

Prova Teórico-Prática

01. Paciente, sexo feminino, 42 anos, apresenta-se na clínica de dor com queixa de Dor Pélvica Crônica (DPC) há 5 anos, descrita como sensação de queimação suprapúbica, acompanhada de urgência urinária e frequência aumentada, sem dismenorreia ou sangramento vaginal anormal. A dor piora durante o estresse e não apresenta ciclicidade clara. O exame físico não revela massas pélvicas ou sensibilidade anexial, mas há dor leve à palpação suprapúbica. O ultrassom pélvico é normal e infecções urinárias foram descartadas. A paciente relata impacto na qualidade de vida. Com base no texto, qual é a conduta inicial mais apropriada para o manejo da dor dessa paciente?

- (A) Iniciar um ensaio terapêutico com análogos de Hormônio Liberador de Gonadotropina (GnRH), para avaliar possível endometriose como causa da dor.
- (B) Prescrever amitriptilina para abordar possível hipersensibilidade visceral associada a Cistite Intersticial/Síndrome de Dor Vesical (IC/BPS), junto com um diário de dor.
- (C) Realizar laparoscopia diagnóstica para investigar possíveis aderências pélvicas como causa da dor.
- (D) Indicar cirurgia de liberação nervosa para tratar possível neuropatia pudenda.

02. Paciente, sexo masculino, 72 anos, apresenta-se a uma clínica de dor com queixa de dor neuropática persistente na região torácica direita, descrita como queimação intensa e alodinia mecânica, iniciada após um episódio de herpes zoster há 3 meses. Ele relata que a dor interfere significativamente no sono e na qualidade de vida. Durante o zoster agudo, recebeu aciclovir oral iniciado 72 horas após o aparecimento das lesões cutâneas. O exame físico confirma alodinia no dermatomo T5-T6 direito, sem outras anormalidades neurológicas. Com base no texto, qual é a abordagem inicial mais apropriada para o manejo da dor neuropática desse paciente considerando os fatores de risco e as opções terapêuticas disponíveis?

- (A) Iniciar lidocaína tópica como monoterapia, dado o risco de efeitos adversos sistêmicos em idosos.
- (B) Recomendar capsaicina tópica de alta potência como primeira linha, devido à sua eficácia específica em Neuralgia Pós-Herpética (PHN).
- (C) Iniciar opioides de liberação controlada, como oxicodona, devido à gravidade da dor e à alodinia presente.
- (D) Prescrever Antidepressivos Tricíclicos (TCA), como amitriptilina, iniciando com dose baixa e titulação lenta, para abordar a dor e melhorar o sono.

03. Paciente, sexo masculino, 65 anos, com câncer de próstata metastático para ossos pélvicos, apresenta dor visceral intensa e bilateral, refratária a opioides e bloqueios repetidos. Considerando o alto risco anestésico devido a comorbidades cardiopulmonares, qual é a técnica neurocirúrgica ablativa mais adequada?

- (A) Mielotomia comissural com incisão mediana posterior.
- (B) Tractotomia espinotalâmica percutânea.
- (C) Rizotomia sacral bilateral por radiofrequência.
- (D) Simpatetomia pélvica extensa.

04. Paciente, sexo feminino, 70 anos, com câncer de ovário avançado, apresenta dor visceral pélvica refratária a opioides sistêmicos e efeitos adversos intoleráveis (delirium). Qual é a principal vantagem da administração intratecal de opioides em comparação com a via subcutânea nesse contexto?

- (A) Menor risco de infecção local no sítio de administração.
- (B) Eliminação completa do risco de delirium associado a opioides.
- (C) Maior potência analgésica com doses menores de opioides.
- (D) Menor necessidade de manutenção do dispositivo.

05. Paciente, sexo masculino, 58 anos, com neuropatia diabética dolorosa há 3 anos relata dor em queimação e formigamento nos pés (intensidade 7/10), com alodinia ao contato com roupas. Ele não tem histórico de depressão, insuficiência hepática ou renal, mas a dor interfere no sono. Exame neurológico mostra perda sensorial distal e alodinia mecânica. Ele nunca usou medicamentos para dor neuropática. Qual é a melhor opção inicial de tratamento?

- (A) Oxycodona de liberação prolongada, 20 mg/dia.
 - (B) Carbamazepina, 200 mg/dia.
 - (C) Creme de capsaicina 0,075%, 4 vezes ao dia.
 - (D) Duloxetina, 30 mg/dia, com titulação para 60 mg/dia.
-

Prova Teórica

- 06.** Qual é o padrão clínico característico da dor na neuropatia diabética, e como deve ser abordada a dor focal em pacientes diabéticos?
- (A) Dor simétrica, com alodinia e hiperalgesia; investigar etiologias alternativas para dor focal.
 - (B) Dor assimétrica com predomínio em membros superiores; iniciar imunoterapia com corticosteroides.
 - (C) Dor exclusivamente autonômica com queimação visceral; realizar biópsia de nervo.
 - (D) Dor lancinante associada a fraqueza muscular; suplementação com tiamina.
-
- 07.** Qual é o mecanismo patofisiológico da neuropatia dolorosa induzida por análogos dideoxynucleosídeos (como stavudina) em pacientes com HIV, tratados com Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART), e qual é a abordagem inicial recomendada?
- (A) Inflamação de células de Schwann; iniciar terapia antiviral.
 - (B) Inibição da polimerização do DNA mitocondrial; teste terapêutico com troca ou descontinuação da medicação.
 - (C) Alteração na expressão de canais de sódio; suplementação com piridoxina.
 - (D) Vasculite epineural; imunossupressão com corticosteroides.
-
- 08.** Na neuropatia induzida por quimioterápicos, como vincristina e taxanos, qual é o principal mecanismo patofisiológico implicado, e como ele influencia as estratégias de tratamento?
- (A) Disfunção mitocondrial; estratégias baseadas em reposição enzimática.
 - (B) Inflamação linfocítica transmural; iniciar imunossupressão com corticosteroides.
 - (C) Interferência na função de microtúbulos; estratégias voltadas para disfunção mitocondrial.
 - (D) Deficiência de tiamina; suplementação vitamínica com tiamina.
-
- 09.** Na neuropatia por beribéri seca, como a apresentação dolorosa difere da neuropatia de fibras pequenas idiopática, e qual é o tratamento essencial?
- (A) Dor profunda nos músculos da panturrilha; suplementação com vitamina B12.
 - (B) Queimação envolvendo mãos e pés logo após o início; suplementação com tiamina.
 - (C) Dor lancinante exclusiva nos pés; imunoterapia com imunoglobulina intravenosa.
 - (D) Alodinia exclusivamente nas mãos; terapia antiviral.
-
- 10.** No tratamento da dor neuropática em neuropatia diabética, qual é a vantagem farmacocinética da pregabalina em comparação à gabapentina, e qual é o NNT aproximado para alívio de 50% da dor com pregabalina 300 mg/dia?
- (A) Absorção mais lenta e cinética não linear; NNT de 4.3.
 - (B) Efeito antidepressivo independente; NNT de 3.6.
 - (C) Dependência de mecanismo de transporte saturável; NNT de 2.6.
 - (D) Absorção mais rápida e cinética mais linear; NNT de 3.4.

- 11.** Por que os inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (SSRIs) isolados são pouco benéficos no tratamento da dor neuropática, e qual é o mecanismo proposto para os SNRIs como duloxetina?
- (A) Falta de efeito noradrenérgico; facilitação da inibição descendente de sinalização de dor aferente.
 - (B) Ausência de bloqueio de canais de sódio; hiperpolarização de membrana neuronal.
 - (C) Efeito anticolinérgico excessivo; ligação à subunidade $\alpha 2\delta$ de canais de cálcio.
 - (D) Risco de dependência; interação com receptores canabinoides.
-
- 12.** Qual é a evidência recente sobre o uso de opioides no tratamento de longo prazo da dor neuropática, e qual complicação tem levado à redução de prescrições?
- (A) Suporte para uso crônico; melhora nos escores de função auto-relatados.
 - (B) Eficácia superior a SNRIs; efeitos anticolinérgicos graves.
 - (C) Não suporta nem refuta uso de longo prazo; dependência, tolerância e hiperalgesia.
 - (D) Benefício em qualidade de vida; risco de síndrome serotoninérgica.
-
- 13.** Qual é o mecanismo de ação da capsaicina tópica no tratamento da dor neuropática, e qual a principal limitação de seu uso?
- (A) Bloqueio de canais de sódio; desconforto queimante que limita o uso.
 - (B) Estimulação da liberação de substância P e depleção de reservas; queimação considerável que limita o uso.
 - (C) Inibição de recaptação de serotonina; náusea e hiperidrose.
 - (D) Ligação a receptores canabinoides; efeitos psicoativos.
-
- 14.** Qual é a evidência para o uso de toxina botulínica A no tratamento da dor residual do coto *Residual Limb Pain* (RLP) dor no coto remanescente após amputação, em comparação com a dor fantasma *Phantom Limb Pain* (PLP) dor percebida em um membro ausente, e qual benefício adicional foi relatado em estudos?
- (A) Redução imediata de RLP e PLP; melhora na qualidade do sono.
 - (B) Nenhuma redução de RLP ou PLP; diminuição de movimentos involuntários.
 - (C) Redução de PLP, mas não de RLP; aumento da tolerância à prótese.
 - (D) Redução de RLP, mas não de PLP; cessação de hiperidrose no coto.
-
- 15.** No contexto da dor fantasma *Phantom Limb Pain* (PLP) dor percebida em um membro ausente após amputação, qual é a principal limitação do uso de calcitonina, e como seu desempenho se compara à cetamina em estudos controlados avaliados pela *Visual Analog Scale* (VAS) escala visual analógica para medir intensidade da dor?
- (A) Efeitos adversos como cefaleia e náusea; cetamina é superior para PLP.
 - (B) Ineficácia para dor crônica; cetamina reduz PLP, mas não RLP, dor residual do coto.
 - (C) Ineficácia para dor aguda; cetamina é ineficaz para ambas as dores.
 - (D) Risco de tolerância; combinação com cetamina é mais eficaz.

- 16.** Qual é o mecanismo proposto para a eficácia da terapia com espelho no tratamento da dor fantasma *Phantom Limb Pain* (PLP), dor percebida em um membro ausente após amputação, e qual é a principal limitação de sua evidência?
- (A) Redução da reorganização cortical via estimulação elétrica; efeito limitado a 1 mês.
 - (B) Modulação de canais de sódio no coto; efeitos adversos significativos.
 - (C) Reestabelecimento do controle sobre o membro fantasma via feedback visual; falta de dados controlados.
 - (D) Inibição de neurotransmissores nociceptivos; necessidade de combinação com opioides.
-
- 17.** Qual é o mecanismo fisiopatológico principal que explica a hipersensibilidade global a estímulos sensoriais não dolorosos como auditivos, visuais e olfativos em pacientes com fibromialgia, conforme evidenciado por estudos de imagem funcional e testes sensoriais quantitativos?
- (A) Aumento na atividade de vias descendentes analgésicas, levando a hiperalgesia periférica.
 - (B) Hiperatividade da ínsula posterior e anterior, responsável pela integração sensorial e processamento emocional de sensações.
 - (C) Redução na conectividade entre o tronco encefálico e regiões antinociceptivas, limitada apenas a estímulos dolorosos.
 - (D) Diminuição nos níveis de glutamato na ínsula, resultando em amplificação seletiva de estímulos auditivos.
-
- 18.** Considerando a natureza poligênica da sensibilidade à dor na fibromialgia, qual explicação melhor justifica a "curva em U" observada com muitos analgésicos, onde eles funcionam bem ou não funcionam em subgrupos de pacientes?
- (A) Elevação consistente de Interleucina 8 (IL-8), promovendo inflamação periférica que mascara efeitos centrais dos analgésicos.
 - (B) Hiperatividade exclusiva do eixo Hipotalâmico-Pituitário-Adrenal (HPA), levando a respostas inconsistentes a opioides endógenos.
 - (C) Redução na atividade dopaminérgica, confinada à transmissão de dor no núcleo accumbens.
 - (D) Desequilíbrios em múltiplos neurotransmissores, como aumento de glutamato (excitatório) e diminuição de serotonina, norepinefrina e ácido gama-aminobutírico (GABA, inibitório), variando entre indivíduos.
-
- 19.** Em pacientes com fibromialgia, por que opioides exógenos como morfina podem piorar a hiperalgesia em subgrupos, conforme evidências de Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) e estudos de Líquido Cefalorraquidiano (LCR)?
- (A) Devido à redução na disponibilidade de receptores μ -opioides (possivelmente por liberação aumentada de opioides endógenos) e níveis elevados de endorfinas no Líquido Cefalorraquidiano (LCR), mimetizando hiperalgesia induzida por opioides.
 - (B) Por aumento na atividade glutamatérgica na ínsula, bloqueando efeitos antinociceptivos periféricos.
 - (C) Devido à elevação de Interleucina 8 (IL-8), promovendo inflamação sistêmica que antagoniza receptores opioides.
 - (D) Por hiperatividade do eixo Hipotalâmico-Pituitário-Adrenal (HPA), levando a tolerância rápida sem relação com receptores centrais.

20. Qual é a evidência para o uso de terapias neuroestimulatórias, como Estimulação Magnética Transcraniana Repetitiva (rTMS) ou Estimulação Transcraniana por Corrente Direta (tDCS) na fibromialgia, e por que elas podem ser mais eficazes em dor centralizada do que em dor nociceptiva periférica?

- (A) Elas aumentam níveis de ácido gama-aminobutírico (GABA) periférico, mas são limitadas a estímulos superficiais sem efeito central.
- (B) Elas reduzem inflamação periférica via estimulação de nervos espinais, similar a Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) convencional.
- (C) Elas modulam transmissão de dor no Sistema Nervoso Central (SNC), com resultados inconsistentes, mas tendência a maior eficácia em dor centralizada quando os parâmetros permitem penetração cortical profunda.
- (D) Elas bloqueiam conectividade entre a ínsula e a rede em modo padrão, mas apenas em dor nociceptiva aguda.

21. Qual é o mecanismo fisiopatológico principal da dor associada à claudicação intermitente, causada por doença oclusiva arterial aterosclerótica, conforme descrito no texto?

- (A) Compressão direta das raízes nervosas lombares devido a estenose espinal, levando a parestesias bilaterais.
- (B) Acidose láctica localizada e neuropatia isquêmica de fibras sensoriais Aδ e C, resultante de metabolismo anaeróbico durante o exercício.
- (C) Inflamação venosa proximal com sensação de "estouro" no membro durante o exercício.
- (D) Necrose muscular iatrogênica induzida por estatinas, causando inflamação generalizada nos músculos da perna.

22. Em pacientes com dor nos membros inferiores relacionada ao caminhar, qual característica histórica melhor diferencia a claudicação neurogênica (devido a compressão neuroespinal lombar) da claudicação arterial?

- (A) Alívio imediato dos sintomas ao parar de caminhar, com recuperação simétrica da pressão arterial no tornozelo.
- (B) Sensação de "estouro" e ingurgitamento no membro, associada à oclusão venosa proximal.
- (C) Dor localizada no músculo gastrocnêmio, ausente em repouso e recorrente após distâncias fixas de exercício.
- (D) Dor bilateral difusa dos glúteos aos pés, aliviada apenas ao sentar, com distâncias de caminhada progressivamente menores e períodos de repouso mais longos.

23. Qual é a característica principal da dor associada à dissecção aórtica Tipo B que envolve a aorta descendente, e por que o alívio dessa dor é um marcador de manejo médico satisfatório com betabloqueadores?

- (A) Dor "rasgante" ou "perfurante" interescapular, aliviada pela redução da pressão arterial e dV/dt ventricular esquerdo (a alteração da pressão em relação ao tempo) é um índice da função sistólica, sinalizando controle da progressão do hematoma medial.
- (B) Dor súbita e penetrante no abdome, aliviada por elevação do membro, indicando melhora na perfusão distal.
- (C) Dor surda e difusa no dorso médio, resolvida por anti-inflamatórios, devido à inflamação perianeurismática.
- (D) Dor queimante no pé distal, melhorada por simpatectomia lombar, refletindo neuropatia isquêmica.

24. Em pacientes com isquemia arterial crítica avançada, qual é a fisiopatologia da dor em repouso e úlceras isquêmicas, e por que ela é tipicamente localizada no pé distal?

- (A) Neuropatia diabética com perda sensorial, levando a dor queimante proximal à perna; aliviada por opioides.
- (B) Inflamação venosa com edema crônico, causando dor surda ao redor dos maléolos; resolvida por compressão elástica.
- (C) Neuropatia isquêmica de nervos sensoriais distais, com má perfusão posicional no pé, agravada pela elevação do membro e aliviada pela dependência (pendência do membro).
- (D) Necrose de nervos sensoriais na pele, resultando em dor ausente apesar de gangrena extensa.

25. Qual é a característica principal da dor pós-acidente Vascular Cerebral Central (VCC), e por que analgésicos convencionais e opioides são ineficazes no seu tratamento?

- (A) Dor lancinante contralateral ao déficit neurológico, com hiperalgesia e alodinia; ineficaz aos opioides devido à origem inflamatória periférica.
- (B) Dor queimante ou lancinante no lado ipsilateral ao déficit, associada a anormalidades sensoriais como redução da percepção de temperatura; ineficaz aos opioides por ser mediada centralmente no trato espinotalâmico.
- (C) Dor surda no membro afetado, aliviada por relaxamento, mas agravada por estresse, respondendo bem a opioides de alta dose.
- (D) Dor paroxística limitada à área de déficits sensoriais; tratável com analgésicos convencionais devido à origem isquêmica periférica.

26. Em pacientes com isquemia avançada não reconstruível nos membros inferiores, qual é o papel da estimulação da medula espinal no alívio da dor, e por que sua eficácia é limitada de acordo com estudos?

- (A) Melhora a perfusão distal em aneurismas inflamatórios, mas estudos mostram piora da dor em pacientes com dissecação aórtica.
- (B) Interrompe fibras aferentes de dor na cadeia simpática lombar, eficaz em todos os casos de isquemia crítica, sem risco de neuralgia pós-simpatectomia.
- (C) Alivia dor venosa congestiva por compressão elástica, mas ineficaz em isquemia arterial devido à ausência de inflamação.
- (D) Aumenta o fluxo sanguíneo microcirculatório em pacientes com perfusão cutânea preservada, mas estudos prospectivos mostram resultados menos favoráveis, restringindo seu uso a casos sem perda tecidual significativa.

27. Em pacientes com lesão medular tetraplégicos, qual é o principal mecanismo da dor musculoesquelética no ombro, e como a fraqueza muscular contribui para essa condição?

- (A) Desequilíbrio muscular com fraqueza de estabilizadores, levando a instabilidade articular e *impingement*.
- (B) Compressão radicular, com fraqueza causando espasticidade e dor "pulsante".
- (C) Inflamação visceral, com fraqueza secundária à disreflexia autonômica.
- (D) Degeneração discal adjacente à fusão espinal, com fraqueza exacerbando instabilidade espinal.

28. Qual característica clínica da dor visceral abdominal em pacientes com lesão medular sugere uma etiologia gastrointestinal grave, e como a Disreflexia Autonômica (AD) pode complicar o diagnóstico?

- (A) Dor "surda" aliviada por movimento, com AD mascarando sintomas viscerais.
- (B) Dor "cólica" associada a ingestão ou evacuação, com AD indicando possíveis emergências intra-abdominais.
- (C) Dor "queimante" em distribuição por dermatômos, com AD ausente.
- (D) Dor "pulsante" persistente, com AD decorrente de fraqueza muscular.

29. Na exacerbação de dor neuropática em pacientes com lesão medular, qual "*red flag*" indica uma condição potencialmente grave requerendo investigação urgente, e como isso impacta o manejo?

- (A) Dor exacerbada por movimento, sugerindo etiologia musculoesquelética tratável com repouso.
- (B) Aumento de espasticidade sem sintomas sistêmicos, tratado com ajuste de cadeira de rodas.
- (C) Melhora sensorial concomitante, sugerindo evolução natural da dor sem investigação.
- (D) Nova incontinência urinária com dor, indicando infecção ou retenção, requerendo tratamento para evitar agravamento da dor e Disreflexia Autonômica (AD).

30. Qual anticonvulsivante é considerado primeira linha para dor neuropática em pacientes com lesão medular, e qual característica dos Ensaios Clínicos Randomizados (RCTs) suporta sua eficácia?

- (A) Gabapentina, com RCTs mostrando alívio de dor visceral "cólica".
- (B) Lamotrigina, com RCTs confirmando eficácia em lesões completas.
- (C) Pregabalina, com RCTs demonstrando redução > 30% na intensidade da dor e melhora no sono.
- (D) Valproato, com RCTs indicando alívio de dor "pulsante".

31. Paciente, sexo feminino, 40 anos apresenta, cefaleia diária persistente de início súbito há 3 meses, que melhora significativamente ao deitar e piora ao longo do dia em posição ereta. Não há histórico de trauma ou punção lombar. Qual é o diagnóstico mais provável e o exame inicial recomendado?

- (A) Hemicrania contínua; teste com indometacina.
- (B) Cefaleia por baixa pressão de Líquido Cefalorraquidiano (LCR); Ressonância Magnética (RM), com gadolínio.
- (C) Hipertensão intracraniana idiopática; Tomografia Computadorizada (TC) de crânio.
- (D) Enxaqueca crônica; iniciar topiramato.

32. Qual é a primeira linha de tratamento para ataques agudos de cefaleia em salvas?

- (A) Oxigenoterapia a 100% com 10 - 12 l/min.
- (B) Sumatriptano oral de 100 mg.
- (C) Indometacina de 50 mg intramuscular.
- (D) Estimulação magnética transcraniana de pulso único (sTMS).

33. Qual estrutura anatômica é mais consistentemente ativada em estudos de neuroimagem funcional durante ataques de enxaqueca?
- (A) Hipotálamo posterior.
 - (B) Tálamo ventroposteromedial.
 - (C) Ponte dorsolateral.
 - (D) Núcleo caudal do trigêmeo.
-
34. Dos seguintes mecanismos neurofisiológicos, qual explica a amplificação da dor visceral crônica em pacientes com síndrome do intestino irritável, do inglês *Irritable Bowel Syndrome (SII)*, considerando a interação entre sensibilização periférica e central?
- (A) Ativação exclusiva de nociceptores viscerais de alto limiar por estímulos mecânicos intensos.
 - (B) Alteração primária na densidade de inervação sensorial visceral devido a fatores genéticos.
 - (C) Modulação descendente inibitória predominante do tronco encefálico sobre aferentes vagais.
 - (D) Convergência de aferentes viscerais e somáticos com amplificação sináptica em neurônios de segunda ordem na medula espinal.
-
35. Paciente, sexo feminino, 30 anos, apresenta, dor abdominal crônica, difusa, associada a diarreia intermitente e sensação de distensão abdominal. Não há achados estruturais em exames de imagem ou endoscopia. Qual é o diagnóstico mais provável e a abordagem inicial recomendada?
- (A) Síndrome do intestino irritável; iniciar dieta baixa em *Fermentable Oligo-, Di-, Monosaccharides and Polyols (FODMAP)*.
 - (B) Pancreatite crônica; iniciar terapia com enzimas pancreáticas.
 - (C) Doença inflamatória intestinal; iniciar mesalazina.
 - (D) Colecistite crônica; indicar colecistectomia.
-
36. Qual é a abordagem mais eficaz para o tratamento inicial da dismenorreia primária em adolescentes?
- (A) Iniciar Pílula Anticoncepcional Combinada (COCP) em ciclos triciciais para todas as adolescentes, independentemente de preferências culturais.
 - (B) Prescrever Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs), iniciando 24 horas antes do início da menstruação, com dose de ataque inicial, para redução de contrações uterinas.
 - (C) Recomendar acupuntura como primeira linha devido à sua maior eficácia em comparação com Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs).
 - (D) Indicar laparoscopia diagnóstica para excluir endometriose em todas as adolescentes com dismenorreia.

37. Qual é a principal limitação dos Estudos de Condução Nervosa/Eletromiografia (NCS/EMG) na avaliação de neuropatias dolorosas, como a Neuropatia de Pequenas Fibras (SFN), e como isso influencia o diagnóstico?

- (A) Eles não detectam envolvimento de fibras motoras, limitando o uso em neuropatias simétricas.
- (B) Eles não diferenciam entre patologias axonais e desmielinizantes, tornando o diagnóstico impreciso.
- (C) Eles são invasivos e não podem ser repetidos para monitorar progressão da neuropatia.
- (D) Eles fornecem informações apenas sobre fibras mielinizadas grandes ($A\beta$), sem avaliar fibras pequenas ($A\delta$ e C) envolvidas na dor.

38. Qual é o fator de risco mais significativo para o desenvolvimento de Neuralgia Pós-Herpética (PHN), após herpes zoster, e qual é a estratégia preventiva mais eficaz?

- (A) Idade avançada no momento do zoster; tratamento antiviral precoce para reduzir o risco.
- (B) Idade jovem no momento do zoster; vacinação como prevenção primária.
- (C) Ausência de dor no zoster agudo; uso de opioides como prevenção.
- (D) Envolvimento de um único dermatomo; capsaicina tópica como prevenção.

39. Qual é o papel da ativação microglial na perpetuação da dor neuropática?

- (A) Inibe a liberação de neurotransmissores inibitórios como GABA.
- (B) Reduz a expressão de canais de sódio Nav1.8 em fibras nociceptivas.
- (C) Promove a liberação de citocinas pró-inflamatórias, amplificando a sensibilização central.
- (D) Estimula a regeneração de fibras C no corno dorsal.

40. No manejo da Toxicidade Sistêmica por Anestésico Local (TSAL) após bloqueio com ropivacaína, qual é a dose inicial recomendada de emulsão lipídica 20% em um paciente de 70 kg?

- (A) 70 mL em bolus, sem infusão contínua.
- (B) 105 mL em bolus, seguido de infusão de 17,5 mL/min.
- (C) 140 mL em bolus, seguido de infusão de 0,5 mL/kg/min.
- (D) 105 mL em bolus, seguido de infusão de 0,25 mL/kg/min.

41. Qual é a principal limitação da Estimulação Cerebral Profunda (ECP) no tratamento da dor neuropática refratária?

- (A) Resposta variável entre pacientes, mesmo com localização precisa dos eletrodos.
- (B) Necessidade de grandes craniotomias para implantação dos eletrodos.
- (C) Ineficácia em dores viscerais associadas a câncer avançado.
- (D) Alto risco de hemorragia intracraniana em todos os casos.

- 42.** Qual é o principal sintoma clínico que sugere o desenvolvimento deiringomielia pós-traumática em pacientes com lesão medular?
- (A) Dor nociceptiva localizada na região da lesão inicial.
 - (B) Perda sensorial segmentar dissociada com dor neuropática.
 - (C) Espasticidade generalizada abaixo do nível da lesão.
 - (D) Incontinência urinária de início súbito.
-
- 43.** Qual é a principal vantagem da gabapentina sobre a amitriptilina no tratamento da dor do membro fantasma em pacientes idosos com comorbidades cardiovasculares?
- (A) Menor risco de efeitos anticolinérgicos e hipotensão ortostática.
 - (B) Maior eficácia em ensaios clínicos randomizados.
 - (C) Início de ação mais rápido após administração oral.
 - (D) Menor interação com medicamentos anti-hipertensivos.
-
- 44.** Qual é a principal indicação para o bloqueio do plexo celíaco em pacientes com adenocarcinoma de pâncreas avançado?
- (A) Dor nociceptiva somática em arcos costais.
 - (B) Dor neuropática radicular em dermatômos torácicos.
 - (C) Dor visceral intensa refratária a opioides sistêmicos.
 - (D) Dor referida à região lombar baixa.
-
- 45.** Em um paciente com câncer de pulmão metastático e dor óssea moderada (EVA 6/10), qual é a principal vantagem de combinar bifosfonatos com analgésicos, na escada da OMS?
- (A) Redução direta da sensibilização central no corno dorsal.
 - (B) Inibição da reabsorção óssea e alívio da dor associada a metástases.
 - (C) Bloqueio de canais de sódio em fibras nociceptivas periféricas.
 - (D) Aumento da liberação de endorfinas endógenas.

46. Qual é a principal consideração ao usar morfina em neonatos para analgesia pós-operatória?

- (A) A morfina tem maior *clearance* em neonatos devido à maturação hepática precoce.
- (B) A administração oral é preferível à intravenosa em neonatos.
- (C) A morfina não causa depressão respiratória em neonatos.
- (D) A dose deve ser ajustada devido à menor glucuronidação hepática e risco de acúmulo.

47. Qual é a principal abordagem não farmacológica recomendada para o manejo da fibromialgia em pacientes com dor generalizada e fadiga?

- (A) Repouso prolongado com imobilização articular.
- (B) Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) de alta frequência.
- (C) Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) combinada com exercício físico supervisionado.
- (D) Bloqueios nervosos periféricos com corticosteroides.

48. Qual é o principal critério diagnóstico para a Síndrome de Dor Complexa Regional (SDCR) tipo I, segundo os critérios de Budapeste?

- (A) Dor desproporcional ao evento desencadeante, com alterações sensoriais e autonômicas.
- (B) Presença de lesão nervosa confirmada por eletroneuromiografia.
- (C) Compressão nervosa periférica com perda motora associada.
- (D) Inflamação articular sinovial confirmada por ressonância magnética.

49. Qual é o principal achado clínico que diferencia a radiculopatia cervical de uma plexopatia braquial?

- (A) Presença de fraqueza muscular em múltiplos dermatômos na radiculopatia.
- (B) Dor irradiada limitada a um dermatômo específico na radiculopatia.
- (C) Alodinia generalizada no membro afetado na radiculopatia.
- (D) Perda sensorial difusa em todo o membro na radiculopatia.

50. Qual exame complementar é mais indicado para confirmar lombalgia inflamatória em um paciente com dor que melhora com movimento e piora com repouso?

- (A) Radiografia simples da coluna lombar.
- (B) Tomografia computadorizada de alta resolução.
- (C) Eletroneuromiografia lombar.
- (D) Ressonância magnética com evidência de sacroileíte.

51. Qual é a principal alteração farmacocinética em idosos que aumenta o risco de toxicidade de opioides?

- (A) Aumento do *clearance* hepático, reduzindo a meia-vida dos opioides.
- (B) Diminuição da função renal, prolongando a eliminação de metabólitos ativos.
- (C) Redução da massa muscular, diminuindo a distribuição de drogas lipofílicas.
- (D) Aumento da ligação proteica, reduzindo a fração livre dos opioides.

52. Qual mecanismo contribui para o efeito analgésico da lidocaína intravenosa em dor neuropática crônica, além do bloqueio de canais de sódio?

- (A) Modulação de receptores opioides.
- (B) Aumento da liberação de GABA no encéfalo.
- (C) Inibição da ativação de micróglia na medula espinhal.
- (D) Redução da expressão de canais de cálcio.

53. Paciente, sexo feminino, 28 anos, estudante de odontologia, apresenta cefaleia do tipo tensional crônica há 1 ano, com dor referida para a região frontal. A palpação identifica pontos-gatilho ativos nos músculos suboccipitais, que reproduzem a cefaleia. A paciente relata que a dor é exacerbada por longos períodos de estudo e estresse acadêmico. A ultrassonografia com elastografia revela áreas de rigidez aumentada nos pontos-gatilho. Qual é a intervenção mais eficaz para reduzir a cefaleia, segundo o texto?

- (A) Administração de Anti-Inflamatórios Não Esteroides (AINEs).
- (B) Aplicação de laser de baixa intensidade nos músculos suboccipitais.
- (C) Manipulação manual com técnica de spray and stretch.
- (D) Agulha seca profunda nos pontos-gatilho suboccipitais.

54. Qual mecanismo neurobiológico descrito no texto explica a formação de pontos-gatilho miofasciais (*trigger points*) em resposta a contrações excêntricas prolongadas?

- (A) Disfunção do retículo sarcoplasmático, levando a um aumento persistente de cálcio intracelular.
- (B) Aumento da Liberação de Acetilcolina (LA) devido à ativação de receptores purinérgicos.
- (C) Redução da atividade de receptores vaniloides, diminuindo a sensibilização periférica.
- (D) Inibição da liberação de substância P, resultando em hipóxia local.

55. Qual é o papel da Substância P (SP) e do Peptídeo Relacionado ao Gene da Calcitonina (PRGC) na fisiopatologia dos pontos-gatilho miofasciais?

- (A) Reduzem a Liberação de Acetilcolina, diminuindo a contração muscular.
- (B) Aumentam a produção de ATP, restaurando o equilíbrio energético local.
- (C) Inibem a sensibilização de nociceptores periféricos, reduzindo a dor local.
- (D) Estimulam a vasodilatação local e a liberação de mediadores inflamatórios.

56. Qual é a principal justificativa para o uso de corticosteroides em injeções epidurais lombares para dor radicular, e como isso se relaciona com a fisiopatologia da dor?

- (A) Reduzir a compressão mecânica; a dor é causada exclusivamente por hérnia de disco.
- (B) Bloquear canais de sódio; a dor é puramente neuropática.
- (C) Mitigar a inflamação neural; a dor requer compressão e inflamação.
- (D) Promover neovascularização; a dor é mediada por isquemia local.

57. Paciente, sexo feminino, 55 anos, apresenta dor crônica no ombro esquerdo após fratura de clavícula, com limitação funcional e piora ao elevar o braço. A RM mostra osteoartrite leve na articulação acromioclavicular e sinais de tendinopatia do supraespal. Você considera um bloqueio do nervo supraescapular para diagnóstico e terapia. Qual é a técnica de imagem mais apropriada, e qual é a principal evidência que suporta essa escolha?

- (A) Fluoroscopia; evidência; séries de casos mostram alívio prolongado.
- (B) Ultrassom; evidência; ensaios randomizados mostram redução de dor e melhora funcional.
- (C) Tomografia Computadorizada (TC); evidência; estudos observacionais mostram modulação sensorial.
- (D) Abordagem cega; evidência; meta-análises mostram igualdade com placebo.

58. Os anti-inflamatórios não esteroidais do grupo dos coxibessão inibidores seletivos da enzima Cicloxigenase-2 (COX-2). Eles foram desenvolvidos com o objetivo de reduzir os efeitos adversos gastrointestinais dos AINEs não seletivos. Entretanto, com o uso prolongado, observou-se um aumento no risco de eventos cardiovasculares adversos, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Esse risco está relacionado ao desequilíbrio na produção de eicosanoides, em especial pela inibição da síntese de qual substância?

- (A) Prostaciclina (PGI_2).
- (B) Bradicinina.
- (C) Tromboxano A_2 .
- (D) Prostaglandina E_5 (PGE_5).

59. Qual característica neurofarmacológica distingue a Hiperálgia Induzida por Opioides (OIH) da tolerância farmacodinâmica, e como isso orienta o diagnóstico diferencial em pacientes com dor exacerbada?

- (A) A OIH ocorre devido à metabolização hepática acelerada dos opioides, levando a uma redução na duração da analgesia, sendo diferenciada da tolerância pela ausência de alodinia e tratada com aumento contínuo da dose.
- (B) A OIH resulta da regulação negativa de receptores opioides μ , indistinguível da tolerância, sendo diagnosticada por testes de sensibilidade à dor e tratada com inibidores da recaptação de serotonina e norepinefrina, como duloxetine.
- (C) OIH é caracterizada pela ativação de sistemas pronociceptivos, como a sensibilização central mediada por receptores N-metil-D-aspartato, com alodinia severa que melhora com redução da dose de opioide, enquanto a tolerância requer aumento da dose para manter a analgesia.
- (D) A OIH é causada pela interação de opioides com receptores não opioides, como canais de cálcio, e é diagnosticada pela ausência de resposta à rotação para opioides agonistas-antagonistas, como o butorfanol.

60. Em um paciente com câncer em fase terminal com dor refratária a opioides sistêmicos, a equipe considera a administração espinal (epidural/intratecal). Qual das seguintes afirmações reflete melhor as evidências e os desafios associados a essa abordagem no final da vida?

- (A) A administração espinal pode ser considerada em casos de efeitos adversos intoleráveis a opioides sistêmicos, mas requer avaliação cuidadosa do equilíbrio entre benefícios e carga para cuidadores.
- (B) A introdução de um cateter espinal nas últimas horas de vida é viável, pois não aumenta a carga para cuidadores e requer manutenção mínima.
- (C) A administração espinal é apoiada por fortes evidências de ensaios randomizados, sendo indicada para todos os pacientes com dor refratária, independentemente da expectativa de vida.
- (D) A administração espinal é preferível à via subcutânea, pois proporciona alívio mais rápido e previsível, sem riscos de complicações locais.

ANOTAÇÕES

Página para anotações do candidato.
É expressamente proibida a remoção desta página do caderno.

Página para anotações do candidato.
É expressamente proibida a remoção desta página do caderno.