



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2019, DE 27 DE AGOSTO DE 2018.

**PROGRAMAS – GRUPO 012**

**Psiquiatria da Infância e Adolescência (624).**

**Data e horário da prova:**

*Domingo,  
21/10/2018, às 14 h.*

## INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
  - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
  - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas 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 da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

***O segredo do sucesso é saber o que ninguém mais sabe.***

- 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 da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova 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 na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

**Tipo “U”**

**Caso hipotético para responder aos itens referentes a casos clínicos do paciente M. A. B.**

**Ao longo da prova as iniciais M. A. B. referem-se ao mesmo paciente.**

O paciente M. A. B., de 21 anos de idade, após passar por situação estressante na faculdade, começou a falar de modo atrapalhado, dizendo que estava sendo traído pelos próprios professores e colegas. Sentia que eles estavam fazendo uma pesquisa científica a respeito dele, a qual seria publicada no rádio e na televisão. Aos poucos, foi ficando exaltado, passou a falar sem parar e, na faculdade, chegou a cantar e esbravejar, dizendo que todos o estavam perseguindo. Na faculdade e em casa, continuou falando e dando risadas sozinho, sem dormir.

Considerando que M. A. B. foi levado para atendimento em um pronto atendimento, com interconsulta psiquiátrica, julgue os itens a seguir.

1. O psiquiatra de emergência não deve se ater a questões médico-legais e de assistência médica administrada, devendo se preocupar primordialmente com o atendimento clínico-psiquiátrico.
2. A equipe, com o intuito de otimizar o atendimento de urgência, deve inicialmente desfazer e desconsiderar as diversas expectativas e fantasias apresentadas pelo paciente, as quais, com frequência, estão distantes da realidade e acabam influenciando a reação dele ao tratamento.
3. Setores de emergência psiquiátrica, para onde o paciente fora levado, são usados tanto por homens quanto por mulheres, e mais por indivíduos solteiros do que casados. Aproximadamente 20% desses pacientes são suicidas, e cerca de 10% são violentos.
4. Se M. A. B. está psicótico, isso se refere mais ao diagnóstico e menos à gravidade dos respectivos sintomas e ao quanto eles causam perturbação na vida dele. Seu grau de retraimento da realidade objetiva, o nível de afetividade, o funcionamento intelectual e o grau de regressão são parâmetros importantes.
5. O paciente M. A. B. pode ser violento por diversos motivos, e a entrevista inicial deve tentar averiguar a causa subjacente desse comportamento. Nesse caso, os melhores previsores de comportamento violento são ingestão excessiva de álcool, história de atos violentos, com prisões ou atividade criminosa, e história de abuso na infância.
6. O psiquiatra de emergência deve ser pragmático ao entrevistar o paciente. Ele precisa evitar o uso de mais de um tipo de intervenção terapêutica disponível, para não confundir o paciente e não piorar a crise, devendo ter, já de início, uma importante preocupação com o relacionamento terapêutico.
7. Após investigação clínica adequada, no caso de o paciente M. A. B. receber o diagnóstico de intoxicação por álcool idiossincrática, com comportamento agressivo ou de ataque, não haveria necessidade de tratamento, além de ambiente protegido. Já no caso da síndrome de Korsakoff, a institucionalização provavelmente se faria necessária.

8. Se, após o atendimento minucioso, fosse constatado que M. A. B. estava com sintomas compatíveis com um quadro de transtorno do estresse pós-traumático, o uso de antipsicóticos deveria ser priorizado se ele concordasse; haveria também a necessidade de se preconizar intervenção familiar intensiva e hospitalização, caso necessário.

---

Considerando um possível diagnóstico de primeiro surto psicótico com características maníacas e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

9. O descarrilamento, uma sucessão de associações múltiplas, de maneira que os pensamentos parecem passar de repente de uma ideia para outra, seria uma alteração formal do pensamento, com grandes chances de ser encontrada.
10. A maioria das teorias acerca da mania considera os episódios maníacos uma defesa contra a depressão subjacente, que também pode resultar de um superego tirânico, que produz autocritica intolerável, que é então substituída pela autossatisfação eufórica.
11. Um episódio maníaco claramente precipitado por tratamento antidepressivo não indica transtorno bipolar I, que pode ser recorrente quando os episódios maníacos são considerados distintos e são separados por pelo menos dois meses sem sintomas significativos de mania ou hipomania.
12. Pacientes com transtorno bipolar I, com ciclagem rápida, precisam ter pelo menos quatro episódios dentro de um período de 12 meses, e o diagnóstico diferencial inclui transtornos bipolar I, bipolar II, ciclotímico, do humor causado por uma condição médica geral, transtorno do humor induzido por substância e os transtornos da personalidade borderline, narcisista, histriônica e antisocial.
13. Com muita frequência, o transtorno bipolar I, começa com mania (75% das vezes em mulheres, 67% em homens), com a maioria dos pacientes experimentando tanto episódios maníacos quanto depressivos, ainda que de 10% a 20% experimentem apenas episódios maníacos.
14. Quando os tratamentos padrão falham (lítio e ácido valproico, por exemplo), outros tipos de compostos podem se revelar eficazes, como o antagonista do canal de cálcio verapamil, que tem eficácia antimaniaca aguda.
15. A eletroconvulsoterapia (ECT) unilateral é eficaz na mania aguda e é reservada para pacientes com mania refratária rara e para aqueles com complicações clínicas, bem como exaustão extrema (hipertermia maligna ou catatonia letal).
16. Clonazepam e lorazepam, pela segurança e pelo perfil de efeito colateral benigno, podem ser eficazes e são amplamente utilizados para tratamento adjuvante de agitação maníaca aguda, insônia, agressividade e disforia.

A respeito do caso do paciente M. A. B., sabe-se que, quando foi atendido, ele confirmou que a televisão falava dele em todos os canais e, mesmo com a TV desligada, ouvia toda hora que o chamavam pelo nome. Ao mesmo tempo, referia que tinha estado em Cuba e na União Soviética e que fora vítima de um plano político.

Na hipótese de M. A. B. receber o diagnóstico de esquizofrenia, após anamnese com informações de terceiros, e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

17. O termo esquizofrenia foi cunhado inicialmente por Emil Kraepelin, substituindo o termo *dementia precox* na literatura e que havia sido criado por Benedict Morel.
18. Em ambos os sexos, esse transtorno exhibe uma distribuição etária bimodal, com um segundo pico ocorrendo na meia-idade, sendo igualmente prevalente e apresentando melhor resultado para mulheres do que para homens.
19. O suicídio é a principal causa de morte prematura entre pessoas com esquizofrenia, cujo perfil do paciente com maior risco é o seguinte: homem idoso que já teve altas expectativas, declinou de um nível superior de funcionamento, percebeu a probabilidade dos próprios sonhos nunca se realizarem e perdeu a fé na eficácia do tratamento.
20. O transtorno esquizofreniforme difere da esquizofrenia porque os respectivos sintomas têm duração de pelo menos um mês, mas menos de seis meses, enquanto, no transtorno psicótico breve, os sintomas duram pelo menos um dia e menos de um mês.
21. Os medicamentos utilizados no tratamento da esquizofrenia têm uma ampla variedade de propriedades farmacológicas, mas todos têm em comum a capacidade de antagonizar os receptores de dopamina pré-sinápticos no cérebro, sendo a clorpromazina o primeiro a ser introduzido, em 1952.
22. Os sintomas psicóticos agudos, geralmente associados com agitação grave, delírios e alucinações, requerem atenção imediata e, em geral, duram de quatro a oito semanas.
23. A cetamina é um agente anestésico dissociativo, que funciona no nível do receptor de NMDA e pode causar alucinações e um estado dissociativo em que o paciente desenvolve uma sensação alterada do corpo e da realidade e pouca preocupação com o próprio ambiente.
24. Sintomas psicóticos são raros em associação ao uso de esteroides anabolizantes, mas, com frequência, esses sintomas consistem em delírios paranoides e de grandiosidade, em geral ocorrendo durante um episódio de mania e, na maioria dos casos relatados, desaparecendo imediatamente após a descontinuação do agente nocivo.

Levando-se em conta que o paciente M. A. B. apresentou histórico de transtorno dissociativo no passado e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

25. A síndrome de Ganser é uma condição caracterizada pela paralogia, juntamente com um enevoamento da consciência com frequência acompanhado de alucinações e outros sintomas dissociativos, somatoformes ou de conversão.

26. Uma perturbação aberta, florida e dramática é verificada, e é encontrada naqueles que sofrem trauma agudo extremo, podendo ocorrer alterações de consciência, de personalização, desrealização, estados de transe, regressão espontânea de idade e até amnésia dissociativa anterógrada contínua.
27. Não existe maneira absoluta de diferenciar a amnésia dissociativa da amnésia factícia ou da simulação, com simuladores já mostrando-se capazes de continuar o respectivo fingimento, mesmo durante entrevistas facilitadas por hipnose ou barbitúricos.
28. Um indivíduo com amnésia dissociativa pode vagar confuso durante um episódio de amnésia e, na fuga dissociativa, há uma fuga propositada que pode durar de minutos a meses.
29. A fuga dissociativa costuma ser tratada com uma psicoterapia eclética, orientada psicodinamicamente, que se concentra em ajudar o paciente a recuperar a memória da identidade e da experiência recente. Nesse caso, a hipnoterapia e as entrevistas facilitadas por fármacos são técnicas adjuntas frequentemente necessárias.
30. O transtorno dissociativo de identidade é fortemente ligado a experiências graves de trauma infantil, como maus-tratos, e a característica principal no diagnóstico consiste na presença de dois ou mais estados distintos de personalidade.
31. A amnésia localizada corresponde à habilidade de lembrar-se de alguns eventos ocorridos durante um período circunscrito de tempo, mas não de todos.
32. Em alguns casos extremos de transtorno do estresse pós-traumático, os pesadelos podem acabar com uma fuga real, em que o paciente foge apresentando dissociação da identidade.

Segundo o prontuário de M. A. B., após dois meses de tratamento, ele teve remissão da respectiva sintomatologia e criticou o que dissera anteriormente, afirmando que aquele negócio de ir para Cuba e para a China era bobagem da cabeça dele. Achou que tudo era uma confusão na cabeça dele: que todos tinham sido falsos com ele, que todos o traíam e que imaginava conversar com todos, o que não mais estava acontecendo.

No caso de o paciente descrito ter algum transtorno de personalidade comórbido e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

33. Traços impulsivos frequentemente estão relacionados a níveis mais baixos de testosterona, 17-estradiol e estrona.
34. Mudanças na condução elétrica no eletroencefalograma (EEG), aparecendo como atividade de ondas lentas, ocorrem em pacientes com transtornos de personalidade, com maior frequência nos tipos antissocial e borderline.
35. No transtorno de personalidade esquizotípica ocorrem perturbação de pensamento e comunicação, podendo apresentar características do transtorno de personalidade borderline.
36. Indivíduos com transtorno de personalidade borderline costumam não se sair bem em instalações hospitalares, onde recebem farmacoterapia intensiva.

37. Os principais mecanismos de defesa de pacientes com transtorno de personalidade histriônica são repressão e dissociação. Indivíduos com esse transtorno podem ter problemas legais, fazer abuso de substâncias e agir de forma promíscua.
38. A indiferença à rejeição por outros é a característica clínica fundamental do transtorno de personalidade evitativa, e o traço principal dessa personalidade é o isolamento social.
39. Diferentemente de pacientes com outros transtornos, indivíduos com transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva costumam estar indiferentes ao próprio sofrimento e são levados para tratamento por familiares.
40. Uma mudança de personalidade pode anunciar um transtorno cognitivo que, no fim, evoluirá para um quadro de demência, com a deterioração abrangendo memória e *deficits* cognitivos.

---

Caso o paciente M. A. B. tivesse recebido um diagnóstico prévio de transtorno de ansiedade e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

41. Os níveis hipotalâmicos de hormônio liberador de corticotrofina (CRH) são aumentados pelo estresse, resultando em ativação do eixo hipotalâmico-hipofisário-suprarrenal (HHS) e no aumento da liberação de cortisol e desidroepiandrosterona (DHEA).
42. Dos pacientes com transtorno de pânico, 91% têm pelo menos outro transtorno psiquiátrico, sendo que um terço das pessoas com transtorno de pânico já tinham um transtorno ansioso antes de seu início.
43. Cerca de 60% das mulheres com ataques de pânico apresentam histórico de abuso sexual, comparadas com 31% daquelas com outros transtornos de ansiedade.
44. Atualmente os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) são considerados os agentes de primeira linha para o tratamento de transtorno do pânico, mas, entre os tricíclicos, a nortriptilina e a amitriptilina são os mais eficazes no tratamento desse transtorno.
45. Os dois focos principais da terapia cognitiva para transtorno de pânico são a instrução quanto às falsas crenças do paciente e a exposição com a dessensibilização progressiva.
46. Um padrão característico de relações objetais internas é exteriorizado em situações sociais, no caso da fobia social, e os principais mecanismos de defesa apresentados são deslocamento, projeção e esquiva.
47. Enquanto a falta de ar, a tontura, a sensação de sufocação e o medo de morrer são comuns no transtorno de pânico e na agorafobia, os sintomas associados com transtorno de ansiedade social geralmente envolvem rubor, tensão muscular e ansiedade em relação a escrutínio.
48. O tratamento do transtorno de ansiedade social associado a situações de desempenho muitas vezes envolve a utilização de antagonistas  $\beta$ -adrenérgicos um pouco antes da exposição a um estímulo fóbico.

Dos 21 anos aos 30 anos de idade, M. A. B. teve quatro recaídas nas quais se tornava desorganizado, falava muito e ficava sem dormir várias noites, tendo quadros de fadiga. Nas recaídas, ele voltava a ouvir vozes e a sentir-se perseguido na faculdade e no banco em que trabalhou, o que dificultou a continuidade dos respectivos estudos. Nesse período, M. A. B. teve quatro recaídas e uma internação. Cada recaída só melhorava depois de dois a três meses de tratamento, e a última recaída dele ocorreu aos 30 anos de idade, com estabilização do quadro. Após alguns anos, recebeu o diagnóstico de fibromialgia.

Com base nessas informações e considerando os conhecimentos médicos correlatos, em relação aos transtornos do sono, julgue os itens a seguir.

49. A insônia primária é diagnosticada quando a principal queixa é de sono não reparador ou de dificuldade para iniciar ou manter o sono, e a reclamação continua por pelo menos duas semanas, sendo comumente tratada com benzodiazepínicos e zolpidem.
50. A hipersonia idiopática é uma condição relativamente rara, consistindo em períodos recorrentes de sono prolongado com períodos intercalados de sono normal e vigília alerta.
51. A narcolepsia é uma condição caracterizada por sonolência excessiva, assim como por sintomas auxiliares que representam a intrusão de aspectos do sono Não REM no estado de vigília, podendo haver alucinações hipnagógicas e hipnopômicas, cataplexia e paralisia do sono.
52. Apesar de a farmacoterapia ser o tratamento de escolha para a narcolepsia, com o modafinil, um receptor agonista alfa 1-adrenérgico, a abordagem terapêutica geral deve incluir sonecas programadas e ajuste do estilo de vida amplo.
53. A catatrenia é uma condição crônica caracterizada por gemidos frequentemente altos, os quais podem ocorrer em qualquer estágio do sono.
54. As alucinações relacionadas ao sono costumam ser imagens visuais que ocorrem no início (hipnagógico) ou ao despertar (hipnopômico) do sono.
55. A síndrome de Ekblom é uma sensação subjetiva e desconfortável dos membros, normalmente das pernas, com a necessidade irresistível de movê-los quando em repouso ou enquanto se tenta dormir.
56. O bruxismo relacionado ao sono é diagnosticado quando um indivíduo range os dentes enquanto dorme, sendo o tratamento habitual o uso de benzodiazepínicos e ISRS.

---

Em relação à síndrome da fadiga crônica e à fibromialgia, julgue os itens a seguir.

57. A síndrome da fadiga crônica (SFC) é caracterizada por seis meses ou mais de fadiga grave e debilitante, frequentemente acompanhada de mialgia, dores de cabeça, faringite, febre baixa, reclamações cognitivas, sintomas gastrointestinais e nódulos linfáticos frágeis.
58. Há uma sobreposição significativa de comorbidades entre pacientes com fibromialgia e transtornos psiquiátricos, como depressão, pânico e ansiedade, e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

59. A pregabalina, um agente antiepiléptico farmacologicamente semelhante à gabapentina, foi aprovada para o tratamento de dor associada com fibromialgia, em virtude de sua ação de inibir a liberação de neurotransmissores excitatórios em excesso.
60. O benefício da pregabalina também foi verificado para alguns pacientes com transtorno de ansiedade generalizada e, por causa da ausência de metabolismo hepático, ela não possui interações medicamentosas metabólicas.
61. Os ISRS e o antidepressivo duloxetine, um inibidor da recaptção de serotonina-epinefrina (IRSN), já foram relatados como eficazes no tratamento de pacientes com fibromialgia.
62. A respeito da farmacocinética dos ISRS, há diferenças quanto aos percentuais de ligação a proteínas; sertralina, fluoxetine e paroxetina são os fármacos com maior ligação, e escitalopram, com a menor.
63. A duloxetine é um inibidor moderado das enzimas CYP 450 e sua interrupção repentina deve ser evitada, porque pode produzir uma síndrome de descontinuação semelhante à da venlafaxina.
64. Quanto às interações farmacodinâmicas dos ISRS, quando tomados em conjunto, olanzapina e fluoxetine aumentam as concentrações cerebrais de serotonina.

Considerando o caso de M. A. B., no prontuário, há dois textos que esse paciente escreveu e que ajudam a entender o caso dele.

**Texto 1:** “Agonia de plateia mórbida, cólera, palmas seguidas e cabeças idiotas. Gritar, gritar, gritar, ira, odiar, doer, esquecer, vou procurar o doutor. Remédio pra loucura é o mesmo que para raiva?”.

**Texto 2:** “Escrevo apenas para desabafar. Não sei o que anda acontecendo comigo. Às vezes estou bem, outras vezes sinto vontade de chorar. A tristeza já invadiu o meu coração, que pede por socorro e quer sair dessa solidão”.

De acordo com um dos textos apresentados, suspeita-se de um quadro de depressão maior. No que se refere a esse transtorno e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

65. O transtorno depressivo maior é o que tem a prevalência mais alta ao longo da vida (quase 17%), em relação a todos os transtornos psiquiátricos.
66. A depressão melancólica é caracterizada por anedonia grave, despertar matinal precoce, perda de peso e sentimentos profundos de culpa (frequentemente por acontecimentos triviais).
67. Aproximadamente de 50% a 75% de todos os pacientes deprimidos têm um comprometimento cognitivo, referido como pseudodemência depressiva, e esses pacientes comumente queixam-se de dificuldade de concentração e de esquecimento.
68. A estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) produz estimulação elétrica secundária focal de regiões corticais e é indicada especificamente para o tratamento de depressão em adultos que não conseguiram obter uma melhora satisfatória com um medicamento antidepressivo anterior.

69. A escolha dos antidepressivos é determinada pelo perfil de efeito colateral menos prejudicial à condição física, ao temperamento e ao estilo de vida certo paciente, cuja dosagem deve ser elevada ao nível máximo recomendado.
70. A bupropiona costuma ser acrescentada a fármacos como ISRS para combater os efeitos colaterais sexuais e pode ser útil como tratamento para indivíduos não deprimidos com transtorno do desejo sexual hipotivo.
71. A mirtazapina é o fármaco que tem maior probabilidade de reduzir náusea e diarreia em vez de causá-las, resultado dos respectivos efeitos sobre os receptores muscarínicos.
72. A trazodona é um antidepressivo utilizado no transtorno depressivo maior, mas pode ser útil também em baixas dosagens (50 mg/dia) para o controle de agitação grave em crianças com deficiências de desenvolvimento e em idosos com demência.

Em relação ao outro texto, considera-se a possibilidade de um transtorno explosivo intermitente. Acerca dos transtornos disruptivos, do descontrole de impulso e da conduta e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

73. O transtorno explosivo intermitente manifesta-se como episódios discretos de perda do controle de impulsos agressivos, e apresenta elevada comorbidade com transtorno de personalidade borderline, transtorno de *deficit* de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtorno de conduta.
74. Pessoas que se cortam repetidamente ou que fazem mal ao próprio corpo podem fazê-lo de maneira compulsiva, geralmente não havendo um ganho secundário para esse comportamento autodestrutivo.
75. Doenças cerebrais e retardo mental têm sido associados com cleptomania, associando-se a achados como: sinais neurológicos focais, atrofia cortical e ventrículos laterais aumentados.
76. Para a cleptomania, o tratamento consiste em terapia comportamental, incluindo dessensibilização sistemática, condicionamento aversivo e uma combinação de condicionamento aversivo e contingências sociais alteradas.

Após a estabilização do quadro, M. A. B. conseguiu estudar administração, formou-se e passou a trabalhar como bancário. Também no prontuário, há matéria de um jornal local da cidade onde ele trabalhava relatando as atividades de M. A. B. como o gerente de banco que ajudava projetos sociais. Quanto à infância e à adolescência dele, há relatos de que era hiperativo e tinha ataques de hiperfagia com arrependimento em seguida. Atualmente M. A. B. encontra-se com 68 anos de idade e está aposentado.

Levando em conta que, aos 68 anos idade, o paciente M. A. B. é considerado idoso e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

77. Segundo Heinz Kohut, o conflito central na velhice é entre integridade, o sentimento de satisfação que as pessoas têm refletindo uma vida vivida de forma produtiva, e desespero, o sentimento de que a vida tem pouco propósito ou significado.

78. Com a ubiquidade da perda na velhice, a prevalência de transtorno depressivo maior e distímia é consequentemente mais elevado do que em faixas etárias mais baixas.
79. A depressão em pessoas idosas é frequentemente acompanhada por sintomas físicos ou alterações cognitivas que podem aparentar demência. Nessa faixa etária, a incidência de suicídio mostra-se elevada, sendo mais alta para homens brancos idosos.
80. Para a depressão que acomete o idoso, a escala de depressão geriátrica (EDG) é um instrumento de rastreamento útil e que exclui queixas somáticas da respectiva lista de itens.
81. Delírios e alucinações ocorrem durante o curso das demências em aproximadamente 75% dos pacientes, e cerca de 10% a 15% de todos os pacientes que exibem sintomas de demência têm condições potencialmente tratáveis.
82. As demências subcorticais (doença de Wilson e hidrocefalia de pressão normal) estão associadas a apraxia de marcha, retardo psicomotor e apatia, enquanto as corticais (doença de Pick e doença de Creutzfeldt-Jakob) frequentemente manifestam afasia, agnosia e apraxia.
83. Em adultos idosos, os sinais e sintomas de fobia são mais graves do que aqueles identificados em pessoas mais jovens, e os efeitos são igualmente, ou mais, debilitantes para os pacientes idosos.
84. Com o envelhecimento normal, a massa corporal magra diminui e a gordura corporal aumenta, e essas alterações afetam a distribuição das substâncias, sendo o diazepam a mais lipofílica e, por isso, indicado para idosos, e o alprazolam a menos lipofílica, não devendo ser prescrito nessa faixa etária.

Em se tratando de paciente idoso, M. A. B. apresenta risco aumentado para a apresentação de transtornos mentais da velhice.

Com base nessa informação e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

85. A doença de Binswanger caracteriza-se pela presença de diversos e pequenos infartos da matéria branca, que poupam as regiões subcorticais e comprometem a região cortical.
86. Características da síndrome de Klüver-Bucy são muito mais comuns na doença de Pick do que na doença de Alzheimer.
87. A doença com corpos de Lewy é uma demência clinicamente diferente da doença de Alzheimer e costuma caracterizar-se por alucinações, aspectos parkinsonianos e sinais extrapiramidais.
88. Donepezila, rivastigmina, galantamina e tacrina são inibidores da colinesterase utilizados no tratamento de prejuízos cognitivos de leve a moderados na doença de Alzheimer. Nesse caso, a donepezila é bem tolerada e a tacrina raramente é usada em razão do seu potencial nefrotóxico.
89. O perfil de efeitos colaterais favorável da donepezila parece estar correlacionado com sua falta de inibição de colinesterases no trato gastrointestinal (TGI), enquanto a rivastigmina parece ter uma atividade um pouco mais periférica e, portanto, maior probabilidade de causar efeitos adversos TGI.

90. Donepezila e rivastigmina podem ser benéficas para pacientes com doença de Parkinson e doença dos corpos de Lewy e para o tratamento de *deficits* cognitivos causados por lesão cerebral traumática.
91. A paroxetina tem os efeitos anticolinérgicos mais acentuados de todos os novos fármacos antidepressivos e, por essa razão, deve ser evitada sua combinação com os inibidores da colinesterase.
92. Donepezila e galantamina sofrem amplo metabolismo por ambas as isoenzimas CYP 2D6 e 3A4, enquanto a rivastigmina circula, em grande parte, sem ligação a proteínas séricas, não apresentando interações medicamentosas significativas.

Considerando a hiperatividade relatada no caso de M. A. B., em relação aos transtornos mentais da infância e da adolescência, julgue os itens a seguir.

93. Os dados atuais existentes indicam que o transtorno do *deficit* de atenção e hiperatividade (TDAH) é basicamente genético, com uma hereditariedade de cerca de 75%, havendo associação com o gene transportador de dopamina DAT2 e o receptor de dopamina DRD3.
94. O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é comum entre crianças e adolescentes, com prevalência em torno de 0,5%, com 25% dos casos tendo início por volta dos 14 anos de idade.
95. Crianças com TOC e transtornos de tique comórbidos têm menor probabilidade de exibir compulsões de contagem, arranjo ou organização e maior probabilidade de manifestar compulsões de lavagem e limpeza.
96. A clomipramina foi o primeiro antidepressivo estudado no tratamento do TOC na infância, e é o único antidepressivo tricíclico indicado, mas não recomendado como primeira linha, pelos maiores riscos em potencial, quando comparados aos dos ISRS, como sertralina (pelo menos 6 anos), fluoxetina (pelo menos 7 anos) e fluvoxamina (pelo menos 8 anos).

Em momento anterior, foi relatado que M. A. B. tinha ataques de hiperfagia. No que tange aos transtornos alimentares, julgue os itens a seguir.

97. Dependência de álcool, furtos em lojas, relações sexuais autodestrutivas e labilidade emocional (incluindo tentativas de suicídio) estão associados com bulimia.
98. No tratamento da bulimia, dosagens de fluoxetina eficazes na redução da compulsão alimentar podem ser mais elevadas (de 60 mg a 80 mg por dia) do que aquelas utilizadas para os transtornos depressivos.
99. O transtorno de compulsão alimentar é o transtorno alimentar mais comum e geralmente está associado a estilos de personalidade depressiva e introvertida.
100. O transtorno de purgação é caracterizado pelo comportamento recorrente de purgação depois de consumir uma pequena quantidade de alimento em pessoas de peso normal, que têm uma visão distorcida do respectivo peso ou da própria imagem corporal.
101. A síndrome de Pickwick ocorre quando uma pessoa está 100% acima do peso desejável e tem doença respiratória e cardiovascular associada.

102. A grelina é um peptídeo acilado com 28 aminoácidos, secretado essencialmente pelo estômago, que ativa os neurônios do neuropeptídeo Y no núcleo arqueado hipotalâmico, estimulando assim a ingestão alimentar.
103. A anorexia nervosa está associada à depressão em 65% dos casos, à fobia social em 35% dos casos, e ao transtorno obsessivo-compulsivo em 25% dos casos.
104. Não é raro uma paciente preencher os critérios diagnósticos tanto para transtorno de sintomas somáticos como para anorexia nervosa e, nesse caso, apenas um dos dois diagnósticos deve ser feito.

---

Com base no histórico do paciente M. A. B., e levando em consideração os aspectos civis e criminais possivelmente relacionados ao caso, julgue os itens a seguir.

105. Caso o paciente M. A. B. fosse internado involuntariamente e achasse que deveria ser liberado, ele teria o direito de entrar com uma petição de *habeas corpus*, sendo os hospitais obrigados a submeterem as petições à Justiça de imediato.
106. Os objetivos básicos da perícia psiquiátrica são apenas estabelecer o diagnóstico médico e estabelecer o estado mental no momento da ação.
107. A anamnese deve ser tão completa quanto possível; a avaliação do estado mental da pessoa a ser periciada deve ser relatada de forma precisa por meio de termos médicos técnicos.
108. No caso de M. A. B. ser considerado pródigo, sua interdição apenas o privará de, sem curador, emprestar, transigir, dar quitação, alienar, hipotecar, demandar ou ser demandado, e praticar, em geral, os atos que não sejam de mera administração.
109. A doença mental apresentada pelo paciente M. A. B. pode ser objeto de anulação do casamento por vício da vontade, se houver por parte do nubente, ao consentir, erro essencial quanto à pessoa do outro.
110. No momento do primeiro surto psicótico, o paciente M. A. B. pode ser considerado plenamente inimputável, caso ele tenha cometido algum ato criminoso.
111. No ato criminoso, para haver a culpa, sem dolo, deve haver ausência ou prejuízo de consciência do ato, vontade e conhecimento da ilicitude.
112. No momento do primeiro surto psicótico, a interdição de M. A. B. seria temporária pelo fato de o prognóstico ainda não estar fechado, sendo necessária nova perícia após um período mínimo de tratamento adequado.

---

Caso o evento estressor pelo qual o paciente M. A. B. fora submetido tivesse sido um assalto, ele poderia apresentar um transtorno relacionado ao trauma. Nesse contexto e considerando os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

113. No caso do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), o estressor isoladamente não é suficiente para causar o transtorno, sendo necessário que a resposta ao evento traumático envolva medo intenso ou terror.
114. Presença de trauma na infância, traços de transtorno de personalidade esquiva, esquizoide e obsessivo-compulsiva, sistema de apoio familiar ou dos pares inadequado e sexo masculino são fatores de vulnerabilidade predisponentes no TEPT.

115. Somatização e alexitimia podem estar entre os efeitos posteriores do trauma, e as defesas comuns utilizadas são negação, minimização, cisão, identificação projetiva, dissociação e culpa (como defesa contra o desamparo subjacente).
116. Indivíduos com transtornos dissociativos costumam ter o grau de comportamento de evitação, a hiperexcitação autonômica e a história de trauma semelhantes aos dos pacientes com TEPT.
117. Os sintomas de TEPT podem ser difíceis de distinguir daqueles dos transtornos de pânico e de ansiedade generalizada porque todas as três síndromes estão associadas a ansiedade proeminente e excitação autonômica.
118. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina e paroxetina, são considerados tratamentos de primeira linha para TEPT em virtude de seus índices de eficácia, tolerabilidade e segurança.
119. A sertralina, que tem inibição fraca da recaptação de norepinefrina e dopamina, pode ter a respectiva absorção ligeiramente intensificada por alimentos e pode ter a própria eficácia diminuída pelo uso concomitante com a erva-de-são-joão.
120. A paroxetina, tem atividade anticolinérgica significativa em dosagens mais elevadas.

Área livre