

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2017, DE 17 DE OUTUBRO DE 2016.

PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA
DESENVOLVIDOS EM HOSPITAIS, ATENÇÃO PRIMÁRIA E DEMAIS CENÁRIOS DE PRÁTICA DA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

PROGRAMA - 012

Psiquiatria da Infância e Adolescência (624)

Data e horário da prova: Domingo, 27/11/2016, às 14h

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; e,
 - um cartão de respostas ótico personalizado.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a numeração do cartão de respostas ótico estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva no espaço apropriado do cartão de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Amigos distantes, abrace-os.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação do cartão de respostas ótico.
- Somente após decorrida 1 (uma) hora do início da prova, você poderá entregar seu cartão de respostas ótico e o caderno de provas e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno de questões da prova objetiva após 3 (três) horas do início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada de material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer aparelho eletrônico de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação de provas na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos no cartão de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, escreva apenas no(s) campo(s) a ser(em) corrigido(s), conforme instruções no cartão de respostas.
- Leia atentamente cada item e assinale, no cartão de respostas ótico.
- O cartão de respostas ótico não pode ser dobrado, amassado, rasurado ou manchado e nem pode conter nenhum registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, as respostas da prova objetiva para o cartão de respostas, para a respectiva folha de resposta.
- A maneira correta de assinalar a alternativa no cartão de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

Realização

iades
Instituto Americano de Desenvolvimento

PSIQUIATRIA
Itens de 1 a 120

Paciente, sexo feminino, 36 anos de idade, é levada ao setor de emergência pelos irmãos. Ela afirma que, nas últimas seis semanas, sente que “não aguenta mais a pressão no trabalho”. Ela rompeu o namoro há seis semanas e, desde então, não tem conseguido dormir a noite. Emagreceu sem estar fazendo dieta alimentar e o respectivo apetite diminuiu. Diz que nada a interessa e que não consegue se concentrar tempo suficiente nem para ler um jornal. Ela não convive mais com os amigos, como fazia antes, e tende a ficar irritável com as mínimas provocações. Admite vir ouvindo, diariamente, e há cerca de uma semana, uma voz dizendo que ela não merece viver. Reconhece que, nos últimos dias, pensou muitas vezes em suicídio, mas não tem plano.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

1. Os sintomas desse transtorno devem estar presentes na maior parte do dia.
2. A característica essencial desse transtorno é um período de ao menos duas semanas de humor deprimido, com anormalidades das funções neurovegetativas, da atividade psicomotora e da cognição, assim como ansiedade e ideação suicida.
3. O curso é crônico e recorrente. Está frequentemente associado à incapacitação funcional e ao comprometimento da saúde física, embora os pacientes com esse transtorno não apresentem limitação das respectivas atividades e não utilizem tanto serviços de saúde.
4. A preferência por uma medicação, em relação à abordagem terapêutica para esse transtorno, é norteada pelas informações acerca do paciente e do contexto que ele apresenta, sendo considerado a adaptação pelo paciente, a tolerância e o custo.
5. A escolha entre o tratamento farmacológico e a psicoterapia depende do perfil de cada paciente, das preferências pessoais da história passada e da presença de fatores ambientais significativos e o tratamento combinado com ambos, especificamente para esse transtorno, não apresenta maior eficácia que ambas as técnicas isoladas.
6. O perfil de efeitos colaterais das medicações pode ajudar no manejo de sintomas associados a esse transtorno: medicamentos mais ativadores (bupropiona) podem ser preferidos em pacientes anérgicos, e medicamentos associados a ganho de peso (sertralina) devem ser evitados em pacientes obesos.
7. Os pacientes com esse transtorno apresentam o dobro da prevalência de transtorno do *deficit* de atenção e da hiperatividade em relação à população em geral, sendo a monoterapia com bupropiona uma boa escolha terapêutica para esses casos.
8. A adição de carbonato de lítio (em doses que atinjam concentrações séricas maiores que 0,6 mEq/L), T3 (em doses de 25 a 50 µg/dia) ou antipsicóticos atípicos são opções para a potencialização da abordagem terapêutica.

Paciente, grávida, 34 anos de idade, na 14^a semana de gestação, procura um psiquiatra com a queixa principal de tristeza, desânimo e choro fácil, que existe, nas palavras dela, desde que consegue lembrar. A paciente afirma que nunca se sentiu bem. Relata não dormir bem, mas ter um nível de energia razoável para fazer as atividades diárias. Nos últimos anos, o respectivo apetite vem sofrendo oscilações, porém não perdeu peso. Sente-se constantemente desatenta e tem dificuldade em tomar decisões no trabalho como operadora de caixa de supermercado. Percebe que está com a autoestima baixa, embora negue pensamentos de suicídio. Informa que foi hospitalizada há cinco anos por depressão maior e tratada, com sucesso, com um antidepressivo, mas não lembra qual. Relata que se sente deprimida há pelo menos 10 anos, e que o sentimento é constante e estável. Nega sintomas maníacos, psicóticos e abuso de drogas ou álcool. Não apresenta problemas clínicos.

Considerando o caso clínico, julgue os itens a seguir.

9. A depressão materna está associada ao menor crescimento intrauterino, parto prematuro e prejuízo cognitivo, comportamental e emocional na prole, além de existirem os riscos inerentes à própria depressão, como, o risco de suicídio.
10. Os anticonvulsivantes apresentam um risco teratogênico muito maior, comparados ao lítio, sendo o ácido valproílico considerado o anticonvulsivante com maior probabilidade teratogênica, e o respectivo uso deve ser evitado durante a gestação.
11. A carbamazepina pode ser usada durante a gravidez, desde que haja planejamento da gestação com suplementação de ácido fólico de mais cinco mg/dia, prévia à concepção e até a 12^a semana de gestação, realização de ultrassonografia e ecocardiografia da 16^a à 18^a semana de gestação e dosagem de α -fetoproteína, seguida de amniocentese.
12. O risco na gestação, quanto ao haloperidol e a clorpromazina, parece pequeno, porém há relatos de taxas mais altas de eventos neonatais associados ao respectivo uso que em relação à risperidona, a olanzapina e a quetiapina.
13. A característica essencial desse transtorno (distímia) é um humor depressivo que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos, ou por pelo menos um ano para crianças e adolescentes.
14. O tratamento farmacológico dos episódios agudos e de manutenção desse transtorno obedece às seguintes etapas: prescrição inicial de um antidepressivo de primeira escolha; aumento da dose; troca para um antidepressivo de outra classe; potencialização do antidepressivo ou combinações de antidepressivos; uso de IMAOs; e eletroconvulsoterapia.
15. Em relação à escolha da medicação, no caso de pacientes que já tenham recebido tratamento farmacológico para esse transtorno, opta-se pelo medicamento que foi eficaz e bem tolerado na agudização de um episódio anterior do paciente ou, até mesmo, de seus familiares.
16. A presença de risco de suicídio, ou de outros riscos que indiquem a necessidade de internação deve ser avaliada antes do início de qualquer tratamento, especialmente em quadros agudizados e graves.

Paciente, 56 anos de idade, foi trazido pelo irmão à unidade de pronto-atendimento hospitalar apresentando tremor, rigidez, bradicinesia e salivação excessiva. O irmão afirma que a dose de haloperidol foi aumentada há poucos dias, por um outro médico que atendeu o paciente. Relatou que o médico que o acompanha está em férias. Ao exame, percebe-se diminuição dos reflexos posturais.

Com base no caso clínico, julgue os itens a seguir.

17. A intervenção mais eficaz, nesse caso, é reduzir a dose do antipsicótico e, se essa medida não for possível e (ou) suficiente, deve-se iniciar o uso de anticolinérgicos imediatamente.
18. Caso esse paciente comece a apresentar rigidez muscular intensa, associada a movimentos coreicos e aumento da temperatura, além de nível de consciência alterado, deve-se suspeitar de síndrome neuroléptica maligna.
19. A taquicardia e a arritmia podem existir, nesse caso, e podem levar ao colapso cardíaco, sendo o diagnóstico confirmado com alterações de enzimas hepáticas e leucocitose (15.000 a 30.000) com desvio à esquerda, em 40% dos casos.
20. O uso concomitante de lítio também aumenta o risco para essa síndrome, cujo tratamento tem base na retirada do antipsicótico, seguida de medidas de suporte, como resfriamento, hidratação, oxigenação e ventilação mecânica.

Paciente, 22 anos de idade, chega ao setor de emergência dizendo “acho que estou enlouquecendo”. Afirma que nos últimos três meses, tem apresentado súbitos episódios de palpitações, sudorese, tremores, sensação de falta de ar, dor no peito, tontura, sensação de que vai morrer. Relata que o primeiro episódio ocorreu quando estava em casa sem pensar em “nada de relevante”, e que o episódio durou aproximadamente 20 minutos, embora tenha a sensação de ter sido muito mais. Desde então, tem tido episódios semelhantes uma ou duas vezes por dia, todos os dias, tendo, como consequência, uma constante preocupação com o momento em que ocorrerá o próximo ataque. Esteve na emergência do hospital duas vezes nas últimas semanas, convencido de estar sofrendo um infarto, mas os resultados de todos os exames solicitados foram normais. Nega uso de drogas e só usa álcool ocasionalmente.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

21. A situação trata de um transtorno crônico que afeta aproximadamente 5% da população ao longo da vida, atingindo duas vezes mais homens que mulheres, especialmente entre a terceira e a quarta década da vida.
22. Esse transtorno é caracterizado pela presença de ataques inesperados que ocorrem de forma recorrente e são caracterizados por surgimento abrupto de intensa sensação de medo ou grande desconforto.
23. Esses ataques ocorrem associados a sintomas físicos (palpitações, suor, tremores, falta de ar, sensação de desmaio, dor torácica, náusea ou desconforto abdominal, tontura, calorões, formigamento), dissociativos (desrealização ou despersonalização) ou cognitivos (medo de perder o controle ou medo de morrer).

24. Os antidepressivos inibidores seletivos da receptação de serotonina são os únicos fármacos de primeira linha, pelas fortes evidências de eficácia e pelo perfil de efeitos colaterais favoráveis, além de serem seguros e eficazes para a maioria das condições comórbidas.
25. A terapia cognitiva-comportamental, entre as psicoterapias, é a intervenção psicoterapêutica com os resultados mais consistentes, sendo o tratamento combinado com medicação superior a tratamentos em monoterapia.
26. As doses de ataque dos antidepressivos, combinados ou não a benzodiazepínicos, como o clonazepam ou o alprazolam, são uma opção em relação ao tratamento farmacológico de um quadro agudo.
27. A presença de fatores comportamentais, como hipervigilância e evitações fóbicas, que perpetuam os sintomas de ansiedade, podem ser causa de ausência de resposta ao tratamento instituído, devendo a dose da medicação ser elevada.
28. O paciente deve sempre ser orientado quanto ao fato de que esse transtorno é uma doença com recaídas frequentes, sendo o reaparecimento dos ataques sinônimo de recaída e sempre sendo indicada a reintrodução do medicamento.

Paciente, seis anos de idade, buscou atendimento psicológico por iniciativa dos pais, os quais apresentaram as seguintes queixas: agressividade, falta de limites, agitação, impulsividade e desatenção em casa. Segundo os pais, a procura por apoio profissional foi motivada também por constantes reclamações da escola (professores, coordenadora e diretora) a respeito do comportamento da filha.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

29. Esse caso clínico é considerado um transtorno do neurodesenvolvimento, sendo um dos mais comuns em crianças e adolescentes, caracterizado pelo binômio sintomatológico de desatenção e hiperatividade.
30. Entre as comorbidades psiquiátricas mais associadas a esse transtorno na infância, as mais prevalentes são o transtorno depressivo maior, os transtornos de ansiedade e o transtorno de aprendizagem.
31. Entre os indivíduos adultos diagnosticados com esse transtorno, cerca de 70% têm alguma comorbidade, sendo as mais frequentes o transtorno por uso de substâncias (21%) e o transtorno de personalidade antissocial (17%).
32. Dos pacientes com esse transtorno, cerca de 60%, permanecem com sintomas e (ou) prejuízo significativos ao redor dos 20 anos de idade, com apenas 10% apresentando remissão plena, sendo a prevalência em adultos na comunidade igual a 2,5%.

Área livre

Paciente, sexo masculino, 24 anos de idade, procura um psiquiatra com a queixa de tristeza e falta de vontade de fazer as coisas. Afirma que foi espancado e estuprado há um ano, por dois desconhecidos, no estacionamento de um supermercado. Desde então, “as coisas nunca mais foram as mesmas”. Relata que fica irritado e zangado com a namorada sem razão aparente e que se sente emocionalmente desconectado dela. Tem sono inquieto e apresenta dificuldade de concentração no trabalho como técnico de enfermagem. Tem pesadelos sobre o estupro, nos quais o fato volta a acontecer. O paciente contou a poucas pessoas o que ocorreu e se esforça ao máximo para não pensar no assunto. Evita se aproximar do local onde ocorreu o evento. Nega outras queixas.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

33. Esse transtorno, no DSM-5, foi alocado no capítulo dos transtornos ansiosos, e os sintomas devem ter duração de pelo menos um mês.
34. Esse transtorno pode ocorrer em qualquer idade a partir do primeiro ano de vida. Os sintomas geralmente se manifestam dentro dos primeiros três meses depois do trauma, embora possa haver um atraso de meses, ou até anos, antes de os critérios para o diagnóstico serem atendidos.
35. Os indivíduos acometidos por esse transtorno são 80% mais propensos que aqueles sem o transtorno a ter sintomas que satisfaçam os critérios diagnósticos de pelo menos um outro transtorno mental, sendo os transtornos por uso de substância e o transtorno da conduta os mais comuns no sexo masculino.
36. A complexidade, a gravidade e a cronicidade dos sintomas desse transtorno geralmente requerem tratamento combinado com fármacos e psicoterapia, havendo evidências que mostram a superioridade dos tratamentos individuais em relação àqueles em grupo.
37. A terapia cognitiva-comportamental é parte de um vasto grupo de terapias com base nos princípios de aprendizado, processos cognitivos e condicionamento, além da associação livre para acesso ao inconsciente.
38. Os sintomas de evitação e de hiperatividade costumam responder melhor aos antipsicóticos e ao topiramato, enquanto os sintomas de reexperiência, aos antidepressivos.
39. Os benzodiazepínicos não parecem ser eficazes no tratamento desse transtorno, embora geralmente sejam considerados eficazes para tratamento dos transtornos de ansiedade.
40. A trazodona e a trazodona mostraram resultados positivos no tratamento dos pesadelos e da insônia, bastante comuns nesse transtorno.

Um casal chega ao consultório psiquiátrico para pedir auxílio quanto à possibilidade de usar ou não um medicamento. Durante a entrevista, a mulher afirma estar amamentando um bebê de três meses de vida. Nessa hora, o marido interrompe e diz: “mas ela também está tomando essa medicação aqui, doutor!”. A medicação que ele tem nas mãos é o haloperidol 1 mg, que, segundo a paciente, foi introduzido desde o início da gestação para sintomas de tristeza. Já ao final da consulta, a paciente confessa ter feito uso também de fluoxetina, tendo parado por achar que estava ficando muito inchada com a medicação.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

41. Todos os antipsicóticos são excretados no leite materno, mas a clorpromazina e a olanzapina são em menores taxas, estando a olanzapina associada a efeitos colaterais no neonato, devendo a dose do medicamento ser fracionada para evitar picos de concentração.
42. Uma vez que os benzodiazepínicos são detectados no leite, essa classe de medicamentos deve ser evitada durante a lactação, podendo-se optar pelos indutores do sono, como zolpidem.
43. A carbamazepina, o ácido valpróico, a lamotrigina e a oxcarbazepina são medicações proscritas para o tratamento durante a lactação, sendo o lítio uma opção terapêutica segura.
44. As evidências atuais, na lactação, são mais favoráveis ao uso da nortriptilina, entre os antidepressivos tricíclicos, e da sertralina e da paroxetina, entre os inibidores seletivos da recombinação da serotonina.

Paciente, sexo masculino, 44 anos de idade, tabagista há cerca de 30 anos (20 cigarros/dia), procura ajuda psiquiátrica porque decidiu parar de fumar. Durante a anamnese, ele conta que também faz uso de maconha e que, em relação a essa substância, não sabe se está preparado ou se vai conseguir parar o uso. No decorrer da entrevista, mostra-se ambivalente também quanto à cessação do tabagismo.

Com base no caso apresentado, julgue os itens a seguir.

45. O tratamento para a dependência de nicotina compreende técnicas psicoterápicas cognitivo-comportamentais dirigidas para a mudança de hábitos do fumante e para o controle dos sintomas de abstinência, combinadas com psicofármacos (bupropiona, vareniclina e reposição de nicotina).
46. O teste de Fagerström é uma escala importante no momento de avaliar a gravidade da dependência de nicotina. Nesse caso, se o paciente se encontra ambivalente em relação à parada do consumo, é recomendado que seja administrada a terapia de reposição de nicotina com adesivo, por ter esta maior adesão ao tratamento.
47. As maiores preocupações relacionadas ao uso da vareniclina estão vinculadas a possíveis efeitos adversos cardiovasculares e neurológicos, devendo ser evitada nos casos em que haja história prévia de episódios convulsivos.
48. A intoxicação por maconha pode desencadear sintomas de *deficit* de aprendizagem, distúrbios da memória e da atenção e diminuição da capacidade motora e da motivação, sendo o tratamento de escolha o uso de antipsicóticos.

Área livre

Paciente, sexo masculino, 31 anos de idade, é levado ao setor de emergência pelos vizinhos, depois de ter sido encontrado dizendo: “foram as vozes que me mandaram fazer isso”. Relata que, no último ano, percebeu que “as pessoas não são quem elas dizem ser”. Relata ouvir vozes dando-lhe ordens para fazer “coisas ruins” e que, em geral, existem duas ou três vozes falando. Nega usar drogas ou álcool, embora afirme já ter fumado maconha. Diz que interrompeu o hábito nos últimos seis meses, porque não tem mais dinheiro e porque a maconha contribuía para as vozes. Nega uso de medicamento.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

49. Os sintomas característicos dessa enfermidade envolvem uma gama de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, sendo a presença de delírios (sintomas positivos) patognomônica do transtorno.
50. Os sintomas de humor e os episódios completos de humor são comuns nesse transtorno e podem ocorrer concomitantemente com a sintomatologia da fase ativa, não sendo necessária a presença de delírios ou alucinações na ausência de episódios de humor.
51. A prevalência desse transtorno, ao longo da vida, parece ser de 0,3% a 0,7%, e o início pode ser abrupto ou insidioso, com a maioria dos indivíduos manifestando um desenvolvimento rápido e agudo de uma variedade de sinais e sintomas clinicamente importantes.
52. A abordagem medicamentosa para esse transtorno deve ser dos antipsicóticos de segunda geração (como risperidona, olanzapina, ziprasidona, quetiapina), por possuírem menores efeitos colaterais e maior eficácia terapêutica.
53. O uso de pelo menos três antipsicóticos em dose terapêutica, por seis semanas, é um dos critérios para caracterização de um quadro de refratoriedade desse transtorno.
54. Para o tratamento dos sintomas negativos dessa enfermidade, é necessário avaliar se esses são secundários à depressão comórbida. Nesse caso, recomenda-se a otimização da dose do antipsicótico em uso.
55. O uso concomitante de estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) e clozapina em pacientes ultra-refratários tem se mostrado efetivo, sendo recomendado que esses pacientes recebam de 12 a 20 sessões em dias alternados.
56. O tratamento de pacientes com quadros de acatisia inclui a diminuição da dose do antipsicótico e a adição de α -1- adrenérgicos, especialmente a clonidina (0,1 mg/dia com aumento gradual de até 0,4 mg/dia) ou benzodiazepínicos.

Paciente, sexo feminino, 28 anos de idade, chega ao respectivo clínico com queixa de mialgia, inquietude, perda de concentração e insônia. Afirma que, durante toda a vida, sempre sentiu uma considerável tensão muscular, mas que isso piorou nos últimos sete meses. Descreve-se como alguém que se preocupa muito e, desde que havia tido o primeiro filho, no ano anterior, sua preocupação tinha aumentado. Não consegue parar de se preocupar, mesmo quando se esforça ativamente para isso. Preocupa-se com

uma série de situações – a relação do Brasil com outros países; a recente crise nas escolas do país; o resultado das eleições nos EUA; a decisão do campeonato brasileiro; se ela e o marido conseguirão pagar a faculdade do filho; a saúde do marido; e o mercado de capitais e a atual crise econômica, ética, moral, política e social no país. Nega outros sintomas e o uso de substâncias.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

57. A idade média de início do transtorno é 30 anos. Os sintomas tendem a ser crônicos e têm remissões e recidivas ao longo da vida, flutuando entre formas sindrômicas e subsindrômicas do transtorno, sendo as taxas de remissão completa muito baixas.
58. A comorbidade com transtornos por uso de substâncias, da conduta, psicóticos, do neurodesenvolvimento e neurocognitivos é bastante comum.
59. Os indivíduos do sexo masculino com esse transtorno têm idade mais precoce de início do que os do sexo feminino: cerca de 20% dos homens têm o transtorno antes dos 10 anos.
60. Esse transtorno assemelha-se ao transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva pela presença de pensamentos intrusivos, imagens ou impulsos, ou por comportamentos repetitivos que são executados em resposta a essas intrusões.
61. Os inibidores seletivos da receptação da serotonina são considerados como de primeira linha para o tratamento desse transtorno, especialmente o escitalopram, a paroxetina e a sertralina.
62. A duloxetine, aprovada para uso nesse transtorno desde 2007, foi mais eficaz que o placebo para controle da ansiedade, inclusive em pacientes com mais de 65 anos de idade, mas teve magnitude de melhora inferior à da venlafaxina de liberação prolongada.
63. Os resultados de ensaios clínicos randomizados e de metanálises indicam que a pregabalina é eficaz tanto no tratamento agudo quanto na prevenção de recaídas desse transtorno, o que a colocou como primeira escolha, seguida da venlafaxina e dos inibidores seletivos da receptação de serotonina.
64. O efeito ansiolítico da pregabalina só começa a agir entre a segunda e a quarta semana de uso, tanto para os sintomas físicos quanto psíquicos desse transtorno, e as doses utilizadas variam de 150 mg a 600 mg.

Área livre

Paciente, sexo masculino, 43 anos de idade, é levado ao psiquiatra por um amigo porque, desde o acidente que matou a esposa, tem estado fora do normal. Conta que há uma semana, uma grande chuva atingiu o bairro onde mora. A respectiva casa foi destruída e a esposa, com quem estava casado há dois anos, foi morta. Diz que se sente como se “estivesse em transe – isso não pode ser real”. Relata que se sente anestesiado e desconectado de tudo e de todos. Relata que, quando fecha os olhos tudo o que vê é a imagem da esposa sendo enterrada pelos escombros, e ouve o ruído estrondoso das casas caindo pelas águas da enchente. Segundo ele, desde aquele momento, isolou-se das demais pessoas o máximo possível para não ter de falar a respeito do que aconteceu. Não dorme bem há vários dias e, quando ouve um barulho alto, acha que a enchente está voltando, o que o deixa ansioso e sobressaltado. Não tem conseguido trabalhar e nega outros sintomas.

Considerando o caso apresentado, julgue os itens abaixo.

65. A característica essencial desse transtorno é o desenvolvimento de sintomas típicos que duram da hora inicial da ocorrência do evento a 48 horas após a exposição a um ou mais eventos traumáticos.
66. Os estados dissociativos, nesse transtorno, podem durar desde poucos segundos até muitas horas, ou até mesmo dias, durante os quais componentes do evento são revividos e o indivíduo se comporta como se estivesse vivenciando o evento naquele momento.
67. A apresentação clínica desse transtorno pode variar de acordo com o indivíduo, mas, em geral, envolve uma resposta de rebaixamento do humor que inclui alguma forma de revivência ou da reatividade ao evento traumático.
68. O evento traumático pode ser revivido de diversas maneiras, com o paciente comumente tendo delírios recorrentes e intrusivos do evento. Esses delírios são confabulações recorrentes espantosas ou desencadeadas do evento que geralmente ocorrem em resposta a um estímulo que relembra a experiência traumática.
69. Os indivíduos com transtorno de estresse agudo costumam adotar pensamentos catastróficos ou extremamente negativos a respeito do respectivo papel no evento traumático, da própria resposta à experiência traumática ou da probabilidade de danos futuros.
70. A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda, para tratamento desse transtorno, apenas a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma apresenta nível de evidência suficiente para ser indicada para crianças, adolescentes e adultos.
71. Os antidepressivos geralmente são a primeira linha de escolha no tratamento desse transtorno, tendo boa resposta terapêutica.
72. A postura daqueles que atendem à vítima e aos respectivos familiares e as orientações fornecidas são fundamentais no período que se segue ao trauma, ao facilitar uma reação emocional negativa (por exemplo, *debriefing*).

Paciente, sexo masculino, 21 anos de idade, foi levado ao psiquiatra por vir apresentando comportamentos incomuns. Ele conta objetos, lava as mãos e controla as fechaduras da casa compulsivamente, apresenta pensamentos obsessivos

acerca de contaminação com germes e, às vezes, tem um tique facial. Conta que os pais informaram que ele havia tido episódios semelhantes na infância, mas de curta duração. O episódio atual já dura um mês e meio. Nega outras queixas ou uso de substâncias.

Com base no caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

73. O abuso físico e sexual na infância e outros eventos estressantes ou traumáticos foram associados a um risco aumentado para o desenvolvimento desse transtorno.
74. O sexo feminino tem idade de início mais precoce desse transtorno que o masculino, além de maior probabilidade de ter transtornos de tique comórbidos.
75. O início ou a exacerbação desse transtorno, assim como os sintomas que podem interferir na relação mãe-bebê, foram relatados no período periparto.
76. Foram relatadas diferenças de gênero no padrão das dimensões dos sintomas; por exemplo, com o sexo feminino tendo maior probabilidade de apresentar sintomas na dimensão da ansiedade, e o masculino, nas dimensões dos pensamentos proibidos e de simetria.
77. A farmacoterapia e a terapia cognitivo-comportamental de exposição e prevenção de resposta são consideradas tratamentos de primeira linha para esse transtorno, sendo os antidepressivos de qualquer classe os medicamentos que demonstraram eficácia terapêutica.
78. Os fatores associados a pouca ou nenhuma resposta aos fármacos no tratamento desse transtorno incluem: obsesões de conteúdo religioso e sexual, acumulação compulsiva, *insight* pobre ou ausente e início precoce.
79. Pacientes com esse transtorno e com tiques, com história familiar de tiques e com sintomatologia mais grave parecem responder melhor quando estabilizadores do humor são associados ao tratamento.
80. Para os pacientes que têm um transtorno crônico e que apresentaram boa resposta usando apenas medicamento, a medicação deve ser mantida por pelo menos um ano após o desaparecimento dos sintomas. Caso esses pacientes tenham realizado também terapia comportamental, o antiobsessivo pode ser retirado logo em seguida.

Paciente, sexo masculino, 35 anos de idade, procura o respectivo clínico com a queixa principal de cansaço nos últimos oito meses. Ele afirma que pega no sono com facilidade, mas acorda várias vezes durante a noite. Diz que o problema começou quando sofreu uma lesão no trabalho, há oito meses. Ao ser indagado, relata tristeza e desânimo, especialmente no que se refere a ser incapaz de exercer as funções profissionais. Afirma que o respectivo consumo de álcool é de seis a 12 doses de cachaça por dia, assim como algumas “latinhas de cerveja para aliviar a dor”. Revela que agora precisa de mais álcool que antes para relaxar e que, muitas vezes, a primeira coisa que faz pela manhã é beber para não sentir tremores. Além disso, nos últimos quatro meses, passou a fazer uso de cocaína diariamente para “tentar sair do marasmo”, o que afirma “melhorar por um tempo e depois afundar na mágoa de novo”.

Com base nesse caso clínico, e considerando os conhecimentos médicos a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

81. O paciente pode apresentar elevação importante de transaminases (cinco vezes acima do limite da normalidade), por inibir a aldeído desidrogenase, enzima que metaboliza o primeiro metabólito do etanol, o acetaldeído.
82. A hipovitaminose de tiamina, que deve ser ministrada a todos os pacientes em abstinência de álcool para prevenção do *delirium tremens*, deve ser evitada. Nesse caso, devem ser prescritos 500 mg de tiamina, por via IV (diluídos em 100 mL de SF 0,9%), três vezes ao dia, por três dias ou até remissão dos sintomas.
83. Durante a abstinência de cocaína, que ocorre já nas primeiras horas após a parada do uso, surgem disforia importante, cansaço, aumento da necessidade de sono e culpa pelo uso, acontecendo a fissura já nessa fase, que é acompanhada de irritabilidade, anedonia e humor deprimido.
84. A estratégia de tratamento do transtorno por uso de cocaína deve focar na abordagem farmacoterápica (dissulfiram, topiramato, antidepressivos e antipsicóticos), sempre procurando atingir a abstinência e minimizar o risco de recaída.

Paciente, 21 anos de idade, é trazido ao setor de emergência depois de ser encontrado na garagem da respectiva casa, trabalhando freneticamente em um projeto que, segundo ele, resolveria a crise de combustível mundial. O jovem afirma que o pipoqueiro que trabalha na respectiva faculdade é um espião estrangeiro das grandes potências petrolíferas e que estava tentando impedir o progresso do paciente. Não consegue parar de falar sobre o projeto e não deixa ninguém mais falar. Nas últimas semanas, tem lido sobre geopolítica do petróleo até tarde da noite e dormido muito pouco. Apesar disso, parece ter muita energia e surpreende os amigos com planos detalhados de como vai salvar o mundo.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

85. Depois que uma pessoa com esse transtorno teve um episódio maníaco com características psicóticas, há maior probabilidade de os episódios maníacos subsequentes incluírem características psicóticas.
86. Os indivíduos do sexo feminino com esse transtorno têm maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos e maior risco ao longo da vida, de transtorno por uso de álcool que os indivíduos do sexo masculino.
87. O risco de suicídio, ao longo da vida, em pessoas com essa enfermidade é estimado em pelo menos 15 vezes o da população em geral.
88. Os transtornos mentais comórbidos são comuns, sendo os mais frequentes os transtornos de ansiedade (ataques de pânico, transtorno de ansiedade social, fobia específica), que ocorrem em cerca de três quartos dos indivíduos.
89. O lítio, a lamotrigina e a quetiapina são medicações recomendadas como tratamento de primeira linha no manejo agudo do episódio depressivo desse transtorno.
90. Os pacientes com ciclagem rápida tendem a apresentar melhor evolução da doença, tendo o lítio melhor eficácia em relação aos anticonvulsivantes, tanto para o tratamento agudo quanto para o de manutenção.

91. A carbamazepina e o haloperidol são medicações de segunda linha e devem ser usados no caso de falha terapêutica na tentativa com as medicações de primeira escolha (ácido valpróico, lítio e antipsicóticos atípicos).
92. A gabapentina e o topiramato possuem boa eficácia para o tratamento de episódios de mania aguda.

Paciente, 14 anos de idade, é levada ao médico pela mãe, que afirma estar muito preocupada com o fato da filha vir perdendo peso de forma constante. A adolescente nega haver problema e declara que de modo algum está abaixo do peso. O médico, após exame físico, evidencia que a adolescente mede 1,65 m e pesa 38 kg.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

93. A restrição persistente da ingestão calórica, comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes para impedir o ganho de peso e autoavaliação indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais são os três aspectos essenciais para o diagnóstico desse transtorno.
94. A anorexia nervosa começa geralmente durante a adolescência ou na idade adulta jovem. Raramente se inicia antes da puberdade ou depois dos 40 anos.
95. O achado mais marcante no exame físico de pacientes com esse transtorno é a presença de cáries, pela perda significativa e permanente do esmalte dentário, em razão dos vômitos recorrentes, e de glândulas salivares, sobretudo as glândulas parótidas, hipertrofiadas.
96. O transtorno obsessivo-compulsivo é descrito em alguns indivíduos com o transtorno descrito, especialmente naqueles com o tipo purgativo, enquanto o transtorno por uso de álcool e outras substâncias é descrito entre aqueles com o tipo compulsão alimentar restritiva.

Paciente, 34 anos de idade, é hospitalizada na unidade psiquiátrica devido à ideação suicida. Exigente, inicia o primeiro contato com o psiquiatra relatando que está desesperada e aborrecida. Relata uma história de mais de cinco anos de rápidas crises episódicas de ansiedade e de depressão, além de várias tentativas suicidas e comportamento impulsivo, nunca se fixando em um emprego, e, também, promiscuidade sexual. Pergunta ao médico se poderia ser lésbica, embora a maior parte das respectivas experiências sexuais tenha sido com homens. Após alguns dias internada, ela reclama para o psiquiatra que todas as enfermeiras no andar não sabem o que estão fazendo e que são mal-educadas. Mais tarde, diz à enfermeira responsável que ela é a melhor em todo o andar e que gostaria que o psiquiatra se importasse com o bem-estar dela tanto quanto a enfermeira.

Considerando o caso clínico apresentado, julgue os itens a seguir.

97. A característica essencial desse transtorno é um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos.

- 98.** As características essenciais desse transtorno são a emocionalidade excessiva e difusa e o comportamento de busca de atenção, que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos.
- 99.** Os indivíduos com esse transtorno geralmente exigem admiração excessiva e sua autoestima é quase invariavelmente muito frágil.
- 100.** Os indivíduos com esse transtorno podem ter dificuldades especiais de adaptação ao surgimento de limitações físicas e profissionais inerentes ao processo de envelhecimento.

Paciente, sexo feminino, 18 anos de idade, é trazida ao psiquiatra pela mãe após sentir-se mal durante apresentação de um trabalho na faculdade. A paciente, que está no segundo ano do curso de jornalismo, relata que não foi a primeira vez que sentiu esse mal-estar e que esses episódios já ocorrem há anos, sempre que ela tem que falar em público ou escrever na frente de outra pessoa. Nega outras queixas.

Com base nesse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 101.** A característica essencial desse transtorno é um medo ou ansiedade acentuados ou intensos de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado pelos outros.
- 102.** O início desse transtorno pode ocorrer no princípio da infância e pode se seguir a uma experiência estressante ou humilhante, ou pode ser insidioso, desenvolvendo-se lentamente.
- 103.** Timidez normal, agorafobia, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, mutismo seletivo, transtorno dismórfico corporal e transtorno delirante podem ser diagnósticos diferenciais desse transtorno.
- 104.** Esse transtorno é associado a ser solteiro, não casado ou divorciado e sem filhos, particularmente entre os homens, que geralmente buscam tratamento somente depois de 15 a 20 anos com os sintomas.

Uma psiquiatra é chamada para atender um homem de 73 anos de idade que começou a gritar que havia intrusos desconhecidos no respectivo quarto de hospital. O paciente havia sido submetido a um procedimento de revascularização miocárdica três dias antes e parecia estar se recuperando bem e sem complicações. Após a ter visto, na noite anterior, vários soldados prontos para a saída do quarto e que eles não falavam nada, mas que tinha certeza de que iriam fazer algo contra ele. Nunca encicou nada de incomum antes e não apresenta história prévia psiquiátrica. As enfermeiras do turno da noite relatam que ele estava agitado e inquieto, embora, em alguns momentos durante a noite, também estivesse desorientado e estuporoso, condição que não fora observada nas noites anteriores. Ao exame, o paciente estava alerta e orientado para pessoa e lugar, mas achava que a data era vários meses antes da data real. Sem outras alterações no exame do estado mental.

Considerando esse caso, julgue os itens a seguir.

- 105.** A característica essencial desse transtorno é uma perturbação da atenção ou da consciência, acompanhada de uma mudança na cognição basal, que não pode ser mais bem explicada por algum transtorno neurocognitivo preexistente ou em desenvolvimento.

- 106.** Essa perturbação aparece durante longo período de tempo, em geral insidiosa, com piora após o período inicial da manhã, quando diminuem os níveis séricos de cortisol.
- 107.** Além de achados laboratoriais característicos de condições médicas subjacentes, costuma haver atividade rápida generalizada no eletrencefalograma, sendo ocasionalmente encontrada atividade lenta em alguns casos desse transtorno em razão da abstinência de álcool.
- 108.** Os transtornos psicóticos, transtornos bipolar e depressivo com características psicóticas, transtorno de estresse agudo, doença de Alzheimer, transtorno factício e simulação são diagnósticos diferenciais desse transtorno.

Paciente, 45 anos de idade, adotou uma nova identidade em uma praia distante 150 km de sua cidade de origem e não lembra nada da respectiva vida prégressa. Segundo relato da irmã, aparentemente esse evento foi desencadeado após ele saber, naquele dia, que a esposa havia tido o segundo aborto espontâneo.

No que se refere a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

- 109.** Esse transtorno é basicamente caracterizado por uma perturbação e (ou) descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento.
- 110.** O início desse transtorno costuma ser súbito e histórias de trauma, abuso infantil e vitimização são comuns.
- 111.** A perda de memória em indivíduos com fuga dissociativa é sempre reversível, por não ser um transtorno de origem orgânica.
- 112.** O comportamento suicida é atenuado, em particular quando a amnésia cede repentinamente e alivia o indivíduo.

Paciente é trazido ao psiquiatra pelo filho para avaliação diagnóstica. O filho relata que o pai, já há alguns anos, começou a ter “esquecimentos”, que foram piorando com o passar do tempo, chegando ao ponto de não mais reconhecer objetos, como o controle remoto, e já ter tido um episódio em que se perdeu no bairro após terem deixado o portão aberto. Afirma que ultimamente o pai só fica em casa e não consegue mais fazer atividades que costumava fazer antes, como aguar o jardim.

Com base nesse caso clínico, e considerando os conhecimentos (médicos) a ele relacionados, julgue os itens a seguir.

- 113.** A avaliação neurológica em pacientes com demência frontotemporal, um diagnóstico diferencial do transtorno descrito, costuma revelar história de acidente vascular cerebral e (ou) de episódios isquêmicos transitórios, além de sinais indicativos de infartos cerebrais.
- 114.** As pessoas com essa doença estão mais prejudicadas funcionalmente do que o esperado para os respectivos *deficits* cognitivos quando comparadas a indivíduos com outras demências, tendo alucinações recorrentes.
- 115.** A suscetibilidade genética ao polimorfismo da apolipoproteína E4 aumenta o risco e reduz a idade do início dessa enfermidade, especialmente em indivíduos homocigóticos.

- 116.** A depressão psicótica, a agitação, a agressividade e a irritabilidade, além da perambulação, costumam ser encontradas no estágio leve desse tipo de demência.
- 117.** O uso de inibidores de acetilcolinesterase está indicado para essa doença, assim que for feito o diagnóstico, podendo ser introduzido já na fase leve.
- 118.** A donepezina, a galantamina, a tacrina e a rivastigmina são indicadas para tratamento desse transtorno e apresentam eficácia terapêutica equivalente na ação de retardar a progressão da doença.
- 119.** A memantina é um antagonista não competitivo dos receptores NMDA, atuando nos receptores de glutamato e diminuindo a excitotoxicidade neuronal provocada por esse aminoácido.
- 120.** A memantina, pela respectiva ação de antineurodegeneração, está indicada nas fases leve, moderada e grave desse transtorno.

Área livre

PROVA APLICADA