
- 7 A verificação do sinal de Laségue realiza-se com o paciente deitado, fletindo-se passivamente a coxa dele sobre sua bacia, a 90 graus, tentando-se, a seguir, estender a perna sobre a coxa, tanto quanto for possível. O sinal estará presente quando houver dor, limitação e resistência a esse movimento.

Julgue os seguintes itens, referentes à prova índex-nariz.

- 8 O paciente que, submetido a essa prova, apresentar resultado alterado evidenciará marcha imperfeita.
- 9 Quando, ao realizar essa prova, o paciente é orientado a manter-se de olhos abertos, testa-se a função cerebelar.
- 10 Quando, ao se realizar essa prova, o paciente é orientado a manter-se de olhos fechados, testam-se as vias da propriocepção.
- 11 Essa prova tem o mesmo significado da prova calcanhar-joelho.

A respeito do sinal de Romberg, julgue os itens subsequentes.

- 12 À semelhança do que ocorre com o paciente com diagnóstico de ataxia sensorial (lesão cordonal posterior), o paciente com sinal de Romberg positivo cai aleatoriamente para qualquer lado.
- 13 A lesão vestibular de um lado provoca instabilidade postural, com tendência de queda para o lado oposto ao da lesão.

Com referência à avaliação da marcha, julgue os itens que se seguem.

- 14 Marcha espástica revela-se quando, ao andar, o paciente mantém o membro superior fletido em 90° no cotovelo e em adução e a mão fechada em leve pronação. O membro inferior do mesmo lado é espástico, e o joelho não se flexiona. Esse tipo de marcha ocorre nos pacientes que têm hemiplegia, cuja causa mais comum é o acidente vascular cerebral.
- 15 Ao desenvolver a marcha escarvante, o paciente mantém os dois membros inferiores enrijecidos e semifletidos, arrasta os pés e cruza as pernas uma na frente da outra, quando tenta caminhar. O movimento das pernas lembra uma tesoura em funcionamento.
- 16 Na marcha parkinsoniana, o paciente anda como um bloco enrijecido, sem o movimento automático dos braços. A cabeça permanece inclinada para frente e os passos são miúdos e rápidos.
- 17 Marcha ceifante ocorre quando o paciente tem paralisia do movimento de flexão dorsal do pé; ao tentar caminhar, ele toca o solo com a ponta do pé e tropeça. Para evitar isso, ele levanta acentuadamente o membro inferior.

Sabe-se atualmente que as células gliais contribuem para a atividade cerebral, principalmente dando suporte às funções neuronais. Com relação a esse tema, julgue os itens seguintes.

- 18 As células de Schwann têm a função de contribuir para o isolamento elétrico do axônio, ao contrário dos oligodendrócitos, que não têm essa função.
- 19 As células da glia, apesar do suporte que fornecem para as funções neuronais, não apresentam mecanismos imunológicos de defesa.
- 20 Um dos papéis dos astrócitos é a regulação do conteúdo químico do espaço extracelular, restringindo a difusão de moléculas neurotransmissoras que foram liberadas.

Quando se trata de eletrofisiologia, percebe-se a grande façanha da célula neuronal, que — ao contrário da condução por um fio de cobre, por meio do deslocamento de elétrons livres presente no condutor —, mais especificamente na membrana do axônio, tem propriedades que lhe permitem conduzir um tipo de sinal especial, o impulso nervoso, ou potencial de ação. Ao contrário dos sinais elétricos conduzidos passivamente, os potenciais de ação não diminuem com a distância.

Tendo o fragmento de texto acima como referência inicial, julgue os itens em seguida.

- 21 O potencial de membrana em repouso do neurônio depende das concentrações iônicas nos dois lados da membrana. Nesse sentido, é correto afirmar que o íon potássio (K^+) está mais concentrado no meio extracelular do que no meio intracelular e que os íons sódio (Na^+) e cálcio (Ca^{2+}) estão mais concentrados no meio intracelular do que no meio extracelular.
- 22 Os astrócitos têm função importante no controle de íons, entre eles o K^+ , realizando o mecanismo denominado tamponamento espacial de potássio.
- 23 Quando uma célula com membrana excitável não está gerando impulsos, diz-se que ela está em repouso.
- 24 No neurônio em repouso, o citosol na região da superfície interna da membrana citoplasmática possui carga elétrica negativa, comparada com a carga externa.

Tendo em vista que não é possível compreender as ações das drogas psicoativas, as causas dos transtornos mentais, as bases do aprendizado e da memória — de fato, qualquer das operações do sistema nervoso — sem que se tenha conhecimento acerca da transmissão sináptica, julgue os itens subsecutivos.

- 25 A maioria dos neurotransmissores situa-se em cinco categorias: aminoácidos, aminas, peptídios, lipídios e os gabaérgicos, que, ao contrário das outras categorias, possuem a capacidade de inibir a atividade neuronal.
- 26 As membranas pré e pós-sinápticas são separadas por uma fenda — a fenda sináptica — que é preenchida com uma matriz extracelular de proteínas.
- 27 O terminal pré-sináptico típico contém dúzias de pequenas vesículas esféricas, delimitadas por membranas, denominadas vesículas sinápticas, as quais armazenam neurotransmissores.
- 28 Se a membrana pós-sináptica está localizada em outro axônio, as sinapses são chamadas de axoaxônicas, e se a sinapse está localizada no corpo celular, trata-se de sinapse axossomática.

A vida na Terra é repleta de ritmos, como as estações do ano, as marés e as variações claro e escuro ao longo de um dia. Para sobreviver em um ambiente tão dinâmico, o encéfalo possui uma variedade de sistemas para o controle rítmico de seu funcionamento.

Tendo o texto acima como referência inicial e considerando que a vigília e o sono são estados funcionais complexos e imprescindíveis do encéfalo, experimentados diariamente pelo homem, julgue os próximos itens.

- 29 À medida que o sono progride, há uma redução geral do sono não REM, principalmente nos estágios 3 e 4, e um aumento nos períodos de sono REM.
- 30 No sono não REM, a temperatura e o metabolismo estão reduzidos; há aumento da atividade do sistema parassimpático, lentificação das funções cardiovasculares e renais e aceleração dos processos digestivos.
- 31 O eletroencefalograma (EEG) sob sono REM é semelhante ao de um EEG de um encéfalo em estado de vigília, com oscilações rápidas e de baixa voltagem.
- 32 O sono não REM, assim como o sono REM, é dividido em quatro estágios, os quais oscilam ao longo do período de sono de um indivíduo, com graus progressivos de atonia muscular esquelética, à exceção de pequenos músculos oculares.

Julgue os itens a seguir, referentes aos mecanismos neurais do sono e vigília.

- 33 A frequência de disparos do *locus ceruleus* e dos núcleos da rafe diminui para um nível mínimo com o início do sono REM.
- 34 O relógio biológico epitalâmico, ao contrário do núcleo supraquiasmático, não utiliza a luz como estímulo temporizador para a síntese e secreção da melatonina pela glândula pineal.
- 35 A adenosina é um importante fator promotor do sono porque tem um efeito inibitório sobre os sistemas moduladores difusos de acetilcolina, noradrenalina e serotonina, que tendem a promover a vigília.
- 36 O núcleo supraquiasmático, um pequeno par de grupos neuronais hipotalâmicos, desempenha importante papel de regulador circadiano por meio de neurônios cujo potencial de repouso varia ciclicamente.

Cefaleias são uma das afecções mais frequentes no ser humano e, talvez, a queixa mais comum na prática médica. Mais de 75% das mulheres e de 55% dos homens apresentam, pelo menos, um tipo de cefaleia significativa em algum momento de suas vidas. A enxaqueca e a cefaleia do tipo tensão são mais comuns nas mulheres. A dor no segmento cefálico compromete o desempenho e gera prejuízos pessoais, comprometimento psicológico e custos econômicos consideráveis.

A respeito do tema do texto acima, julgue os seguintes itens.

- 37 O estado de mal enxaquecoso ou *status migrans* caracteriza-se por crise de dor durante mais de 24 horas ou pela ocorrência de mais de uma crise com acalmia de menos de duas horas.
- 38 A cefaleia do tipo tensão ou tensional associa-se a pelo menos um sinal neurovegetativo ipsilateral (congestão conjuntival, lacrimejamento, congestão nasal, rinorreia, sudorese frontal e(ou) facial, miose, ptose palpebral, edema palpebral).
- 39 A lesão provocada por tumores, malformações vasculares, traumatismos naturais ou cirúrgicos, infecções e agentes tóxicos da raiz do nervo trigêmeo, entre outros, pode acarretar déficits sensitivos e dor uni- ou bilateral, causando doença conhecida como neuropatia trigeminal, importante causa de cefaleia secundária.
- 40 As crises de dor na enxaqueca apresentam pelo menos duas das seguintes características: localização unilateral, caráter pulsátil, intensidade moderada ou intensa e agravamento durante as atividades físicas.

A denominação distúrbios do movimento engloba um grupo heterogêneo de afecções neurológicas que tem como denominador comum a presença de um ou mais tipos de movimentos involuntários. Classicamente, são lesões ou disfunções afetando componentes dos gânglios da base; entretanto, lesões em outros locais do sistema nervoso central ou periférico e mesmo doenças sistêmicas podem assim manifestar-se. Nas síndromes hipercinéticas, encontram-se: tremores, distonia, coreia, atetose, balismo, mioclonias e tiques ou combinações entre eles. A síndrome hipocinética, também conhecida como síndrome parkinsoniana, é outro componente dos distúrbios. O parkinsonismo primário ou idiopático corresponde à própria doença de Parkinson e é responsável por praticamente 80% de todas as síndromes parkinsonianas.

A partir das informações do texto acima, julgue os itens subsequentes, acerca de aspectos associados aos distúrbios do movimento.

- 41 Na síndrome parkinsoniana, o movimento involuntário anormal é o tremor de repouso, que consiste em movimentos de extensão e flexão do índice em contato com o polegar. O tremor piora com o estresse emocional e quando o paciente se sente observado e melhora com a ação, desaparecendo com o sono.
- 42 Tremores são causados por contrações alternadas de grupos musculares e seus antagonistas, podendo estar presentes em repouso (tremor de repouso ou estático), aparentes apenas na movimentação (tremor cinético ou de ação) ou, ainda, em determinada postura (tremor postural).
- 43 Atetoses são contrações espontâneas involuntárias e súbitas, breves, com abalos semelhantes a pequenos solavancos, como choques ou sustos, originados no sistema nervoso central e envolvendo face, tronco ou extremidades.
- 44 Tiques são movimentos estereotipados breves, repetitivos, usualmente rápidos e sem propósito, e que envolvem múltiplos grupos musculares. São suprimíveis, ainda que em parte, pela vontade, e costumam ser precedidos pela urgência premonitória.
- 45 Os correlatos clínicos da acinesia incluem micrografia, hipomimia, festinação, perda dos movimentos automáticos associados na marcha, diminuição do volume da voz e perda de melodia.

Uma senhora de 67 anos de idade, branca, procurou atendimento médico informando que, na noite anterior, apresentou episódio de cefaleia com vômitos; após acordar, tendo evoluído com sonolência e dificuldade em manter-se em pé. Relatou ter antecedentes de hipertensão arterial sistêmica de diabetes melito, tromboembolismo pulmonar prévio, e que usa enalapril 20 mg a cada 12 horas, hidroclorotiazida 25 mg por via oral pela manhã, glimeperida 2 mg ao dia, ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg ao dia e coumadin 3 mg por via oral, ao dia. Ao chegar ao pronto-socorro de um hospital terciário, seu exame físico evidenciou: escore de Glasgow 14 (abertura ocular: 4, melhor resposta motora: 6, melhor resposta verbal: 4), estava em bom estado geral, corada, hidratada, anictérica, acianótica, com pressão arterial de 210 mmHg × 130 mmHg e frequência cardíaca = 105 bpm. Murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios no aparelho respiratório. Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular em dois tempos, sem sopros. Abdome globoso, flácido, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda. Membros inferiores: pulsos presentes e normais, sem edema. Exame neurológico: paciente pouco colaborativa, mas aparentemente com *deficit* de força em dimídio esquerdo, com força de grau II.

Com referência a esse quadro clínico, julgue os itens seguintes.

- 46 Na fase aguda, é necessário realizar exame de imagem do sistema nervoso central, sendo o de primeira escolha para o diagnóstico diferencial a ressonância magnética nuclear.
- 47 A presença de deficit neurológico cerebral impõe considerar-se a possibilidade diagnóstica de acidente vascular cerebral (AVC), mas a apresentação clínica não permite diferenciar entre quadro isquêmico (AVCI) e hemorrágico (AVCH).
-
- Canelas afirmava, em 1962, que a “cisticercose é um tributo pago ao subdesenvolvimento”, definição que continua aplicável atualmente. Acerca dessa enfermidade, julgue os itens em seguida.
- 48 O uso simultâneo de corticosteroides e albendazol é contraindicado para o tratamento dessa doença.
- 49 As crises epiléticas são a manifestação mais frequente da neurocisticercose.
- 50 Atualmente, a tomografia computadorizada do crânio e a avaliação do líquido cefalorraquiano são considerados os melhores exames para a determinação diagnóstica da neurocisticercose.