



EDITAL Nº 01/2026 – RESIDÊNCIA MÉDICA

CADERNO QUESTIONÁRIO

PROVA PARA RESIDÊNCIA MÉDICA EM NEUROLOGIA (R4)

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Prova.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Prova e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Boa prova!

Fortaleza, 15 de março de 2026

Inscrição

Sala

1. Uma paciente de 28 anos apresenta quadro de perda visual súbita e dolorosa à movimentação ocular à direita há 3 dias. A ressonância magnética (RM) de crânio e órbitas demonstra realce pelo gadolínio no nervo óptico direito, além de duas outras lesões periventriculares perpendiculares ao corpo caloso. A análise do líquido revela a presença de bandas oligoclonais (BOC) restritas ao espaço tecal.

De acordo com as revisões de 2024 dos Critérios de McDonald para o diagnóstico de Esclerose Múltipla (EM), qual das seguintes afirmações é correta para este caso?

A) O diagnóstico de EM não pode ser estabelecido, pois a neurite óptica não é considerada uma das topografias típicas para demonstrar disseminação no espaço (DIE).

B) O diagnóstico de EM está confirmado, uma vez que o nervo óptico é uma topografia típica para DIE e a presença de BOC supre o critério de disseminação no tempo (DIT).

C) É necessário aguardar um novo surto clínico para confirmar o diagnóstico, pois o paciente no momento apresenta uma Síndrome Clinicamente Isolada (CIS) multifocal.

D) O diagnóstico de EM requer obrigatoriamente a presença de pelo menos uma lesão justacortical, medular ou de fossa posterior adicional para preencher o critério de DIE.

2. Sobre o diagnóstico e manejo das doenças do espectro da Neuromielite Óptica (NMOSD) e da Doença Associada ao Anti-MOG (MOGAD), assinale a alternativa correta:

A) No NMOSD, se o anticorpo anti-aquaporina 4 (AQP4-IgG) for positivo, é necessária a presença de pelo menos duas manifestações clínicas típicas (ex: neurite óptica e mielite) para o diagnóstico.

B) O tratamento de manutenção de primeira linha para MOGAD recidivante envolve obrigatoriamente o uso de inebilizumabe ou satralizumabe, assim como no NMOSD.

C) Na MOGAD, o diagnóstico em pacientes com baixos títulos de anticorpo anti-MOG exige a presença de pelo menos uma característica clínica ou de imagem típica adicional, além de ser obrigatoriamente AQP4-IgG negativo.

D) A plasmaférese não tem eficácia comprovada no tratamento de surtos agudos de NMOSD, devendo-se priorizar a pulsoterapia com metilprednisolona.

3. Paciente de 32 anos, sexo feminino, com histórico de enxaqueca sem aura desde a adolescência, apresenta aumento da frequência das crises (atualmente 12 dias por mês com dor) e prejuízo funcional significativo, apesar do uso otimizado de triptanos no resgate.

Ela tem histórico de asma brônquica moderada e episódios de insônia, além de histórico de cálculo renal de repetição. Manifesta desejo de engravidar nos próximos anos.

Com base nas diretrizes de tratamento profilático discutidas na aula, qual a conduta terapêutica mais adequada para o início da prevenção?

A) Iniciar Propranolol 40 mg/dia, visto que é um fármaco de primeira linha com alta evidência de eficácia para migrânea.

B) Prescrever anti-CGRP (Fremanezumabe ou Galcanezumabe) em aplicações mensais via subcutânea pode ser uma opção nesse momento.

C) Iniciar Valproato de Sódio, uma vez que é uma das drogas de escolha para mulheres em idade fértil.

D) Indicar Toxina Botulínica tipo A imediatamente, pois é o tratamento de primeira linha para qualquer paciente com mais de 8 dias de dor por mês.

4. Homem de 40 anos refere episódios de dor lancinante, estritamente unilateral, em região periorbitária esquerda, com duração de 60 minutos, ocorrendo de 2 a 3 vezes ao dia, geralmente durante a madrugada. A dor é acompanhada de hiperemia conjuntival, rinorreia e miose ipsilaterais. Sobre o manejo agudo e preventivo deste paciente, assinale a alternativa correta.

- A) O tratamento de resgate padrão-ouro consiste na administração de Oxigênio a 100% (12 L/min) sob máscara sem reinalação ou Sumatriptano injetável.
- B) A Prednisona em doses altas (60-80 mg/dia) deve ser utilizada como profilaxia de manutenção a longo prazo para evitar a recorrência dos clusters.
- C) O Verapamil é a droga de escolha para a profilaxia de transição (ponte), enquanto o Topiramato é a primeira escolha para a manutenção.
- D) Por se tratar de uma cefaleia trigêmeino-autonômica, a resposta dramática à Indometacina é o principal critério diagnóstico e terapêutico esperado.

5. Um paciente de 25 anos apresenta-se ao ambulatório relatando dois episódios de perda de consciência no último ano. O primeiro ocorreu há 8 meses, durante o sono, descrito pela esposa como uma fase de enrijecimento seguida de abalos rítmicos dos quatro membros, com duração de 2 minutos e confusão mental subsequente. O segundo episódio ocorreu há 1 semana, com as mesmas características. O exame neurológico e a ressonância magnética de crânio são normais. O eletroencefalograma (EEG) de rotina foi normal. De acordo com a definição operacional de epilepsia da ILAE (2014), qual é a classificação diagnóstica correta para este paciente?

- A) O paciente não tem diagnóstico de epilepsia estabelecido, pois a ressonância magnética e o EEG de rotina são normais.
- B) O diagnóstico de epilepsia está confirmado, pois o paciente apresentou pelo menos duas crises não provocadas ocorrendo com intervalo superior a 24 horas.
- C) O paciente apresenta apenas crises sintomáticas agudas, visto que crises puramente generalizadas no adulto sem lesão estrutural não permitem o diagnóstico de epilepsia.
- D) O diagnóstico é de crise única não provocada, pois eventos ocorridos durante o sono não são considerados para a contagem de recorrência nos critérios da ILAE, podendo ser inclusive uma parassonia.

6. Durante uma investigação em unidade de monitorização por vídeo-EEG, um paciente de 30 anos apresenta um evento iniciado por uma sensação súbita de "déjà vu" e um desconforto epigástrico ascendente, seguido de parada da resposta, olhar fixo e automatismos orofaciais (mastigação) e manuais ipsilaterais à direita, associados a uma postura distônica do membro superior esquerdo. Este quadro semiológico é mais sugestivo de uma crise com início em qual região cerebral?

- A) Lobo frontal dorsolateral direito.
- B) Lobo occipital esquerdo.
- C) Lobo temporal mesial direito.
- D) Giro pré-central esquerdo (área motora primária).

7. Um homem de 65 anos apresenta tremor de repouso na mão direita e lentidão para digitar há 8 meses. No exame físico, observa-se bradicinesia assimétrica, rigidez em "roda dentada" à direita e discreta hipomímia facial. Não há alterações na marcha nem instabilidade postural. O paciente não utiliza neurolépticos. Durante a avaliação para aplicar os critérios diagnósticos da MDS (Movement Disorder Society), observa-se que ele apresenta uma resposta dramática ao uso de levodopa. Qual das seguintes alternativas descreve corretamente a classificação deste paciente?

- A) O paciente possui Doença de Parkinson Clinicamente Estabelecida, pois a presença de tremor de repouso e bradicinesia é suficiente para o diagnóstico definitivo, independentemente de outros critérios.
- B) O diagnóstico é de Doença de Parkinson Clinicamente Provável, uma vez que ele apresenta o critério essencial (parkinsonismo) e um critério de suporte (resposta à levodopa), mas a ausência de instabilidade postural impede a classificação como "estabelecida".

- C) O paciente preenche critérios para Doença de Parkinson Clinicamente Estabelecida, pois apresenta parkinsonismo, critérios de suporte (resposta à levodopa e tremor de repouso típico) e ausência de "bandeiras vermelhas" (red flags) ou critérios de exclusão absoluta.
- D) O diagnóstico de Doença de Parkinson não pode ser feito, pois a bradicinesia assimétrica é considerada um sinal de Degeneração Córtico-Basal, sendo um "red flag".

8. Paciente de 68 anos, com diagnóstico de Doença de Parkinson há 10 anos, em uso de Levodopa/Carbidopa (250/25 mg) quatro vezes ao dia. Queixa-se de que o efeito da medicação está durando menos tempo (cerca de 3 horas) e de que, logo após a tomada da dose, apresenta movimentos involuntários coreiformes e de balismo no tronco e nos membros superiores, que duram cerca de 1 hora, mas que não o incomodam tanto quanto a lentidão. Qual a melhor estratégia farmacológica para o manejo dessas complicações motoras?

- A) Suspender a Levodopa e substituir por um Agonista Dopaminérgico (Pramipexol) para evitar a progressão das discinesias.
- B) Adicionar Amantadina para o controle das discinesias de pico de dose e fracionar a dose de Levodopa (diminuir o intervalo entre as doses) para tratar o fenômeno de wearing-off.
- C) Aumentar o intervalo entre as doses de Levodopa para 8 em 8 horas, visando reduzir a estimulação pulsátil dos receptores dopaminérgicos.
- D) Iniciar Entacapona 1 vez ao dia para reduzir flutuação motora, aumentando a duração do efeito da Levodopa.

9. Um paciente de 62 anos, hipertenso e diabético, é admitido na emergência com quadro de hemiparesia completa à direita e afasia global iniciada há 2 horas. A escala de NIHSS é de 18. A tomografia (TC) de crânio inicial não demonstra hemorragia, mas apresenta um escore ASPECTS de 8. Durante a monitorização, a pressão arterial encontra-se em 195/110 mmHg. Sobre a indicação de trombólise endovenosa com alteplase neste paciente, qual a conduta correta?

- A) Contraindicar a trombólise, pois o escore ASPECTS de 8 indica uma área de isquemia já estabelecida muito extensa para o tratamento.
- B) Iniciar imediatamente a trombólise, pois o paciente está dentro da janela de 4,5 horas e o valor da pressão arterial é aceitável para o procedimento.
- C) Reduzir a pressão arterial para níveis abaixo de 185/110 mmHg com anti-hipertensivos endovenosos (ex: labetalol ou nitroprussiato) antes de iniciar a trombólise.
- D) Contraindicar a trombólise e encaminhar diretamente para trombectomia mecânica, uma vez que o NIHSS elevado sugere oclusão de grande vaso, o que invalida o uso de fibrinolítico.

10. Paciente de 60 anos é trazido ao hospital por familiares, que o encontraram com desvio da rima labial e fraqueza no braço esquerdo ao acordar às 08:00h. O paciente foi visto pela última vez sem sintomas às 22:00h da noite anterior. Atualmente, o paciente apresenta escala do NIHSS de 12. A TC de crânio é normal (ASPECTS 10). A angio-TC demonstra oclusão do segmento M1 da artéria cerebral média direita. A RNM de crânio mostra um mismatch entre a difusão (DWI) e a sequência de perfusão. Qual a melhor conduta terapêutica?

- A) Contraindicar terapias de reperfusão, pois o tempo de "último visto bem" excede a janela de 3 horas para trombólise e de 4,5 horas para trombectomia convencional.
- B) Realizar antiagregação plaquetária com Aspirina e Clopidogrel, visto que o AVC do despertar (wake-up stroke) é uma contra-indicação absoluta para qualquer intervenção aguda.
- C) Considerar a trombólise endovenosa com alteplase, pois o mismatch difusão-perfusão sugere que a lesão tem menos de 4,5 horas de evolução, apesar do horário em que o paciente foi visto pela última vez.
- D) Considerar trombectomia mecânica, uma vez que o paciente apresenta oclusão de grande vaso e evidência de tecido cerebral em penumbra (mismatch radiológico).

11. Um paciente de 75 anos, com diagnóstico prévio de demência de Alzheimer leve, é admitido com quadro de desatenção, pensamento desorganizado e flutuação do nível de consciência iniciado há 24 horas. Durante o exame, ele alterna momentos de agitação psicomotora com sonolência. A família nega quedas ou déficits focais.

Considerando o caso, assinale a alternativa correta:

- A) O principal neurotransmissor envolvido na patogênese deste quadro é a dopamina, cuja deficiência no córtex pré-frontal justifica a desatenção.
- B) A presença de demência prévia exclui o diagnóstico de Delirium, devendo o quadro ser interpretado apenas como progressão da doença neurodegenerativa.
- C) O diagnóstico pode ser estabelecido clinicamente através do CAM (Confusion Assessment Method), sendo a desatenção e o início agudo com curso flutuante critérios obrigatórios.
- D) O tratamento de primeira linha para o controle da agitação neste paciente deve ser a administração de benzodiazepínicos de longa duração, como o diazepam.

12. Um paciente de 50 anos é encontrado em coma e levado à emergência. Ao exame neurológico, apresenta um padrão respiratório de hiperventilação neurogênica central, pupilas puntiformes (miose severa) que reagem minimamente à luz e ausência de movimentos oculares horizontais ao teste da boneca (reflexo oculocefálico). Ao estímulo doloroso, apresenta postura de descerebração.

Com base nesses achados, qual a localização mais provável da lesão estrutural?

- A) Córtex frontal bilateral.
- B) Mesencéfalo dorsal.
- C) Ponte (tegmento pontino).
- D) Tálamo bilateral.

13. Um paciente de 55 anos queixa-se de uma sensação desconfortável de "formigamento e agonia" nas pernas, que ocorre predominantemente à noite ao deitar-se, aliviando-se quase imediatamente ao caminhar. Ele possui histórico de insuficiência renal crônica não dialítica e apresenta episódios de insônia de conciliação devido aos sintomas.

Os exames laboratoriais revelam hemoglobina de 14 g/dL e ferritina de 45 ng/mL.

Sobre a propedêutica e o tratamento deste paciente, assinale a alternativa correta.

- A) A presença de ferritina acima de 30 ng/mL na ausência de anemia exclui a deficiência de ferro como fator contribuinte, devendo-se iniciar prontamente um agonista dopaminérgico como o pramipexol.
- B) O uso de ligantes alfa-2-delta (como a Pregabalina ou Gabapentina) é uma excelente opção terapêutica inicial, especialmente se o paciente apresentar sintomas dolorosos associados ou ansiedade, devendo-se também considerar a reposição de ferro, já que o alvo terapêutico na SPI é uma ferritina > 75-100 ng/mL.
- C) A reposição de ferro por via oral está contraindicada em pacientes com ferritina abaixo de 100 ng/mL, sendo a infusão intravenosa a única via recomendada para o tratamento da SPI.
- D) A Pregabalina deve ser evitada em pacientes com disfunção renal, sendo preferível o uso de neurolépticos como a quetiapina para sedação e controle dos movimentos das pernas.

14. Um homem de 68 anos é trazido à consulta pela esposa, que relata que o marido tem "vivido os sonhos" de forma violenta nos últimos meses. Ela descreve episódios em que ele grita, dá socos e pontapés durante a segunda metade da noite, chegando a cair da cama. O paciente recorda-se fragmentariamente de estar a lutar contra agressores nos sonhos. Sobre esta condição, assinale a alternativa correta:

- A) Trata-se provavelmente de um quadro de Terror Noturno, sendo o tratamento de escolha a higiene do sono e o uso de neurolépticos se necessário.

- B) O diagnóstico é de Transtorno Comportamental do Sono REM, e a polissonografia é indicada para demonstrar a ausência de atonia muscular do sono REM.
- C) Esta patologia é considerada uma variante da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono, estando indicada uma polissonografia tipo III domiciliar.
- D) O tratamento farmacológico inicial deve ser feito preferencialmente com inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS), que tendem a suprimir os movimentos durante o sono REM.

15. Um paciente de 68 anos apresenta quadro de declínio cognitivo progressivo há 2 anos, caracterizado inicialmente por déficits de memória episódica, além de sinais parkinsonianos leves. Recentemente, passou a apresentar episódios de alucinações visuais, flutuação acentuada da atenção e movimentos anormais durante o sono.

Considerando os diagnósticos diferenciais das demências degenerativas, qual o diagnóstico mais provável e qual achado seria esperado num exame complementar?

- A) Doença de Alzheimer; atrofia predominante dos hipocampus na ressonância magnética (RM).
- B) Demência por Corpos de Lewy; hipometabolismo occipital na tomografia por emissão de positrões (PET-CT) com FDG.
- C) Demência da Doença de Parkinson; hipocaptção assimétrica do radiotraçador no Trodat.
- D) Paralisia Supranuclear Progressiva; sinal do "beija-flor" (atrofia do mesencéfalo) na RM de crânio.

16. Um homem de 72 anos apresenta um quadro de "lentificação do pensamento", dificuldade de marcha (descrita como "passos curtos e pés colados ao chão") e episódios de urgência urinária há 6 meses. A família relata que ele parece mais apático. Na RM de crânio, observa-se ventriculomegalia desproporcional à atrofia cortical, com arredondamento dos cornos frontais e sinal de "buraco de fluxo" (flow void) no aqueduto de Sylvius. Qual a conduta diagnóstica inicial recomendada para confirmar a suspeita clínica?

- A) Realizar um PET Amiloide, visto que essa doença frequentemente coexiste com a Doença de Alzheimer.
- B) Indicar imediatamente a derivação ventriculoperitoneal (DVP), pois a tríade clínica associada à imagem é patognomônica.
- C) Realizar o Tap Test (punção lombar com retirada de 40ml de LCR) com avaliação da marcha antes e após o procedimento.
- D) Iniciar o uso de doses altas de corticoides e manitol para tratar a hipertensão intracraniana secundária a hidrocefalia.

17. Um homem de 56 anos apresenta-se com fraqueza progressiva iniciada no membro superior direito há 6 meses, que evoluiu com atrofia tenar e câibras frequentes. Recentemente, passou a apresentar episódios de engasgos e fala "arrastada".

Ao exame neurológico, observa-se: atrofia e fasciculações na língua e nos músculos interósseos bilaterais, associadas a hiperreflexia difusa (incluindo reflexo cutâneo-plantar em extensão à direita e reflexo mentoniano exaltado). Não há alterações sensitivas ou oculomotoras.

A eletroneuromiografia (ENMG) demonstra potenciais de ação de unidade motora (PAUMs) polifásicos e de grande amplitude, associados a fibrilações e ondas agudas em segmentos bulbar, cervical e lombossacro.

Sobre este caso, assinale a alternativa correta:

- A) O diagnóstico de ELA não pode ser estabelecido por estes critérios, uma vez que a ENMG não substitui o exame clínico na demonstração do comprometimento do neurônio motor inferior (NMI).

- B) O diagnóstico de ELA está confirmado pela presença de sinais de neurônio motor superior (NMS) e inferior (NMI) em três segmentos e eletroneuromiografia compatível.
- C) O uso do Riluzol deve ser postergado até que o paciente apresente capacidade vital forçada (CVF) abaixo de 50%, pois sua eficácia na sobrevida é restrita a fases avançadas da doença.
- D) Antes de se fechar o diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica, deve-se realizar uma pulsoterapia empírica com metilprednisolona para excluir a possibilidade de doença autoimune, particularmente neuropatia motora multifocal.

18. Uma paciente de 52 anos apresenta fraqueza muscular proximal e simétrica em membros superiores e inferiores, de instalação subaguda (3 meses). Relata dificuldade para levantar-se de cadeiras e pentear o cabelo. Ao exame físico, nota-se edema e coloração vinhosa em pálpebras superiores, além de pápulas eritematosas descamativas sobre as articulações metacarpofalângicas e interfalângicas. Não há déficit sensitivo e os reflexos profundos estão preservados. A creatinoquinase (CK) total está 15 vezes acima do limite superior da normalidade.

Considerando a hipótese diagnóstica principal, qual é o achado mais provável na biópsia muscular e qual a conduta adicional indispensável neste caso?

- A) Infiltrado inflamatório endomisial com invasão de fibras musculares não necróticas por linfócitos T CD8+; realizar rastreio rigoroso para neoplasias ocultas.
- B) Atrofia perifascicular e infiltrado inflamatório predominantemente perivascular/perimisial; realizar rastreio rigoroso para neoplasias ocultas (paraneoplasia).
- C) Presença de vacúolos circundados por grânulos basofílicos e inclusões citoplasmáticas; iniciar corticoterapia em altas doses imediatamente.
- D) Proliferação de tecido conjuntivo e gorduroso substituindo as fibras musculares, com necrose segmentar e regeneração; realizar teste genético para distrofia de cinturas.

19. Um homem de 55 anos é levado pela esposa para avaliação neurológica. Ela relata que o paciente apresenta episódios noturnos em que grita, movimentando intensamente os braços e parece “encenar” sonhos. Em uma ocasião, caiu da cama enquanto sonhava que estava fugindo de alguém. O paciente refere lembrar do conteúdo do sonho ao despertar. Nega roncos importantes ou pausas respiratórias durante a noite.

Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Apneia obstrutiva do sono
- B) Distúrbio comportamental do sono REM
- C) Terror noturno
- D) Sonambulismo

20. Um homem de 26 anos refere sonolência excessiva diurna desde a adolescência. Relata episódios recorrentes de perda súbita do tônus muscular desencadeados por riso, mantendo consciência durante o evento. Também descreve episódios ocasionais de alucinações ao adormecer e sensação de incapacidade de se mover ao despertar.

A polissonografia noturna não mostrou apneia do sono significativa. No teste de latências múltiplas do sono (MSLT), a latência média do sono foi de 6 minutos, com presença de três episódios de sono REM de início precoce (SOREMPs).

Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Narcolepsia tipo 1
- B) Narcolepsia tipo 2
- C) Hipersonia idiopática
- D) Distúrbio comportamental do sono REM