



Universidade de São Paulo



vencerás pela
educação



● **PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025** ●

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo AA9**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 14 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIACÕES E VALORES DE REFERÊNCIA

<u>LISTA DE ABREVIACÕES</u>	<u>VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u>
AA – Ar ambiente	Sangue (bioquímica e hormônios):
AU – Altura Uterina	Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL
AAS – Ácido Acetilsalicílico	Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL
BCF – Batimentos Cardíacos Fetais	Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL
BEG – Bom Estado Geral	Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL
bpm – Batimentos por Minuto	Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L
Ca ²⁺ – Cálcio	Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Cl ⁻ – Cloro	Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina
Cr – Creatinina	Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L
DUM – Data da Última Menstruação	Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL
ECG – Eletrocardiograma	mulheres = 15 a 149 µg/mL
FA – Fosfatase Alcalina	Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL
FC – Frequência Cardíaca	mulheres = 50 a 170 µg/dL
FR – Frequência Respiratória	Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL
FSH – Hormônio Folículo Estimulante	Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL
GGT – Gamaglutamiltransferase	LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica	HDL = desejável maior que 40 mg/dL
HCO ₃ ⁻ – Bicarbonato	Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL
Hb – Hemoglobina	Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL
Ht – Hematócrito	Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio	Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L
IC _{95%} – Intervalo de Confiança de 95%	Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL
IMC – Índice de Massa Corpórea	PSA = menor que 4 ng/mL
irpm – Incursões Respiratórias por Minuto	Sódio = 136 a 145 mEq/L
IST – Infecção Sexualmente Transmissível	TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL
K ⁺ – Potássio	T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL
LH – Hormônio Luteinizante	PTH = 10 a 65 pg/mL
mEq – Miliequivalente	Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L
Mg ²⁺ – Magnésio	mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L
mmHg – Milímetros de Mercúrio	Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL
MMII – Membros Inferiores	pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL
MMSS – Membros Superiores	fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL
MV – Murmúrios Vesiculares	menopausa = até 5,5 ng/dL
Na ⁺ – Sódio	LH: fase folicular = até 12 UI/L
PA – Pressão Arterial	pico ovulatório = 15 a 100 UI/L
pCO ₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico	fase lútea = até 15 UI/L
PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva	menopausa = acima de 15 UI/L
PEP – Profilaxia Pós-Exposição	FSH: fase folicular = até 12 UI/L
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição	pico ovulatório = 12 a 25 UI/L
pO ₂ – Pressão Parcial de Oxigênio	fase lútea = até 12 UI/L
POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>	menopausa = acima de 30 UI/L
PS – Pronto-Socorro	Prolactina = até 29 µg/L (não gestante)
PSA – Antígeno Prostático Específico	Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL
REG – Regular Estado Geral	Amilase = 28 a 100 UI/L
RN – Recém-nascido	Lipase = inferior a 60 UI/L
SpO ₂ – Saturação Percutânea de Oxigênio	Ureia = 10 a 50 mg/dL
TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato	GGT: homens: 12 a 73 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 8 a 41 UI/L
TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina	Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L
Aminotransferase	mulheres = 35 a 104 UI/L
TSH – Hormônio Tireo-Estimulante	Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)
UI – Unidades Internacionais	até 10 ng/mL (fumantes)
Ur – Ureia	Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm
UBS – Unidade Básica de Saúde	Vitamina D = > 20 ng/mL
USG – Ultrassonografia	 Sangue (hemograma e coagulograma):
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL
VALORES DE REFERÊNCIA PARA GASOMETRIA ARTERIAL	
pH = 7,35 a 7,45	Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1%
pO ₂ = 80 a 100 mmHg	Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL
pCO ₂ = 35 a 45 mmHg	Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg
Base Excess (BE) = -2 a 2	Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL
HCO ₃ ⁻ = 22 a 28 mEq/L	Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14%
SpO ₂ > 95%	Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm ³
VALORES DE REFERÊNCIA DE Hb PARA CRIANÇAS	
Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL	Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm ³
2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL	Eosinófilos = 20 a 420/mm ³
6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL	Basófilos = 10 a 80/mm ³
2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL	Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm ³
6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	Monócitos = 220 a 730/mm ³
	Segmentados = 1.500 a 5.000/mm ³
	Bastonetes = até 829/mm ³
	Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm ³
	Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%
	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2
	Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos

01

Homem, 55 anos de idade, engenheiro, é trazido pela esposa. Há 1 ano, notou que o esposo passou a ter comportamento inadequados, com piadas fora de contexto e comentários impulsivos. Há 6 meses, passou a ter alteração do hábito alimentar, com maior preferência por doces. Há 4 meses, foi demitido de seu emprego e a esposa notou que o paciente passa a maior parte do dia no quarto. Ao exame físico, apresenta-se apático, pouco cooperativo aos testes de triagem cognitiva, com perseveração verbal. Exame neurológico somático sem achados relevantes. TC de crânio e exames laboratoriais sem achados relevantes. Realizado PET-FDG, para prosseguir investigação. Qual é a provável área com hipometabolismo e qual o tratamento sintomático mais adequado para o caso descrito?

- (A) Cíngulo anterior; sertralina.
 - (B) Cíngulo anterior; donepezila.
 - (C) Pré-cuneo; donepezila.
 - (D) Pré-cuneo anterior; memantina.
- 

02

Mulher, 38 anos de idade, pianista, com múltiplos fatores de risco cardiovasculares, chega na sala de emergência com hemiparesia direita há 1 hora. NIHSS 0. Qual dos seguintes déficits, não avaliados no NIHSS, pode indicar trombólise nessa paciente?

- (A) Fraqueza em mão.
 - (B) Disartria.
 - (C) Componente espacial de heminegligência.
 - (D) Ataxia de membros.
- 

03

Mulher, 83 anos de idade, procura atendimento por quadro de fechamento ocular involuntário há cerca de 20 anos, em piora progressiva, acompanhado de movimentos incessantes de mastigação e movimentação de língua. Relata dificuldade de enxergar em períodos do dia por conta de fechamento ocular, já tendo levado a quedas. Nega prejuízo de alimentação. Sem comorbidades ou uso de medicações ao longo de toda sua vida. Sobre o diagnóstico, etiologia e tratamento adequado, assinale a alternativa correta.

- (A) Os movimentos em face sugerem blefaroespasmus, de etiologia comumente genética, esperando-se controle com antipsicóticos, benzodiazepínicos, ou anticolinérgicos, entre outros.
- (B) O quadro de distonia oromandibular sugere a etiologia iatrogênica, deve-se iniciar clozapina ou quetiapina em altas doses ou inibidor de vmat-2 para melhora clínica.
- (C) O diagnóstico correto é de uma distonia segmentar, sendo o gene mais frequentemente alterado nesse quadro o TOR1A, e o tratamento mais adequado para a paciente é a estimulação cerebelar profunda de núcleo globo pálido interno..
- (D) A combinação de movimentos faz o diagnóstico adequado ser síndrome de Meige, na maior parte dos casos idiopática, e o tratamento mais eficaz para a paciente, em geral, envolve a toxina botulínica.

04

Homem, 48 anos de idade, ensino médio completo, encaminhado por queixa de dificuldades de memória no último ano. Perdeu o emprego, recentemente, em supermercado por não conseguir reter instruções passadas pelo supervisor, e passou a ter dificuldades em operar o caixa após troca de sistema. Adicionalmente, relata quadro de depressão grave com diagnóstico há 3 anos, relacionando, tanto com o fim de um relacionamento na época, quanto ao falecimento do pai por doença neurológica grave, segundo o paciente sem diagnóstico, mas com grave quadro demencial e com movimentação ampla e contínua de membros. Tem quatro irmãos mais novos assintomáticos, não possui filhos, e não tem conhecimento de outras doenças na família. Ao exame neurológico: quadro predominantemente disexecutivo associado a movimentos coreicos discretos em mãos e face, incluindo fronte. Considerando a doença mais provável nesse contexto clínico, assinale a alternativa correta.

- (A) É uma doença causada por expansão CCG no cromossomo quatro, e o paciente provavelmente tem entre 10 e 40 repetições.
 - (B) O tratamento sintomático motor objetiva atenuar os movimentos coreicos com uso de antipsicóticos como haloperídolo ou olanzapina.
 - (C) Estudo de imagem mostra predomínio de atrofia em córtex frontal, mesencéfalo e ponte.
 - (D) É esperada a presença de acantócitos no sangue, se confirmada a hipótese mais prevalente.
- 

05

Homem, 27 anos de idade, previamente saudável, é trazido à emergência com febre alta há 2 dias, cefaleia intensa e sonolência progressiva. Ao exame neurológico, apresenta-se sonolento, responde com palavras inadequadas e localiza estímulos dolorosos (GCS 11), rigidez de nuca. Exame motor, de nervos cranianos e fundo de olho, sem alterações. Nenhum episódio convulsivo foi relatado, e não há história de imunossupressão. Com base nas diretrizes de 2025 da OMS sobre o manejo da meningite aguda, em relação à indicação de neuroimagem antes da punção lombar, pode-se afirmar:

- (A) Tomografia de crânio deve sempre ser realizada antes da punção lombar em suspeitas de meningite.
- (B) A tomografia deve ser realizada, pois o paciente apresenta suspeita de meningite com rebaixamento de consciência.
- (C) A punção lombar deve ser realizada sem necessidade de neuroimagem, pois o paciente não apresenta critérios como déficit focal, papiledema, imunossupressão ou crises convulsivas recentes, ou rebaixamento grave de consciência com GCS < 10.
- (D) Depende da facilidade de acesso à neuroimagem no serviço. Em um serviço com fácil acesso, a tomografia computadorizada deve ser realizada se GCS < 15. Em áreas remotas ou com acesso limitado à neuroimagem, a tomografia é imperativa quando GCS < 8.

06

Homem, 60 anos de idade, sem comorbidades. Na madrugada, foi levado ao pronto-socorro após um primeiro episódio sugestivo de crise epiléptica, durante o sono, descrito pela sua esposa como “abalos nos quatro membros”, com supraversão ocular e mordedura na lateral da língua, duração aproximada de 2 minutos e quadro confusional pós-ictal. Na admissão, apresentava recuperação plena, sem déficits neurológicos. A investigação com TC de crânio mostrou uma lesão lacunar na região nucleocapsular direita e a investigação laboratorial não mostrou alterações eletrolíticas, metabólicas ou infecciosas. Em relação ao caso apresentado e à avaliação do risco de recorrência de crise, assinale a alternativa correta.

- (A) O paciente não apresenta achados que sugiram risco aumentado de recorrência de crise.
- (B) O paciente apresenta um achado associado ao risco aumentado de recorrência de crise (crise durante o sono).
- (C) O paciente apresenta lesão estrutural de risco para recorrência de crise (lesão lacunar em região nucleocapsular direita).
- (D) Sem a realização de um EEG e uma RM de crânio, não é possível afirmar o risco de recorrência de crise.

07

Homem, 70 anos de idade, procurou o pronto-socorro por vertigem, desde que acordou, há cerca de 4 horas. Ao chegar ao hospital, melhorou. Assinale a alternativa que apresenta o paciente, com essa mesma história, que tem maior chance de ter apresentado um AIT.

- (A) Paciente diabético, com zumbido e hipoacusia unilateral há algum tempo.
- (B) Paciente que apresentou diversos episódios de vertigem hoje ao estender e fletir o pescoço.
- (C) Paciente com dor crâneo cervical, que apresentou formigamento em hemiface hoje pela manhã.
- (D) Paciente vivendo com HIV, que apresentou 5 episódios de vertigem em uma semana.

08

Criança, 6 meses de vida, com fraqueza muscular iniciada após 3 meses de vida, evoluindo com dificuldade respiratória rapidamente progressiva. Ao exame, apresenta hipotonia generalizada, presença de respiração paradoxal, reflexos tendinosos abolidos, presença de fasciculações em língua. Sobre a investigação diagnóstica desta criança e considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

- (A) A biópsia muscular provavelmente demonstra grupamentos de tipo de fibras, áreas de atrofias agrupadas, e fibras em alvo, e deve ser solicitada neste caso.
- (B) A técnica de MLPA (*Multiplex-Ligation-dependent Probe Amplification*) é o método de escolha para o diagnóstico molecular neste caso.
- (C) A dosagem de CPK é determinante para estabelecer o diagnóstico.
- (D) A eletroneuromiografia é o exame mais indicado para seguir a investigação neste momento.

09

Mulher, 25 anos de idade, iniciou fraqueza muscular proximal há 6 meses, com dificuldade de se levantar e subir escadas, além de cabeça caída. Ao exame apresenta tetraparesia grau 4, rash malar, em cotovelos, joelhos e lateral da coxa. Dosagem de CPK 108 U/L e aldolase 12,1 U/L. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável e a melhor forma de investigação neste momento.

- (A) Polimiosite; solicitar biópsia muscular.
- (B) Polimiosite; solicitar eletroneuromiografia e biópsia muscular.
- (C) Dermatomiosite amiopática; solicitar eletroneuromiografia e biópsia muscular.
- (D) Dermatomiosite; solicitar exame de imagem muscular (RM) e painel de anticorpos para miosite.

10

Mulher, 51 anos de idade, refere que há cerca de três anos apresenta dificuldade para adormecer, com latência referida de 50 minutos, associada a despertares frequentes, cerca de cinco por noite, com demora de aproximadamente 10 a 15 minutos para retomar o sono. Não sabe referir sobre ronco, porque mora só. Refere sonolência excessiva diurna com 10 pontos na escala de sonolência de Epworth. Noctúria associada. Refere que o quadro começou na vigência de um episódio depressivo que foi tratado com o uso de fluoxetina 20 mg/dia, suspensa há um ano após melhora dos sintomas de humor. Neste período, teve ganho de peso, cerca de 12 kg e refere dificuldade para recuperar seu peso anterior. Peso de 85 kg, altura de 1,63 m, IMC de 32 kg/m², Malampati III, circunferência cervical 38 cm. Com base nestas informações, qual hipótese diagnóstica pode ser elaborada?

- (A) Comorbidade insônia - apneia obstrutiva do sono.
- (B) Transtorno de ansiedade generalizada associada à insônia
- (C) Apneia obstrutiva do sono comórbida a transtorno afetivo bipolar.
- (D) Insônia secundária à síndrome das pernas inquietas, associada ao uso de antidepressivo.

11

Mulher, 62 anos de idade, professora aposentada, é trazida ao consultório por dificuldade progressiva na linguagem há cerca de 2 anos. Refere pausas frequentes para encontrar palavras, apesar de manter compreensão preservada para sentenças simples. Ao exame: linguagem com hesitações e dificuldade em encontrar palavras e dificuldade para repetir frases longas, mantendo definição de palavras e elementos de ligação e conexão entre vocábulos adequados. Qual a área principal de hipometabolismo em PET-FDG, e a mais frequente proteinopatia associada ao diagnóstico da paciente?

- (A) Temporal; TDP-43.
- (B) Frontoinsular ; tau.
- (C) Temporo-parietal; β-amiloide.
- (D) Temporo-parietal; tau.

12

Os sintomas não-motores são prevalentes na doença de Parkinson e sua frequência aumenta com o decorrer da doença. Alguns podem preceder o início dos sintomas motores, sendo chamados de sintomas não-motores prodrônicos. Outros são mais característicos de uma fase mais tardia na doença e tornam-se causas importantes de institucionalização. Sobre os sintomas não-motores da doença de Parkinson, assinale a alternativa correta.

- (A) Os sintomas neuropsiquiátricos como delírios, alucinações e ilusões visuais são apenas encontrados na fase moderada a avançada da doença.
- (B) Os principais sintomas não-motores prodrônicos são constipação, transtorno comportamental do sono REM, depressão e hiposmia.
- (C) A disautonomia na doença de Parkinson costuma ser leve e não impacta desfechos cognitivos.
- (D) O comprometimento cognitivo leve é praticamente exclusivo da fase moderada a avançada, e se caracteriza, principalmente, por dificuldades de memória e disfunção executiva.

13

Homem, 65 anos de idade, destro, iniciou quadro de alteração na fala há 18 meses. Sua esposa descrevia que o paciente apresentava “gagueira”, dificuldade para encontrar as palavras, seu vocabulário parecia estar “empobrecido”. Associadamente, o paciente também estava mais lento e rígido. Ao exame neurológico somático, parkinsonismo rígido-acinético assimétrico, pior à direita, com rigidez e distonia em membro superior direito, e na motricidade ocular observava-se lentificação de sacadas verticais, pior para baixo. Ressonância de encéfalo: atrofia assimétrica de predomínio em regiões frontal e parietal à esquerda, sem outras alterações isquêmicas, neoplásicas ou inflamatórias. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Apesar da alteração de linguagem, a doença de Parkinson é o diagnóstico mais provável.
- (B) A presença de alterações de linguagem torna o diagnóstico de um parkinsonismo atípico como a paralisia supranuclear progressiva improvável.
- (C) O diagnóstico patológico mais provável neste caso é a degeneração corticobasal, tendo em vista que a apresentação foi assimétrica.
- (D) O caso, possivelmente, refere-se a uma taupatia da isoforma 4R, sendo impossível distinguir com certeza se há uma paralisia supranuclear progressiva ou degeneração corticobasal subjacente.

14

Em relação ao exame de Eletroencefalograma (EEG), é correto afirmar:

- (A) Diferentes tipos de epilepsia têm alterações epileptiformes patognomônicas.
- (B) A incidência de alterações epileptiformes em pessoas sem epilepsia varia com a idade e comorbidades.
- (C) A presença de descargas epileptiformes no EEG não é um critério associado ao risco de recorrência após uma primeira crise não provocada.
- (D) Atividade delta rítmica na região temporal é específica da epilepsia do lobo temporal mesial.

15

Homem, 58 anos de idade, diagnóstico de epilepsia focal sintomática por traumatismo crânioencefálico, em uso regular de lamotrigina, em dose otimizada, sem controle adequado de crises. Sugere-se associar ácido valproico ao esquema medicamentoso. Assinale a alternativa que descreve a interação entre essas duas medicações.

- (A) A lamotrigina aumenta significativamente a meia-vida do ácido valpróico.
- (B) O ácido valpróico diminui significativamente a meia-vida da lamotrigina.
- (C) O ácido valpróico aumenta significativamente a meia-vida da lamotrigina.
- (D) A lamotrigina diminui significativamente a meia-vida do ácido valpróico.

16

Mulher, 20 anos de idade, apresenta episódios de crise epiléptica, caracterizados por desvio do olhar conjugado para esquerda, seguido de versão cefálica para esquerda, postura tônica de rotação externa e abdução do ombro e extensão do braço esquerdo, flexão do braço direito junto ao corpo. Os eventos duram cerca de 40 segundos e ocorrem várias vezes durante o dia. Assinale a alternativa que apresenta a origem mais provável das crises epilépticas.

- (A) Lobo parietal esquerdo.
- (B) Lobo parietal direito.
- (C) Área motora suplementar esquerda.
- (D) Área motora suplementar direita.

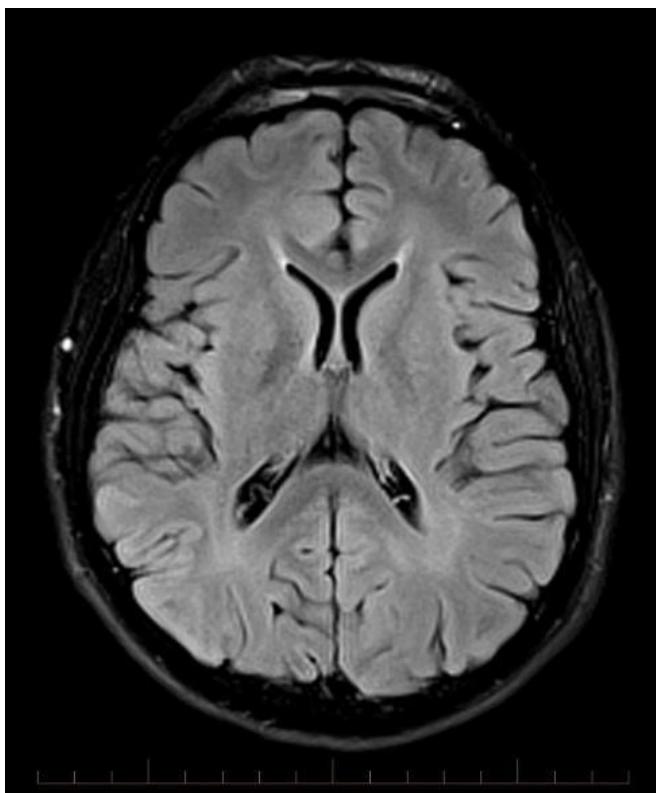
17

Em relação à ataxia de Friedreich, são achados, diagnóstico diferencial e a forma de diagnosticar a doença:

- (A) Ataxia mista (sensitiva profunda maior que cerebelar) com reflexos miotáticos fáscicos abolidos, cutâneo-plantar em extensão e grave hipopallestsia com degradê distal. Diferencial: abetalipoproteinemia e ataxia por deficiência de vitamina E. Diagnóstico molecular por exoma com leituras curtas (NGS).
- (B) Ataxia mista (cerebelar pior que sensitiva profunda), reflexos miotáticos fáscicos vivos e cutâneo-plantar em flexão bilateralmente. Diferencial: ataxia espinocerebelar tipo 3 e tipo 5. Diagnóstico molecular por NGS (exoma).
- (C) Ataxia mista (sensitiva profunda maior que cerebelar) com reflexos miotáticos fáscicos abolidos, cutâneo-plantar em extensão e grave hipopallestsia com degradê distal. Diferencial: abetalipoproteinemia e ataxia por deficiência de vitamina E. Diagnóstico molecular por PCR (busca da expansão) no gene FXN.
- (D) Ataxia mista (cerebelar em mesmo nível que sensitiva profunda), reflexos miotáticos fáscicos normais e cutâneo-plantar em extensão. Diferencial com Refsum e adrenoleucodistrofia ligada ao X. Diagnóstico molecular por PCR (busca da expansão) no gene FXN.

18

A RM a seguir evidencia uma alteração classicamente muito relacionada a dois tipos de paraplegia espástica hereditária: SPG11 e SPG 15.



Em relação à imagem apresentada, qual é o achado radiológico?

- (A) Sinal do Girino.
- (B) Sinal da Orelha de Lince.
- (C) Sinal do Panda Japonês.
- (D) Sinal da Borboleta.

19

Mulher, 35 anos de idade, com antecedente de neuromielite óptica anti-AQP4 positivo em uso de azatioprina, busca o pronto atendimento por perda visual em olho direito, indolor há 3 dias. Apresenta acuidade visual 20/800, com defeito pupilar aferente relativo no olho direito. Em relação ao tratamento do surto da doença, é correto afirmar:

- (A) Deve-se iniciar pulsoterapia e, após quinto dia, na ausência de resposta a corticoide, deve-se indicar plasmaférrese por 3 a 5 sessões.
- (B) Caso seja indicada plasmaférrese, deve-se passar cateter venoso central, dado que o procedimento não pode ser feito por acesso venoso periférico.
- (C) Pode-se esperar a ressonância de órbita para definir imunoterapia, porque o atraso de até 5 dias não impacta no prognóstico de recuperação funcional.
- (D) Pulsoterapia e plasmaférrese devem ser iniciadas, simultaneamente, nesse caso.

20

Mulher, 36 anos de idade, faz seguimento por esclerose múltipla, com uso prévio de fumarato de dimetila, fingolimode e natalizumabe, está em programação de realização da medicação alemtuzumabe. Sobre o uso de alemtuzumabe em pacientes com esclerose múltipla, é correto afirmar:

- (A) O alemtuzumabe deve ser prescrito com terapia antimicrobiana profilática para evitar infecção viral grave no contexto de linfopenia.
- (B) O alemtuzumabe exige monitoramento mensal de exames de sangue e urina, para avaliar lesão renal, tireodeana e hematológica por um ano após a última dose.
- (C) O número máximo de doses de alemtuzumabe são duas doses, sendo que após o paciente deve ficar sem imunossupressor e em observação por anos.
- (D) Alemtuzumabe é uma droga anti-CD68, com ampla depleção de linfócitos e macrófagos.

21

Mulher, 42 anos de idade, apresentou primeiro episódio de vertigem durante aula de Pilates e agora tem vertigem desencadeada por alguns movimentos, como virar na cama, pegar objetos em armário alto da cozinha, amarrar os sapatos. Quais as características do nistagmo esperado na pr

- (A) Horizonto rotatório que não muda de direção, que piora quando a paciente olha na direção da fase rápida.
- (B) Horizontal, ausente na posição primária e evocado pelo olhar para ambos os lados.
- (C) Vertical para cima com componente torcional, que aumenta e diminui sua intensidade até sumir em menos de um minuto.
- (D) Vertical para baixo que piora durante manobra de Dix-Hallpike.

22

Mulher, 33 anos de idade, há cerca de 6 meses, apresenta episódios de vertigem aproximadamente 1x por mês, sempre no período menstrual, com duração de várias horas. Durante as crises, faz uso de dimenidrinato, com alguma melhora. Nos episódios, apresenta também fotofobia e fonofobia. Não costuma ter cefaleia, raramente apresenta dor holocraniana, mas ao final do dia, sem foto ou fonofobia, sem náuseas ou vômitos. Avaliada fora da crise, seu exame físico é normal. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A hipótese de migrânea vestibular é remota, pois a paciente não tem cefaleia migranosa.
- (B) O exame físico normal diminui a probabilidade da paciente apresentar patologia vestibular e sugere causas clínicas para a tontura.
- (C) Provavelmente, trata-se de patologia vestibular periférica e deve-se solicitar exames otoneurológicos para melhor avaliação.
- (D) A paciente deve ser orientada e avaliada quanto à necessidade de profilaxia para migrânea e de ajuste no tratamento de resgate.

23

São pistas clínicas para o diagnóstico de AME (Atrofia Muscular Espinhal) forma intermediária, ou tipo II:

- (A) Atraso de marcos motores desde o nascimento.
- (B) Sinal de Gowers.
- (C) Espinha rígida sem escoliose.
- (D) Fraqueza proximal e polimioclonias.

27

Homem, superior completo, dominância manual direita. Há 2 anos, iniciou quadro de tremor de repouso em MSD, evoluindo após alguns meses para o MSE. A esposa caracteriza que o mesmo ocorre, preferencialmente, após manter os braços suspensos, sentado no sofá com os braços sobre as coxas e ao deambular. Não apresenta quedas, entretanto encontra-se com raciocínio e movimentação algo lentificados. TC de crânio e exames laboratoriais sem alterações. Há 1 ano, piora significativa da atenção e memória, com episódios eventuais de alucinação visual complexa (visualiza pessoas e bichos, principalmente à noite), sem crítica ou agitação. Não se encontra deprimido, mas está apático. Ao exame neurológico, vigil, desatento, bradicinesia assimétrica pior à direita, sem tremor ou rigidez, marcha lentificada com passos curtos, virada em bloco e *pull test* com tendência à queda, hipomimia facial, fala monotônica e micrografia. Coordenação, motricidade ocular extrínseca e exame dos outros pares cranianos sem alterações. Realizado MoCA com pontuação de 21/30. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

24

Sobre o manejo da ventilação e da deglutição na ELA (Esclerose Lateral Amiotrófica), é correto afirmar:

- (A) Perda de peso de mais de 10% do peso prévio não indica isoladamente uso de gastrostomia na ELA.
- (B) Caso paciente tenha CVF (capacidade vital forçada) menor que 80%, ou dessaturação na oximetria noturna, está indicada ventilação não invasiva com aparelho de CPAP.
- (C) O uso de aparelho de tosse assistida é contra-indicado na ELA, pelo risco de broncoaspiração.
- (D) Gastrostomia endoscópica pode ser realizada com relativa segurança após uma avaliação da função ventilatória e CVF maior que 50%.

25

Homem, 58 anos de idade, em investigação de Síndrome Parkinsoniana. Há cerca de 1 ano, apresenta sono referido como agitado. Familiares referem que o paciente faz movimentos amplos e violentos em algumas noites, já tendo caído da cama nesse contexto. Há relato de pesadelos pelo paciente, geralmente com conteúdo violento. Negam roncos ou pausas respiratórias observadas por familiares. Nega sonolência excessiva diurna. Ao exame físico, apresenta IMC 24, Mallampati 1, bradicinesia pior à direita com rigidez 1+/4+, tremor de repouso em membros superiores, melhor na postura e ação. Atualmente faz uso de: AAS 100 mg/dia; atorvastatina 20 mg/dia; pramipexol 0.25 mg 8/8h; escitalopram 10 mg/dia; metoprolol 50 mg 12/12h. Qual a principal suspeita diagnóstica frente ao quadro apresentado?

- (A) Parassonia REM.
- (B) Apneia obstrutiva do sono.
- (C) Parassonia NREM.
- (D) Síndrome das pernas inquietas

26

Homem, 45 anos de idade, com histórico de epilepsia de difícil controle, é admitido no pronto-socorro em estado de mal epiléptico convulsivo, há mais de 30 minutos, sem resposta a duas doses de benzodiazepínicos e uma dose de fenitoína (20 mg/kg). Segundo os protocolos atuais (*Guidelines Neurocritical Care Society e ILAE*), o próximo passo adequado na conduta neurológica é:

- (A) Administrar nova dose de diazepam intravenoso.
- (B) Iniciar infusão contínua de midazolam ou propofol com monitorização intensiva.
- (C) Realizar intubação profilática e aguardar resolução espontânea.
- (D) Repetir a dose de fenitoína intravenosa.

28

Homem, 30 anos de idade, é admitido com quadro de piscamentos de difícil controle, para o qual nunca buscou atendimento. Relata que, desde por volta dos 6 anos de idade, tem piscamentos que costumavam ser muito piores, lembrando que era frequentemente retirado de sala de aula por não conseguir controlar estalos de língua, movimento de ombros ou sons de garganta. Relata que na infância foi formalizado diagnóstico de ansiedade e de déficit de atenção, com uso de metilfenidato até os 20 anos de idade. Em relação à doença, qual a hipótese mais correta?

- (A) Os movimentos podem persistir durante o sono, e caso haja interesse em tratamento medicamentoso, clonidina seria uma opção indicada.
- (B) Os movimentos provavelmente podem ser suprimidos, e antipsicóticos seriam a melhor opção inicial.
- (C) Um quadro funcional deve ser a principal hipótese dada as comorbidades psiquiátricas, devendo ser realizada psicoterapia.
- (D) Blefaroespasmo é a principal suspeita sendo uma distonia de início na infância, com toxina botulínica ou DBS como opções indicadas para o caso.

29

Analise o laudo de um exoma solicitado para um paciente com forte suspeita de paraplegia espástica hereditária apresentado a seguir. O paciente tem história familiar de consanguinidade parental, é o terceiro filho de uma prole de 5, apenas ele comprometido, iniciado com dificuldade de marcha ao redor dos 8 anos, em caráter progressivo, hoje, aos 19 anos, restrito em cadeira de rodas. Laudo: Encontrado uma Variante de Significado Incerto - VUS (de acordo com a classificação ACMG), em heterozigose, no gene CAPN1, responsável pela SPG76, condição geneticamente determinada autossômica recessiva. Nenhum outro achado relevante. Em relação ao laudo apresentado, é correto afirmar:

- (A) Confirma o diagnóstico do paciente em questão. Ele deve ser encaminhado para geneticista para realizar aconselhamento genético e tratamento sintomático deve ser iniciado.
 - (B) Pode confirmar a hipótese de paraplegia espástica hereditária no paciente em questão, contudo, por se tratar de variante de significado incerto, o estudo de segregação deve ser realizado.
 - (C) O paciente em questão permanece sem diagnóstico, pois foi encontrada apenas uma variante em um único alelo, o que não é suficiente para determinar tal condição (SPG76).
 - (D) A VUS encontrada deve ser melhor avaliada à luz de frequência populacional, preditores *in silico* e preservação entre as espécies, a fim de ser ou não valorizada para o diagnóstico do paciente.
- 

30

Mulher, 71 anos de idade, nível educacional superior incompleto, destra e sem comorbidades relatadas. Há 14 meses, quadro de dificuldade em deambulação. Apresenta dificuldade em levantar-se da cadeira, assim como iniciar a marcha, que é caracterizada por passos curtos, base ligeiramente alargada, dificuldade em mudança de direção e certa lentificação. Acompanhantes referem raciocínio lentificado, desatenção e memória de curto prazo prejudicada. Paciente diz que quando tem vontade de urinar, tem que ir rápido ao banheiro para “não perder urina nas calças”, fato que já ocorreu algumas poucas vezes. Ao exame neurológico, observa-se marcha semelhante ao descrito pela família. A RM de crânio apresenta uma ventriculomegalia bilateral simétrica e um achatamento dos sulcos corticais em alta convexidade. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta o provável diagnóstico.

- (A) Uma melhora no tempo total no *Timed Up and Go* (TUG) acima de 10% após a realização do *tap* teste não é significativa, sendo necessário pelo menos 30% para considerar o resultado positivo.
- (B) Caso o paciente seja submetido ao tratamento pertinente, é muito provável que ocorra melhora da incontinência e urgência urinária.
- (C) O paciente não se beneficiaria de fisioterapia motora e atividades de estímulo cognitivo pela alteração anatômica observada no exame de RM de crânio.
- (D) Mesmo com um *tap* teste negativo, em caso de sintomas típicos e neuroimagem compatível, excluindo-se outras causas, é possível indicar tratamento cirúrgico para a patologia diagnóstica do caso descrito.

31

Mulher, 60 anos de idade, hipertensa e obesidade grau I, comparece à consulta ambulatorial por cefaleia nova há 6 meses, holocraniana, em aperto de leve à moderada intensidade, que surge apenas durante a madrugada, chegando a despertá-la. Ela nega náuseas, vômitos, fotofobia, fonofobia, fenômenos trigêmico-autonômicos ou agitação psicomotora. Desde o seu início, a dor ocorre quase todos os dias da semana. Devido à dor, a paciente levanta-se da cama e tenta tomar banho ou ler um livro, para se distrair, até que a dor passe. Ela conta alívio modesto com uso de dipirona. A dor tende a resolver-se completamente entre 30 e 60 minutos, e após, a paciente retorna a dormir. Ela nega outros sintomas. O exame neurológico é normal, incluindo o fundo de olho, no qual nota-se pulso venoso presente. A paciente apresenta uma ressonância magnética de crânio com angioressonância magnética venosa intracraniana realizada há 2 meses, sem alterações. Considerando a provável causa dos sintomas da paciente, assinale a alternativa que apresenta o melhor tratamento a ser administrado.

- (A) Lítio.
 - (B) Mirtazapina.
 - (C) Verapamil.
 - (D) Acetozolamida
- 

32

Mulher, 40 anos de idade, antecedente de rinite alérgica. Desde os 20 anos de idade, tem episódios recorrentes de dores de cabeça. A dor é holocraniana, pulsátil, com irradiação para a região cervical posterior. Os episódios de dor têm duração de 4 a 12 horas, são de moderada a forte intensidade, e vêm associados a intolerância à luz, cheiros e sons, porém não há náuseas ou vômitos. Durante os episódios de dor, a paciente prefere evitar qualquer tipo de atividade e ficar deitada. Inicialmente, as dores ocorriam de 3 a 4 dias por mês, habitualmente próximas ao período menstrual. No entanto, houve aumento progressivo da frequência das mesmas e, há 5 anos, as dores ocorrem cerca de 10 a 14 dias por mês. A paciente faz uso de dispositivo intrauterino e não tem pretensão de gestação. Ela nega uso prévio de medicações de uso contínuo para o tratamento de suas dores de cabeça. De acordo com as diretrizes atuais da Sociedade Internacional de Cefaleia para tratamento farmacológico da doença que provavelmente justifica os sintomas da paciente, publicadas em 2025, assinale a alternativa que descreve corretamente um tratamento farmacológico com recomendação forte para esta paciente.

- (A) Candesartana 16 mg/dia.
- (B) Topiramato 100 mg/dia.
- (C) Propranolol 160 mg/dia
- (D) Onabotulinumtoxina A 155 a 195 UI intramuscular a cada 3 meses.

33

Em investigação de um paciente com AVCi foi detectado um *shunt* direita-esquerda no ECOTT com microbolhas. Em qual das seguintes situações haveria indicação de fechamento percutâneo de um FOP?

- (A) Paciente de 30 anos de idade, com grande passagem de microbolhas no 5º ciclo.
- (B) Paciente de 43 anos de idade, com *shunt* importante direita-esquerda, com aneurisma de septo interatrial e terceiro episódio de TVP espontânea.
- (C) Paciente de 85 anos de idade, com aneurisma de septo e passagem de mais de 40 microbolhas.
- (D) Paciente de 58 anos de idade, com passagem de 25 microbolhas no segundo ciclo, com aneurisma de septo interatrial.

36

Homem, 65 anos de idade, iniciou quadro de afasia súbita e hemiparesia direita há 50 minutos, enquanto realizava um exame diagnóstico no hospital. A tomografia de crânio sem contraste mostra ausência de hemorragia e não há contraindicações conhecidas à trombólise intravenosa. A angiotomografia ainda não foi realizada, pois aguarda a liberação do radiologista. O serviço conta com a equipe e o setor de neurorradiologia intervencionista. Qual é a conduta mais apropriada em relação à administração do trombolítico?

- (A) Administrar a trombólise em dose reduzida, caso a angiotomografia revele oclusão de grande vaso, para diminuir o risco hemorrágico da trombectomia.
- (B) Administrar a trombólise em dose plena imediatamente, independentemente da presença de oclusão proximal ou não.
- (C) Decidir sobre a trombólise somente depois de estabelecer se há oclusão proximal com indicação de trombectomia.
- (D) Começar imediatamente a trombólise. Se a angiotomografia mostrar oclusão de grandes vasos, suspender a trombólise e dar preferência para a realização da trombectomia.

34

Mulher, 52 anos de idade, soropositiva para HTLV-1, com diagnóstico confirmado de mielopatia associada ao HTLV-1 (HAM/TSP) há 5 anos. Os sintomas motores evoluíram nos três primeiros anos com fraqueza progressiva e rigidez em membros inferiores, e encontram-se estáveis nos últimos dois anos. Há cerca de 2 anos, deambula com uso de muletas, tem episódios ocasionais de urgência urinária e espasmos dolorosos nos membros inferiores, controlados com baclofeno. *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) de 6,0. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Pulsoterapia mensal com metilprednisolona para reduzir a progressão da doença em paciente com grande perda funcional.
- (B) Tratamento de suporte e sintomático, pois a doença está clinicamente estável.
- (C) Início de metotrexato oral semanal como imunomodulador de manutenção.
- (D) Início de tenofovir oral para controle virológico

35

Mulher, 22 anos de idade, está no segundo mês de tratamento de trombose venosa cerebral de seio sagital superior com uso de varfarina. Comparece no ambulatório com queixa de que não está conseguindo manter o alvo do TP/INR e que tem muita aversão a agulhas. Questiona se não há nenhum tratamento medicamentoso que dispensa a coleta de exames laboratoriais de forma rotineira. Sobre o uso de DOACs no tratamento da trombose venosa cerebral, assinale a alternativa correta.

- (A) O último *guideline* da AHA/Stroke orienta que o DOAC pode ser usado na fase aguda e como tratamento inicial da TVC.
- (B) O uso dos DOACs é respaldado por mais de um ensaio clínico randomizado controlado por placebo.
- (C) Os DOACs são uma boa opção no tratamento de gestantes com TVC, já que a varfarina é contraindicação absoluta devido ao seu risco teratogênico.
- (D) Apesar de não existir a recomendação de um DOAC específico, a dabigatrana foi o DOAC estudado no principal ensaio clínico da área.

37

Homem, 29 anos de idade, é admitido no pronto-socorro com episódio de movimentos tônicos generalizados, com duração de aproximadamente 10 minutos. Médico emergencista responsável pelo transporte ao pronto atendimento relata que, durante o episódio, o paciente mantinha os olhos fechados e resistia à abertura ocular. Não houve cianose, nem perda de controle esfincteriano. O EEG de emergência feito após o episódio não mostra alterações ictais ou pós-ictais. O diagnóstico mais provável é:

- (A) Crise convulsiva disperceptiva tônica bilateral.
- (B) Estado de mal não convulsivo.
- (C) Evento não epiléptico psicogênico (CNEP).
- (D) Síncope neurocardiogênica prolongada.

38

Homem, 38 anos de idade, previamente hígido, é atendido por uma primeira crise epiléptica não provocada, sem déficits neurológicos pós-ictais. Exame clínico está normal, assim como a glicemia capilar e os eletrólitos séricos. Não há febre, nem história de trauma recente. De acordo com recomendações da American Academy of Neurology (AAN) e diretrizes atuais, qual é a conduta mais adequada em relação à neuroimagem na emergência?

- (A) Solicitar TC de crânio de urgência e líquor se não houver contraindicações na neuroimagem.
- (B) Postergar neuroimagem para investigação ambulatorial com RNM, colher exames gerais e provas infecciosas.
- (C) Não realizar neuroimagem se o exame clínico for normal, mas apenas exame de líquor.
- (D) Iniciar antiepiléptico e realizar neuroimagem apenas em caso de recorrência.

39

Homem, 22 anos de idade, no pronto-socorro, refere que iniciou com lombalgia, formigamento nos pés e fraqueza nas pernas há 3 dias, com envolvimento dos braços posteriormente. Acha que os sintomas ainda estão piorando. Refere que há 20 dias teve quadro gripal leve, sem necessidade de uso de antibiótico. O exame clínico geral é normal e o exame neurológico mostrou fraqueza muscular leve em braços e, acentuada nas pernas, reflexos profundos vivos, hipoestesia superficial nos pés e hipopallestesia em hálux bilateralmente. Marcha independente, com algum desequilíbrio. Em relação ao caso apresentado, é correto afirmar:

- (A) O diagnóstico mais provável é crise aguda de porfiria, considerando a idade do paciente, a preservação de reflexos e a presença precoce de dor (lombalgia).
- (B) O paciente não precisa de tratamento imunomodulador e deve ser mantido em observação por 48h, e então liberado caso não haja comprometimento da marcha.
- (C) O estudo eletrofisiológico, se realizado nesse momento, definirá o substrato lesional, entre axonal ou desmielinizante, na maioria dos casos, necessário para definir o diagnóstico.
- (D) O dano lesional pode ser axonal, desmielinizante ou paranodal, necessitando de estudos eletrofisiológicos seriados para a correta classificação diagnóstica.

**40**

Mulher, 68 anos de idade, com antecedentes de acidente vascular cerebral isquêmico, hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica não dialítica, dislipidemia, tabagismo, artrite reumatoide e diabetes melito. Há cerca de dois anos, apresenta dificuldade para iniciar o sono, caracterizada por sensação de desconforto que tem dificuldade para descrever. Acontece sempre à noite, ao deitar para dormir e seu marido passou a fazer massagens todas as noites em suas pernas para aliviar o sintoma. Após alguns meses de tratamento com um mesmo medicamento e aumento de dose gradual, a paciente apresentou piora dos sintomas, que ficaram mais intensos, acometendo coxas e genitália, e começam mais cedo, logo no início da noite. Qual foi este medicamento e qual a conduta proposta?

- (A) Pregabalina. Sugere-se trocar por fluoxetina.
- (B) Pregabalina. Sugere-se trocar por amitriptilina.
- (C) Pramipexol. Sugere-se reduzir a dose ou trocar de fármaco.
- (D) Pramipexol. Sugere-se aumentar a dose ou associar antidepressivo.

RASCUNHO

