

Prova Teórico-Prática

- 01.** Paciente, sexo masculino, 67 anos, com diagnóstico de câncer colorretal metastático para região sacral e pélvica. Apresenta dor visceral intensa, contínua e bilateral, irradiando-se para região lombossacral, além de dor neuropática radicular (S1 - S3), descrita como queimação e hiperalgesia, sem resposta sustentada ao uso de opioides, anticonvulsivantes e múltiplos bloqueios anestésicos. Histórico adicional inclui cardiopatia grave com risco anestésico-cirúrgico elevado e diabetes mellitus com neuropatia periférica associada. Considerando o contexto clínico descrito, qual das opções neurocirúrgicas ablativas abaixo é a mais adequada para garantir analgesia eficaz, sustentada e com menor risco relativo de complicações graves?
- (A) Rizotomia trigeminal bilateral por radiofrequência.
 - (B) Mielotomia comissural realizada por incisão longitudinal precisa no sulco mediano posterior.
 - (C) Cordotomia cervical lateral bilateral percutânea para analgesia visceral difusa.
 - (D) Simpatetomia lombar extensa bilateral para controle da dor neuropática e visceral.
-
- 02.** 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) Oxiconona 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.
-
- 03.** Paciente, sexo feminino, 65 anos, com câncer de mama metastático em cuidados paliativos domiciliares, apresenta dor crônica moderada a intensa (escala 7/10) e episódios de dor irruptiva (3 - 4 vezes/dia, escala 6/10). Ela utiliza adesivo transdérmico de fentanil 50 µg/hora, trocado a cada 72 horas, e morfina oral de liberação imediata 10 mg conforme necessário. Nos últimos dias, desenvolveu disfagia leve, dificultando a ingestão de comprimidos, mas ainda consegue ingerir alimentos macios. A paciente relata irritação cutânea leve no local do adesivo e episódios ocasionais de confusão mental. Não há trombocitopenia ou outras contraindicações hematológicas. A família deseja minimizar a carga assistencial e manter o conforto da paciente. A estratégia mais adequada para otimizar o controle da dor dessa paciente, considerando suas limitações e as informações do texto, é:
- (A) Continuar o adesivo de fentanil, substituindo a morfina oral por microesferas de morfina de liberação prolongada misturadas em alimento macio e aplicar inalador esteroide aquoso para irritação cutânea.
 - (B) Substituir a morfina oral por supositórios retais de morfina para dor irruptiva e manter o adesivo de fentanil, tratando a irritação cutânea com anti-histamínicos tópicos.
 - (C) Rotacionar o fentanil transdérmico para infusão subcutânea de morfina e prescrever metadona para dor irruptiva (*breakthrough pain*).
 - (D) Substituir o fentanil transdérmico por comprimidos sublinguais de fentanil (FST) para dor de base e irruptiva (*breakthrough pain*), descontinuando a morfina oral.

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

05. Paciente, sexo feminino, 52 anos, professora, procura atendimento ambulatorial com queixa de dor lombar crônica há 8 meses, de caráter contínuo, com piora ao final do dia e alívio parcial com repouso. Refere uso prévio de anti-inflamatórios não esteroides e relaxantes musculares com melhora parcial. Nega irradiação da dor, déficits neurológicos ou trauma recente. Ao exame, apresenta dor à palpação paravertebral na região lombar baixa, sem sinais de radiculopatia. Após avaliação multidisciplinar, optou-se por acupuntura, com sessões semanais utilizando pontos locais e distais, incluindo o ponto E36 (Zu San Li). O mecanismo que está mais diretamente envolvido na analgesia proporcionada pela acupuntura para a dor musculoesquelética da paciente, considerando os efeitos segmentares e suprasegmentares descritos na literatura, é:

- (A) Bloqueio seletivo de canais de sódio Nav1.7 em fibras C periféricas, reduzindo a transmissão de sinais nociceptivos sem envolvimento medular.
 - (B) Estimulação de fibras A β , que ativam interneurônios inibitórios na substância gelatinosa (lâmina II) da medula espinhal, modulando sinais nociceptivos conforme a teoria do portão.
 - (C) Aumento da liberação local de citocinas pró-inflamatórias, como IL-1 β , nos tecidos musculares, promovendo analgesia periférica.
 - (D) Ativação exclusiva da Substância Cinzenta Periaquedutal (SCPM) sem envolvimento de vias espinais segmentares ou corticais.
-

Prova Teórica

06. Qual das seguintes afirmações reflete com precisão as propriedades farmacológicas e os efeitos colaterais dos Antidepressivos Tricíclicos (TCAs) no contexto do manejo da dor neuropática?

- (A) Os TCAs proporcionam alívio da dor por meio da inibição da recaptação de serotonina e norepinefrina e do bloqueio dos canais de sódio, com efeitos colaterais como hipotensão ortostática decorrentes do bloqueio dos receptores α -adrenérgicos.
- (B) O efeito analgésico dos TCAs depende de suas propriedades antidepressivas, e efeitos colaterais como constipação e boca seca são causados principalmente pelo bloqueio dos canais de sódio.
- (C) Os TCAs exercem seu efeito analgésico principalmente por meio da inibição seletiva da recaptação de serotonina, e são contraindicados em pacientes com hipertrofia prostática benigna devido à sua atividade anti-histamínica.
- (D) Os TCAs são seguros para uso em pacientes com infarto agudo do miocárdio, e seus principais efeitos colaterais, como ganho de peso e sedação, são devido às suas propriedades anticolinérgicas.

07. Qual das seguintes afirmações é correta sobre os mecanismos de ação e os perfis de efeitos colaterais dos ligantes $\alpha 2\delta$ (gabapentina e pregabalina) e dos Inibidores da Recaptação de Serotonina e Norepinefrina (SNRIs) no tratamento da dor neuropática?

- (A) A gabapentina alivia a dor neuropática por meio da inibição da recaptação de serotonina, enquanto os SNRIs modulam os canais de cálcio tipo N, com ambos apresentando risco significativo de síndrome serotoninérgica quando combinados.
- (B) Tanto os ligantes $\alpha 2\delta$ quanto os SNRIs têm eficácia semelhante aos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (SSRIs) no alívio da dor neuropática, com efeitos colaterais limitados a edema periférico para ambos os grupos.
- (C) A pregabalina tem menor eficácia que a gabapentina devido à sua cinética não linear, e os SNRIs não apresentam efeitos colaterais relacionados à boca seca ou tontura, ao contrário dos Antidepressivos Tricíclicos (TCAs).
- (D) Os ligantes $\alpha 2\delta$, como gabapentina e pregabalina, se ligam à subunidade $\alpha 2\delta$ dos canais de cálcio, reduzindo a neurotransmissão patológica, enquanto os SNRIs facilitam a inibição descendente da sinalização da dor, com efeitos colaterais dos SNRIs incluindo náusea e hiperidrose.

08. Qual processo neuroquímico ou estrutural está mais diretamente associado à geração de alodinia na dor fantasma e como ele se relaciona com a reorganização espinal?

- (A) A apoptose de interneurônios inibitórios expressando ácido Gama-Aminobutírico (GABA) no corno dorsal impede a liberação de substância P, levando à sensibilização central sem envolvimento de fibras mielinizadas de condução rápida ($A\delta$) ou fibras mielinizadas de grande diâmetro ($A\beta$).
- (B) A proliferação de canais de sódio voltagem-dependente subtipo 1.3 (Nav1.3) no Gânglio da Raiz Dorsal (DRG) amplifica a transmissão simpática, resultando em alodinia sem alterações na substância gelatinosa (lâmina II).
- (C) A arborização compensatória de fibras mielinizadas de condução rápida ($A\delta$) e fibras mielinizadas de grande diâmetro ($A\beta$) na substância gelatinosa (lâmina II), após a degeneração seletiva de fibras não mielinizadas (C), acompanha a liberação de substância P por terminais de fibras $A\beta$, contribuindo para a alodinia.
- (D) A ativação de micróglia no corno dorsal promove a liberação de colecistocinina, que inibe diretamente os receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA), reduzindo a alodinia em pacientes com dor fantasma.

- 09.** Qual processo neuroquímico ou estrutural está mais diretamente associado à geração de alodinia na dor fantasma e como ele se relaciona com a reorganização espinal?
- (A) A arborização compensatória de fibras A δ e A β na lâmina II, após a degeneração seletiva de fibras C, acompanha a liberação de substância P por terminais de fibras A β , contribuindo para a alodinia.
 - (B) A proliferação de canais de sódio Nav1.3 no gânglio da raiz dorsal amplifica disparos ectópicos espontâneos, mas a alodinia depende primariamente de alterações na lâmina II, não do gânglio da raiz dorsal.
 - (C) A apoptose de interneurônios inibitórios expressando ácido gama-aminobutírico no corno dorsal impede a liberação de substância P, levando à sensibilização central sem envolvimento de fibras A δ ou A β .
 - (D) A ativação de micróglia no corno dorsal promove a liberação de colecistocinina, que inibe diretamente os receptores N-metil-D-aspartato, reduzindo a alodinia em pacientes com dor fantasma.

- 10.** Qual afirmação descreve com maior precisão o papel da reorganização cortical e sua relação com intervenções terapêuticas para a dor fantasma?
- (A) A expansão da representação cortical da boca para a área da mão no córtex somatossensorial primário ocorre apenas em amputados sem dor fantasma, e o uso de próteses mioelétricas não afeta essa reorganização.
 - (B) A remoção cirúrgica de neuromas no coto de amputação elimina a reorganização cortical no córtex motor primário, sendo a intervenção mais eficaz para reduzir a dor fantasma em todos os pacientes.
 - (C) A reorganização cortical no córtex somatossensorial e motor primário está correlacionada com a intensidade da dor fantasma, e intervenções como o uso intensivo de próteses mioelétricas ou movimentos imaginados do membro fantasma podem reduzir a dor ao reverter parcialmente essa reorganização.
 - (D) A neuromatriz proposta por Melzack é exclusivamente determinada por fatores genéticos, e a dor fantasma em crianças nascidas sem membros não é influenciada por estímulos sensoriais ou intervenções como o tratamento com espelhos.

- 11.** Paciente, 71 anos, apresenta dor em queimação intensa, hiperalgesia e alodinia na região torácica direita há 4 meses, iniciada após herpes zoster. A dor persiste apesar do uso de gabapentina em dose máxima tolerada e antidepressivo tricíclico. Sobre a fisiopatologia e o manejo da Neuralgia Pós-Herpética (NPH), é CORRETO afirmar:
- (A) A aplicação tópica de lidocaína associada a metadona oral para dor de forte intensidade em idosos está associada ao aumento de toxicidade central.
 - (B) A infecção pelo vírus Varicela-Zoster compromete os gânglios sensitivos e pode causar desmielinização com sensibilização central persistente.
 - (C) A NPH resulta principalmente da degeneração de fibras A α e perda motora associada à mielina perineural.
 - (D) A vacinação contra herpes zoster tem eficácia limitada em pacientes acima de 70 anos e não reduz a incidência de NPH.

- 12.** Paciente, sexo feminino, 68 anos, apresenta dor contínua em queimação, associada à sensação de agulhadas e alodinia tátil na parede torácica esquerda, quatro meses após infecção herpética. Ao exame, há hiperalgesia na distribuição de T5 - T6 e ausência de lesão cutânea ativa. Sobre o caso, é CORRETO afirmar:
- (A) A dor persistente na Neuralgia Pós-Herpética (NPH) envolve mecanismo de anormalidades periféricas nos neuromas cicatriciais localizados na pele previamente afetada, com liberação GABA (Ácido Gama-Aminobutírico) e glicina.
 - (B) A vacina recombinante contra herpes zoster não demonstrou impacto na incidência de NPH, apenas na redução da infecção herpética aguda.
 - (C) O bloqueio do gânglio da raiz dorsal com anestésico local e corticosteroide mostrou evidência robusta de eficácia sustentada em NPH refratária.
 - (D) A liberação sustentada de citocinas pró-inflamatórias e a ativação de células gliais contribuem para a manutenção da sensibilização central na NPH.

- 13.** Paciente, 64 anos, com histórico de acidente vascular encefálico talâmico há 10 meses, refere dor contínua, em queimação e sensação de gelo queimando no hemicorpo direito, acompanhada de hiperalgesia e alodinia. Nenhum tratamento proposto promoveu alívio satisfatório. Sobre o caso, é CORRETO afirmar:
- (A) A dor central pós-lesão talâmica está relacionada preferencialmente à perda de aferência sensitiva, sem participação de vias espinotalâmicas.
 - (B) A reorganização cortical e a hipoatividade do córtex motor e pré-frontal podem contribuir para a manutenção da dor central.
 - (C) A estimulação magnética transcraniana de baixa frequência no córtex occipital demonstrou superioridade sobre estimulação motora na dor central.
 - (D) A síndrome talâmica clássica ocorre com preservação do toque leve, pois fibras de grosso calibre não participam da reorganização patológica.
-
- 14.** Paciente, 58 anos, é submetido a um bloqueio do plexo braquial com bupivacaína 0,5% com volume de 15ml de solução. Após 15 minutos, não há bloqueio motor nem sensorial evidente. Sobre o atraso no início da ação da bupivacaína, é CORRETO afirmar:
- (A) A elevada lipossolubilidade da bupivacaína promove início de ação mais lento, pois favorece o sequestro em tecidos gordurosos.
 - (B) A bupivacaína possui baixo pKa, o que reduz sua fração ionizada e limita sua entrada no axônio.
 - (C) A baixa ligação proteica da bupivacaína reduz sua duração e retarda o início do bloqueio.
 - (D) A alta difusão em compartimentos hidrossolúveis limita sua atuação nas fibras mielinizadas.
-
- 15.** Durante um bloqueio intercostal com ropivacaína, um paciente de 63 anos desenvolve agitação, zumbido, gosto metálico e convulsão tônico-clônica. Considerando os mecanismos de Toxicidade Sistêmica por Anestésico Local (LAST) e seu manejo, é CORRETO afirmar:
- (A) A ropivacaína causa pouca toxicidade neurológica significativa por ser um enantiômero S-puro.
 - (B) A administração de benzodiazepínico é contraindicação relativa em convulsões induzidas por anestésicos locais.
 - (C) A emulsão lipídica intravenosa age sequestrando anestésico lipofílico e deve ser administrada em bolus seguido de infusão contínua.
 - (D) O tratamento inicial inclui intubação imediata e ventilação com alta concentração de oxigênio e hiperventilação voluntária.
-
- 16.** Paciente, 40 anos, com diagnóstico de Síndrome da Dor Complexa Regional (SDCR) tipo I em membro inferior esquerdo é encaminhado para bloqueio do plexo simpático lombar. Após duas sessões com resposta parcial, considera-se a simpatectomia química. Sobre o caso, é CORRETO afirmar
- (A) A resposta clínica sustentada à simpatectomia química é previsível e independente da resposta ao bloqueio diagnóstico com anestésico local.
 - (B) A injeção de álcool no nível de L2 – L4 afeta a cadeia simpática lombar e pode levar a efeitos colaterais como ejaculação retrógrada.
 - (C) A simpatectomia química com álcool promove neuroablação seletiva dos neurônios sensoriais do gânglio da raiz dorsal.
 - (D) A ablação simpática é recomendada como terapia de primeira linha nos casos refratários de dor mista em hérnia de disco lombar.

17. Paciente, sexo masculino, 48 anos, com dor lombar crônica e transtorno por uso de opioides (*substance use disorder*) estável há 2 anos em manutenção com buprenorfina/naloxona, procura atendimento por exacerbação da dor (Escala Visual Analógica 9/10) após queda recente da própria altura, sem alteração do exame físico e neurológico. A conduta mais apropriada é:

- (A) Manter buprenorfina/naloxona e associar opioide de curta ação com monitoramento em curto prazo.
- (B) Substituir buprenorfina por metadona para facilitar controle da dor aguda em ambiente ambulatorial.
- (C) Realizar bloqueios neuroaxiais repetidos como melhor estratégia para evitar contato com opioides sistêmicos.
- (D) Aumentar temporariamente a dose fracionada de buprenorfina para fins analgésicos, mantendo vigilância clínica.

18. Como a metabolização dos anestésicos locais éster e amida é afetada por condições clínicas, e qual é o impacto na toxicidade?

- (A) Os anestésicos éster são metabolizados no fígado por carboxilesterases, e a insuficiência hepática aumenta a toxicidade devido à acumulação de metabólitos como ácido para-aminobenzoico.
- (B) Os anestésicos éster são metabolizados por colinesterases plasmáticas, e a insuficiência renal aumenta a toxicidade devido à acumulação de metabólitos no plasma.
- (C) Os anestésicos amida são metabolizados no fígado por carboxilesterases hepáticas, e a insuficiência hepática reduz a depuração, aumentando o risco de toxicidade no sistema nervoso central e cardiovascular.
- (D) Os anestésicos amida são metabolizados nos pulmões, e a insuficiência cardíaca reduz a metabolização, aumentando a toxicidade no sistema nervoso central.

19. Qual característica dos anestésicos locais quirais influencia sua toxicidade cardiovascular, e como isso se reflete na escolha clínica de enantiômeros?

- (A) A quiralidade não afeta a toxicidade cardiovascular, mas os enantiômeros R (como R-bupivacaína) são preferidos clinicamente devido à maior duração de ação em comparação com os enantiômeros S.
- (B) A quiralidade determina a toxicidade cardiovascular, com enantiômeros R (como R-bupivacaína) apresentando maior toxicidade devido à maior afinidade pelos canais de sódio cardíacos, enquanto enantiômeros S (como ropivacaína) são preferidos por sua menor toxicidade.
- (C) A quiralidade determina a toxicidade cardiovascular, com enantiômeros S (como levobupivacaína) sendo mais tóxicos devido à maior ligação aos canais de sódio neuronais, tornando os enantiômeros R mais seguros.
- (D) A quiralidade afeta apenas a toxicidade no sistema nervoso central, com enantiômeros R e S apresentando toxicidade cardiovascular idêntica, mas os enantiômeros S são evitados devido à menor potência.

20. A cordotomia cervical lateral percutânea é um método cirúrgico ablativo efetivo para o controle da dor oncológica localizada de um lado do corpo. O parâmetro anatômico de referência obtido no exame radiológico contrastado transoperatório é:

- (A) A artéria espinhal anterior.
- (B) A entrada da raiz posterior do mesmo lado da punção.
- (C) A entrada da raiz anterior do outro lado da punção.
- (D) O ligamento denteado do mesmo lado da punção.

21. Sobre a amputação, é CORRETO afirmar:

- (A) Como regra, a amputação não deve ser indicação de tratamento analgésico.
- (B) Sua realização para alívio da dor refratária deve ser incluída entre as condutas possíveis.
- (C) Nos doentes idosos, a amputação bilateral acima dos joelhos não os torna necessariamente cadeirantes se houver reabilitação intensiva.
- (D) A preservação máxima deve ser norma aplicada ao comprimento dos ossos remanescentes, não importando a qualidade dos coxins de tecidos moles.

22. Qual característica neurofarmacológica distingue a Hiperalgia 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 recaptção de serotonina e norepinefrina, como duloxetina.
- (C) A OIH é caracterizada pela ativação de sistemas pró-nociceptivos, 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.

23. Quanto à fisiopatologia da dor, é CORRETO afirmar:

- (A) A hiperalgia primária é gerada pela sensibilização dos nociceptores, provocando tanto hiperalgia como alodinia termo-mecânica primária.
- (B) A nociceção é um processo que se dissocia do aspecto neuroanatômico das vias sensitivas.
- (C) O fenômeno "wind-up" consiste no aumento da dor ao longo do tempo em decorrência dos estímulos veiculados pelas fibras A-delta.
- (D) As dores patológicas podem ser agrupadas em sete categorias: nociceptiva somática, visceral, neuropática, psicogênica, nociplástica, primária e secundária.

24. Com relação aos mecanismos fisiopatológicos da dor neuropática, é CORRETO afirmar:

- (A) Dor neuropática depende da integridade completa das vias somatossensitivas.
- (B) A lesão de fibras A β e C não contribui para a dor neuropática.
- (C) Não há participação glial na perpetuação da dor neuropática.
- (D) A sensibilização central envolve amplificação da resposta neuronal no corno posterior a aferências nociceptivas.

25. Quanto às características clínicas da dor neuropática, é CORRETO afirmar:

- (A) A dor neuropática nunca é paroxística.
- (B) A dor espontânea pode ocorrer na ausência de estímulo externo.
- (C) A dor neuropática não pode coexistir com perda sensorial.
- (D) A presença de alodinia é patognômica de dor neuropática.

- 26.** A eletroacupuntura e o agulhamento seco profundo são técnicas utilizadas no manejo da dor musculoesquelética crônica. Ambas envolvem estímulos periféricos com repercussões centrais. Considerando os mecanismos neurofisiológicos envolvidos, uma correlação adequada entre os efeitos locais e centrais dessas técnicas é:
- (A) A eletroacupuntura estimula preferencialmente fibras A-beta, promovendo analgesia por inibição pré-sináptica no corno posterior da medula, enquanto o agulhamento seco profundo atua por despolarização sustentada de fibras C, com liberação de substância P e aumento da sensibilização central.
 - (B) Ambas as técnicas atuam exclusivamente por mecanismos periféricos, sendo seus efeitos mediados pela modulação da matriz extracelular e da perfusão tecidual, sem envolvimento de neurotransmissores centrais ou vias descendentes.
 - (C) O agulhamento seco profundo reduz a atividade elétrica espontânea em placas motoras de pontos-gatilho, promovendo contrações reflexas e ativação de vias inibitórias descendentes; a eletroacupuntura, por sua vez, estimula fibras A-delta e C, promovendo liberação de opioides endógenos em núcleos como o periaquedutal e o magno da rafe.
 - (D) A eletroacupuntura promove analgesia por bloqueio competitivo dos canais de sódio dependentes de voltagem em fibras A-delta, enquanto o agulhamento seco profundo atua por ativação de receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA) no corno posterior, com liberação de glutamato e potencialização da dor.

- 27.** Qual estratégia clínica é mais eficaz para minimizar a tolerância a opioides e gerenciar a hiperalgesia induzida por opioides em pacientes com dor crônica refratária, e por que ela é preferida?
- (A) A combinação de opioides com antagonistas de receptores N-metil-D-aspartato, como cetamina, é eficaz, pois reduz a sensibilização central associada à hiperalgesia e permite a redução da dose de opioide, minimizando efeitos adversos.
 - (B) A rotação para opioides agonistas-antagonistas, como pentazocina, é preferida, pois evita a sensibilização central e restaura a analgesia sem risco de hiperalgesia, independentemente da dose prévia.
 - (C) O aumento contínuo da dose de opioide, sem coanalgésicos, é a estratégia mais eficaz, pois supera tanto a tolerância quanto a hiperalgesia sem necessidade de ajustes complexos.
 - (D) A interrupção abrupta do opioide seguida pela reintrodução em doses menores é preferida, pois elimina a tolerância farmacodinâmica e a hiperalgesia sem risco de efeitos adversos.

- 28.** Sobre a Estimulação Magnética Transcraniana repetitiva (EMTr) na dor crônica, é CORRETO afirmar:
- (A) Seu uso clínico é limitado por alta incidência de eventos graves.
 - (B) A EMTr sobre córtex motor primário apresenta efeito analgésico modesto a moderado e perfil de segurança favorável.
 - (C) É tratamento de primeira linha para dor neuropática.
 - (D) Não apresenta efeito em fibromialgia.

- 29.** Com relação à indicação de tratamento profilático na migrânea episódica, é CORRETO afirmar:
- (A) Quatro ou mais crises mensais com impacto funcional indicam profilaxia.
 - (B) A decisão independe da presença de impacto funcional.
 - (C) A profilaxia é indicada após falha de triptanos e analgésicos no tratamento das crises.
 - (D) Comorbidades não influenciam a escolha do preventivo.

- 30.** Para tratamento profilático da migrânea episódica, é CORRETO afirmar:
- (A) Benzodiazepínicos podem ser usados de rotina na prevenção.
 - (B) Pregabalina é boa opção para migrânea episódica.
 - (C) Anticorpos anti-CGRP (Peptídeo Relacionado ao Gene Calcitonina) não são recomendados como primeira linha em casos de alta repercussão funcional.
 - (D) Amitriptilina, topiramato e propranolol são considerados de primeira linha.
-
- 31.** Qual é a classe farmacológica preferencial na prevenção da cefaleia tensional crônica?
- (A) Antagonistas de Peptídeo Relacionado ao Gene Calcitonina (CGRP).
 - (B) Analgésicos simples em uso contínuo.
 - (C) Antidepressivos tricíclicos.
 - (D) Benzodiazepínicos.
-
- 32.** Paciente, 38 anos, previamente hígido, apresenta dor contínua e intensa no ombro direito após entorse leve há dois meses, com hiperalgesia e alodinia ao toque leve. Qual é o principal mecanismo envolvido na transição para dor crônica?
- (A) Sensibilização periférica e central.
 - (B) Resolução da inflamação.
 - (C) Compressão de raízes nervosas.
 - (D) Formação de pontos-gatilho miofasciais.
-
- 33.** Um paciente com câncer avançado, usando fentanil transdérmico 75 µg/hora (trocado a cada 72 horas), apresenta aumento da dor no terceiro dia, *delirium* recorrente e caquexia grave. A família relata irritação cutânea no local do adesivo. Qual é a abordagem mais apropriada para otimizar o controle da dor e abordar o *delirium*, considerando os fatores fisiológicos e as informações do texto?
- (A) Aumentar o fentanil transdérmico para 100 µg/hora, aplicar inalador esteroide aquoso para irritação cutânea e manter trocas a cada 72 horas.
 - (B) Mudar trocas do adesivo de fentanil para 48 horas e, se o *delirium* persistir, rotacionar para infusão subcutânea de hidromorfona, considerando a caquexia.
 - (C) Rotacionar para morfina oral de liberação sustentada, equivalente a 240 mg/dia, para reduzir *delirium*, ignorando a caquexia.
 - (D) Substituir o fentanil transdérmico por Spray Nasal de Pectina Fentanil (FPNS) para dor de base, usando lavagem oral de morfina para dor irruptiva.
-
- 34.** No tecido, qual é a faixa de temperatura em que a aplicação de calor é considerada terapêutica, e a partir de qual temperatura há risco de dano tecidual?
- (A) Terapêutica: 30° – 35 °C; Dano: > 35 °C.
 - (B) Terapêutica: 50°– 55 °C; Dano: > 55 °C.
 - (C) Terapêutica: 20° – 25 °C; Dano: > 30 °C.
 - (D) Terapêutica: 40° – 45 °C; Dano: > 45 °C.

- 35.** O que acontece com a propriocepção e a estabilidade articular temporariamente após a aplicação de crioterapia na extremidade inferior?
- (A) Melhoram significativamente.
 - (B) Não são afetadas.
 - (C) São temporariamente comprometidas.
 - (D) Aumentam a resistência à fadiga.
-
- 36.** Com relação ao uso da ultrassonografia como complemento à Eletroneuromiografia (ENMG) no diagnóstico da Síndrome do Túnel do Carpo (STC), ela pode ser mais útil em qual cenário?
- (A) Em pacientes com STC clínica leve, mas com resultados negativos na ENMG.
 - (B) Apenas em pacientes com casos graves de STC com ENMG positiva.
 - (C) Para substituir completamente a ENMG devido à sua maior precisão.
 - (D) Para identificar a presença de bloqueio de condução nervosa.
-
- 37.** Sobre a Síndrome da Dor Complexa Regional (SDCR), o Eletrodiagnóstico (EDX) é geralmente evitado devido à qual razão principal?
- (A) O EDX não fornece nenhuma informação útil para o diagnóstico da SDCR.
 - (B) Os resultados do EDX na SDCR são inconsistentes e não confiáveis.
 - (C) Os pacientes com SDCR acham o procedimento de EDX muito doloroso para tolerar.
 - (D) O EDX é excessivamente caro para ser usado rotineiramente em pacientes com SDCR.
-
- 38.** Qual das seguintes condições de dor no cotovelo é frequentemente observada em indivíduos com lesão medular que se apoiam nos cotovelos para equilíbrio ou mobilidade na cama?
- (A) Epicondilite medial.
 - (B) Tendinite do tríceps.
 - (C) Osteoartrite do cotovelo.
 - (D) Bursite olecraniana.
-
- 39.** A cefaleia por disreflexia autonômica é mais comum a partir de qual nível neurológico de lesão medular?
- (A) Abaixo de T10.
 - (B) Em T6 ou acima.
 - (C) Em L1 ou acima.
 - (D) Em C4 ou acima.

- 40.** Qual é o principal sintoma clínico que sugere o desenvolvimento de siringomielia pós-traumática em pacientes com lesão medular?
- (A) Perda sensorial segmentar dissociada com dor neuropática.
 - (B) Dor nociceptiva localizada na região da lesão inicial.
 - (C) Espasticidade generalizada abaixo do nível da lesão.
 - (D) Incontinência urinária de início súbito.
-
- 41.** Qual é a principal característica que diferencia a claudicação neurogênica da claudicação arterial em termos de apresentação da dor?
- (A) A claudicação neurogênica é sempre unilateral.
 - (B) A claudicação neurogênica é causada por doença oclusiva arterial.
 - (C) A claudicação neurogênica tem dor focal, enquanto a arterial tem dor difusa.
 - (D) A dor da claudicação neurogênica é aliviada ao se curvar ao caminhar e ao sentar-se.
-
- 42.** Com relação às alterações farmacocinéticas em idosos, qual dos seguintes efeitos da idade na distribuição de medicamentos é verdadeiro?
- (A) Aumenta a distribuição de medicamentos hidrofílicos.
 - (B) Diminui a distribuição e acúmulo de medicamentos lipofílicos.
 - (C) Favorece a distribuição e acúmulo de medicamentos lipofílicos devido à maior porcentagem de gordura corporal.
 - (D) Aumenta as concentrações de proteínas séricas, diminuindo a biodisponibilidade de medicamentos hidrofílicos quanto lipofílicos.
-
- 43.** Sobre o uso de adjuvantes tópicos e sistêmicos no manejo da dor em idosos, é CORRETO afirmar:
- (A) A lidocaína tópica possui evidência robusta, em ensaios clínicos de boa qualidade, demonstrando superioridade consistente para dor neuropática periférica em idosos.
 - (B) A capsaicina adesiva a 8% pode reduzir dor neuropática: uma única aplicação de 30 minutos melhora pós-herpética; aplicações de 60 minutos ou repetidas de 30 minutos a cada 2 meses mostram benefício em outras neuropatias periféricas.
 - (C) A pregabalina demonstrou superioridade clara sobre placebo para cialgia em estudo de 8 semanas, sendo recomendada especificamente para esse quadro.
 - (D) Em maiores de 75 anos com artrose/ lombalgia crônica, o tapentadol mostrou-se inferior à oxycodona quanto a eficácia e com mais efeitos adversos em seguimento de 2 anos.

44. Qual medicamento mostrou ser mais eficaz do que o placebo no alívio da dor do membro fantasma pós-amputação após 6 semanas de monoterapia?

- (A) Carbamazepina.
- (B) Amitríptilina.
- (C) Metadona.
- (D) Gabapentina.

45. Qual estrutura da coluna lombar parece ser a mais sensível à estimulação nociceptiva experimental?

- (A) Discos intervertebrais.
- (B) Articulações sacroilíacas.
- (C) Dura-máter.
- (D) Ligamentos interespinhosos.

46. Sobre a técnica denominada estimulação elétrica da medula espinal para tratamento da dor neuropática refratária, é CORRETO afirmar:

- (A) Frequentemente proporciona analgesia imediata após ativação inicial dos eletrodos, dispensando ajustes frequentes posteriores.
- (B) É indicada preferencialmente para tratamento da dor central refratária pós-acidente vascular cerebral talâmico.
- (C) Sua eficácia clínica depende criticamente da correta cobertura da região dolorosa, exigindo ajustes frequentes após a cirurgia e apresentando período de latência significativo até analgesia sustentada.
- (D) Exige grandes abordagens cirúrgicas abertas para implantação dos eletrodos e eficácia analgésica sustentada.

47. Qual das alternativas descreve CORRETAMENTE uma medida eficaz na abordagem da dor em pacientes politraumatizados?

- (A) A analgesia multimodal é eficaz, combinando opioides, bloqueios regionais e adjuvantes.
- (B) A dor no trauma pode ser subtratada para evitar descompensação hemodinâmica.
- (C) O uso de Anti-Inflamatórios Não Hormonais (AINEs) é sempre a primeira escolha em traumas graves.
- (D) A administração de opioides deve ser evitada em pacientes com trauma torácico.

- 48.** Paciente, 63 anos, com adenocarcinoma de pâncreas metastático, refere dor abdominal intensa. Qual é a conduta mais apropriada?
- (A) Titular a dose de pregabalina para 300 mg/dia.
 - (B) Suspender opioides e tentar antidepressivo tricíclico.
 - (C) Trocar morfina por Anti-Inflamatório Não Esteroide (AINE) e tramadol.
 - (D) Realizar bloqueio do plexo nervoso guiado por imagem.

-
- 49.** Paciente, sexo masculino, 68 anos, com câncer de pulmão metastático, relata dor óssea em arcos costais (EVA 6/10). Qual conduta está alinhada à escada analgésica da OMS?
- (A) Iniciar oxicodona de liberação controlada.
 - (B) Realizar neurólise de nervos intercostais com fenol.
 - (C) Introduzir Anti-Inflamatório Não Esteroide (AINE) e tramadol.
 - (D) Introduzir antidepressivo tricíclico.

-
- 50.** Qual das seguintes afirmações sobre a percepção da dor em recém-nascidos é mais precisa?
- (A) Os recém-nascidos têm maior resposta à dor por imaturidade do sistema modulador inibitório.
 - (B) As vias inibitórias descendentes já estão plenamente funcionais ao nascimento.
 - (C) A ausência de mielinização impede a transmissão nociceptiva efetiva.
 - (D) O neocórtex ainda não está funcional, portanto, não há percepção consciente da dor.

-
- 51.** Paciente, sexo feminino, 60 anos, com câncer intra-abdominal disseminado, apresenta dor visceral pélvica intensa, contínua, bilateral e refratária. Optou-se pela tractotomia do trato de Lissauer. Sobre o caso, é CORRETO afirmar:
- (A) Possui indicação preferencial para dores neuropáticas craniofaciais refratárias como a neuralgia trigeminal.
 - (B) A analgesia decorre principalmente da interrupção das fibras do trato corticoespinal lateral, promovendo analgesia visceral eficaz.
 - (C) É especialmente indicada para dores neuropáticas superficiais leves e localizadas.
 - (D) Uma das vantagens técnicas específicas é permitir controle da dor bilateral, com menor risco relativo de complicações motoras graves, em comparação à cordotomia cervical lateral clássica.

52. Sobre a farmacologia dos opioides em crianças, é CORRETO afirmar que:

- (A) As crianças metabolizam morfina mais rapidamente do que adultos, exigindo doses maiores.
- (B) O clearance hepático é mais elevado em lactentes do que em crianças maiores.
- (C) Neonatos têm menor conjugação hepática, exigindo titulação cautelosa.
- (D) A biodisponibilidade oral é superior à intravenosa nos primeiros anos.

53. Paciente, sexo feminino, 38 anos, apresenta dor generalizada persistente há mais de seis meses, associada a fadiga, sono não reparador e dificuldade de concentração. Qual mecanismo fisiopatológico predominante é o tipo de dor mais provável?

- (A) Sensibilização central – dor nociplástica.
- (B) Lesão nervosa periférica – dor neuropática.
- (C) Inflamação ativa – dor nociceptiva.
- (D) Isquemia tecidual – dor visceral.

54. Paciente, sexo masculino, 35 anos, refere dor muscular localizada no ombro direito que irradia para o braço direito. Identifica-se ponto doloroso no músculo trapézio que desencadeia espasmo e dor referida. Qual é o diagnóstico mais provável?

- (A) Bursite subacromial.
- (B) Síndrome miofascial com ponto gatilho ativo.
- (C) Tendinopatia inflamatória.
- (D) Hérnia discal C4-C5.

55. Qual é a principal limitação dos Estudos de Condução Nervosa/Eletromiografia (NCS/EMG) na avaliação de neuropatias dolorosas, como a SFN (Neuropatia de Pequenas Fibras) 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.

- 56.** Paciente, 50 anos, apresenta dor cervical com irradiação para o braço direito há três semanas. O teste de Spurling reproduz a dor irradiada. Qual é o diagnóstico mais provável?
- (A) Síndrome miofascial cervical.
 - (B) Plexopatia braquial.
 - (C) Radiculopatia cervical.
 - (D) Artropatia acromioclavicular.
-
- 57.** Paciente, sexo masculino, 55 anos, com lombalgia crônica, refere piora da dor com repouso e melhora com atividade física. Qual é o padrão de dor compatível?
- (A) Lombalgia inflamatória.
 - (B) Lombalgia mecânica.
 - (C) Radiculopatia discal.
 - (D) Espondilolistese degenerativa.
-
- 58.** Em idosos com dor crônica, por que é necessário cautela no uso de medicamentos analgésicos?
- (A) Maior tolerância à dor.
 - (B) Redução do risco de efeitos colaterais.
 - (C) Alterações farmacocinéticas e risco aumentado de quedas.
 - (D) Resposta exagerada aos Anti-Inflamatórios Não Esteroides.
-
- 59.** Sobre a técnica de Estimulação Cerebral Profunda (DBS) para dor neuropática refratária grave, é CORRETO afirmar:
- (A) É especialmente eficaz em casos de dor neuropática central decorrente de AVC talâmico, com resultados altamente previsíveis.
 - (B) A eficácia clínica depende diretamente da confirmação intraoperatória precisa da localização dos eletrodos.
 - (C) A implantação bilateral dos eletrodos nos núcleos talâmicos é obrigatória.
 - (D) Pacientes com dor por avulsão do plexo braquial sempre apresentam resultados altamente satisfatórios com DBS.
-
- 60.** Sobre a técnica neurocirúrgica ablativa denominada talamotomia estereotáxica medial no tratamento de dor neuropática refratária, é CORRETO afirmar:
- (A) Visa especificamente o trato espinoreticular para controle da dor generalizada.
 - (B) Está indicada primariamente para controle de dores viscerais difusas malignas bilaterais.
 - (C) A principal vantagem técnica é o baixo risco relativo de déficits motores graves.
 - (D) O principal alvo anatômico é o núcleo talâmico ventral póstero-lateral.

