

EDITAL Nº 32/2023
PROCESSOS SELETIVOS Nºs 32.1 a 32.4/2023
MÉDICO - ESPECIALIDADE NEUROLOGIA

INSTRUÇÕES

1. Aguarde o fiscal autorizar a abertura do caderno de provas. Após a autorização, confira a paginação antes de iniciar as provas. Caso o caderno de provas esteja incompleto ou tenha qualquer defeito, solicite ao fiscal de sala que o substitua.
2. Este caderno de provas é composto por 60 (sessenta) questões de múltipla escolha, correspondentes à prova objetiva.
3. Verifique, no cartão de respostas, se os dados de identificação (nome, RG, CPF, nº de inscrição, nº do processo seletivo e cargo) estão corretos. Se houver erro, solicite ao fiscal o Formulário de Alteração de Dados Cadastrais, preenchendo-o e entregando-o ao final da prova.
4. Assine o cartão de respostas no local estipulado a este fim. Caso não o faça, como prevê o edital, você será excluído do processo seletivo.
5. Transcreva as suas respostas para o cartão de respostas, único documento válido para a correção da prova objetiva. O preenchimento do cartão é de sua inteira responsabilidade.
6. No cartão de respostas, para cada questão, existem cinco campos de marcação: A, B, C, D e E. Você deverá preencher apenas aquele correspondente à resposta julgada correta, de acordo com o comando da questão (A, B, C ou D).
7. O preenchimento do cartão de respostas deverá ser realizado com caneta esferográfica de tinta preta.
8. Será anulada a questão cujo preenchimento contiver marcações incorretas, tais como: emenda ou rasura, dupla marcação, campo de marcação não preenchido integralmente, etc.
9. O cartão de respostas não será substituído. Não amasse, molhe, dobre, rasgue, manche ou, de qualquer modo, danifique-o, sob pena de arcar com os prejuízos advindos da impossibilidade de realização da leitura ótica ou da correção.
10. A marcação no cartão de respostas não poderá ser realizada por outras pessoas que não o candidato, salvo nos casos de atendimento especial, previamente solicitado.
11. O candidato dispõe de 4 (quatro) horas para realizar a prova objetiva. Na duração da prova, está incluído o tempo destinado à entrega do material, ao preenchimento do cartão de respostas e a quaisquer outros procedimentos necessários à aplicação.
12. Durante a prova, você não deverá levantar-se sem autorização do fiscal de sala nem poderá comunicar-se com outros candidatos.
13. Somente após transcorridas 3 (três) horas do início da prova, o candidato poderá entregar o caderno de prova objetiva e o cartão de respostas e retirar-se da sala. O candidato somente poderá levar o caderno de provas faltando 15 (quinze) minutos para o término do tempo destinado à realização da prova.
14. É proibido fazer anotação de informações relativas às suas respostas no cartão de inscrição e (ou) em qualquer outro meio, que não os permitidos.
15. Será obrigatória a permanência dos 2 (dois) últimos candidatos em sala, até que o último candidato entregue sua prova.
16. Ao terminar a prova, permaneça em seu lugar e comunique ao fiscal de sala. Devolva-lhe o cartão de respostas preenchido e assinado e o caderno de prova.
17. O não cumprimento de qualquer uma das orientações constantes em edital e na capa do caderno de prova poderá implicar a anulação de sua prova.

OUTRAS INFORMAÇÕES

1. O gabarito oficial preliminar da prova objetiva será divulgado em 6 de fevereiro de 2024, no endereço eletrônico www.sarah.br/rh, e poderá ser consultado pessoalmente nos endereços informados no item 3.5. do edital.
2. O resultado definitivo da prova objetiva, o gabarito oficial definitivo da prova objetiva e a agenda da prova prática serão divulgados em 1º de março de 2024, no endereço eletrônico www.sarah.br/rh, e poderão ser consultados pessoalmente nos endereços informados no item 3.5. do edital.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

1. Chegou ao atendimento um homem com 50 anos que, após queda, evoluiu com traumatismo cranioencefálico recente. Na consulta, apresentou queixas de zumbido pulsátil, cefaleia e distúrbios visuais. Referiu episódio de crise epiléptica. Esses sintomas podem indicar qual diagnóstico?
 - a) Dissecção de carótida.
 - b) Angioma cavernoso.
 - c) TVC.
 - d) Fístula arteriovenosa dural.

2. Ainda sobre o caso descrito na questão 1, qual exame deve ser indicado para estabelecer o diagnóstico e planejar o tratamento com maior acurácia?
 - a) Angiotomografia computadorizada.
 - b) Angiorressonância magnética.
 - c) Angiorressonância magnética fase venosa.
 - d) Angiografia digital.

3. Paciente de 50 anos, hipertenso, vem evoluindo com contrações tônico-clônicas involuntárias de um lado da face, que começam com o envolvimento do músculo orbicular do olho, levando a um fechamento involuntário breve, intermitente e indolor do olho ipsilateral. Está associado à elevação infrequente da sobrancelha com espasmos oculares, também conhecido como "outro sinal de Babinski". Exames de imagem encefálicos foram normais. O achado no teste eletrofisiológico foi a propagação lateral e sincinesia variável no teste do reflexo de piscar. Qual o diagnóstico neste caso?
 - a) Espasmo hemifacial.
 - b) Ataque isquêmico transitório.
 - c) Blefaroespasma.
 - d) Crise focal.

4. Ainda sobre o caso descrito na questão 3, qual seria a primeira escolha no tratamento?
 - a) Ácido valpróico.
 - b) Toxina botulínica.
 - c) Baclofeno.
 - d) Antiagregante plaquetário.

5. Paciente de 60 anos apresentou queda da própria altura, com Traumatismo Crânio Encefálico (TCE). Ao exame neurológico:
 - Abre os olhos à estimulação verbal e tem olhar desconjugado.
 - É capaz de formar palavras, mas as palavras não são corretas para a situação ou formula perguntas com palavras inapropriadas.
 - É capaz de seguir comandos com um lado do corpo, porém, com o outro não.

Qual é sua pontuação nas escala de coma de Glasgow?

- a) 11
- b) 12
- c) 13
- d) 14

6. Aproximadamente 72 horas após cirurgia de histerectomia por conta de complicações de adenomiose, uma mulher de 35 anos desenvolveu quadro de dor intensa e fraqueza de predomínio proximal em membro inferior esquerdo. Não havia relato de comorbidades prévias ou outros procedimentos cirúrgicos recentes. No exame neurológico, observou-se monoparesia de membro inferior esquerdo (grau II na flexão do quadril, grau III na extensão do joelho e grau IV na flexão do joelho e na dorsiflexão do tornozelo esquerdo). O reflexo patelar esquerdo encontrava-se abolido e os demais reflexos estavam presentes e simétricos. O exames laboratoriais (hemograma completo, glicemia de jejum, HbA1c, vitamina B12, creatinina, enzimas hepáticas e sorologia para HIV) foram considerados normais. Qual das seguintes condições é o diagnóstico mais provável?

- a) Radiculoplexopatia lombossacra diabética (Síndrome de Bruns-Garland).
- b) Lesão por tração da raiz de L4.
- c) Neuropatia inflamatória pós-cirúrgica.
- d) Hematoma retroperitoneal.

7. Paciente do sexo masculino, 75 anos, apresenta quadro de parestesia (dormência) em pés e instabilidade da marcha há aproximadamente 7 meses. Refere maior dificuldade para deambular no período noturno e episódios de queda ao tentar ir ao banheiro. Nega alterações no hábito intestinal e não relatou sintomas urinários. No exame neurológico, chama atenção a presença de base discretamente alargada durante a marcha e a manobra de Romberg positiva. Também foram observados hiporreflexia global, tremor cinético-postural em mãos, hipoestesia tátil e dolorosa até 1/3 (terço) médio de pernas e hipopalestesia distal (maléolos). Não foram encontradas alterações no exame de confrontação da força. Nos exames laboratoriais, foi identificada gamopatia monoclonal de significado incerto (IgM). Qual dos seguintes achados na eletroneuromiografia seria esperado neste paciente?

- a) Bloqueio de condução motor.
- b) Estudo de condução motora normal.
- c) Decremento na estimulação repetitiva.
- d) Latências distais prolongadas.

8. A deficiência de qual das seguintes vitaminas tem maior probabilidade de causar um quadro de polineuropatia rapidamente progressivo, que pode mimetizar a síndrome de Guillain-Barré?

- a) Vitamina A.
- b) Vitamina B1 (tiamina).
- c) Vitamina B6 (piridoxina).
- d) Vitamina E.

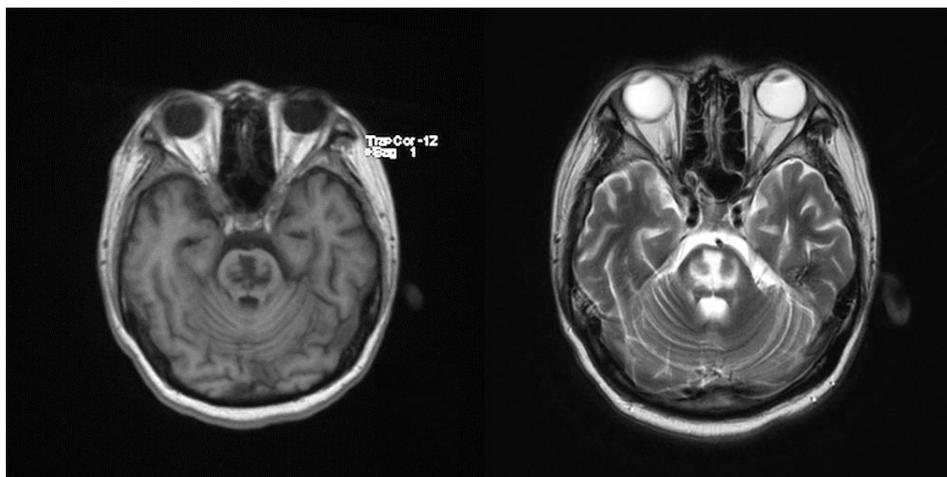
9. Qual das alternativas a seguir apresenta o mecanismo proposto para a neuropatia em pacientes com acromegalia?
- a) Compressão devido à hipertrofia dos tecidos ligamentares adjacentes.
 - b) Uso excessivo secundário ao aumento da força muscular.
 - c) Edema de nervo periférico.
 - d) Infarto do nervo por vasculite.
10. Qual das seguintes miopatias inflamatórias está associada ao envolvimento muscular extraocular, miocardite e linfopenia?
- a) Miosite relacionada aos inibidores de “checkpoint” imunológicos.
 - b) Dermatomiosite.
 - c) Síndrome antissintetase.
 - d) Miopatia necrosante imunomediada.
11. Paciente do sexo feminino, 57 anos, com diagnóstico de câncer de mama, foi submetida a tratamento cirúrgico (mastectomia) e radioterapia. Após o tratamento, evoluiu com fraqueza em membro superior direito de predomínio proximal. No exame neurológico, foi observada paresia dos músculos supraespinhal, deltoide, bíceps e braquiorradial direitos. Qual é a topografia da lesão?
- a) Mononeuropatia do nervo axilar.
 - b) Neuropatia supraescapular.
 - c) Plexopatia braquial - tronco superior.
 - d) Plexopatia braquial - tronco inferior.
12. A triagem de qual das condições a seguir é indicada em pacientes com diagnóstico de distrofia muscular facio-escapulo-umeral do tipo 1, de início na infância?
- a) Catarata.
 - b) Perda auditiva.
 - c) Diabetes *mellitus*.
 - d) Displasia epifisária.
13. Paciente do sexo feminino, 36 anos de idade, residente de área rural, em atendimento de reabilitação por sequela de acidente vascular isquêmico em artéria cerebral média esquerda (território M2), não lacunar, ocorrido há pouco mais de 6 meses. Apresenta hemiparesia espástica direita, afasia mista e hipoestesia à direita. Nega hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemia; faz uso de anticoncepcional oral, não utiliza outras medicações de uso contínuo e nega uso de drogas ilícitas. Não foram evidenciadas estenoses ou irregularidades em angiotomografia intra e extracraniana de fase aguda. Doppler de carótidas e vertebrais sem alterações, ecocardiograma transtorácico e holter de 24 horas normais. Sorologias para doença de Chagas, hepatites virais e HIV negativos, sem alterações em hemograma, plaquetas, coagulograma ou colesterol. Doppler transcraniano sem evidência de shunt direita-esquerda. Detectada a presença de mutação em homozigose no gene da protrombina 20210A. Fator V de Leiden, proteínas C e S, antitrombina III, anticorpos para SAAF e fator reumatoide foram todos negativos. Neste contexto, qual seria a profilaxia secundária a longo prazo mais indicada?

- a) Antiagregação plaquetária simples e suspensão de anticoncepcional oral.
 - b) Dupla antiagregação plaquetária e suspensão de anticoncepcional oral.
 - c) Anticoagulação com varfarina e suspensão de anticoncepcional oral.
 - d) Antiagregação plaquetária simples, estatina em dose padrão e suspensão de anticoncepcional oral.
14. De acordo com o mais recente Guideline brasileiro de reabilitação, quais medidas de reabilitação podem ser tomadas durante os primeiros dias após um AVC?
- a) Mobilização precoce (menos de 24 horas após evento), avaliação precoce com escalas objetivas por equipe multiprofissional qualificada, admissão em um centro de tratamento especializado em AVC (stroke care units).
 - b) Mobilização precoce (mais de 24 horas após evento), uso de toxina botulínica precocemente para evitar contraturas, posicionamento e suporte do braço em repouso para evitar ombro doloroso.
 - c) Avaliação precoce de risco de lesão de pele por pressão, avaliação do risco de subnutrição dentro de 48 horas da admissão e nutrição por sonda nasoesofágica/nasogástrica se impossibilidade de aporte oral.
 - d) Mobilização precoce (mais de 24 horas após evento), avaliação de linguagem por profissional habilitado e estimulação faríngea elétrica para disfagia.
15. Paciente masculino de 75 anos, residente no interior de Goiás, hipertenso e diabético, histórico de AVC isquêmico em território de artéria cerebral média direita, extenso. Está em acompanhamento ambulatorial. Possui investigação etiológica com presença de fibrilação atrial ao eletrocardiograma. Ecocardiograma transtorácico sem alterações valvares, fração de ejeção de 60%. Doppler de carótidas e vertebrais sem alterações. Hemograma e coagulograma normais; sorologia para doença de Chagas positiva. Sorologias para sífilis, HIV e hepatite C negativas. Presença de “cut off” em ramo M1 de artéria cerebral média direita em angio tomografia intracraniana, sem alterações em angio tomografia extracraniana. Qual a conduta a ser tomada?
- a) Ecocardiograma transesofágico antes de determinar a profilaxia secundária.
 - b) Rivaroxabana.
 - c) Varfarina.
 - d) AAS + clopidogrel.
16. Quais achados fazem parte dos critérios de Boston 2.0 para angiopatia amiloide cerebral?
- a) Hematoma intracerebral profundo, siderose superficial e microsangramentos cerebrais corticais.
 - b) Siderose superficial, espaço perivascular visível no centro semi-oval e hiperintensidade em substância branca “multi-spot”.
 - c) Microsangramentos cerebrais profundos, hematoma cerebral lobar e idade acima de 50 anos.
 - d) Episódio neurológico focal transitório, hematoma cerebral lobar e infarto lacunar.
17. Dentre as afirmações a seguir, assinale a verdadeira.
- a) Em pacientes com doença de Moyamoya, é recomendado screening da mutação RNF213 p.R4810K.
 - b) Em pacientes com AVC e forame oval patente, é recomendado o fechamento do mesmo em todos os pacientes abaixo de 60 anos.

- c) Microsangramentos corticais, subcorticais e em medula cervical podem ocorrer em pacientes com CADASIL.
- d) Em caso de recorrência de AVC isquêmico não cardioembólico quando em uso de AAS, a conduta mais correta é a troca do tipo de antiagregante plaquetário.
18. Com relação ao tratamento da esclerose múltipla, assinale a opção INCORRETA.
- a) A Teriflunomida foi considerada teratogênica em estudos animais e está contraindicada em mulheres grávidas e em homens e mulheres em idade reprodutiva que não estão usando efetivo método contraceptivo.
- b) Os riscos de uso Dimetilfumarato abarcam hepatotoxicidade, linfopenia e infecções, incluindo infecções por herpes e raros casos de leucoencefalopatia multifocal progressiva.
- c) O Fingolimode requer monitorização da primeira dose, devido ao risco de arritmia cardíaca ou infarto agudo do miocárdio.
- d) Como a Cladribina pode reduzir a efetividade dos contraceptivos orais, um método contraceptivo de barreira deve ser adicionado durante e por pelo menos 4 semanas após cada curso de tratamento.
19. Paciente de 34 anos, sexo feminino, enfermeira, filha de pais primos em primeiro grau, iniciou quadro de lentidão motora e tremor em mãos aos 30 anos de idade. Recebeu diagnóstico inicial de tremor essencial. Usou Propranolol por 1 ano, evoluindo com piora, passando a notar alteração da marcha. Fez ressonância magnética (RNM) de encéfalo, que mostrou alteração difusa da substância branca. Liquor foi normal, com ausência de bandas oligoclonais. Foi admitida em hospital de reabilitação aos 32 anos, com marcha atáxica, dismetria de predomínio a direita, tetrahiperreflexia e sinal de Hoffmann bilateral. Negava tabagismo, etilismo e uso de drogas ilícitas. Referia que pais e dois irmãos eram saudáveis. Paciente estava independente para a marcha, atividades de vida diária e atividades instrumentais. Tinha bom controle esfinteriano e negava disfagia. Nova RNM de encéfalo mostrou extensa alteração da substância branca dos hemisférios cerebrais, simétrico e bilateral, com áreas de comportamento de sinal semelhante ao liquor e focos de sinal próximo ao normal em bandas ("padrão tigoide"), associado à atrofia do corpo caloso. Sequenciamento de nova geração (painel NGS) detectou variante patogênica em homozigose no gene EIF2B5. O diagnóstico dessa paciente é:
- a) Adrenoleucodistrofia.
- b) Leucodistrofia metacromática.
- c) Doença de Krabbe.
- d) Leucoencefalopatia com substância branca evanescente.
20. Com relação às doenças relacionadas ao anti-MOG (MOGAD), avalie as afirmativas listadas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F) e, posteriormente, assinale a alternativa correta.
- () MOGAD é fisiopatologicamente distinta das desordens do espectro da neuromielite óptica, mas assemelha-se à esclerose múltipla.
- () Homens e mulheres parecem ser igualmente afetados.
- () MOGAD pode ser monofásica ou recorrente.
- () Há amplo espectro clínico, mas os fenótipos mais comuns são neurite óptica, mielite e encefalomielite disseminada aguda (ADEM).
- a) F, V, V, V.
- b) F, F, V, V.
- c) V, F, V, F.
- d) V, V, F, V.

21. Assinale a opção correta relacionada ao tratamento sintomático da esclerose múltipla.
- a) Crescentes evidências suportam que exercício reduz a fadiga e pode até mesmo melhorar a performance cognitiva.
 - b) O tabagismo deve ser desencorajado, pois está associado a um maior risco de progressão da doença, embora não esteja associado ao risco de adquirir esclerose múltipla.
 - c) A dalfampridina é indicada para melhora da marcha, atuando sobre o equilíbrio e a fadiga, mas sem repercussão na velocidade da marcha.
 - d) Cuidados paliativos não estão indicados para pacientes com doença avançada, tendo em vista a dificuldade em prognosticar o tempo de morte.
22. Com relação às doenças do espectro da neuromielite óptica (NMOSD), avalie as afirmativas listadas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F) e, posteriormente, assinale a alternativa correta.
- A NMOSD é uma astrocitopatia autoimune.
 - Red flags para a NMOSD incluem início agudo (instalação em menos de 4h), curso progressivo e presença de bandas oligoclonais no liquor.
 - Azatioprina, micofenolato de mofetil e rituximabe são medicações off label utilizadas no tratamento da NMOSD.
 - A gravidez é considerada um período de baixo risco para surtos da doença.
- a) F, V, V, V.
 - b) F, F, V, V.
 - c) V, V, V, F.
 - d) V, V, F, V.
23. Com relação às neoplasias que comprometem o sistema nervoso central, é INCORRETO afirmar que:
- a) As metástases intracranianas são mais comuns que os tumores cerebrais primários.
 - b) Cefaleia é um sintoma comum, mas pode não estar presente na apresentação inicial da maioria dos pacientes.
 - c) Os gliomas malignos têm alta densidade na sequência T1, sem contraste e baixa densidade na sequência T2, observada em exames de ressonância magnética.
 - d) Os tumores cerebrais de alto grau estão associados a uma redução de N-acetil-aspartato (NAA) e a um aumento da colina (Co).
24. Sobre as manifestações neurológicas na síndrome de Sjögren, assinale a alternativa INCORRETA.
- a) Ganglionopatia da raiz dorsal e neuropatia de fibras finas são as manifestações mais comuns do sistema nervoso periférico em pacientes com síndrome de Sjögren.
 - b) Neuropatia de fibras finas tende a ocorrer precocemente no curso da doença e é menos frequentemente associada com manifestações extra glandulares.
 - c) Pacientes com ganglionopatia tem início subagudo a indolente, mas a doença segue um curso progressivo, com conseqüente instabilidade de marcha e pseudoatetose, sendo em geral refratária ou com limitada resposta à imunoterapia.
 - d) Neuropatias cranianas têm sido relatadas em pacientes com Sjögren, sendo o nervo facial o mais frequentemente envolvido.

25. A deficiência bem como o excesso de algumas vitaminas podem se associar a síndromes neurológicas e o médico neurologista deve estar ciente das principais peculiaridades envolvidas em estados de carência ou toxicidade relacionada às vitaminas. A esse respeito, assinale a seguir a afirmativa INCORRETA.
- a) Toxicidade, mas não deficiência de vitamina B6, está associada à neuropatia periférica.
 - b) Suplementação excessiva de vitamina A, maior que 25.000 UI/dia, pode causar aumento da pressão intracraniana.
 - c) Toxicidade pelo selênio pode manifestar-se como neuropatia periférica, parestesia, encefalopatia, perda visual e síndrome de encefalopatia posterior reversível (PRES).
 - d) Deficiências crônicas de Tiamina (vitamina B1) são associadas com neuropatia periférica, enquanto deficiências agudas são associadas com encefalopatia de Wernicke.
26. Paciente do sexo feminino, de 34 anos de idade, apresenta como diagnóstico principal distonia generalizada desde os 13 anos de idade, aparentemente combinada e persistente. Clinicamente, manifesta distonia de torção em região de tronco e em membro superior direito, laterocólis e mioclonias, além de alterações do padrão de fala (disfonia). Não apresenta histórico familiar de consanguinidade ou casos semelhantes. Ao solicitar painel genético para distúrbios do movimento, que condição devemos deixar em destaque como síndrome clínica suspeita e qual é o gene mais provavelmente implicado nessa condição?
- a) Distonia-mioclonia relacionada ao gene SGCE.
 - b) Distonia-mioclonia relacionada ao gene HTT.
 - c) Distonia paroxística + outras discinesias relacionadas ao gene PRRT2.
 - d) Distonia paroxística + outras discinesias relacionadas ao gene SLC2A1.
27. Cada vez mais americanos morrem por overdose de fentanil, à medida que uma nova onda da epidemia de opioides começa a se espalhar pelas comunidades dos quatro cantos do país. Os Estados Unidos testemunharam um marco sombrio: “pela primeira vez, as overdoses mataram mais de 100.000 (cem mil) pessoas em todo o país num único ano” (Fonte: BBC News Brasil, 18/09/23). Sobre os opioides, assinale a alternativa correta.
- a) A tríade clássica da intoxicação por opioide é sedação, pupilas midriáticas e depressão respiratória central.
 - b) Apesar da gravidade, a abstinência de opioides quase nunca é fatal em adultos e não está associada a um limiar reduzido para convulsões, ao contrário dos principais medicamentos da categoria dos sedativos e hipnóticos.
 - c) Naloxone, antagonista do receptor opioide de meia vida-longa, pode auxiliar no contexto da reversão sustentada da insuficiência respiratória e da sedação.
 - d) A leucoencefalopatia espongiiforme tóxica e a síndrome CHANTER são tipos de lesões neurológicas mais raras relacionadas ao uso de opioides. Esta última tem padrão de imagem quase indistinguível das lesões hipoxico-isquêmicas, mas com prognóstico melhor.
28. Paciente de 66 anos, internado por quadro de pneumonia da comunidade. Era hipertenso, com histórico de abuso de álcool e transtorno do humor. Vinha em uso de losartana, hidroclorotiazida, anlodipino, espironolactona e fluoxetina. No momento da internação, apresentava-se mais sonolento, algo confuso e com queixas de câibras. Os exames admissionais mostravam, além de aumento de leucócitos e provas inflamatórias, sódio de 121 mEq/L, o qual foi prontamente tratado, atingindo o valor de 136 mEq/L no dia seguinte. No 6º dia de internação, apesar da melhora dos parâmetros infecciosos, evoluiu letárgico, com quadriparesia flácida e disfagia. Devido à suspeita clínica, realizou ressonância de encéfalo, que evidenciou a seguinte alteração:



A partir do caso descrito, avalie as afirmativas abaixo e, a seguir, assinale a alternativa correta.

- I. O paciente apresentava provável hiponatremia aguda devido ao quadro infeccioso.
- II. Considerando a principal suspeita diagnóstica, o tratamento consiste apenas em medidas de suporte, com possível benefício na redução do nível atual de sódio para valores ligeiramente mais baixos.
- III. O prognóstico desse tipo afecção, na grande maioria das vezes, é ruim.

- a) Apenas as afirmativas II e III são corretas.
- b) Apenas a afirmativa I é correta.
- c) Apenas a afirmativa II é correta.
- d) Apenas a afirmativa III é correta.

29. Analise as afirmações a seguir, relacionadas ao parkinsonismo atípico, e assinale a alternativa correta.

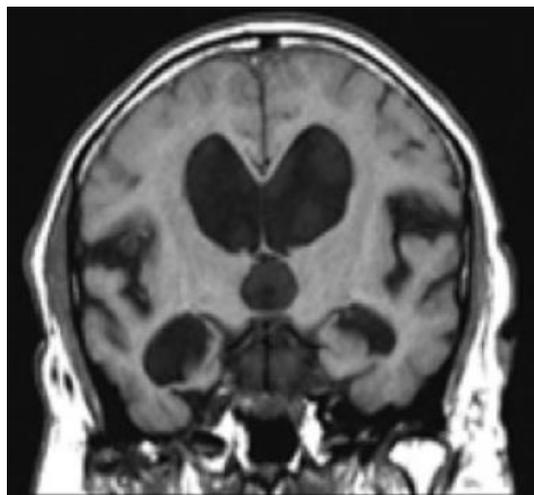
- I. Em relação aos sintomas prodrômicos, o transtorno comportamental do sono REM que ocorre na ausência de causa secundária está relacionado às alfa-sinucleinopatias.
- II. Disautonomia precoce e mais grave, com parkinsonismo rígido-acinético, pobre resposta a levodopa e possível associação com sintomas cerebelares são características mais sugestivas de Paralisia Supranuclear Progressiva (PSP).
- III. Apesar da pobre resposta à terapia com levodopa na maioria dos casos de PSP, um teste terapêutico com essa medicação deve ser feito naqueles com fenótipo parkinsoniano, pois podem ter resposta satisfatória, embora não costumem apresentar discinesias ou flutuações motoras.

- a) Apenas a afirmativa I é correta.
- b) Apenas a afirmativa III é correta.
- c) Apenas as afirmativas I e II são corretas.
- d) Apenas as afirmativas I e III são corretas.

30. A doença de Parkinson é classicamente descrita como uma doença esporádica; porém, uma parcela dos casos pode ser explicada por causas monogênicas. Sobre os aspectos genéticos da doença de Parkinson, marque a afirmativa correta.

- a) Mutações patogênicas em homozigose ou heterozigose composta nos genes ATP7A, ATP7B, RFC1, ATM, PMP22 e SPG11 são listadas entre as causas mais comuns de doença de Parkinson de causa monogênica.
- b) Mutações patogênicas bialélicas no gene PRKN/PARK2 (parkina) são responsáveis por uma importante parcela dos casos familiares de início precoce.

- c) Até cerca de 2% dos pacientes com doença de início precoce podem ter uma apresentação familiar.
- d) A proteína dardarina, presente no citoplasma cerebral e dos nervos periféricos, é codificada pelo gene LRRK2. Mutações em heterozigose nesse gene causam doença de início precoce e penetrância completa na terceira década de vida, sendo possível documentar, na maioria dos casos, até duas ou mais gerações clinicamente acometidas dentro da mesma família.
31. Paciente de 49 anos, sexo masculino, destro, portador de síndrome parkinsoniana iniciada pelo dimídio direito há 3 anos. Atualmente, apresenta doença bilateral e dores musculares, e necessita de assistência para o vestuário. Faz uso de biperideno 4 mg ao dia e levodopa/benserazida 100/25 mg 2 vezes ao dia, porém, o tremor ainda prejudica a escrita. Seu neurologista assistente associou a rasagilina. Utilizando o caso clínico descrito como contexto, marque a alternativa correta.
- a) Apesar da resposta satisfatória à levodopa ser um critério de inclusão para a cirurgia de implante de estimulador cerebral profundo, pacientes com tremor importante pouco responsivo à medicação também são beneficiados, mesmo que tenham menos de 5 anos de doença.
- b) Visando à prevenção de complicações motoras e discinesias, a levodopa deve ser evitada nesse perfil de pacientes, a não ser em caso de intolerância às demais classes medicamentosas.
- c) A benserazida e a carbidopa são inibidores da descarboxilase capazes de penetrar a barreira hematoencefálica, o que proporciona uma menor taxa de descarboxilação da levodopa para dopamina no tecido cerebral.
- d) A rasagilina, um inibidor da MAO-B, pode cursar com dor de cabeça, mal-estar e dispepsia. Seu perfil de efeitos adversos é inferior a outras medicações da classe pela metabolização em derivados da anfetamina e necessidade de uma dieta restrita a alimentos frescos, sem queijos curados.
32. Paciente de 76 anos, sexo masculino, hipertenso, diabético, evolui com quadro inicial de progressiva alteração da marcha, caracterizada por passos mais curtos e lentos, seguidos de urgência urinária com uso contínuo de fraldas após 1 ano e alterações cognitivo-comportamentais incluindo apatia, dificuldade de concentração e perda de fluência verbal. Baseado no caso clínico descrito, marque a alternativa INCORRETA.
- a) A presença de hipersinal T2 periventricular na ressonância do encéfalo é um achado específico para a transudação líquórica, sendo a distinção de lesões vasculares feita pela presença de queda de sinal nas sequências de susceptibilidade magnética.
- b) O passado de meningoencefalite ou hemorragia subaracnoidea pode ter relação com o quadro e pacientes com tal histórico tendem a responder bem ao tratamento de derivação ventricular.
- c) Um teste de punção lombar de alto volume não exclui a melhora após o procedimento cirúrgico de derivação ventricular.
- d) Ventriculite e síndrome do ventrículo em fenda são complicações possíveis do tratamento.
33. Sobre os achados da neuroimagem a seguir, assinale a alternativa correta.



- a) Esclerose mesial temporal, com aumento de sinal T2.
- b) Estreitamento do espaço subaracnoide na alta convexidade.
- c) Apagamento da fissura de Sylvius.
- d) Ângulo calosal aberto (>90°).

34. Sobre um paciente com o diagnóstico de coreia, é correto afirmar que:

- a) Os movimentos podem ser simples ou mais complexos, podem ter uma distribuição variável e um propósito, podendo assumir um caráter exagerado ou bizarro quando sobreposto a ações voluntárias.
- b) Coreia não está associada ao hipertireoidismo, policitemia vera e Lúpus eritematoso sistêmico.
- c) A maioria dos casos de doença de Huntington ocorre entre a 4ª e 5ª décadas de vida.
- d) Haloperidol, reserpina, clozapina e deutetrabenazina podem ser utilizados no tratamento da coreia de Huntington, assim como a levodopa e outros agonistas dopaminérgicos, que podem ser benéficos em casos de apresentações rígido-acinéticas.

35. Sobre as encefalites agudas, podemos afirmar que:

- a) A distinção das síndromes clínicas de encefalite e meningite são sempre muito claras.
- b) O liquor invariavelmente demonstra reação celular e proteína bastante elevada.
- c) Os estudos de neuroimagem, na maioria das vezes, demonstram edema difuso ou alterações de sinal no córtex cerebral.
- d) Na encefalite herpética, podem ocorrer alterações eletroencefalográficas envolvendo a presença de ondas agudas, periódicas, lateralizadas, de alta voltagem, nas regiões temporais; bem como complexos de ondas lentas, em intervalos regulares de 2 a 3 segundos.

36. Sobre o herpes zoster, é correto afirmar que:

- a) Uma das alterações patológicas consiste em uma reação inflamatória de vários gânglios sensitivos, unilaterais adjacentes ou de nervos cranianos, raramente com grande intensidade, que não costumam causar necrose do gânglio, com ou sem hemorragia.
- b) Pode apresentar-se como uma mielopatia na forma de uma síndrome de Brown-Séquard.
- c) Possui uma incidência mais elevada no inverno e na primavera, sem relação com história pregressa de catapora.
- d) Os dermatomas lombares são os locais de apresentação mais comuns, representando mais de dois terços de todos os casos, seguidos pelas regiões torácicas.

37. Com relação às manifestações neurológicas de pacientes com infecção pelo HIV, podemos afirmar que:

- a) As alterações neurológicas ocorrem em cerca de dois terços dos pacientes com HIV não tratados com antirretrovirais.
- b) No estágio mais tardio da retrovirose, a encefalite subaguda ou crônica pelo HIV, que leva à demência (encefalopatia pelo HIV), não costuma ser uma complicação neurológica frequente.
- c) A incoordenação dos membros, ataxia da marcha e comprometimento dos movimentos oculares sacádicos podem ser alterações precoces associadas à demência.
- d) O tipo de neuropatia periférica mais frequentemente encontrado no HIV é a polineuropatia distal axonal, simétrica, predominantemente motora e disestésica.

38. Na leucoencefalopatia multifocal progressiva associada ao HIV, é correto afirmar que:
- a) Existem áreas de desmielinização cerebral com mudanças características nos oligodendrócitos.
 - b) Esta infecção ocorre, geralmente, quando a contagem de CD4 + está abaixo de 200 céls/uL.
 - c) O vírus JC (John Cunningham) não costuma ser frequentemente detectado em pacientes com HIV.
 - d) No passado, este distúrbio era somente associado à imunossupressão iatrogênica, principalmente neoplasias hematológicas, ou ao transplante de órgãos sólidos e, apesar de estar associada ao HIV, não tem ocorrido aumento do número dos casos no geral.
39. Com relação aos critérios de diagnóstico para a doença de Parkinson da Movement Disorder Society (2015), é correto afirmar que:
- a) A presença de 2 critérios classificados como “bandeiras vermelhas” não permite classificar um paciente como tendo doença de Parkinson provável.
 - b) Rápida progressão da alteração da marcha, requerendo uso regular de cadeira de rodas nos primeiros 5 anos de início da doença, na ausência de outras causas que justifiquem a condição (por exemplo, causas ortopédicas), é um critério de exclusão absoluto da doença de Parkinson.
 - c) Sintomas parkinsonianos restritos aos membros inferiores por mais de 3 anos após o início dos sintomas motores é um critério classificado como “bandeira vermelha”.
 - d) O resultado positivo em pelo menos 1 teste diagnóstico complementar, como perda olfatória ou cintilografia cardíaca com MIBG-1123 documentando denervação simpática, é considerado um critério de suporte para o diagnóstico da doença de Parkinson.
40. Quanto ao manejo das dores neuropáticas de origem central, assinale a alternativa correta.
- a) Opioides fortes (por exemplo, metadona, morfina) e derivados canabinoides são medicações de segunda linha no seu tratamento.
 - b) Apesar do impacto funcional e da piora da qualidade de vida em pacientes neurológicos, esta é uma condição frequentemente subdiagnosticada ou negligenciada, até mesmo por especialistas.
 - c) A combinação de drogas de primeira, segunda e terceira linha pode potencializar os efeitos analgésicos devido a propriedades sinérgicas, possivelmente permitindo o uso de doses menores e minimizando os efeitos adversos das medicações. Um exemplo dessa combinação de forma segura é o uso de gabapentinoides e opioides.
 - d) Técnicas de estimulação cerebral profunda, como estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) e estimulação transcraniana por corrente contínua (tDCS), não apresentam evidência de benefício no controle das dores nos membros inferiores em pacientes com lesão medular.
41. Com relação ao manejo da neuropatia diabética, assinale a alternativa correta.
- a) A microscopia confocal da córnea é um exame não invasivo que pode ser considerado no diagnóstico não invasivo da neuropatia diabética.
 - b) O uso do ácido alfa-lipoico (AAL) não mostrou evidência de benefício a longo prazo nas formas leves a moderadas.
 - c) Como tratamento de primeira linha para as dores neuropáticas, é recomendado o uso em monoterapia de antidepressivos tricíclicos, duloxetina, venlafaxina, pregabalina ou carbamazepina, com eficácia comprovada e boa relação risco-benefício.
 - d) Acupuntura ou eletroacupuntura não são consideradas como terapias adjuvantes seguras para pacientes com dores que não respondem ou não toleram os tratamentos de primeira e segunda linha, especialmente em idosos frágeis e em pacientes com componente importante de dor miofascial.

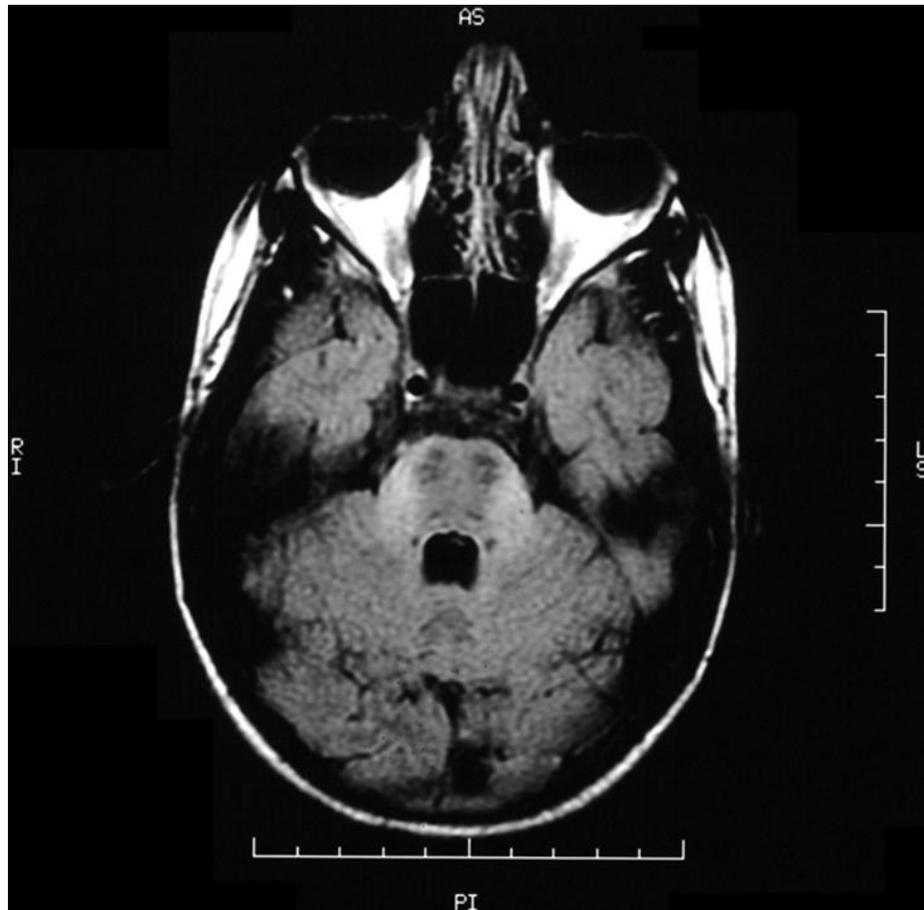
42. Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, queixa-se de desequilíbrio de caráter progressivo associado a quedas frequentes, iniciado aos 56 anos. Nega história familiar de doenças neurológicas ou consanguinidade paterna. Ao exame neurológico, observa-se a presença de marcha com a base alargada, sacadas hiperométricas, fala escandida, rigidez axial e bradicinesia nos quatro membros, simétrica. Associa-se dismetria e decomposição dos movimentos de membros superiores e inferiores. Em decúbito dorsal, a pressão arterial foi de 142x84 mmHg e a frequência cardíaca de 74 bpm. Em ortostatismo, após 3 minutos, aferiu-se uma pressão arterial de 110x61 mmHg com uma frequência cardíaca de 79 bpm. Qual seria o principal achado de imagem na ressonância magnética de encéfalo deste paciente?
- a) Atrofia da cabeça do núcleo caudado, simétrica.
 - b) Sinal da “Face do Panda Gigante”.
 - c) Sinal da “Orelha de Lince”.
 - d) Sinal da “Cruz” (“Hot Cross Bun Sign”).
43. Sobre as Ataxias Espinocerebelares (SCAs), é correto afirmar que:
- a) Na SCA 3, ou doença de Machado-Joseph, sinais motores extrapiramidais tais como distonia e parkinsonismo responsivo à levodopa são raramente encontrados.
 - b) A SCA 2 está associada à lentificação das sacadas oculares.
 - c) A SCA 7 está associada à perda visual por catarata.
 - d) A SCA 8 é um exemplo típico de ataxia cerebelar pura.
44. Paciente do sexo masculino, com 17 anos de idade, filho adotivo, iniciou quadro progressivo de ataxia cerebelar há 10 anos, evoluindo posteriormente com coreoatetose e mioclonias. Ao exame, na ectoscopia, observa-se o seguinte achado.



Em relação ao provável diagnóstico, é INCORRETO afirmar que:

- a) A dosagem de alfa-fetoproteína encontra-se reduzida, sendo um biomarcador sanguíneo de grande auxílio diagnóstico.
- b) Há aumento do risco de malignidades, especialmente leucemia e linfoma.
- c) Exames de imagem por tomografia computadorizada devem ser evitados.
- d) É comum a presença de imunodeficiência com risco aumentado de infecções do trato respiratório.

45. Paciente do sexo masculino, 16 anos, filho de pais primos em primeiro grau, morador de São Paulo/SP. Iniciou aos 12 anos com um quadro progressivo de dificuldades de marcha, evoluindo posteriormente com parestesias em membros inferiores. Não há história familiar de moléstias neurológicas. Ao exame neurológico, observa-se uma marcha atáxica, com componente espástico. Os membros inferiores evidenciam uma hipertonia elástica, com redução da força em musculatura distal. Nota-se dismetria apendicular nos quatro membros e hipoestesia tátil em membros inferiores. Sua eletroneuromiografia evidencia uma polineuropatia sensitivo-motora desmielinizante. Foi feita uma ressonância magnética de encéfalo, que mostra os seguintes achados na sequência ponderada em FLAIR.



Qual é o provável diagnóstico?

- a) Xantomatose cerebrotendínea.
 - b) Ataxia de Friedreich.
 - c) Ataxia espástica autossômica recessiva - Charlevoix-Saguenay.
 - d) Ataxia com apraxia ocular do tipo 1.
46. Paciente do sexo masculino, 49 anos, com diagnóstico de epilepsia mioclônica com fibras vermelhas rasgadas (MERRF). Qual droga antiepiléptica deve ser evitada no controle de crises deste paciente?
- a) Topiramato.
 - b) Ácido Valpróico.
 - c) Levetiracetam.
 - d) Clobazam.

47. Paciente do sexo feminino, 65 anos, portadora de hipertensão arterial sistêmica. Foi internada com diagnóstico de acidente vascular cerebral isquêmico em território de artéria cerebral média esquerda, cuja etiologia é aterosclerose de grande vaso. Teve internação prolongada, em virtude de complicações infecciosas. Durante a internação, 15 dias após o íctus, a paciente apresentou único episódio de crise epiléptica, de início focal motor, com comprometimento da consciência, de duração aproximada de 1 minuto. O eletroencefalograma demonstrou desorganização da atividade de base em hemisfério cerebral esquerdo, sem paroxismos epileptiformes. Em relação ao evento epilético apresentado, qual é a alternativa correta?
- a) Trata-se de crise tardia, sendo indicada a introdução de medicação anticonvulsivante.
 - b) Trata-se de crise precoce, sendo indicada a introdução de medicação anticonvulsivante.
 - c) Trata-se de crise tardia, não sendo indicada a introdução de medicação anticonvulsivante.
 - d) Trata-se de crise precoce, não sendo indicada a introdução de medicação anticonvulsivante.
48. Sobre a Atrofia Muscular Espinhal (AME), é correto afirmar que:
- a) Em aproximadamente 95% dos pacientes, ocorre uma deleção em heterozigose no gene SMN1.
 - b) Quanto maior o número de cópias do gene SMN2 do paciente, maior a gravidade clínica da apresentação clínica da doença.
 - c) Pacientes classificados como AME tipo IV, ou forma do adulto, também são conhecidos como AME não-5q, e sua alteração genética não se relaciona ao gene SMN1.
 - d) Nusinersena e risdiplam estão entre os novos tratamentos disponíveis e são considerados agentes modificadores da doença.
49. Paciente de 52 anos, sexo masculino, procedente de Belo Horizonte, Minas Gerais. Tem histórico de uma tetraparesia proximal de predomínio em membros inferiores, com 5 anos de evolução. Sua eletroneuromiografia mostra desnervação ativa nos segmentos cervical e lombar. Nega alterações da fala ou perda de peso. Ao exame, além da tetraparesia citada, nota-se uma fraqueza para flexão do tronco. Tem uma arreflexia global e um tremor de ação distal em membros superiores. A avaliação dos nervos cranianos não mostra anormalidades. Sensibilidade superficial e profunda dentro da normalidade. Tem um abdome globoso, mas sem alterações à palpação. Seu pai, já falecido, tinha sintomas semelhantes, assim como alguns tios e primos paternos, todos procedentes da Zona da Mata mineira. Para continuar a avaliação diagnóstica deste caso, considerando aspectos técnicos e econômicos, qual a melhor conduta a ser tomada?
- a) Dosagem da Alfa-Galactosidase-A em papel filtro.
 - b) Sequenciamento do gene VAPB por Sanger.
 - c) Biópsia de glândula salivar com pesquisa pela coloração vermelho-congo.
 - d) Sequenciamento do exoma completo.
50. Sobre as doenças do neurônio motor, é correto afirmar que:
- a) Na Esclerose Lateral Primária, recomenda-se um período de 1 ano antes de se estabelecer o diagnóstico como provável, para observação clínica da ocorrência de sintomas do neurônio motor inferior.
 - b) A classificação da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) em variantes fenotípicas é importante do ponto de vista reabilitador, pois direciona a abordagem da equipe multidisciplinar, mas não tem valor prognóstico.
 - c) A Atrofia Muscular Progressiva é caracterizada por comprometimento difuso do neurônio motor inferior, poupando o segmento bulbar.
 - d) A maioria dos casos de ELA com história familiar positiva tem um padrão de herança autossômico dominante, e um Exoma normal não exclui uma causa genética.

51. Sobre o manejo clínico da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), é correto afirmar que:
- O riluzol, apesar de estar associado a uma redução da progressão da doença, não altera a sobrevida dos pacientes.
 - A avaliação respiratória complementar está indicada somente para pacientes que apresentem dispneia aos grandes esforços.
 - A gastrostomia endoscópica percutânea, quando indicada, pode ser realizada em pacientes selecionados, mesmo que a sua Capacidade Vital Forçada (CVF) seja inferior a 50%.
 - A aplicação de toxina botulínica em glândulas salivares é contraindicada, pelo risco de piora da disfagia.
52. Paciente do sexo masculino, 90 anos, admitido com quadro clínico de déficit de memória recente causando prejuízo funcional, desorientação temporal e espacial, apatia. O início dos sintomas foi há cerca de 3 anos e vem piorando lenta e progressivamente. Na avaliação inicial, o paciente, que tem ensino médio completo, pontuou 17/30 no Mini-Exame do Estado Mental. Realizou exame de ressonância magnética de encéfalo, que mostrou microangiopatia leve (Fazekas 1) e atrofia dos hipocampos (MTA-3). Iniciou o uso de rivastigmina adesivo, mas a família não observou nenhum benefício. Foi, então, solicitado exame de líquido, com pesquisa de biomarcadores (proteína beta-amiloide, proteína tau-total e proteína tau fosforilada), que se encontravam dentro dos limites da normalidade.

Determinação de biomarcadores Material: Líquido cefalorraquidiano	Resultados:
Proteína beta-amiloide (Ab 1-42) V.R.: > 580 pg/ml	1.311pg/ml método: enzimaímunoensaio
Proteína Tau V.R.: < 450 pg/ml	173pg/ml método: enzimaímunoensaio
Proteína fosfo-tau V.R.: < 61 pg/ml	26pg/ml método: enzimaímunoensaio

Baseado na história clínica e exames complementares, qual a hipótese clínica mais provável para o paciente acima?

- Demência por doença de Alzheimer.
 - Demência vascular.
 - Limbic-predominant age-related TDP-43 encephalopahty (LATE).
 - Demência senil.
53. Em relação à demência frontotemporal, é correto afirmar que:
- É a demência neurodegenerativa mais comum na faixa etária pré-senil.
 - O principal gene associado a esta condição é o SOD1.
 - O uso de inibidores da acetilcolinesterase está indicado para todos os pacientes.
 - Uma história familiar de demência é relatada em até 40% dos casos e a realização de testes genéticos deve ser considerada em casos de herança dominante, assim como nos casos em que há relato de demência frontotemporal, doença do neurônio motor, psicose de início tardio ou parkinsonismo.

54. Em relação à doença de Alzheimer, é correto afirmar que:
- a) A presença de atrofia hipocampal confirma o diagnóstico, independente da idade ou dos sintomas do paciente.
 - b) Pacientes com comprometimento cognitivo leve do tipo amnésico devem iniciar tratamento com inibidores da acetilcolinesterase e memantina, para prevenção da progressão para demência.
 - c) Pacientes com quadro típico de demência do tipo amnésico não tem indicação de realizar exame de líquido e pesquisa de biomarcadores, mesmo que o quadro clínico tenha se iniciado antes dos 65 anos de idade.
 - d) A diferença entre o declínio cognitivo subjetivo e o comprometimento cognitivo leve é determinada pelo desempenho em testes neuropsicológicos.
55. Paciente de 82 anos, sexo feminino, com diagnóstico de doença de Alzheimer há 2 anos, em uso de donepezila 10mg ao dia. Foi trazida pela filha à emergência com relato de que há 2 dias está mais confusa e agitada, perambula pela casa, está com dificuldade de conciliar o sono, precisando de ajuda em atividades para as quais antes estava independente, como banho e vestuário. A conduta inicial indicada, neste caso, é:
- a) Associar memantina 10mg duas vezes ao dia.
 - b) Solicitar exame de urina rotina, hemograma completo, proteína C reativa, radiografia simples de tórax e dosagem de íons e função renal.
 - c) Iniciar quetiapina 25mg duas vezes ao dia.
 - d) Fazer haloperidol por via intramuscular.
56. Sobre o tratamento da miastenia gravis, é correto afirmar que:
- a) O uso de corticosteroides deve ser empregado em pacientes com formas oculares, mesmo nos casos em que houve remissão completa dos sintomas em uso da piridostigmina.
 - b) O Rituximab deve ser considerado como uma opção terapêutica precoce em pacientes com miastenia gravis, com anticorpos Anti-MuSK positivo, que tiveram uma resposta insatisfatória à imunoterapia.
 - c) A timectomia somente tem eficácia comprovada em pacientes com timoma.
 - d) A imunoglobulina humana intravenosa tem maior eficácia quando comparada a plasmaférese no tratamento da crise miastênica.
57. Sobre os métodos diagnósticos na Miastenia Gravis, assinale a opção correta:
- a) Em pacientes com miastenia ocular e ptose palpebral, o teste clínico, com aplicação de gelo por 2 minutos na pálpebra superior, tem maior sensibilidade do que a eletroneuromiografia de fibra única.
 - b) O emprego de contraste ionizado na tomografia computadorizada de tórax deve ser feito de rotina para o rastreamento de timoma em pacientes com miastenia.
 - c) Em pacientes com suspeita clínica de miastenia gravis, devemos sempre realizar testes neurofisiológicos antes da dosagem de anticorpos Anti-AchR e Anti-MuSK.
 - d) A ressonância magnética de tórax é superior à tomografia computadorizada de tórax para a identificação do timoma.

58. Sobre a miastenia congênita, é correto afirmar que:

- a) Manifestações oculares isoladas são comuns.
- b) Os sintomas clínicos devem obrigatoriamente estar presentes até 1 ano de idade.
- c) A maioria dos casos é de herança autossômica dominante.
- d) Testes genéticos podem ter implicação no tratamento medicamentoso.

59. Sobre a síndrome de Eaton-Lambert, é INCORRETO afirmar que:

- a) A patogênese está relacionada à produção anormal de anticorpos contra canais de cálcio, regulado por voltagem (VGCC) nos nervos terminais colinérgicos pré-sinápticos.
- b) É comum a presença de sintomas disautonômicos, como redução da sudorese, constipação e impotência.
- c) Na eletroneuromiografia, no teste de estimulação repetitiva, observa-se um incremento da resposta com estimulação > 10 Hz. Isso se deve ao aumento da entrada de cálcio nas terminações nervosas pelos anticorpos contra os canais P/Q, o que leva a uma consequente redução da liberação de acetilcolina na fenda sináptica.
- d) Anticorpos anti-VGCC tipo P/Q são encontrados em média em mais de 80% dos pacientes, incluindo a forma paraneoplásica e autoimune.

60. Todos os efeitos descritos a seguir são relatados em aplicação de toxina botulínica, EXCETO:

- a) Sialorreia.
- b) Infarto agudo do miocárdio.
- c) Cefaleia.
- d) Sintomas *flu-like*.