

## ANOS OPCIONAIS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

### PSIQUIATRIA: PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

1. A prova terá duração de 2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém **40 (quarenta) questões de múltipla escolha**, do conteúdo de **Psiquiatria** cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D).
4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico. O descumprimento dessa instrução implicará na anulação da prova e na eliminação do certame.

**"A verdade dói, a mentira mata, mas a dúvida tortura."**

5. **Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.**
6. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
7. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independente do início da prova:
  - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc., salvo se autorizado, previamente, pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no edital regulamentador do certame;
  - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
  - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista)
  - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
8. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
9. A simples posse ou uso de qualquer material, objeto ou equipamento não permitido, mesmo que desligado, no local da prova, corredor ou banheiros, implicará na exclusão do candidato no certame.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546 de 14 de dezembro de 2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o **cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.
15. O FISCAL DE SALA **NÃO** ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>.

## PSIQUIATRIA

01. Um quadro de regressão no desenvolvimento em criança com, ao menos, dois anos de desenvolvimento normal, manifestando sintomatologia caracterizada por isolamento social e com a presença de movimentos estereotipados, pode-se tratar de:
- (A) transtorno desintegrativo ou síndrome de Heller
  - (B) esquizofrenia na infância
  - (C) retardo precoce
  - (D) autismo
02. Adolescente de 17 anos de idade, acompanhado pela mãe, procura atendimento psiquiátrico com a seguinte queixa: “Eu não estou conseguindo estudar para o ENEM”. Ele relata que há aproximadamente um ano e meio vem apresentando dificuldades para parar quieto no momento de estudar. Conta que não tinha dificuldade e que sempre foi um bom aluno. Nesse ano suas dificuldades ficaram mais evidentes sendo, inclusive, percebidas pela sua mãe. A mãe contou que o filho acordava cedo mas, antes de começar a estudar, checava os seus e-mails no celular e prontamente iniciava a respondê-los. Muitos e-mails levaram a outras páginas de ofertas, entretenimentos e rede sociais. Sua mãe preparava o almoço e tentava chamá-lo para almoçar na cozinha. Após algumas tentativas, ela pessoalmente o interrompia e ele levava um susto ao saber que já era meio-dia e ainda não tinha iniciado o que havia se proposto no início da manhã. Ao ser questionado pelo psiquiatra, relatou que não conseguia se organizar e definir a qual tarefa deveria dar prioridade. Assim, parecia que todas elas eram importantes, e todas chamavam sua atenção, a ponto de ir executando-as conforme a demanda. Porém, o prejuízo que isso causava no final do dia se repetia diariamente. Com esse comportamento, seu interesse vinha diminuindo nos últimos tempos e muitas tarefas estavam sem conclusão, fazendo com que cada vez que precisava encará-las, encontrava uma justificativa para fazê-las em outro dia. Em suas tentativas de estudar era comum levantar várias vezes para tomar água, ir ao banheiro, comer. Ouvia o barulho dos vizinhos e via seu cachorro brincando. Sua mãe reclamava da desorganização no seu quarto e do esquecimento sobre combinações das tarefas de casa. Acreditava ter esses sintomas desde sempre. No início do período escolar, aos seis anos de idade, suas professoras já faziam comentários sobre ele ser um aluno distraído, que não parava quieto, que não se concentrava. Ele refere, entretanto, que apenas no momento estava tendo dificuldades para lidar com essas características. Sobre o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) pode se afirmar que:
- (A) não há riscos importantes associados ao uso de estimulantes por pacientes com TDAH que apresentam, concomitantemente, transtorno bipolar instável
  - (B) todas as classes de medicações utilizadas (estimulantes, antidepressivos e anti-hipertensivos) têm o mesmo padrão de resposta, sendo sua indicação final baseada predominantemente no perfil dos possíveis efeitos colaterais
  - (C) o uso de estimulantes deve ser evitado em pacientes com TDAH associado com um transtorno por uso de substâncias, podendo ser usado sob a supervisão de um psiquiatra em tratamento conjunto, para ambos os transtornos
  - (D) quando analisados em conjunto por metanálises, os resultados dos ensaios clínicos com estimulantes demonstraram que, apesar da diferença entre a resposta ao placebo e à substância ativa ser pequena (pequeno tamanho de efeito), ela é significativa
03. Com relação à prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) pode-se afirmar que:
- (A) a prevalência mundial vem crescendo em torno de 10% em cada década nos países desenvolvidos e mantém estável nos países em desenvolvimento
  - (B) é um diagnóstico muito questionado, que faz com que as agências de saúde governamentais não aceitem as prevalências relatadas nos principais estudos populacionais
  - (C) devido à enorme exigência do mundo contemporâneo, a prevalência de TDAH vem crescendo na ordem de 5% a cada década e, atualmente, gira em torno de 15% em crianças e adolescentes e 10% em adultos
  - (D) tem se mantido estável nas últimas décadas, sendo que as discrepâncias entre os estudos são decorrentes das diferentes metodologias utilizadas e, quando corrigidas, a prevalência encontra-se ao redor de 5% em crianças e adolescentes e 2,5% em adultos
04. Paciente com 15 anos de idade, acompanhada pelos pais, procura atendimento psiquiátrico. Relata que, nos últimos seis meses, vem tendo atendimentos em emergências por causa de palpitações súbitas, sudorese, falta de ar, medo de perder o controle, ondas de frio e calor e medo de estar prestes a morrer. A adolescente refere que os sintomas atingem pico de gravidade em cerca de 5 a 15 minutos. Nesse período, foram feitas várias avaliações, sem nenhum achado clínico ou laboratorial que justifique essas ocorrências. Os sintomas ocorrem em casa, na escola e ela já acordou apresentando uma crise. Ela não faz associação com estresse ou com qualquer fator desencadeante. Disse, ainda, que aos poucos começou a desenvolver um medo persistente de ter outras crises semelhantes ou de ter um ataque cardíaco, o que a levou a ter receio de ficar sozinha em casa e fazer exercícios físicos. Sobre o tratamento do transtorno de pânico na adolescência pode-se afirmar que:
- (A) a dose utilizada para iniciar o tratamento é a mesma utilizada para depressão maior
  - (B) todos os inibidores da recombinação de serotonina (ISRS) apresentam eficácia semelhante no transtorno do pânico
  - (C) a venlafaxina é mais eficaz do que todos os outros antidepressivos no tratamento do transtorno de pânico
  - (D) os inibidores da recombinação da serotonina (IRSS) não devem ser utilizados na ausência de benzodiazepínicos associados devido ao risco de agravamento da ansiedade
05. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é acionado para atender um adolescente de 16 anos de idade em via pública, que estava agitado e agressivo e o encaminha para atendimento em um pronto-socorro. Segundo a equipe da ambulância, o adolescente estava jogando pedras nos pedestres e dizia estar em uma missão divina. O paciente estava contido na maca, apresentava hiperemia nas conjuntivas, sudorese, pupilas dilatadas e muita hostilidade. A medicação mais indicada para o paciente é:
- (A) haloperidol por via endovenosa
  - (B) droperidol por via intramuscular
  - (C) clorpromazina por via intramuscular
  - (D) diazepam por via oral ou endovenosa

06. Sobre o transtorno bipolar na infância e adolescência (TBIA) pode-se afirmar que:
- ideação, intenção e tentativas de suicídio podem acontecer em qualquer faixa etária
  - o transtorno de conduta e o transtorno por uso de substâncias são as comorbidades mais frequentes
  - o retraimento social é o sintoma mais comum em crianças entre 8 e 12 anos de idade na depressão do TBIA
  - hipersexualidade e necessidade de sono diminuído são os sintomas mais comuns na fase maníaca no TBIA
07. O transtorno depressivo maior (TDM) é um dos principais diagnósticos entre crianças e adolescentes. Sobre o TDM pode-se afirmar que:
- parece de forma menos comum em crianças em idade pré-puberal, com uma prevalência um pouco maior em meninas (1,3%) do que em meninos (0,8%)
  - a duração mediana de um episódio depressivo maior entre crianças e adolescentes é de nove a doze meses em amostras comunitárias e clínicas, com cerca de 20% dos casos tendo duração maior que dois anos
  - embora a maioria dos jovens se recupere do primeiro episódio, dados de estudos clínicos e comunitários sugerem probabilidades de recorrência de 20 a 60% em um a dois anos após a remissão, chegando a 70% cinco anos após
  - diferente da população adulta, acredita-se que a incidência e a recorrência de episódios depressivos em crianças e adolescentes possam ser mediadas ou moderadas por fatores estressores como perdas, negligência ou abuso, conflitos e frustrações
08. Uma adolescente de 16 anos de idade foi detida pela polícia vendendo *crack*. Ela teve uma convulsão 48 horas depois de chegar à unidade de acolhimento ao adolescente. Os familiares foram contatados e informaram que ela fazia uso de múltiplas substâncias psicoativas. As outras adolescentes que compartilhavam o mesmo quarto relataram que, no dia seguinte à detenção, ela se queixava de ansiedade, sudorese e intolerância à luz, tendo permanecido a maior parte do tempo de olhos fechados. Sobre o diagnóstico mais provável desse caso clínico pode-se afirmar que se refere à:
- abstinência de benzodiazepínicos
  - abstinência de opioides
  - abstinência de cocaína
  - simulação
09. Sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático, é correto afirmar que:
- sexo masculino, exposição a trauma durante a infância, percepção de risco de morte durante o trauma
  - existência de transtorno mental prévio ao trauma, exposição a quatro ou mais eventos traumáticos durante a vida, alta escolaridade
  - reação de dissociação, pânico ou imobilidade tônica peritraumática, histórico familiar de doença mental, exposição a violência interpessoal
  - altos níveis de cortisol imediatamente após o trauma, profissões como policial, bombeiro, militar-combatente socorrista e outras que envolvam traumas, como vítima ou testemunha, baixo suporte social
10. Os pais de uma adolescente procuram atendimento psiquiátrico, pois ela está falando em se matar. J, 12 anos de idade, reside com os pais e com o irmão cinco anos mais novo e está cursando o sétimo ano do ensino fundamental. Os pais relatam que, há cerca de seis meses, J. vem apresentando uma piora no desempenho escolar, com dificuldade de concentração nas atividades. Negam dificuldades acadêmicas anteriores. ("Ela sempre foi uma das melhores alunas da sala", relata o pai). J. demonstra um isolamento social, dizendo não ter vontade de sair de casa. Refere, ainda, um intenso cansaço, mesmo quando consegue dormir bem durante à noite. Além disso, passou a apresentar um mau humor persistente e tudo a deixa irritada. Por vezes, apresenta crises de agressividade, sobretudo direcionada ao irmão mais novo. Na consulta, J. referiu não sentir prazer com quase nada, nem mesmo com as atividades que gostava antes, como assistir vídeos na internet e fazer aula de dança. Disse, ainda, que não via sentido em sair com as amigas, que nada tinha graça e que se sentia entediada e vazia com constância. Com frequência J. se queixa de náuseas e dores de cabeça em sala de aula. Por isso, a mãe a levou inúmeras vezes ao pediatra, mas sem diagnóstico clínico que justificasse o quadro. A mãe observa, ainda, que J. apresenta sonolência excessiva durante o dia e tem ingerido grande quantidade de alimentos açucarados entre as refeições. Em abordagem individual com a adolescente, ela relatou que tem pensamentos de que a vida não tem sentido e que seria melhor se ela não existisse, pois se sente um fardo e inútil para a família. Sobre o transtorno depressivo maior (TDM) em crianças e adolescentes pode-se afirmar que:
- é um transtorno que ocorre com maior frequência no sexo feminino, tanto em crianças com idade pré-puberal quanto em adolescentes
  - o DSM-5 considera o humor irritável um critério diagnóstico cardinal independente de humor deprimido ou de anedonia para o diagnóstico do TDM em crianças e adolescentes
  - apenas os pacientes intoxicados ou com uso abusivo de substâncias psicoativas, pacientes psicóticos graves e com risco de suicídio deverão ser elegíveis para internação hospitalar
  - diversas fontes de evidência apontam para a relevância da inclusão da família na compressão, na prevenção e no tratamento de transtornos depressivos. Nesse sentido, os critérios diagnósticos atualmente disponíveis consideram a importância dessa questão
11. O transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH) é um transtorno específico da infância e adolescência. Sobre esse transtorno é correto afirmar que:
- o TDDH caracteriza-se por graves explosões de raiva a partir de uma situação de estresse por falha no controle inibitório
  - o transtorno opositor desafiador (TOD) e TDDH não acontecem em comorbidade, sendo que uma condição exclui a outra
  - em crianças com TDDH, a recusa a cumprir determinações dos adultos ocorre pelo não reconhecimento das figuras de autoridade
  - no TDDH o comportamento opositor ocorrerá pela incapacidade da criança em seguir uma orientação por uma alteração na compreensão, e não por não acatar regras

12. Sobre o controle dos esfíncteres pode-se afirmar que:
- (A) aos 4 anos de idade, cerca de 90% das crianças têm o controle esfíncteriano completo
  - (B) a enurese primária costuma ser decorrente de alterações emocionais, de infecções urinárias ou diabetes melito
  - (C) o controle intestinal costuma ocorrer entre os 3 e 4 anos de idade, antes mesmo do controle vesical completo ser obtido
  - (D) a enurese secundária pode ser decorrente de poliúria noturna, de capacidade vesical diminuída e dificuldade de despertar
13. Menino de oito anos de idade é levado à consulta por “crise de desespero quando chove”. Durante a entrevista de avaliação o paciente parece tímido, mas consegue expor claramente o seu sofrimento. Segundo suas palavras, “dispara meu coração, não consigo respirar, minhas pernas amolecem e eu começo a chorar sempre que ameaça vir chuva”. A criança apresenta facilidade de comunicação e apresentou normalidade no exame do estado mental. Entende-se como exagerado e se constrange com sua queixa dizendo “eu tenho vergonha e tento não chorar, ninguém tem medo de chuva, mas eu não consigo segurar”. Nega sintomas ansiosos desse porte em quaisquer outros contextos. De acordo com a informação da professora, o menino é um excelente aluno, nunca apresentou alterações de comportamento, exceto na última semana, quando fugiu do colégio. Relata que “de repente, ele ficou transtornado, não pegou nem a mochila, saiu disparado, sem falar com ninguém”. Durante a consulta, o menino conta que correu para casa porque viu que o céu estava escurecendo e ficou com medo de passar mal em sala de aula. Em entrevista, a mãe relata que ele, há cerca de dois anos, ficou “ilhado” com a avó durante uma enchente que ocorreu na cidade. Na ocasião, os seus pais estavam trabalhando. Antes desse episódio, o menino nunca havia demonstrado medo de chuva e nega lembranças involuntárias e recorrentes, revivências ou pesadelos. A mãe não notou alteração de comportamento na criança, nem regressão do desenvolvimento após o episódio da enchente. No colégio, não foi percebida nenhuma alteração. Sobre esse caso clínico pode-se afirmar que:
- (A) a incidência de fobia específica atinge o pico durante a meia idade e a velhice, embora frequentemente comece na infância
  - (B) o período de tempo em que o paciente apresentou alterações comportamentais é compatível com casos de transtorno de estresse agudo
  - (C) os critérios diagnósticos são compatíveis com transtorno de ansiedade social ou fobia social, uma vez que os sintomas ocorrem apenas na presença de outros indivíduos
  - (D) as crianças podem temer uma variedade de coisas e situações, a presença de medos é tipicamente normativa e nesse caso clínico específico não apresenta critérios clínicos para o diagnóstico de nenhuma patologia
14. Sobre o autismo é correto afirmar que:
- (A) a prevalência do autismo é estimada em 2 a 3 por 10.000 vivos
  - (B) a proporção de meninos e meninas acometidos por autismo é de 2 para 1
  - (C) o autista realiza seu processo de aprendizagem, principalmente, pelo aprendizado por meio de conceitos, de ajustamentos de parâmetros e de analogias
  - (D) a proposta de espectro do autismo foi baseada na percepção de que as manifestações dos autistas variam de acordo com o desenvolvimento cognitivo de cada indivíduo
15. Menina de 4 anos de idade está na terceira semana de aula, iniciando o primeiro ano de vida escolar. Nos primeiros dias entrou tranquilamente, sem dificuldades de interação com os colegas e professores. Na última semana, vem apresentando comportamento de recusa escolar. Em casa, a menina chora ao ver o uniforme da escola e resiste em colocá-lo. Agarra-se ao pescoço da mãe quando entram no colégio. Quando se aproxima da sala de aula e a professora vem em sua direção, a menina chora inconsolavelmente e diz que quer ir embora. Porém, quando a professora autoriza que a mãe fique do lado de fora da sala de aula, ela entra tranquilamente. Com o passar do tempo, a criança se distrai, e a mãe sai do seu campo visual. Ao se dar conta da ausência da mãe, a menina começa a lacrimejar. Porém, tranquiliza-se rapidamente quando a mãe se reaproxima ou quando, na sua ausência, a professora a acolhe e diz “até o fim da aula, a mamãe volta”. Segundo a professora, a menina passa a maior parte do tempo bem, brincando com os coleguinhos. Sobre esse caso clínico pode-se afirmar que:
- (A) o diagnóstico mais provável é de transtorno de ansiedade de separação
  - (B) a criança não demonstra sinais de prejuízo, apesar do medo e da ansiedade
  - (C) a criança tem uma fobia específica e deve ser encaminhada para tratamento farmacológico
  - (D) devido à dificuldade de interação social deve ser avaliado um transtorno do espectro autista
16. O primeiro episódio psicótico (PEP) tem importância crescente, visto que a intervenção precoce causa um impacto positivo no seu prognóstico clínico. Sobre a PEP pode-se afirmar que:
- (A) o transtorno de estresse pós-traumático não está entre os diagnósticos diferenciados mais frequentes
  - (B) a maioria dos indivíduos com os primeiros sintomas psicóticos fechará critérios diagnósticos para esquizofrenia
  - (C) a identificação precoce é uma definição relacionada, unicamente, a pessoas sob risco de desenvolver psicose
  - (D) os indivíduos que estão trabalhando ou estudando na época do surgimento dos primeiros sintomas psicóticos demoram mais tempo para procurar tratamento

17. Uma menina de cinco anos de idade foi encaminhada para atendimento psiquiátrico. Os pais tinham alguma restrição ao atendimento, com receio de medicar a criança, porém a psicoterapeuta que estava atendendo o caso já há algum tempo insistiu, dada a persistência de alguns comportamentos agressivos e opostos que se mantinham. Ela é filha mais velha de uma prole de três crianças, sendo que possui uma irmã de dois anos de idade e a irmã recém-nascida, de três meses. Os pais relatam que a filha não aceita regras e limites, agredindo colegas e a irmã de dois anos, de quem sente muito ciúme. Sempre foi uma criança de temperamento difícil, porém, o nascimento da irmã acentuou essa característica. Na escola, ela não respeita as figuras de autoridade, questionando ordem e desafiando determinações da professora em sala de aula. É constantemente chamada pela coordenação para conversar sobre o seu mau comportamento. Não gosta de atividades em grupo, preferindo somente atividades e desafios individuais. Apesar da tolerância na escola e de um trabalho individualizado, apresenta problemas de relacionamento importante, sendo excluída de eventos sociais, como aniversários e passeios. Sobre o transtorno de opositor desafiador (TOD) pode-se afirmar que:
- o transtorno de conduta é uma condição frequentemente presente como parte da evolução típica do TOD
  - o TOD tem a prevalência relativamente estável durante a terceira infância, sendo menos frequente em crianças mais velhas ou adolescentes
  - entre os critérios diagnósticos descritos no DSM-5, o que apresenta maior especificidade para o diagnóstico de TOD é a presença de humor raivoso e irritável
  - de modo diferente dos pais com padrão de parentalidade punitiva, aqueles com padrão permissivo não são considerados fatores de risco familiar para o desenvolvimento do TOD
18. M., 17 anos de idade, previamente saudável, passou a se comportar de maneira estranha. Às vezes, parecia assustado e dizia a seus amigos que estava sendo seguido pela polícia e pelo serviço secreto. Em outras ocasiões, foi visto rindo sozinho, mesmo sem razão aparente. Durante os últimos oito meses, passou mais tempo isolado, sem vontade de realizar seus afazeres e, aparentemente, preocupado com seus próprios pensamentos. Seu desempenho acadêmico se deteriorou. Nega uso de qualquer substância psicoativa. Quanto o diagnóstico de esquizofrenia segundo o DSM-5:
- os subtipos de esquizofrenia, da edição anterior, foram mantidos e incluídos novos subtipos
  - para que seja feito o diagnóstico não há mais a necessidade de comprometimento funcional do paciente
  - os sintomas precisam persistir por mais de um mês e por pelo menos de seis meses para que seja feito o diagnóstico
  - são necessários, para o diagnóstico, pelo menos um dos seguintes sintomas-delírio, alucinação ou discurso desorganizado
19. Adolescente, 15 anos de idade, estudante, é levada pela mãe para uma avaliação com um médico clínico. Na consulta, a paciente se apresenta bastante emagrecida (peso 38 kg, altura 1,61 m) contrariada, relatando não apresentar qualquer tipo de queixa. A mãe relata que, há aproximadamente oito meses, a filha, que então apresentava cerca de 53 Kg, iniciou uma dieta bastante rigorosa após o término de um namoro e por acreditar que o motivo da separação foi ela estar acima do peso. Além disso, conta que sempre foi muito perfeccionista, preocupada com a sua aparência e seu rendimento escolar. Logo após o início da dieta, começou a frequentar a academia diariamente, inclusive nos finais de semana. Rapidamente, intensificou a restrição alimentar e atividade física, chegando a ir mais de duas vezes por dia à academia, evoluindo com rápida e evidente perda de peso. A mãe relata, que apesar disso, a filha ainda mantém queixa de estar gorda e de que a meta agora é chegar aos 35 quilos. Nega tratamento psiquiátrico ou psicológico prévio. Segundo a mãe, a adolescente tem ficado muito tempo na internet pesquisando sobre formas de emagrecimento, dietas, exercícios físicos e até medicamentos. Sobre a anorexia nervosa (AN) pode-se afirmar que:
- a amenorreia é um critério diagnóstico obrigatório no DSM-5 e no CID 10
  - cerca de 60% dos pacientes são do sexo feminino e a maioria tem entre 15 e 25 anos de idade
  - o papel da abordagem farmacológica na anorexia nervosa é menor do que nos demais transtornos alimentares
  - as taxas de recuperação da anorexia nervosa variam entre os estudos, mas estima-se que mais de 50% dos pacientes evoluem para remissão sintomática
20. Adolescente de 15 anos de idade é levada pela mãe para o pronto-socorro de um hospital geral, por ter ingerido grande quantidade de medicamentos. Feita a estabilização clínica e com a melhora da consciência, a adolescente conta que fez uso dos medicamentos após uma discussão com a mãe. Refere que se acha gorda e "odeia" o seu corpo e que há dois anos vem tentando emagrecer. No entanto, diz que depois de um dia restringindo de forma rigorosa a alimentação, acaba perdendo o controle e comendo "tudo o que vê pela frente". Além disso, relata que tem feito uso de laxativos e diuréticos, com o objetivo de "desinchar" e compensar os episódios compulsivos. Apresenta peso atual de 71 kg e altura de 1,64 m. A adolescente nega ideação suicida e relata que já buscou atendimento psicológico, mas que frequentou de forma irregular e abandonou há um ano. Sobre a bulimia nervosa pode-se afirmar que:
- a lesão ulcerada em dorso da mão de pacientes com bulimia nervosa, produzida pelo atrito contra os dentes durante a indução de vômitos, é chamada de sinal de Colles
  - no tratamento da bulimia nervosa os antidepressivos tricíclicos e inibidores da enzima monoaminooxidase (IMAO) vêm mostrando resultados eficazes
  - o transtorno de personalidade *borderline* é o mais prevalente, acometendo cerca de 25,4% dos indivíduos com bulimia nervosa ao longo da vida
  - a bulimia nervosa é mais frequente nas mulheres em relação aos homens, sendo cerca de 70 a 75% dos pacientes do sexo feminino

21. O abuso infantil é toda forma de violência, maus tratos, negligências ou tratamento negligente, exploração comercial, sexual ou outro tipo de exploração que resulte em dano real ou potencial à saúde, à sobrevivência, ao desenvolvimento ou à dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder, como os pais, outro adulto que tenha a guarda da criança, ou adultos próximos, como familiares, professores, cuidadores ou responsáveis. Sobre o abuso infantil é correto afirmar que:
- (A) na suspeita de abuso sexual a associação com violência física está presente na maioria dos casos
  - (B) a notificação de abuso infantil ao conselho tutelar somente deve ser feita nos casos de certeza de maus-tratos
  - (C) na síndrome do bebê sacudido as lesões mais comuns são hemorragias retinianas, subdural ou subaracnoide
  - (D) na síndrome de Munchausen por transferência as mães portadoras dessa síndrome são agressivas e negligentes com os seus filhos
22. A deficiência intelectual é um dos transtornos neuropsiquiátricos mais comuns em crianças e adolescentes. Sobre a deficiência intelectual pode-se afirmar que:
- (A) conforme o CID-10, a medida do quociente de inteligência é o aspecto mais importante para definir a deficiência
  - (B) é mais frequente no sexo feminino e nas classes socioeconômicas menos favorecidas
  - (C) a deficiência leve é geralmente diagnosticada por volta dos três anos de idade
  - (D) a síndrome de Rett é a causa mais comum da deficiência de causa genética
23. M.M, 15 anos de idade, estudante, procura atendimento psiquiátrico, acompanhada pela mãe. Relata que, nos últimos meses, tem apresentando uma sonolência diurna e fraqueza muscular. A mãe disse que a filha está em acompanhamento neurológico e o seu médico desconfia de epilepsia. Já fez uso de divalproato de sódio e carbamazepina sem melhora desse quadro clínico. Ontem, durante a aula, depois de um desentendimento com o professor teve um “desmaio”. Segundo a mãe, os colegas relataram que ela caiu na sala de aula e que deve ter ficado uns dez minutos no chão, mas sem se debater. A mãe disse que M. sempre foi uma boa aluna e que, mesmo com esses sintomas, mantém um bom rendimento escolar. Nega alteração do humor da filha. Sobre esse caso clínico pode-se afirmar que a hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) narcolepsia
  - (B) hipersonia idiopática
  - (C) apneia obstrutiva do sono
  - (D) epilepsia com crises atônicas
24. Sobre o uso dos antidepressivos tricíclicos na depressão na infância e adolescência é correto afirmar que:
- (A) vários estudos demonstraram eficácia superior dos antidepressivos tricíclicos em relação ao placebo
  - (B) evidências sugerem que os antidepressivos tricíclicos têm uma eficácia clínica na depressão em crianças
  - (C) antes de iniciar o tratamento com os antidepressivos tricíclicos sugere-se a realização de eletrocardiograma
  - (D) dos antidepressivos tricíclicos apenas a imipramina é liberada para o tratamento da depressão a partir dos cinco anos de idade
25. Uma adolescente de 17 anos de idade, acompanhada pelos seus pais procura atendimento médico em uma emergência. Segundo os responsáveis a jovem tem apresentado episódios em que se queixa de sentir um cheiro muito ruim e, logo em seguida, vira a cabeça, faz movimentos mastigatórios, ao mesmo tempo em que suas mãos se contraem. O evento dura cerca de dois minutos, período em que a adolescente parece estar “fora do ar”. Ela não se lembra do que ocorre. Após esses episódios, ela fica sentindo-se triste e chorando facilmente. A principal hipótese diagnóstica e o melhor exame solicitado para confirmá-la são, respectivamente:
- (A) transtorno psicótico breve – exame neuropsicológico
  - (B) epilepsia, com crises parciais complexas - eletroencefalograma
  - (C) tumor em lobo frontal – tomografia computadorizada do crânio com contraste
  - (D) episódio de despersonalização-desrealização – não são necessários exames complementares
26. Sobre os tiques pode-se afirmar que:
- (A) na síndrome de Tourette a presença de vocalização de palavras obscenas é obrigatório para o diagnóstico
  - (B) os tiques motores simples podem manifestar-se como copropraxia (fazer gestos obscenos) e ecopraxia (imitar gestos)
  - (C) tiques fônicos complexos caracterizam-se pela emissão de sons sem significado, como fungar, pigarrar, grunhir, tossir, soprar
  - (D) a causa mais comum de tique é o tique benigno transitório que pode durar alguns meses ou poucos anos e desaparece sem deixar vestígio
27. C.C.M, 16 anos de idade, estudante, é levado para atendimento psiquiátrico pela sua mãe. Segundo a mãe, após a sua separação do pai do adolescente, há dois anos, ele começou a fazer uso de maconha com os amigos, de forma esporádica. Mas, nos últimos seis meses, o uso tem sido diário e desde então não tem ânimo para estudar, sair com os colegas ou qualquer coisa que não seja ir para a praça para fumar maconha. Em relação ao tratamento psicofarmacológico do transtorno por uso da maconha pode-se afirmar que:
- (A) o dronabinol é eficaz para aumentar taxas de abstinência de maconha em dependentes que estejam em tratamento
  - (B) estudos recentes sugerem que a N-acetilcisteína pode ser benéfica no tratamento, mas novas pesquisas são necessárias para confirmação desse estudo
  - (C) não existe síndrome de abstinência da maconha e, por este motivo, não há necessidade de serem estudadas medicações específicas para esse quadro clínico
  - (D) atualmente, já se sabe de modo preciso quais são as alterações neuroquímicas que ocorrem na dependência da maconha, de modo que as pesquisas nessa área estão avançadas
28. Adolescente de 16 anos de idade é levado para uma emergência clínica pelos os seus amigos, às três horas da manhã após “passar mal” em uma festa. Ao exame, apresenta temperatura de 39,4°C, rigidez muscular, pressão arterial de 180x100 mmHg e agitação psicomotora. Sobre esse caso clínico a hipótese diagnóstica é:
- (A) intoxicação por *ecstasy*
  - (B) abstinência de opioides
  - (C) intoxicação de opioides
  - (D) abstinência alcoólica

29. Sobre o desenvolvimento normal na linguagem da criança, entre o oitavo e décimo segundo mês de vida, pode-se afirmar que:
- (A) a intenção comunicativa pode ser observada a partir do gesto de apontar
  - (B) ocorre um avanço substancial na capacidade comunicativa verbal
  - (C) a criança deixa de ser apenas reativa ao ambiente
  - (D) a criança começa a juntar duas palavras
30. Sobre as comorbidades ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) segundo o DSM-5, afirma-se que:
- (A) a incidência de transtorno de conduta associado ao TDAH não possui nenhuma relação com idade
  - (B) crianças com transtorno desafiador opositor apresentam, em geral, alta autoestima, devido ao frequente comportamento opositor
  - (C) a prevalência de comorbidades em crianças com TDAH reduziu, de forma considerável, de acordo com novos critérios diagnósticos
  - (D) uma das alterações do DSM-5 foi a possibilidade do diagnóstico do TDAH em indivíduos diagnosticados com transtorno de espectro autista
31. B.P.P, sete anos de idade, sexo masculino, estudante do segundo ano do ensino regular, foi encaminhado para uma avaliação psiquiátrica pela escola onde estuda devido à dificuldade de aprendizado. Segundo os pais B. não está conseguindo aprender a ler ou escrever e praticamente não adquiriu conceitos básicos de matemática. Mesmo antes de entrar na escola, os pais sempre se preocuparam pelo fato do filho não conseguir se concentrar, ser muito agitado e impulsivo, além de ter dificuldade de coordenação motora. O menino demonstra dificuldades em atividades que requerem capacidade abstrativa, costuma fazer birra quando é contrariado, se irrita com muita facilidade e não acata limites impostos pelos pais e professores. A principal hipótese diagnóstica para esse quadro clínico é:
- (A) retardo mental
  - (B) transtorno de conduta
  - (C) transtorno opositor desafiador
  - (D) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
32. Sobre o transtorno específico da aprendizagem (TA) pode-se afirmar que:
- (A) um índice de aproximadamente 25% de crianças em idade escolar apresenta um quadro de TA
  - (B) a presença de TA é suposta quando o indivíduo apresenta extrema dificuldade para assimilar e armazenar o conteúdo acadêmico
  - (C) o TA pode ocorrer, porém é incomum que isso aconteça em comorbidades a outros transtornos do neurodesenvolvimento
  - (D) o TA tem origem biológica e frequentemente ocorre em famílias, portanto o histórico familiar deve ser minuciosamente investigado
33. Menina, de três anos e cinco meses de idade é levada ao seu pediatra devido a dificuldade para dormir durante a noite. Segundo os pais, a filha dorme sempre de boca aberta, com o pescoço estendido, ronca cotidianamente e saliva muito durante a noite. Ela dorme das 20h às 7h, tira uma soneca de duas horas no período da tarde. Durante o dia, a criança fica sempre sonolenta, apresenta crises de birra e sempre está irritadiça. O ronco durante o sono é motivo de grande preocupação e, por vezes, os pais até sacodem a filha com medo de que ela pare de respirar. A criança tem infecções respiratórias e dor de ouvido com frequência. A principal hipótese diagnóstica para esse quadro clínico é apneia do sono, patologia que:
- (A) é secundária à obesidade
  - (B) tem prevalência de até 8% na população pediátrica
  - (C) é um distúrbio do sono grave podendo induzir complicações cardiovasculares
  - (D) é associada comumente às alterações ortodônticas, mas apenas os casos graves têm indicação de realizar tratamento com ortodontista
34. O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) resulta em sofrimento e redução da qualidade de vida de pacientes e de seus familiares e em prejuízos para a sociedade. Como o início do transtorno costuma ser precoce e o seu curso crônico, os gastos resultantes são substanciais. Sobre essa patologia pode-se afirmar que:
- (A) dos casos em tratamento psiquiátrico a taxa de associação do TOC com outros transtornos mentais é de 60%
  - (B) a frequência com a qual pacientes com TOC apresentam abuso ou dependência de álcool não parece ser muito diferente da população geral
  - (C) a estratégia de potencialização de inibidores da recombinação da serotonina (IRS) em paciente com TOC com um maior volume de evidências favorável à sua administração é o emprego de antipsicóticos ou lítio
  - (D) segundo o CID-10, para um diagnóstico definitivo, sintomas obsessivos, atos compulsivos ou ambos devem estar presentes na maioria dos dias, por pelo menos cinco semanas e ser uma fonte de angústia ou interferência para as atividades
35. M.S.J é um adolescente de 13 anos de idade, que foi encaminhado para uma avaliação psiquiátrica pela escola, onde estuda, devido às mudanças de comportamento importantes nas duas últimas semanas. Segundo o relato dos professores, M. está muito animado, corre pela sala de aula, fala alto e rapidamente, faz piadas com os colegas e pergunta sobre a vida amorosa dos professores. Repete como se sente poderoso (o comportamento do aluno está completamente diferente do habitual). Ele sempre foi um aluno tranquilo, que ficava sentado durante todas as aulas e só interagia com os professores para tirar dúvidas. Sobre o transtorno bipolar na infância e adolescência (TBIA):
- (A) a sintomatologia independe da maturidade da criança
  - (B) os pais frequentemente demoram para identificar os sintomas
  - (C) o retraimento social é o sintoma mais comum em crianças entre 8 e 12 anos de idade
  - (D) a ideação, a intenção e as tentativas de suicídio acontecem a partir dos 12 anos de idade

36. O eletroencefalograma (EEG) é um método seguro, amplamente disponível, capaz de fornecer informação em tempo real do funcionamento cerebral. Sobre esse exame pode-se afirmar que:
- (A) deve ser realizado em jejum
  - (B) deve incluir apenas o registro em vigília
  - (C) é realizado com número máximo de 16 eletrodos
  - (D) a privação do sono é um dos procedimentos de ativação padronizados
37. P.A.P, 16 anos de idade, acompanhada pela mãe, é encaminhada para uma avaliação psiquiátrica pela sua médica ginecologista-obstetra. Relata que tem se sentindo triste, com dificuldade para conciliar o seu sono e perda do apetite, "sem vontade de fazer nada. Até para cuidar do meu filho eu estou com dificuldade. Minha mãe que está cuidando dele". Disse que esses sintomas se iniciariam, há duas semanas, poucos dias após o nascimento do seu primeiro filho, saudável, após uma gestação sem intercorrências médicas. P. refere que de modo recorrente tem pouca afeição pelo filho, por isso, sente-se muito constrangida. Contou que a sua gravidez não foi planejada, mas que estava feliz. Dos antidepressivos abaixo, o mais seguro durante a amamentação é:
- (A) sertralina
  - (B) fluoxetina
  - (C) citalopram
  - (D) clomipramina
38. Em relatório publicado na internet, uma autoridade de saúde pública de certo país divulgou uma estatística na qual a mortalidade entre adolescentes com depressão desassistidos, comparada à adolescentes com depressão com assistência médica adequada, tinha um valor p-valor  $<0,05$ . Sobre esse dado pode-se afirmar que:
- (A) a mortalidade no primeiro grupo é significativamente mais alta
  - (B) a mortalidade entre os grupos é significativamente mais alta
  - (C) a mortalidade no segundo grupo é significativamente mais alta
  - (D) o estudo mostra que desassistência médica adequada é a causa de mortalidade
39. A dosagem sérica de hormônios tireoidianos é mandatória na avaliação inicial dos transtornos do humor de uma criança ou adolescente. A importância desse exame se deve ao fato que:
- (A) o hipertireoidismo está associado à ciclagem rápida
  - (B) a dosagem sérica de tiroxina tem sido utilizada como biomarcador no transtorno do humor
  - (C) tem sido descrita uma relação entre níveis de triiodotironina (T3) e a ocorrência de transtorno bipolar
  - (D) indivíduos com transtorno bipolar apresentam 20% mais chances de disfunção tireoidiana do que a população geral
40. Menina de nove anos de idade, cursando o terceiro ano do ensino fundamental em escola privada, procura atendimento psiquiátrico devido à dificuldade de aprendizado. Nasceu de parto cesáreo, a termo, sem complicações e não teve atraso no desenvolvimento motor (marcos do desenvolvimento motor compatível com idade). Os pais referem que houve pequeno atraso no desenvolvimento da fala. "Ela demorou um pouco mais a falar em comparação aos amigos da mesma idade. Mas ela sempre foi criança ativa, esperta e muito querida pelos colegas", disse o pai. Atualmente, entretanto, vem apresentando dificuldades de aprendizado escolar. Sua leitura é muito lenta e, muitas vezes, ocorre de forma silabada. Faz muitas trocas na escrita (por exemplo troca o "p" por "b", confunde quando deve usar "s", "ss" e "ç"). Também não sabe acentuar as palavras. Entretanto, possui um bom desempenho em cálculos e em raciocínio que envolve matemática. As dificuldades aparecem apenas quando precisa ler questões de matemática que apresentam enunciados muito longos. Quando algum professor lê o texto para ela e ainda permite que ela possa responder à questão oralmente, o resultado dela melhora muito. Na maior parte das vezes, entretanto, os professores solicitam que a menina faça seus deveres e provas sozinhas. A consequência direta dessa conduta resulta em queda do rendimento escolar, seguida pelo aumento da sensação de ser "burra" (descrito assim pelos seus pais). Também passou a dizer que não gosta mais de ir à escola. Questionado sobre sua história de aprendizado, o pai conta que também teve dificuldade na alfabetização e até hoje usa corretores de texto para ter certeza que escreveu corretamente. Também refere que prefere escutar "audiobooks" a ler livros. Sobre esse caso clínico pode-se afirmar que :
- (A) a paciente é portadora de deficiência intelectual leve, uma vez que recebe estímulos educacionais adequados não conseguindo aprender
  - (B) as trocas e erros ainda são esperados nessa faixa etária e os pais estão muito ansiosos, o que agrava o quadro
  - (C) a dificuldade da paciente se deve à metodologia de ensino da escola onde estuda, que deve ser revista
  - (D) a possibilidade da paciente ser portadora de dislexia deve ser avaliada