

**PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA NO PROGRAMA  
DE ÁREA DE ATUAÇÃO EM UNIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PSIQUIATRIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

01. A prova terá duração de 2 (duas) horas, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
02. 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.
03. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém 40 (quarenta) questões de múltipla escolha, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

| Conteúdo    | Nº de questões |
|-------------|----------------|
| Psiquiatria | 40             |

04. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

**“Contra quem cala não há castigo nem resposta.”**

05. Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.
06. 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.
07. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador etc., **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME.**
08. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independentemente, 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.
09. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546/2011.
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://prefeitura.rio/web/portaldeconcursos>.

**PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA**

1. Bullying não descreve uma entidade clínica, seja ela doença, síndrome, transtorno ou distúrbio, mas uma situação de violência que representa agravo para a saúde. Trata-se de noção emergente no campo da saúde mental da criança e do adolescente, constituindo uma forma específica de comportamento agressivo. Sobre o bullying, pode se afirmar que:
  - (A) no Brasil vigora uma legislação antibullying que deve ser entendida como judicialização da saúde e penalização das escolas
  - (B) existe evidência de que o bullying pode afetar o desenvolvimento de crianças e adolescentes, no entanto, não é fator desencadeante de problemas clínicos ou doenças psiquiátricas
  - (C) o bullying não é um problema policial, mas pedagógico, que concerne diretamente à saúde mental e demanda ações de promoção de saúde
  - (D) a principal diferença entre o bullying e a brincadeira de mau gosto é que, nessa última, as agressões são dirigidas, reiterativas, sádicas, ofensivas e humilhantes
2. Os transtornos psiquiátricos da infância e adolescência têm uma ocorrência relativamente frequente. As taxas de prevalência dos transtornos na infância vão de 10% a 20%. Quando se refere a perturbações mais graves, essas taxas são de 8% a 10% da população infantil, o que coloca os transtornos psiquiátricos da infância entre as cinco principais causas de doenças acima de 5 anos de idade. Sobre a prevalência dos transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, pode-se afirmar que:
  - (A) os transtornos de desenvolvimento, como enurese e encoprese, apresentam taxas de prevalência de 5 a 10%
  - (B) a taxa de prevalência é de 5% para anorexia e 0,4% para bulimia
  - (C) em circunstâncias clínicas especiais, como emergências, negligência e abuso de crianças, as taxas de prevalência variam de 20 a 30%
  - (D) a taxa de prevalência do autismo é de 5/1000
3. Joana é uma adolescente de 15 anos de idade que está cursando o primeiro ano. Seus pais procuram atendimento com um psiquiatra, preocupados com a mudança do comportamento da filha. Segundo os pais, Joana sempre foi uma adolescente "tranquila e muito estudiosa". Nunca repetiu de ano. Recentemente, a escola onde estuda entrou em contato com seus pais porque os professores têm notado uma mudança importante no comportamento de Joana, nas duas últimas semanas. Segundo eles, ela está muito animada, 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 poderosa. Segundo uma das suas professoras, o comportamento da aluna está completamente diferente do habitual. Ela sempre foi uma tranquila, ficava sentada durante todas as aulas e só interagia com os professores para tirar dúvidas. Os pais associam o início desses sintomas ao falecimento da avó materna, de quem Joana era muito próxima. Assinale a hipótese diagnóstica mais provável para esse caso clínico:
  - (A) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
  - (B) transtorno bipolar do humor
  - (C) transtorno de ansiedade generalizada
  - (D) transtorno de estresse pós-traumático
4. Gabriela, 16 anos de idade, é levada pelo seus pais para atendimento com um psiquiatra. Contaram que, há aproximadamente um ano, a filha tem apresentado um comportamento delinquente, como uso constante de drogas de forma ainda moderada (álcool, maconha tabaco), fugas, desobediência, inadequação escolar e brigas com os pais. Tem fugido de casa para participar de bailes funks em favelas, chega em casa pela manhã, muito agressiva e com sinais de que fez uso de álcool e de outras drogas. Praticamente abandonou os estudos, tem faltado as aulas e já repetiu de ano. Falaram que até os 15 anos de idade a filha era estudiosa e quase não saía de casa. Associam a mudança de comportamento com o primeiro namoro: "era uma relação abusiva; ele a tratava muito mal, chegou a agredi-la fisicamente. Depois do término, ela virou outra adolescente". Assinale a hipótese diagnóstica mais provável para esse caso clínico:
  - (A) depressão
  - (B) transtorno de conduta
  - (C) transtorno bipolar do humor
  - (D) transtorno de estresse pós-traumático

5. Jorge, um garoto de 12 anos de idade, é levado pelos pais para um atendimento psiquiátrico por indicação de profissional médico em neuropsiquiatria. Segundo os pais, "há aproximadamente 15 dias após levar uma bronca e dois tapas na perna da sua mãe, porque não havia estudado, iniciou a ter crises, nas quais desfalecia e caía ao chão, com o corpo todo ficando mole. Essas crises aconteciam várias vezes durante o dia, tendo por isso motivo parado de ir à escola. Durante as crises, sentia "um aperto no coração, uma bola na garganta e a visão embaralhada". Passou a ficar o dia todo extremamente triste e com o sono e o apetite reduzidos. Referia dor de cabeça contínua, pulsátil, intensa e bitemporal. Foi feito um eletroencefalograma (EEG), solicitado pelo neuropediatra, que o acompanhava, mas não apresentou nenhuma alteração. Sobre esse quadro clínico, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) depressão maior
  - (B) transtorno de estresse pós-traumático
  - (C) epilepsia
  - (D) transtorno conversivo
6. Os transtornos alimentares podem ter início na adolescência. Em relação à bulimia nervosa, podemos afirmar que:
- (A) o tratamento indicado é multidisciplinar, incluindo terapia individual, tratamento médico, nutricionista e orientação familiar
  - (B) a prevalência é discretamente mais elevada no sexo feminino do que no masculino
  - (C) a hospitalização do paciente bulímico está indicada com frequência semelhante ao dos pacientes com anorexia
  - (D) é contra indicado o uso de psicotrópicos
7. A avaliação da criança e do adolescente pode ser um desafio na prática da psiquiatria da infância. Assinale a alternativa **CORRETA**:
- (A) apenas a informação dada pelo cuidador deve ser considerada, uma vez que crianças não são boas informantes e adolescentes negam sintomas
  - (B) é importante que o diagnóstico seja fornecido à família na primeira avaliação para adequada condução do tratamento
  - (C) a avaliação deve ser objetiva, considerando exclusivamente os sintomas relatados no momento da avaliação
  - (D) devem ser considerados o relato do cuidador, da criança e os diversos contextos em que a criança está submetida
8. O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é um transtorno mental, definido pelo aparecimento precoce da tríade sintomatológica de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Sob o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, pode-se afirmar que:
- (A) problemas associados ao transtorno de déficit de atenção e hiperatividade incluem, entre as crianças, um risco aumentado para pior desempenho escolar, além de repetência, suspensões, expulsões, ansiedade e depressão
  - (B) estudos iniciais evidenciam que o risco de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre pais de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é 20 a 30 vezes maior que o da população geral
  - (C) sabe-se que os sintomas de hiperatividade diminuem durante a adolescência, mas que os sintomas de desatenção tendem a permanecer, enquanto os sintomas de impulsividade muitas vezes modificam sua apresentação clínica
  - (D) de acordo com os critérios diagnósticos, alguns dos sintomas que causam prejuízo devem estar presentes em dois ou mais contextos e têm início antes dos 5 anos de idade
9. A intoxicação por antidepressivos tricíclicos (ADT) é considerada uma das mais letais emergências psiquiátricas. Sua intervenção, portanto, deve ser rápida e incisiva, já que muitos pacientes morrem a caminho do hospital ou nas primeiras 24 horas da ingestão. Sobre essa emergência psiquiátrica, pode-se afirmar que:
- (A) sintomas com risco de vida ocorrem com ingestões >10 mg/kg, e fatalidades são comumente associadas a ingestões com doses >50 mg/kg
  - (B) os principais sintomas com risco de vida são sonolência excessiva, taquicardia sinusal e alucinação
  - (C) considera-se que o melhor preditor de convulsões e arritmias cardíacas na overdose de ADT seja uma duração QRS superior a 0,10 segundos em um ECG
  - (D) os níveis sanguíneos de ADT têm grande valor no tratamento de pacientes com overdose conhecida, sendo esse exame um dos primeiros solicitados

10. Júlio, de 16 anos de idade, comparece com os pais em uma consulta com uma médica psiquiatra. Segundo os pais, apesar de sempre ter sido um bom aluno e nunca ter apresentado dificuldade de aprendizado, foi reprovado no ano anterior por não conseguir comparecer às provas e ter faltado a muitas aulas. Júlio conta que tem muita vontade de se relacionar, sair de casa, e relata intenso sofrimento por não conseguir fazê-lo. Nega dificuldades para fazer amigos, mas eles têm se afastado, referindo estar "cansados", pois Júlio sempre arranja uma desculpa para não sair com os amigos. Ao ser questionado, o adolescente relata medo de sair de casa e sentir novamente "do nada, o meu o coração fica acelerado, como se fosse sair pela boca, eu não consigo respirar, parece que tem um bolo na minha garganta, fico suando frio e com vontade de vomitar". Tem apresentado esses sintomas de maneira espontânea e recorrente em situação, mesmo que não seja fora de casa. Nega se preocupar com a opinião dos colegas acerca de si, pois percebe ter uma boa aceitação dentro do grupo e desejo genuíno por parte dos amigos de que ele faça parte dos seus encontros. Comunica-se virtualmente sem quaisquer dificuldades, participa de conversas em grupo e de jogos virtuais. Durante a consulta de avaliação, pede inúmeras vezes para ir até a janela, que se encontra entreaberta, e afirma "respiro melhor onde tem frestas de ar". Sobre esse quadro clínico, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) transtorno de pânico
- (B) transtorno de ansiedade generalizada
- (C) transtorno de ansiedade social
- (D) depressão

11. Os pais de uma adolescente de 14 anos de idade procuram atendimento psiquiátrico para a filha. Segundo eles, a filha tem se preocupado de forma excessiva com o peso. Contaram que a filha começou a fazer uma dieta para emagrecer, no último ano. No princípio, retirou carne vermelha, frituras, refrigerantes, doces, e começou a fazer atividade física diariamente. Em um primeiro momento os pais acharam até boa essa mudança de comportamento da filha. No entanto, começaram a observar uma "obsessão" da menina com o peso. Os pais falaram que a filha nunca esteve acima do seu peso e não entendiam essa preocupação exacerbada em emagrecer. Ela perdeu 14 kg, nos primeiros seis meses, desde que começou a fazer essa dieta. Sentia muito medo, não só de ganhar peso, mas de manter o peso, pois a sensação era de perda do controle e de que poderia se tornar "uma baleia". Passou a controlar o preparo da alimentação, especialmente a quantidade de óleo e manteiga utilizada e as calorias das porções. Chegou a baixar um aplicativo no celular para controlar as calorias, o que podia comer por dia. Brigava muito com a mãe, porque achava que ao preparar seu prato a mãe colocava sempre mais comida do que deveria. Depois de uns meses, começou a se recusar a comer na presença dos pais, preferindo fazer as refeições no seu quarto, sozinha. Os pais observaram, também, que depois das refeições a filha ficava horas no banheiro, trancada. A adolescente falou que media 1,61 m, mas recusou se pesar na balança do consultório da médica, que a estava avaliando. Falou que a última vez que pesou estava com 41 kg. Sobre os critérios para internação hospitalar na anorexia nervosa, assinale a alternativa que preenche um desses critérios.

- (A) perda de peso, maior do que 20% ao longo de seis meses
- (B) índice de massa corporal (IMC) abaixo da faixa de 15 a 16 kg-m<sup>2</sup>
- (C) amenorreia
- (D) hipocalcemia

12. Aproximadamente em cada 200 jovens, um deles sofre transtorno obsessivo compulsivo (TOC), que pode resultar em prejuízo no funcionamento familiar, acadêmico, social e vocacional. Apesar disso, o TOC na infância e adolescência com frequência é subdiagnosticado ou tratado inadequadamente, levando à morbidade e comorbidade consideráveis, que se estendem ao longo da vida adulta. Sobre o transtorno obsessivo compulsivo na infância e adolescência, pode-se afirmar que:

- (A) de 3 a 5% dos adultos com TOC, o início da doença foi na infância ou adolescência
- (B) os sintomas mais frequentes são obsessões de contaminação relacionadas a rituais de limpeza ou evitação de contaminação com objetos "contaminados"
- (C) cerca de 40 a 50% dos jovens com TOC têm pelo menos um outro diagnóstico
- (D) os principais autores e pesquisadores recomendam que o início do tratamento do TOC seja com terapia cognitivo-comportamental, exclusivamente, independentemente da gravidade dos sintomas e da comorbidade

13. Adolescente, 16 anos de idade, usuário de crack, chega à emergência muito ansioso, solicitando internação. Contou que foi expulso de casa pela sua mãe, que não tolera mais o uso de crack. Falou que está devendo na "boca", onde consegue a droga e tem medo de "algo acontecer comigo se eu não pagar". Disse que começou a fumar maconha com amigos, de forma esporádica, no último ano. "A gente fumava quando ia em uma festa. Mas, tem uns três meses, que um amigo levou uma pedra de crack e eu experimentei. Depois desse dia, comecei a usar direto, quase todo fim de semana. Foi quando comecei a brigar com a minha mãe, porque ela não queria me dar mais dinheiro". Os seus pais são separados e ele mora com mãe, sendo filho único. Nunca fez nenhum tipo de tratamento prévio para esse uso abusivo. Nega sintomas psicóticos e ideação suicida. Sobre esse caso clínico, pode-se afirmar que a melhor conduta é:

- (A) internação hospitalar de urgência
- (B) encaminhamento para o serviço municipal de albergagem
- (C) encaminhamento para tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- (D) encaminhamento para tratamento ambulatorial

14. Os pais da menor Julia, 6 anos de idade, a levam para atendimento com um médico psiquiatra. Segundo eles, a filha tem apresentado quadros de agressividade e recusa escolar, há quatro meses. Desde então, apresenta-se regressiva, passou a dormir na cama com os pais, falar como bebê, querer chupar bico, com quadro de agressividade dirigida principalmente ao sobrinho de 3 anos de idade (arranhou com as unhas as costas do menino até sangrar) e recusa escolar, após já ter frequentado a pré-escola por um ano, sem problemas. Aos 2 anos e meio, Júlia recebeu o diagnóstico de leucemia linfocítica aguda, tendo sido submetida a hospitalizações e seções de quimioterapia. Há 6 meses o, tratamento foi concluído e a equipe médica encontra-se muito otimista com bom prognóstico clínico, orientando a família que a menina poderia ter uma vida normal sem limitações. Sobre esse quadro clínico, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- (A) transtorno de ajustamento
- (B) depressão maior
- (C) transtorno de estresse pós-traumático
- (D) transtorno de fobia social

15. O tique é um movimento motor involuntário, rápido, recorrente e não rítmico (tique motor) ou uma produção vocal de início súbito e sem propósito aparente (tique vocal). Usualmente, envolve grupos musculares e circunscritos. Sobre os tiques na infância e adolescência, pode-se afirmar que:

- (A) os transtornos de tiques transitórios ocorrem entre 20 a 30% dos indivíduos em idade escolar, e os tiques crônicos e a síndrome de Tourette afetam entre 5 a 10% das crianças e adolescentes
- (B) as atividades que fazem com que o indivíduo fique mais concentrado, principalmente atividades que envolvem coordenação motora fina, como tocar um instrumento musical, dançar e praticar atividades físicas, costumam aliviar a intensidade e frequência dos tiques
- (C) a maioria dos indivíduos com tiques consegue suprimi-los voluntariamente por um curto período de tempo, no entanto a capacidade de supressão dos tiques diminui à medida que o indivíduo afetado vai ficando mais velho
- (D) os tiques costumam aumentar significativamente durante o sono

16. A obesidade é considerada um dos maiores problemas de saúde pública na atualidade. Define-se como uma desordem da composição corporal, caracterizada por um excesso absoluto ou relativo de massa gorda. Leva, em geral, a um aumento do peso corporal além da média para idade e sexo. Sobre obesidade na infância e adolescência, pode-se afirmar que:

- (A) a síndrome genética mais frequentemente associada com a obesidade é a síndrome de Bardel-Biedl
- (B) o principal segredo de sucesso no tratamento da obesidade é a aderência familiar
- (C) sabemos que se nenhum dos pais é obeso, o risco de obesidade é de 10%; se um dos pais for obeso, o risco aumenta para 20%, e para 30% se ambos os pais forem obesos
- (D) no Brasil, o Conselho Federal de Medicina recomenda que a cirurgia bariátrica seja realizada somente em idade acima de 15 anos

17. O termo transtorno de conduta é de fato uma categoria bastante abrangente e inespecífica. Denominamos uma criança ou um adolescente como portador de um transtorno de conduta quando a(o) mesma(o) apresenta padrões repetitivos e persistentes de atos antissociais, condutas desafiadoras ou agressivas, ao longo de um certo tempo, que é preestabelecido. O transtorno de conduta é o distúrbio psiquiátrico mais frequente na infância e adolescência e a primeira causa de encaminhamento ao psiquiatra infantil. Sobre o transtorno de conduta, pode-se afirmar que:
- (A) a personalidade da criança já está estruturada, não sendo então passível de interferências terapêuticas
  - (B) segundo os dados de alguns estudos, 80% de crianças que recebem o diagnóstico de transtorno de conduta na infância evoluíram para a vida adulta com diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial
  - (C) o diagnóstico precoce e a instituição terapêutica multiprofissional imediata não previnem o pior prognóstico na vida adulta, como uso e abuso de drogas ou transtorno de personalidade
  - (D) os fatores de risco mais importantes para o transtorno de conduta são: disfunção no funcionamento familiar, doença mental dos pais e baixa renda
18. Sobre o uso dos antidepressivos tricíclicos (ADT) na psiquiatria da infância e adolescência, pode-se afirmar que:
- (A) a imipramina pode ser utilizada em crianças a partir de 8 anos de idade, assim como a amitriptilina
  - (B) os ADTs são considerados tratamento farmacológico de segunda linha para o tratamento do TDAH em crianças e adolescentes, sendo a imipramina a medicação mais utilizada, apesar de não ter aprovação para portadores desse diagnóstico
  - (C) os ADTs mantêm um efeito sustentado, mesmo após a interrupção do seu uso no tratamento da enurese noturna
  - (D) resultado de metanálises dos estudos controlados aponta que os ADTs são superiores ao placebo no tratamento da depressão pediátrica, sendo, na maioria das vezes, que as doses utilizadas nessa indicação ficam entre 25 e 75 mg, à noite
19. Recentemente, o Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou uma resolução sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero. Sobre essa resolução, pode-se afirmar que:
- (A) é vedada a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero antes dos 16 anos de idade
  - (B) os procedimentos cirúrgicos só poderão ser realizados após acompanhamento prévio mínimo de dois anos por equipe multiprofissional e interdisciplinar
  - (C) o bloqueio hormonal só poderá ser iniciado em crianças e adolescentes a partir do estágio puberal Tanner I, sendo realizado exclusivamente em caráter experimental em protocolos de pesquisa, em hospitais universitários e/ou de referência para o SUS
  - (D) é vedado o início da hormonioterapia cruzada antes dos 16 anos de idade
20. A literatura indica que a eletroconvulsoterapia (ECT) é uma eficaz alternativa terapêutica para vários transtornos mentais em crianças e adolescentes. Sobre esse tratamento, pode-se afirmar que:
- (A) a administração de ECT segue princípios gerais diferentes para todas as faixas etárias, sendo as indicações e contraindicações da sua aplicação em crianças e adolescentes específicas para essas faixas etárias
  - (B) estudos recentes determinaram que a principal razão para indicar o ECT em adultos foi a catatonia e o comportamento suicida, diferentemente dos adolescentes, nos quais a razão principal foi a falta de resposta à medicação
  - (C) complicações sérias da ECT em menores de 18 anos foram muito raras, sendo os efeitos colaterais leves e temporários. O prejuízo na memória seria apenas temporário
  - (D) a presença de uma comorbidade psiquiátrica é uma contraindicação à realização do ECT, mesmo que sejam tomadas todas as devidas precauções
21. O comportamento motor fino consiste na capacidade de utilizar as mãos e os dedos na preensão e manipulação de objetos. Sobre as etapas do desenvolvimento normal do comportamento motor fino na criança, pode-se afirmar que:
- (A) com 16 semanas, a criança solta objetos, aponta com o dedo em direção a objeto
  - (B) com 4 semanas, a criança apresenta mãos abertas, arranha e agarra
  - (C) com 52 semanas, a criança possui preensão em pinça
  - (D) com 24 meses, a criança consegue empilhar torre com dez cubos e segura o lápis, de forma adequada
22. A encoprese é caracterizada por a pessoa defecar em locais inadequadas, como nas roupas ou em outros lugares, pelo menos uma vez por mês durante três meses consecutivos, quer seja essa passagem de fezes involuntária ou intencional. Pode-se afirmar sobre a encoprese que:
- (A) em culturas ocidentais, o controle intestinal é estabelecido em mais de 95% das crianças em seu quarto aniversário, e em 99% no quinto
  - (B) considera-se que a encoprese seja de três a seis vezes mais frequente em pessoas do sexo feminino do que nas do sexo masculino
  - (C) a encoprese é quase ausente em jovens com funcionamento intelectual normal aos 14 anos de idade
  - (D) em termos globais, a prevalência comunitária de encoprese varia de 1,6 a 3%
23. Em relação a síndrome de Rett, assinale a afirmativa que contempla as características clínicas correlatas:
- (A) microcefalia; convulsão; hiperventilação com apnéia; ataxia; autismo; movimentos distônicos
  - (B) microcefalia; orelhas protrusivas de baixa implantação; palato ogival alto; pescoço alado; baixa estatura; surdez
  - (C) tetraplegia espástica; convulsões clônicas
  - (D) macrocefalia; fácies longa; palato alto; mandíbula hipoplásica; macrorquidia

24. Dentre as opções abaixo, assinale o fator ambiental associado à deficiência intelectual (retardo mental):
- (A) infecção por herpes
  - (B) infecção por citomegalovírus
  - (C) uso de lamotrigina no primeiro trimestre da gestação
  - (D) uso de ISRS no primeiro trimestre da gestação
25. Assinale dentre as alternativas abaixo a que se associa ao Transtorno do Espectro Autista:
- (A) infecção por varicela durante o primeiro trimestre da gestação
  - (B) incompatibilidade de fator rH
  - (C) neurofibromatose
  - (D) vacinação
26. Em relação à dislexia (transtorno de leitura), podemos afirmar que:
- (A) é um transtorno raro, com prevalência populacional inferior a 1 por 1000 crianças em idade escolar
  - (B) os portadores apresentam ritmo de leitura pouco fluente, sem dificuldade na soletração
  - (C) é caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldades de ortografia
  - (D) não é possível dar o diagnóstico em crianças que tenham o diagnóstico de TDAH (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade)
27. Em relação ao uso de antidepressivos em crianças e adolescentes, podemos afirmar que:
- (A) os antidepressivos tricíclicos têm eficácia comprovada em depressão nessa faixa etária, à semelhança do que ocorre na população adulta
  - (B) o risco de virada maníaca após uso de antidepressivos nos pré-pubescentes é maior com os ISRS do que com os antidepressivos tricíclicos.
  - (C) todos os ISRS têm uso autorizado para depressão nessa faixa etária
  - (D) embora os IMAO se mostrem mais eficazes que outras classes de antidepressivos para o tratamento de depressão em adolescentes, não devem ser usados nessa faixa etária em função da dificuldade de adesão à dieta

Texto para as questões 28 e 29:

Carlos, 12 anos de idade, é levado por sua mãe ao ambulatório com queixa de dificuldade escolar desde que entrou no ensino fundamental 2. Em relação à sua história, mãe conta que Carlos sempre foi uma criança tranquila, que não dava muito trabalho, mas comparado com o irmão, que é muito levado, demorou um pouco mais a falar. Na alfabetização, acha que teve um pouco de dificuldade, e até hoje parece mais lento para ler. Tem alguns erros de grafia e troca algumas letras. Em matemática, parece errar bobagens, porque quando a mãe estuda com ele parece saber o conteúdo, mas não vai bem nas provas. É muito desorganizado com o material escolar, mãe precisa ajudar a preparar a mochila. Quando dorme na casa de amigos ou familiares, sempre esquece alguma coisa. Mãe perdeu as contas de quantos lápis e canetas precisou comprar no último ano. Professores do ensino fundamental 1 diziam que frequentemente parecia estar desligado, e "pensando na vida", mas isso não atrapalhava o desempenho. Os professores de agora passam curtos períodos com os alunos, e mãe acha que não informam bem. Mãe acha que tem andado mais triste por conta das dificuldades escolares.

28. A(s) hipótese(s) diagnóstica(s) mais provável(eis) é(são):
- (A) transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Dislexia
  - (B) não há diagnóstico formal, apenas desinteresse
  - (C) dislexia e discalculia
  - (D) transtorno do Déficit de Atenção (TDA), sem Hiperatividade
29. As intervenções terapêuticas mais eficazes são:
- (A) suporte psicopedagógico e uso de psicofármaco
  - (B) terapia cognitivo comportamental
  - (C) orientação parental
  - (D) uso de psicofármaco, avaliação e terapia fonoaudiológica
30. Em relação aos Tiques, podemos afirmar que:
- (A) são infrequentes as comorbidades associadas à síndrome de Tourette
  - (B) os tiques frequentemente se tornam mais graves na adolescência e início da idade adulta
  - (C) a prevalência dos tiques transitórios pode variar de 6 a 20% em indivíduos em idade escolar
  - (D) tiques sempre devem ser tratados com psicofármacos
31. Nas condições abaixo, pode ser indicado o rastreamento toxicológico em adolescentes, **EXCETO**:
- (A) sintomas psiquiátricos insidiosos
  - (B) mudança abrupta no comportamento
  - (C) alteração na capacidade cognitiva
  - (D) ocorrência de acidentes inexplicados ou repetitivos

Texto para questões 32, 33 e 34:

Regina e Cláudio levaram sua filha Rafaela, de 13 anos de idade, ao psiquiatra. Os pais relataram que nos últimos meses observaram que Rafaela tem demorado mais tempo no banho, o que tem levado a atrasos recorrentes, inclusive em atividades recreativas. Rafaela tem estado com a pele ressecada e chegou a apresentar descamação em mãos, que o dermatologista informou ser uma dermatite por excesso de lavagem. A adolescente mostra-se desconfortável com o relato dos pais, e diz que não consegue evitar, mesmo sabendo que não deveria lavar tanto. Diz que alguns pensamentos e o medo de contaminação iniciaram após a pandemia de COVID-19 e o falecimento da avó. Diz que fica ansiosa com pensamentos recorrentes de estar suja. Conta que precisa fazer um determinado "ritual" no banho para se sentir limpa. Não apresenta doenças clínicas e não faz uso de medicações. Apresenta histórico familiar de depressão.

32. Em relação ao quadro descrito, é **CORRETO** afirmar que:
- (A) atualmente, sabe-se que as infecções causadas pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A não estão associadas ao TOC
  - (B) mesmo em quadro leves, a farmacoterapia deve ser instituída a fim de promover remissão total do quadro e evitar agravamento
  - (C) não é frequente a associação de TOC e tiques
  - (D) terapia cognitivo comportamental é considerada padrão ouro no tratamento do TOC leve a moderado, especialmente técnicas de exposição com prevenção de resposta
33. Em relação à história natural e à epidemiologia do Transtorno Obsessivo Compulsivo, é **CORRETO** afirmar que:
- (A) a prevalência do TOC pediátrico é semelhante entre meninos e meninas
  - (B) o TOC é um transtorno raro, e menos de 10% dos adultos com TOC apresentavam sintomas na infância ou adolescência
  - (C) a prevalência de TOC em meninas é 4 vezes mais frequente do que em meninos
  - (D) uma resposta inicial precária ao tratamento pode indicar prognóstico de persistência dos sintomas
34. No tratamento farmacológico em crianças e adolescentes com TOC, podem ser usadas as medicações abaixo, **EXCETO**:
- (A) clomipramina
  - (B) paroxetina
  - (C) fluvoxamina
  - (D) sertralina
35. Sentimentos e emoções como medo, timidez e preocupações são comuns e esperados em todas as faixas etárias. Devem ser motivo de preocupação quando excessivos, frequentes, incompatíveis com a idade e quando causam comprometimento ao indivíduo. É **CORRETO** afirmar que:
- (A) o mutismo seletivo raramente se associa à fobia social
  - (B) o transtorno de ansiedade de separação é um dos transtornos de ansiedade mais frequentes na infância e adolescência
  - (C) o transtorno do pânico é um quadro ansioso de início na idade adulta, não sendo descrito em crianças e adolescentes
  - (D) no transtorno de ansiedade social (fobia social) em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvam seus pares, e não apenas em interações com adultos
36. Adolescente do sexo masculino, 14 anos de idade, iniciou quadro de hipersonia, hiperfagia e desinibição sexual. Os ciclos de hipersonia duram de 2 a 15 dias, e a sonolência pode fazer com que o adolescente durma cerca de 16 horas por dia, ou tenha dificuldade em manter a vigília plena. Os achados do EEG foram inespecíficos, e não há alteração em RM de crânio, ou outros exames complementares. O diagnóstico mais provável é:
- (A) síndrome de Landau Kleffner (SLK)
  - (B) doença de Charcot-Marie-Tooth
  - (C) síndrome de Munchausen por procuração
  - (D) síndrome de Kleine-Levin
37. Em relação aos marcos do desenvolvimento infantil, é esperado:
- (A) falar as primeiras palavras entre 10 e 16 meses de vida
  - (B) controlar o esfíncter anal até os 5 anos de idade
  - (C) andar entre 12 e 18 meses de vida
  - (D) sentar sem apoio entre 12 e 20 semanas de vida
38. Em relação aos transtornos de tiques, assinale a alternativa **INCORRETA**:
- (A) agonistas alfa-2 adrenérgicos, embora eficazes, não têm sido incluídos entre os tratamentos de primeira linha pelo risco elevado de hipotensão
  - (B) uso de injeções de toxina botulínica tem se demonstrado eficaz em alguns tipos de tiques isolados e em tiques vocais
  - (C) a educação de pais, professores e colegas é fundamental para o sucesso do tratamento
  - (D) a terapia de reversão de hábitos é uma das terapias comportamentais utilizadas no controle de tiques



39. Ao considerar o impacto na qualidade de vida que os transtornos mentais exercem na vida do indivíduo e da família, devemos considerar modelos de prevenção primária, secundária e terciária. Assinale a afirmativa **CORRETA**:
- (A) as escolas são ambientes de prevenção secundária
  - (B) as intervenções que minimizam pobreza e maus tratos na infância, bem como políticas de cuidado ao pré-natal, são consideradas políticas de prevenção primária
  - (C) os Centros de Atenção Psicossocial da Infância se ocupam exclusivamente das prevenções terciárias
  - (D) os transtornos mentais, dada sua condição biológica, não são suscetíveis a prevenção primária
40. Em relação à farmacocinética em crianças e adolescentes, podemos afirmar que:
- (A) a necessidade relativamente maior de fármacos psicotrópicos em crianças decorre da maior capacidade metabólica hepática
  - (B) o metabolismo de muitas substâncias é normal no período perinatal e amadurece em torno dos 12 meses de idade, sendo comparado ao do adulto
  - (C) entre os 18 e 21 anos de idade, o metabolismo do adolescente aumenta, e se assemelha ao do indivíduo adulto
  - (D) em crianças de 10 anos de idade, a reabsorção digestiva é muito lenta e os picos plasmáticos são atingidos por VO mais tardiamente do que em adultos