

## ANOS OPCIONAIS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

### PSIQUIATRIA: PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do CARTÃO-RESPOSTA.
2. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, a 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, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES OBJETIVAS	
Psiquiatria	01 a 40

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 Felicidade não entra em portas trancadas”*

5. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a retirada do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. 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.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. 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.
10. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no CARTÃO-RESPOSTA.
11. 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.
12. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
13. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
14. 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 DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

01. Durante a entrevista, o paciente ri copiosamente enquanto fala da morte recente de sua mãe. O tipo de sintoma que está apresentando e a sessão do exame do estado mental em que deve ser referido são, respectivamente:
- (A) dissociação ideofafetiva, como alteração do afeto  
 (B) pensamento concreto, na sessão sobre cognição  
 (C) ausência de crítica, na sessão sobre o juízo crítico  
 (D) afrouxamento das associações, como alteração formal do pensamento
02. O uso continuado de *cannabis* está associado a:
- (A) efeitos cognitivos transitórios, sem sequelas  
 (B) redução dos sintomas depressivos e da ideação suicida  
 (C) maior risco de transtorno esquizotípico da personalidade  
 (D) prejuízo na capacidade de tomada de decisão e redução no comportamento impulsivo
03. Uma escala de avaliação de depressão, como a de Hamilton, propõe-se a:
- (A) determinar o subtipo depressivo  
 (B) facilitar a realização do diagnóstico da depressão  
 (C) avaliar a gravidade da depressão em estudos com antidepressivos  
 (D) permitir a identificação da depressão em estudos populacionais
04. Paciente de 10 anos de idade apresenta dificuldade de permanecer sentado, impulsividade extrema e falha em prestar atenção nas atividades da escola, além de diversos tiques orofaciais e assobios estereotipados, os quais também estão presentes durante a consulta. Os pais referem presença de tiques desde os 5 anos de idade. Após exames físico e laboratorial normais, o diagnóstico e o tratamento farmacológico a serem considerados são, respectivamente:
- (A) TDAH e síndrome de Tourette; alfa-agonistas  
 (B) transtorno de tiques; tratamento comportamental  
 (C) transtorno de ansiedade; antidepressivo serotoninérgico  
 (D) TDAH e transtorno de ansiedade; estimulantes
05. Sobre os transtornos de ansiedade na infância e adolescência, a afirmação verdadeira é que:
- (A) apesar de não ser tão frequente como em adultos, o transtorno de pânico afeta igualmente crianças e adolescentes  
 (B) os principais determinantes da ansiedade em crianças são: distorções cognitivas, eventos ambientais, déficits neurocognitivos e fatores genéticos  
 (C) estabelecido o diagnóstico de transtorno de ansiedade em uma criança, deve-se introduzir tratamento medicamentoso com um inibidor seletivo da serotonina  
 (D) embora a prevalência de transtornos ansiosos (TA) entre crianças e adolescentes seja alta, o diagnóstico de transtornos depressivos é ainda mais frequente nessa população
06. Adolescente, 17 anos de idade, é levado pelos pais para uma emergência clínica com fortes dores abdominais. Os exames laboratoriais evidenciam uma rabdomiólise. O adolescente relata que faz uso de substâncias psicoativas (cocaína e maconha) há dois anos. No início do ano em curso chegou a ficar internado durante quatro meses em uma clínica para dependência química. Após a alta, por se considerar curado, não fez tratamento ambulatorial. No último final de semana, saiu com uns amigos e acabou fazendo uso de cocaína junto a bebida alcoólica. No dia seguinte, acordou com fortes dores abdominais e pediu ajuda aos seus pais, que o trouxeram para o hospital. Com relação ao tratamento de adolescentes usuários de drogas, pode-se afirmar que:
- (A) a comorbidade é bastante frequente entre os adolescentes usuários de drogas, sendo raros os casos sem comorbidade; como é sabido, quadros psiquiátricos com comorbidades são muito mais difíceis de serem tratados e, em adolescentes, tornam-se mais difíceis ainda  
 (B) como o tratamento do usuário de drogas depende da motivação do paciente para o desenvolvimento de técnicas de promoção de abstinência e prevenção de recaídas, o tratamento compulsório de adolescentes usuários de drogas tem resultados muito pouco efetivos  
 (C) cerca de 1/3 dos adolescentes usuários de drogas procura ajuda em razão de outros problemas emocionais, ou seja, que não se relacionam com uso de drogas; é importante que a relação entre esses problemas e o consumo de drogas seja estabelecida logo no início do tratamento, para motivar o jovem a ficar abstinente sem possibilidade de recaída  
 (D) os adolescentes costumam ser mais resistentes às propostas terapêuticas no início do tratamento; por isso, é importante desenvolver estratégias inovadoras e dinâmicas; sabe-se que a obtenção da abstinência pode requerer um longo tempo, e o profissional deve estar atento à gravidade das consequências desse uso, indicando internação, se necessário, contra a vontade do adolescente
07. Sobre a esquizofrenia de início precoce, é correto afirmar que:
- (A) não se observam alucinações visuais, apenas auditivas  
 (B) a clozapina não pode ser utilizada em crianças e adolescentes  
 (C) os delírios mais comuns são os persecutórios, autorreferentes  
 (D) a ocorrência é preponderante no sexo masculino em todas as idades

08. Adolescente, de 15 anos de idade é levado pela mãe a uma emergência clínica, após tomar dez comprimidos de cloridrato de bupropiona. Segundo o relato da mãe, Bruno sempre foi muito tímido e teve poucos amigos. A mãe observa, ainda, que desde o ano passado seu filho está mais calado, triste e seu rendimento na escola piorou. Associa essa mudança do comportamento à separação dos pais do adolescente. Conta que o pai de Bruno fazia uso abusivo de substâncias psicoativas (álcool e cocaína) e ficava muito agressivo nos momentos em que estava sob o efeito dessas substâncias. As brigas entre os pais, nos últimos anos, estavam cada vez mais frequentes e o adolescente presenciou várias. A mãe fala que o pai do adolescente é bipolar, mas que nunca fez tratamento de forma regular. Bruno é filho único e mora com a mãe e a avó materna, desde a separação dos pais. No início do ano, a mãe, observando essa mudança do comportamento do filho, o levou para uma avaliação com um médico psiquiatra, que prescreveu cloridrato de bupropiona 150 mg, um comprimido ao dia, e o encaminhou para um acompanhamento psicológico. O adolescente fez uso da medicação durante uma semana e, como não observou melhora, a suspendeu e se recusou a ir à psicóloga, alegando que “não ia ficar falando da vida dele com uma estranha”. Sobre a tentativa de suicídio na infância e adolescência, pode-se afirmar que:
- é muito mais comum agora do que há cinquenta anos
  - a maioria dos que tentam tem transtorno psiquiátrico definido
  - é cerca de dez vezes mais comum do que o suicídio concluído
  - menos de 5% dos que tentam têm uma história anterior de autoagressão
09. Uma jovem vestibulanda de 17 anos de idade apresenta-se no pronto-socorro com o seguinte histórico: há 4 horas teve um episódio intenso de taquicardia, sudorese, náuseas e medo intenso de morrer ou de enlouquecer. A crise apresentou início súbito e durou 30 minutos. Embora no momento da consulta estivesse bem, os pais da paciente decidiram levá-la a um médico. Nesse caso, a conduta correta é:
- prescrever um comprimido de benzodiazepínico no momento e deixar uma receita igual, com os pais, para usar quando for necessário
  - investigar a história familiar de episódios afetivos e, em caso positivo, iniciar tratamento com carbonato de lítio ou anticonvulsivante
  - iniciar tratamento com paroxetina, que é mais indicada nessa faixa etária
  - tranquilizar os pais, pois neste momento nenhuma intervenção medicamentosa é necessária
10. O risco de suicídio é potencializado quando o diagnóstico de depressão em crianças e adolescentes está associado também a outras condições psicopatológicas. Dentre essas condições, a que tem demonstrado maior evidência em estudos é o transtorno:
- do espectro autista
  - de uso de drogas
  - alimentar
  - depressivo
11. Adolescente, 16 anos de idade, é levado para uma emergência clínica pelos seus pais. Segundo o relato dos pais, Andrea começou a apresentar de forma repentina perda dos movimentos dos membros inferiores e fraqueza. “Ela estava bem e de repente começou a ficar mole, ela não conseguia ficar em pé”. A mãe nega qualquer doença clínica da filha e uso de qualquer medicamento. Os exames laboratoriais evidenciam uma hipopotassemia importante. A adolescente confessa à médica da emergência que tinha feito uso de 20 comprimidos de um laxante devido a uma “dificuldade de evacuar”. Após insistência da médica, Andréa conta que tem feito uso, há aproximadamente um ano, de medicamentos laxativos com o objetivo de emagrecer e relata episódios de muita angústia após as refeições. Ao exame clínico, a adolescente está com o peso dentro da normalidade para a sua altura. Tendo em vista os critérios do DSM-5 para bulimia nervosa, o seguinte aspecto foi modificado:
- uso de laxantes
  - frequência de episódios
  - sensação de perda de controle
  - comer uma grande quantidade de comida em período curto
12. Adolescente do sexo masculino de 13 anos de idade relata início do tique motor de “pisar os olhos” aos 7 anos de idade. Atualmente, vem apresentando piora da frequência e da intensidade do tique motor e, há um ano, adquiriu o tique fônico de “fungar”. O diagnóstico e a conduta corretos são:
- transtorno do tique motor crônico; introduzir neurolépticos
  - transtorno de tique motor crônico; iniciar antidepressivo e psicanálise
  - síndrome de Tourette; propor tratamento comportamental e alertar a família quanto ao prognóstico reservado da doença que tende a piorar
  - síndrome de Tourette; propor tratamento comportamental e tranquilizar a família, pois a piora durante a adolescência frequentemente é seguida de remissão na vida adulta
13. Considerando a tricotilomania, quanto ao comportamento de arrancar os cabelos, é correto afirmar que:
- existe uma sensação de prazer, satisfação ou alívio antes da realização desse comportamento
  - o comportamento ritualizado ocorre em momentos de menor ociosidade
  - o comportamento é bastante ritualizado e ocorre principalmente em mulheres
  - a tentativa de resistir a esses comportamentos normalmente gera pouca sensação de tensão e ansiedade
14. Em relação à síndrome de Tourette, é correto afirmar que:
- apresenta-se frequentemente associada ao transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)
  - acomete meninos e meninas com a mesma frequência
  - mais de 50% dos casos se cronificam na vida adulta
  - apresenta seu início na pré-adolescência associada ao transtorno de ansiedade generalizada (TAG)

15. Pedro, um adolescente de 16 anos de idade, é levado pela mãe, a uma emergência clínica. A mãe conta que chegou em casa do trabalho e encontrou o filho desacordado no chão do quarto. Tentou acordá-lo, mas como ele não respondia, com a ajuda de vizinhos, o trouxe ao hospital. Disse que quando saiu pela manhã o seu filho estava bem e o acompanhou até a escola. Conta que o seu filho faz tratamento para TDAH e está em uso de metilfenidato de liberação lenta 30 mg ao dia. Depois dos procedimentos clínicos, o adolescente apresenta uma melhora clínica e relata para o médico que, após a aula, junto com amigos, consumiu aproximadamente um litro de bebida destilada. Não se recorda como chegou em casa. Fala que faz uso esporádico de bebidas alcoólicas e que nunca tinha consumido essa quantidade. É correto afirmar que:
- (A) as mulheres por terem mais gordura corporal são mais frequentemente acometidas pela dependência de álcool  
 (B) o álcool é lentamente absorvido pelo organismo, prevenindo assim a embriaguez nas primeiras doses  
 (C) o alcoolismo foi considerado uma doença e não um problema de caráter somente na década de 1950  
 (D) o álcool é lipossolúvel e por isso se deposita no cérebro, órgão rico em gordura
16. Para o diagnóstico de deficiência intelectual, é preciso priorizar:
- (A) o QI como o principal marcador  
 (B) as múltiplas habilidades e inteligências que o indivíduo apresenta  
 (C) a história familiar progressiva de déficit intelectual  
 (D) a avaliação clínica e os déficits funcionais (intelectuais + adaptativos)
17. Em relação à refratariedade ao tratamento de crianças e adolescentes com depressão, sabe-se que:
- (A) a resposta terapêutica adequada é a melhora de 80% dos sintomas de gravidade clínica, medida por uma escala de depressão, como, por exemplo, a CDRS-R  
 (B) o quadro é considerado refratário quando é realizado um ensaio clínico com dois antidepressivos e pelo menos 36 semanas de atendimento psicoterápico regular  
 (C) a abordagem da refratariedade em crianças e adolescentes, dado o risco de suicídio e de cronificação, deve contemplar, imediatamente, terapêuticas mais incisivas, como a eletroconvulsoterapia  
 (D) a presença de famílias disfuncionais, de quadros mais crônicos e graves e de comorbidades com transtornos depressivos e de ansiedade aumenta a chance de ocorrência de depressão refratária em crianças e adolescentes
18. Quanto ao diagnóstico do tratamento do espectro autista (TEA), é correto afirmar que:
- (A) o diagnóstico é clínico podendo ser feito segundo o DSM-V  
 (B) o diagnóstico exige o uso de instrumentos padrão-ouro como a ADOS e ou ADIR  
 (C) o paciente deve necessariamente apresentar os sintomas antes dos 3 anos de idade, segundo os critérios do DSM-V  
 (D) o paciente deve apresentar alterações nos três itens a seguir: sociabilidade, uso de linguagem e movimentos estereotipados e/ou repetitivos
19. Em relação ao *skin-picking*, é correto afirmar que:
- (A) a psicoterapia cognitivo-comportamental apresenta melhores resultados do que o uso de medicações antidepressivas  
 (B) intercorrências médicas, como lesões de pele, infecções e cicatrizes, são muito pouco frequentes nesse quadro  
 (C) ideias obsessivas frequentemente precedem o comportamento de ferir a pele  
 (D) o comportamento de ferir a pele é mais comum em homens
20. O tratamento mais adequado para fobias específicas em crianças é:
- (A) fluoxetina  
 (B) psicodrama  
 (C) terapia familiar  
 (D) terapia cognitivo-comportamental (TCC)
21. Sobre as hipóteses fisiopatológicas dos transtornos psicóticos, sabe-se que:
- (A) a saliência aberrante é uma hipótese que explica delírios e alucinações  
 (B) sintomas negativos estão associados com hiperatividade dopaminérgica frontal  
 (C) delírios e alucinações estão associados com hipoatividade dopaminérgica mesolímbica  
 (D) há evidências de que os sistemas glutamatérgico e serotoninérgico não estejam envolvidos nas alterações psicopatológicas
22. Em 2011, a Portaria nº \_\_\_\_ institui a Rede de Atenção Psicossocial, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Os pontos de cuidado que formam o eixo de Atenção Hospitalar são: \_\_\_\_ e serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As lacunas desse texto são corretamente preenchidas por:
- (A) 10.216 – hospital psiquiátrico ou hospital geral  
 (B) 336 – hospital geral e equipe multiprofissional  
 (C) 3.088 – enfermaria especializada em hospital geral  
 (D) 30.216 – unidade de pronto atendimento 24 horas
23. Sobre o mutismo eletivo, pode-se afirmar que:
- (A) as técnicas comportamentais apresentam poucas evidências de eficácia, sendo o tratamento de excelência o uso de inibidores da recaptção de serotonina  
 (B) as crianças geralmente preenchem, também, os critérios diagnósticos para transtorno de ansiedade  
 (C) normalmente tem início repentino, muitas vezes após um estresse definido  
 (D) ocorre geralmente em meninos e filhos únicos
24. É um sinal de alerta (*red flag*) para o transtorno do espectro autista:
- (A) aos vinte e quatro meses: não fala frases de duas palavras com significado (sem repetir)  
 (B) a partir dos seis meses: não compartilha sons, sorrisos e outras expressões faciais  
 (C) a partir dos nove meses: não balbucia, não aponta, não gesticula  
 (D) aos doze meses: não fala palavras

25. A medicação psiquiátrica mais associada à psoríase é:
- (A) fluoxetina
  - (B) carbamazepina
  - (C) carbonato de lítio
  - (D) divalproato de sódio
26. A melhor definição para terapia cognitiva é:
- (A) psicoterapia breve, estruturada, orientada para o presente, para a solução de problemas e modificação de comportamentos disfuncionais
  - (B) terapia focal baseada em um modelo que afirma que os transtornos psicológicos envolvem pensamentos disfuncionais
  - (C) terapia que procura modificar as crenças disfuncionais
  - (D) psicoterapia para transtornos de personalidade
27. Pais de uma criança de três anos e seis meses procuram atendimento com um psiquiatra infantil. Referem que o filho é muito ativo, agitado, inquieto e "cheio de energia". Acorda por volta das 7h30min e vai para a escola, ficando lá até às 17h, envolvido em atividades diversas, inclusive esportivas (judô e natação). Mesmo assim, chega em casa com muita energia e quer brincar o tempo todo. Corre demais, "não para nunca, parece que sua alegria em brincar e se movimentar é inesgotável". Os pais têm a impressão de que ele usualmente acorda "em marcha lenta" e vai "acelerando" ao longo do dia. Em alguns momentos, é impulsivo (cortou o próprio cabelo com uma tesoura, ao ficar sozinho por poucos instantes, empurrou uma coleguinha na piscina da escola, "de brincadeira"). Está sempre com algum machucado recente pelos excessos nas brincadeiras. É muito sociável e desinibido no contato social, faz amizades com facilidade, mas é "mandão" nas brincadeiras com outras crianças, o que às vezes traz problemas. Ele é também, segundo os pais, muito "ligado" no ambiente, parece que sempre sabe de tudo que acontece em volta, e muda o foco da atenção rapidamente. Os pais relatam dificuldades em lidar com o filho, pois acabam cansando-se das brincadeiras. Não percebem mudanças no humor do filho, porém, às vezes, fica irritado e agressivo fisicamente quando frustrado. Não apresenta dificuldades no sono; dorme cerca de 11 horas por noite. Na escola, o relato é de uma criança que não apresenta problemas nem desperta preocupação nos professores. Contam que o filho foi adotado, quando tinha três meses de idade e os pais biológicos eram usuários de drogas. Sobre esse caso clínico, o diagnóstico mais acertado é:
- (A) transtorno disruptivo da desregulação do humor, tem indicação de início de um antidepressivo
  - (B) transtorno bipolar do humor, tem indicação de início de estabilizador do humor
  - (C) TDAH, tem indicação de início de medicamentos estimulantes
  - (D) TDAH subclínico, não tem indicação de uso de medicamento
28. A mãe de um menino de 5 anos de idade procura atendimento com um psiquiatra infantil. Refere que a partir dos 2 anos e 6 meses seu filho ficou diferente. Informa que não foi um acontecimento repentino, mas uma mudança progressiva, constante. O filho começou a ficar mais quieto, falava menos, respondia menos, participava menos, interagia menos com as outras pessoas, inclusive pais e irmãos. Desenvolveu aos poucos alguns comportamentos estranhos, como o de repetir várias vezes alguns sons, chorar muito sem nenhum estímulo, ficar muito irritado com situações de "não" ao ponto de começar a se bater na cabeça, comer alimentos crus (farinha, leite em pó), colocar as mãos nos ouvidos. Não gostava mais que o pegassem no colo e passou a ter dificuldades em manter contato visual. A mãe relaciona a mudança a dois acontecimentos: uma prima materna muito próxima faleceu em um acidente de carro 3 meses antes das alterações e a babá que cuidava dele e de seu irmão mais velho se demitiu e mudou de cidade um mês antes. Pensaram que fosse algo passageiro, mas como a alteração manteve-se constante, procuraram avaliação psicológica. O tratamento psicológico seguiu-se por alguns meses, tendo apresentado alguma melhora: "ele começou a querer falar mais, até disse algumas palavras; parecia mais alegre". Os familiares também procuraram ajuda fonoaudiológica e a criança iniciou fonoterapia semanal. Dos 3 aos 5 anos de idade, foi submetido a ludoterapia e fonoterapia semanais, apresentando alguma melhora. Perto dos 5 anos de idade, os familiares buscaram uma avaliação médica. História gestacional: 31 semanas e meia de gestação, parto cesáreo prematuro de emergência, oligoâmnio, sofrimento fetal, pré-eclâmpsia. RN pré-termo, adequado para a idade gestacional, muito baixo peso, desconforto respiratório, síndrome da membrana hialina, taquipneia transitória do RN. Desenvolvimento neuropsicomotor: sustentou a cabeça aos 2 meses, não engatinhou, andou com 1 ano e 2 meses; controle dos esfíncteres aos 2 anos e 6 meses; falou com 9 meses, frases completas com 2 anos e 6 meses. Exames laboratoriais e ECG sem alterações. A melhor hipótese diagnóstica para esse quadro clínico é:
- (A) depressão
  - (B) transtorno bipolar do humor
  - (C) transtorno do espectro autista
  - (D) transtorno de ansiedade de separação
29. Em caso de transtorno bipolar do humor de início na infância e adolescência, a comorbidade mais prevalente é:
- (A) transtorno alimentar
  - (B) transtorno de ansiedade
  - (C) transtorno do espectro autista
  - (D) transtorno obsessivo-compulsivo

30. Quanto aos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e algumas características dessa rede, é correto afirmar que:
- (A) atenção básica, atenção psicossocial estratégica (CAPS), atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar (leitos de saúde mental no hospital geral), estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial
- (B) atenção básica, atenção psicossocial especializada em saúde mental e álcool e outras drogas (CAPS, CAPSad, ambulatórios), atenção hospitalar referenciada, estratégias de desinstitucionalização e reintegração social – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- (C) atenção ambulatorial e primária, de onde seguem todos os casos encaminhados para fazer parte da rede; UBS; atenção hospitalar de urgência; atenção psicossocial estratégica; e estratégias de reabilitação psicossocial (unidades de acolhimento)
- (D) atenção básica, atenção especializada – CAPS, atenção hospitalar (leitos de atenção transitória, de urgência e de hospital geral), atenção social em álcool e outras drogas, estratégias de desinstitucionalização e de redução de danos
31. Adolescente de 16 anos de idade, acompanhada pela sua mãe, procurou um cirurgião plástico para atendimento com o objetivo de colocar próteses mamárias. A mãe da adolescente se preocupa com o fato de sua filha estar muito magra e poder correr algum risco durante essa cirurgia. Ela conta que a filha sempre foi gordinha e sofreu muito *bullying* na escola por esse motivo. Quando entrou na adolescência, começou a emagrecer de forma progressiva. Relata que a filha fica muito tempo no banheiro após as refeições e não come nenhum tipo de carne animal porque se diz vegetariana. A adolescente recusa se pesar durante a consulta, mas o médico observa que, apesar de ela não perceber, está muito abaixo do peso. Sobre a anorexia nervosa, sabe-se que:
- (A) dentro de cinco anos, 90% dos anoréxicos se recuperam completamente
- (B) a proporção entre mulheres e homens é de cerca de 3:1
- (C) a prevalência é praticamente igual no mundo todo
- (D) raramente ocorre antes da puberdade
32. Durante uma entrevista psiquiátrica os principais pontos, aos quais o profissional deve se atentar, são:
- (A) diferenciar sintomas de humor da personalidade; orientar o paciente quanto ao que deve fazer; falar com familiar antes das sessões para checar se o paciente está relatando de forma fidedigna seus sintomas
- (B) observar sentimentos e pensamentos que o paciente evoca; diferenciar sintomas de humor da personalidade; trabalhar com o paciente respeitando sua fase de tratamento (recém-diagnosticado/tardio etc.)
- (C) discutir com o paciente os sentimentos evidenciados e as sensações que ele transmite durante a terapia; envolver a família no tratamento como mentores; fazer com que o paciente se adeque ao tratamento
- (D) realizar tratamento respeitando a fase de tratamento do paciente (recém-diagnosticado/tardio etc.), observar sentimentos e pensamentos que o paciente evoca; expor o paciente a situações que o façam “ficar mais animado”
33. Dentre os sintomas abaixo listados, aquele que **NÃO** necessariamente determina o maior risco de bipolaridade em crianças e adolescentes dentro de um episódio depressivo é:
- (A) sintomas maniformes após uso de antidepressivo
- (B) início súbito com sintomas melancólicos
- (C) sintomas psicóticos
- (D) irritabilidade
34. Durante o exame do estado mental, o psiquiatra percebe que o paciente fica repetindo: “- Não sei onde está minha casa.”, independentemente do que se pergunte a ele. O sintoma que ele está apresentando é:
- (A) a perseveração
- (B) a tangencialidade
- (C) a circunstancialidade
- (D) o bloqueio do pensamento
35. O quadro de depressão na infância e na adolescência possui peculiaridades relacionadas à apresentação clínica em cada fase. Com base nessa afirmação, é correto afirmar que:
- (A) crianças pequenas apresentam mais sintomas de irritabilidade, explosões afetivas e baixa tolerância a frustrações quando comparadas a adolescentes
- (B) o uso de drogas e a presença de sintomas de ansiedade são marcadores de maior gravidade em quadros depressivos na fase da adolescência
- (C) o tratamento farmacológico sempre deve estar associado ao tratamento psicoterápico em crianças pré-escolares
- (D) em adolescentes, a prevalência de quadros depressivos é maior no sexo masculino
36. O transtorno disruptivo da desregulação do humor é uma entidade nosológica descrita no DSM-5 e que apresenta como principal característica:
- (A) a idade mínima para o início do quadro é de 10 anos
- (B) a presença de sintomas de hipomania no pior estágio da doença
- (C) as oscilações de humor com presença de sintomas depressivos e de ansiedade no início do quadro
- (D) a presença de irritabilidade grave e crônica, com explosões semanais e um período mínimo de 12 meses de evolução
37. O sequenciamento correto dos principais processos envolvidos na entrevista psiquiátrica é:
- (A) formulação de contrato terapêutico, obtenção de informações, processo de engajamento, avaliação diagnóstica e plano terapêutico
- (B) formulação de contrato terapêutico, obtenção de informações, progressiva compreensão da pessoa, avaliação diagnóstica e plano terapêutico
- (C) processo de engajamento, obtenção de informações, progressiva compreensão da pessoa, avaliação diagnóstica e plano terapêutico
- (D) processo de engajamento, obtenção de informações, conservar absoluta neutralidade nas intervenções, avaliação diagnóstica e plano terapêutico

38. Com relação à clínica dos transtornos psicóticos agudos transitórios, pode-se afirmar corretamente que:
- (A) caracterizam-se por início agudo, em menos de 2 meses, com a transição de um estado sem sintomas psicóticos para um estado francamente psicótico
  - (B) há presença de estresse agudo durante as 2 semanas que antecedem o início dos sintomas psicóticos em cerca de 80% dos casos
  - (C) constata-se menor prevalência de transtornos psicóticos em familiares, comparando-se à população geral
  - (D) ocorre remissão completa dos sintomas psicóticos após 1 a 3 meses de evolução
39. A informação correta sobre o manejo terapêutico do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é que:
- (A) os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) são os antidepressivos de escolha em virtude da sua superioridade na eficácia
  - (B) interrupção precoce do tratamento está relacionada à prevenção secundária do TEPT crônico
  - (C) uma vez diagnosticado, o tratamento deve ser mantido por pelo menos um ano a fim de diminuir o risco de recaída
  - (D) uma alternativa equivalente aos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) são os antipsicóticos, como a quetiapina, que muitas vezes são usados em monoterapia nos casos em que existem sintomas psicóticos associados
40. A respeito de diagnóstico em psiquiatria, pode-se afirmar que:
- (A) as sucessivas edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) permitiram um aperfeiçoamento muito grande do diagnóstico psiquiátrico, de maneira que se obteve uma especificidade neurobiológica
  - (B) diagnósticos em psiquiatria trazem intrinsecamente complexidade aos métodos de investigação, de maneira que uma abordagem ampla pode facilitar a compreensão desses diagnósticos
  - (C) os avanços em neurociências permitiram a substituição de antigas classificações, baseadas na opinião de especialistas, por classificações atuais, baseadas principalmente no conhecimento acumulado sobre a fisiopatologia dos transtornos mentais
  - (D) reconhece-se que eventos vitais (p.ex: desemprego, separações conjugais) podem desencadear transtornos mentais como depressão; entretanto, nessas circunstâncias, não se supõe que haja elementos neurobiológicos subjacentes relevantes a serem investigados