

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2020, DE 3 DE OUTUBRO DE 2019.

PROGRAMAS – GRUPO 006	Data e horário da prova:
Psiquiatria da Infância e Adolescência (624) e Psicogeriatría (627).	Domingo, 1º/12/2019, 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:

Ó beleza! Onde está tua verdade?

- 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 nenhum 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 pode 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”

PSIQUIATRIA
Itens de 1 a 120

Caso clínico para responder aos itens de 1 a 10.

Um paciente de 46 anos de idade vai com a namorada ao ambulatório de psiquiatria, com história de um padrão de desconfiança e suspeita dos outros, que, segundo informação da acompanhante, se iniciou por volta dos 20 anos de idade. Questionado, o paciente relata “apenas valorizar a lealdade e a confiabilidade das pessoas que lhe são próximas”. Mas a namorada relata que ele reluta em confiar nos outros, é rancoroso e suspeita muito da fidelidade dela, apesar de não haver razão para tal.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

1. A psicoterapia é o tratamento recomendado para esse indivíduo e exige um estilo profissional e não muito afetivo do terapeuta.
2. Pode ser necessário usar um antipsicótico como haloperidol em pequenas doses e durante períodos longos de tempo para o manejo de ansiedade ou pensamento delirante.
3. A elevada capacidade de desenvolver um excessivo envolvimento ou relacionamentos tumultuosos com outras pessoas caracteriza um traço de transtorno de personalidade *borderline* nesse paciente.

Cerca de seis meses após o paciente do caso anterior iniciar tratamento, ele é levado pelo respectivo irmão ao pronto atendimento psiquiátrico, após saber do falecimento da própria namorada, em razão de um acidente automobilístico. Durante o atendimento, o paciente chora muito, grita com o médico, fala que “estava tudo armado para ele sofrer” e que já sabia que algo de ruim aconteceria. O irmão do paciente relata que o encontrou jogando sal grosso por toda a casa e acendendo velas para “proteção cósmica e espiritual”.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

4. A tendência é de que os sintomas do paciente cessem dentro de alguns dias e não durem mais de um mês, tendo ele, portanto, um bom prognóstico.
5. O uso de clonazepam é um recurso eficaz para tratamento de curto prazo dos sintomas apresentados por esse paciente no pronto atendimento.
6. São aspectos positivos encontrados para um bom prognóstico desse paciente: estressor precipitante grave, início súbito dos sintomas, sintomas afetivos e pouco embotamento afetivo.

O paciente do caso anterior evoluiu, nos oito meses seguintes, apresentando queixas de ouvir “vozes conversando na cabeça dele”, afirmando que elas lhe contam “o que as pessoas estão pensando dele” e relatando que havia “um complô contra ele e que a morte da namorada foi arquitetada por um concorrente do trabalho dele, que fez magia negra”.

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

7. Aspectos presentes e que influenciam o prognóstico positivo para o transtorno apresentado por esse paciente são: início agudo e tardio, fatores precipitantes óbvios e sintomas positivos.

8. É possível que esse paciente passe a apresentar diminuição de ventrículos laterais e do terceiro ventrículo, evidenciada por tomografia computadorizada (TC).
9. É recomendado que esse paciente receba tratamento de manutenção por pelo menos cinco anos.
10. Caso seja necessário o uso de eletroconvulsoterapia (ECT), antipsicóticos devem ser suspensos durante esse tratamento.

Caso clínico para responder aos itens de 11 a 20.

Uma paciente de 55 anos de idade é levada ao ambulatório de psiquiatria pelo marido, que afirma querer que ela faça psicoterapia a qualquer custo, pois “não aguenta mais o jeito pessimista e a chaticice dela”. Questionada, a paciente relata sempre ter sido assim, e que ele havia casado com ela já sabendo disso. O marido afirma que ela sempre foi triste, sempre teve dificuldades no sono e sempre referiu muito cansaço com a vida da casa.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

11. A psicoterapia orientada ao *insight* individual é o método de tratamento psicoterápico mais adequado para essa paciente.
12. Como se trata de um transtorno que acomete um longo período de vida, começando desde o início da idade adulta, antidepressivos acabam tendo pouca eficácia.
13. Há uma maior chance de que essa paciente possa vir a evoluir mais para um quadro de transtorno bipolar tipo I do que tipo II.

Área livre

Ainda em consulta, a paciente afirma que o respectivo marido é pior que ela e que ele, ao longo de toda a vida, sempre teve os mesmos sintomas atribuídos a ela e sempre foi um “bobão, que fazia todo mundo rir”. Questionado, o marido confirma ter tido períodos com esses sintomas, mas que tinha períodos em que se sentia “cheio de energia”, o que o ajudava a trabalhar com vontade. A esposa o interrompe nesse momento e fala que, mesmo “nessas fases de energia, ele sempre brigava com todo mundo e ficava a maior parte das noites acordado”. O marido retruca, afirmando ficar realmente irritado, mas nos períodos de crise de psoríase. Após ouvir tudo, o psiquiatra encaminha o marido da paciente para avaliação psiquiátrica.

Quanto a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

14. Os estabilizadores do humor são a primeira linha de tratamento para o transtorno apresentado por esse paciente, mas com dosagens mais baixas se comparadas às usadas para o transtorno bipolar tipo I.
15. O uso de antidepressivos melhora o quadro depressivo apresentado por esse paciente, devendo ser prescrito nessa fase do transtorno.
16. Há uma maior chance de que esse paciente possa vir a evoluir mais para um quadro de transtorno bipolar tipo I do que tipo II.

O paciente do caso anterior, é avaliado por um psiquiatra, que prescreve um antidepressivo como tratamento. Após duas semanas, a esposa dele liga para o psiquiatra assistente, afirmando “não suportar mais o marido”, relatando que ele não consegue dormir há cerca de sete dias e está falando sem parar, fazendo atividades do lar incansavelmente, agitado e afirmando “se sentir super bem e feliz”.

Com relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

17. A conduta imediata indicada para esse paciente é a internação hospitalar, por risco de exposição moral, e o início do uso de um estabilizador do humor, que pode ser em monoterapia ou em combinação.
18. O quadro clínico apresentado pelo paciente durante o período de sete dias é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.
19. Ácido valpróico e carbonato de lítio são as medicações mais indicadas para a estabilização do quadro de humor desse paciente, devendo a litemia ser solicitada cinco dias após início do tratamento e 12 horas após a última tomada.
20. Os anticonvulsivantes benzodiazepínicos de alta potência clonazepam e lorazepam podem ser eficazes para tratamento adjuvante desse paciente.

Um paciente de 22 anos de idade, estudante de engenharia elétrica, procura atendimento psiquiátrico na própria cidade, após aconselhamento de parente próximo. Em consulta, ele relata que, há cerca de seis meses, quando estava sentado à respectiva mesa na faculdade, de repente sentiu dificuldades para respirar, vertigem, taquicardia, tremor e uma sensação de medo de que estivesse morrendo de um ataque cardíaco. Na época, uma colega o levou para o pronto atendimento, onde ele recebeu uma avaliação médica completa, incluindo

eletrocardiografia e exames de sangue de rotina, que não mostraram nenhum sinal de doença cardiovascular, pulmonar ou outra qualquer. Ele afirma ainda ter vivenciado três outros episódios durante os últimos dois meses, uma vez enquanto dirigia, outra quando estudava em casa e a última durante o jantar. Diz que não havia procurado atendimento médico ainda porque “os sintomas tinham desaparecido rapidamente” todas as vezes.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

21. Os fármacos imipramina, inositol e diazepam são exemplos de estratégias terapêuticas de segunda linha para o tratamento do transtorno apresentado por esse paciente.
22. Os dois focos principais da terapia cognitiva para o tratamento do transtorno apresentado por esse paciente são a exposição com prevenção de resposta e a dessensibilização, que, progressivamente, diminuirão os sintomas.
23. Arritmias, hipoglicemia, doença pulmonar obstrutiva crônica e asma podem produzir sintomas semelhantes aos apresentados por esse paciente e podem ser difíceis de diferenciar do transtorno em questão.
24. Caso esse paciente apresentasse esquiva de situação pública, com base no medo de ter uma crise de sintomas clínicos semelhante à descrita na respectiva história clínica, ele receberia então um outro diagnóstico.

Um paciente de 31 anos de idade, analista de sistema computacional, apresenta-se para tratamento psicoterápico ambulatorial após ter conhecimento de que receberia promoção para um cargo de comando na empresa onde trabalha. Mesmo desejando o aumento salarial que viria com a nova função, relata estar relutante em aceitar o posto porque este exige reiteradas interações com colaboradores de outros departamentos da empresa, bem como falar em público ocasionalmente. Relata também que sempre se sentiu nervoso no meio de pessoas novas, porque pensa que pode falar ou fazer algo inconveniente e ser ridicularizado, e que “isso começou na adolescência”. Também relata sentir-se “apavorado” ao falar diante de grupos. Relata que, quando tem de interagir com os outros, o coração acelera, a boca fica seca e ele se sente suado, principalmente nas mãos. Nas reuniões, tem pensamentos inesperados de que pode dizer algo muito tolo ou praticar um papelão que faria as pessoas rirem dele. Como consequência, ultimamente, não tem ido a várias reuniões importantes e tem saído mais cedo de outras.

A respeito desse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

25. Falta de ar, tontura e sensação de sufocação são os sintomas mais encontrados no transtorno apresentado pelo paciente em questão.
26. A buspirona, um agonista parcial 5HT_{1A}, poderia ser utilizada como adjuvante ao tratamento do transtorno apresentado por esse paciente.
27. Alprazolam e lorazepam são medicações que podem ser usadas como estratégia terapêutica para ajudar na ansiedade de desempenho.
28. A psicoterapia cognitiva para esse transtorno tem base fundamentalmente na instrução acerca das falsas crenças do paciente e na informação quanto às crises de medo.

Cinco semanas depois do recente acidente ocorrido em Brumadinho-MG, um bombeiro de 42 anos de idade se apresentou na unidade básica de saúde da respectiva cidade. Citou que estava envergonhado por procurar atendimento, pois sempre foi um bombeiro eficiente, mas entendia que carecia de “uma sustentação de que o que eu estou vivenciando é normal”. Ele relatou que, desde o acidente, vinha se sentindo nervoso e muito ansioso. Tinha alguma dificuldade em focar a atenção no trabalho e lembranças ocasionais de “como o chão tremeu; o ‘estouro’ tremendo e depois os gritos das pessoas”. Revelou que ajudou a salvar muita gente no desastre e que até conhecia algumas pessoas. Relata que está mais preocupado com a frequência dos episódios emotivos, por vezes desencadeados ao ouvir ou ver nas mídias relatos quanto à tragédia, mas que, outras vezes, ocorrem “sem razão particular”. Além disso, observou que, quando as equipes de resgate chegaram, deram-lhe orientações explícitas para ir descansar e procurar ajuda médica e, embora tivesse obedecido, agora se sentia extremamente culpado por não ter voltado para auxiliar no resgate dos outros. Relatou uma acanhada redução no apetite e negou perda de peso, mas informou que havia parado com a corrida matinal. Referiu ter dificuldade em conciliar o sono e, por isso, ter começado a consumir “um cálice ou dois” de vinho antes de ir para a cama, para ajudá-lo a dormir. Não se sentia descansado ao acordar. Negou ideação suicida ou qualquer sintoma psicótico. A mãe dele havia tomado antidepressivos vários anos antes, mas ele não quer medicação. Teme que os efeitos colaterais reduzam ainda mais a respectiva capacidade de funcionamento no trabalho.

Em relação a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

29. Esse paciente poderia ter recebido o diagnóstico de reação aguda ao estresse, caso o acidente ao qual ele foi exposto tivesse ocasionado perturbação com duração mínima de dois dias e máxima de quatro semanas.
30. Propranolol e hidrocortisona são opções terapêuticas que poderiam ter sido administradas para esse paciente logo nas primeiras horas após o incidente traumático, com o intuito de evitar a ocorrência do transtorno que ele apresenta.
31. O modelo psicodinâmico do transtorno apresentado por esse paciente levanta a hipótese de que o trauma sofrido com o acidente reativou um conflito psicológico previamente adormecido, mas não resolvido, e essa revivência do trauma de infância resulta em regressão e no uso dos mecanismos de defesa de repressão, negação, formação reativa e anulação.
32. Caso esse paciente apresentasse traços de transtorno de personalidade dependente ou antissocial e percepção de um *locus* de controle externo em vez de um interno, haveria uma maior vulnerabilidade para o transtorno apresentado no relato.
33. O início rápido dos sintomas configura um bom prognóstico para o transtorno apresentado por esse paciente.
34. Prazosina, um agonista alfa-adrenérgico, pode melhorar sintomas de alterações do sono, como pesadelos associados ao trauma vivido por esse paciente.
35. A risperidona e o topiramato podem melhorar, respectivamente, os sintomas de evitação e distanciamento emocional apresentados pelo paciente em questão.
36. A indicação formal para o tratamento do transtorno apresentado por esse paciente corresponde ao uso de inibidores da recaptção de serotonina, mas a carbamazepina pode ser útil para a melhora de sintomas de irritabilidade e agressividade.

Uma paciente de 38 anos de idade, que trabalha como professora de escola pública estadual, foi atendida em um centro de atenção psicossocial (CAPS). Ela foi admitida com um episódio de desconforto no peito, tontura e fraqueza no braço direito. Apresentava história de hipertensão e de uma admissão médica no ano anterior por dor torácica isquêmica, apesar de não ter sofrido infarto do miocárdio. Foi marcada uma consulta psiquiátrica porque a paciente reclamou de perda de memória dos últimos 12 meses, comportando-se e respondendo ao ambiente como se vivesse 12 meses antes, não reconhecendo os alunos da turma atual de ensino nem os novos colegas admitidos nesse período. Além disso, não apresentava memória de eventos atuais, tal como o nome do atual diretor da escola. Achados físicos (Frequência cardíaca = 68 bpm, frequência respiratória = 18 mov/min, saturação de oxigênio = 96% e pressão arterial = 110 mmHg x 80 mmHg) e de laboratório não apresentaram alterações. O exame de tomografia computadorizada (TC) foi normal.

Em relação a esse caso clínico e aos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

37. A principal característica do transtorno apresentado por essa paciente é a presença de uma consciência ansiosa da perda de memória com questionamento repetido e com frequência perseverante, comportamento geral normal e falta de anormalidades neurológicas.
38. A forma aguda desse transtorno costuma se resolver de maneira espontânea quando a pessoa é afastada com segurança das circunstâncias traumáticas.
39. A terapia cognitiva comportamental para essa paciente tem base em expô-la às vivências reprimidas para proporcionar uma entrada na memória autobiográfica para a qual ela sofre a amnésia.
40. Transtorno dissociativo de identidade, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de estresse agudo são possíveis diagnósticos diferenciais para o caso dessa paciente.

Área livre

Caso clínico para responder aos itens de 41 a 52.

Um paciente de 27 anos de idade decide procurar um psiquiatra, acompanhado da respectiva esposa, com a queixa de que ele sofre da compulsão por olhar para o lado esquerdo constantemente, por medo de que possa existir algo importante desse lado. Essas ideias são tônicas. Ele pensa que pode ter deixado de ver um conhecido passando por perto; que pode ter sido displicente e não ter visto alguém sofrer algum acidente; ou que algum ser humano, animal ou inseto possa estar ao lado precisando de ajuda para sobreviver. A esposa relata que ele tem medo de falar com pessoas estranhas e que, sempre que fala com alguém que não conhece previamente, precisa se convencer de que não o contaminou. Ele não tem emprego, pois esses comportamentos perturbam todas as atividades de trabalho, sendo então sustentado pela esposa; no entanto, ele tem uma paixão, segundo ela: limpar carros. Ele gosta de visitar os vizinhos e limpar os carros deles, só por diversão. Sem a esposa na sala, o paciente afirma ter relações sexuais apenas duas a três vezes por ano, exclusivamente com garotas de programa, por quem não tem nenhum interesse pessoal. Afirma ainda que, quando criança, considerava o próprio pai sujo e tinha um medo terrível ficar perto dele e sentir o respectivo odor.

Quanto a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

41. A terapia comportamental é tão efetiva quanto as farmacoterapias para o tratamento desse paciente, sendo os efeitos benéficos mais duradouros com a terapia comportamental.
42. As principais abordagens comportamentais para o tratamento desse paciente são a exposição e a prevenção de resposta.
43. São drogas que podem ser experimentadas no tratamento para esse paciente: venlafaxina, pindolol, buspirona e clonazepam.
44. Caso esse paciente apresentasse grave refratariedade em relação ao tratamento farmacológico, o procedimento psicocirúrgico para ele, após tentativa com eletroconvulsoterapia (ECT), seria a cingulotomia ou a capsulotomia.

A esposa do paciente do caso anterior tem de 25 anos de idade e pede ao psiquiatra que atende o próprio marido uma indicação de um colega para ela, por orientação do respectivo dermatologista, em razão de repetidas arranhaduras na pele do próprio rosto. Ela afirma se beliscar diariamente, cerca de quatro vezes ao dia, e relata que esses momentos duram aproximadamente de 25 minutos a mais de uma hora. Possui proeminentes cicatrizes e lesões na face. Foi ao médico seis meses antes, quando uma das lesões infeccionou, melhorando, na época, com o uso de cefalexina. A paciente informa ter começado a arranhar o rosto quando tinha de 10 anos a 12 anos de idade. A princípio, só arranhava a acne que se formava no próprio rosto, segundo ela, alguns dias após de ter comido chocolate. Refere, entretanto, que a necessidade de arranhar foi ficando cada vez mais forte e que ela passou a arranhar partes lisas da pele. Em razão das cicatrizes e das lesões, tornou-se cada vez mais isolada, evitando toda e qualquer atividade social. Relata ainda sentir grande tensão antes de se arranhar e que somente sente alívio depois de fazê-lo. Diz que o marido é a única pessoa com quem tem amizade e com quem tem coragem de desabafar.

Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

45. O transtorno apresentado pela paciente é semelhante ao transtorno apresentado pelo respectivo marido, mas esse transtorno é mais prevalente em mulheres, enquanto a prevalência do transtorno do marido é igual para os dois sexos.
46. Inibidores da recaptção de serotonina (ISRS), como a fluoxetina, podem reduzir as escoriações, assim como o opioide antagonista naltrexona pode diminuir a necessidade de se arranhar, sobretudo em pacientes que sentem prazer com o comportamento.
47. A lamotrigina, medicação com ação antiglutamatérgica e sobre serotonina e dopamina, também é uma opção terapêutica para essa paciente, apesar de poder provocar *rash* cutâneo maculopapular.
48. Os tratamentos não farmacológicos para essa paciente incluem reversão de hábitos e breve terapia cognitivo-comportamental (TCC), podendo haver a necessidade de se impedir mecanicamente os arranhões de pele por meio de diferentes medidas de proteção.

Área livre

A paciente do caso anterior inicia tratamento e leva à consulta seguinte a mãe, que refere ter recebido o diagnóstico de fibromialgia, dado por um reumatologista que a atendeu e que a orientou a procurar um psiquiatra. Ela relata que sente dor por todo o corpo, principalmente nas costas, e que esse quadro começou nos últimos dois anos.

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

49. Para ser confirmado o diagnóstico de fibromialgia para essa paciente, ela deve apresentar dor espalhada por pelo menos seis meses em pontos frágeis predefinidos quando da apalpação.
50. Os sintomas da doença dessa paciente são quase sempre mais amplos do que apenas dor e incluem reclamações de fadiga, fraqueza muscular, perturbação do sono e debilidade de certos domínios cognitivos, como a concentração.
51. A pregabalina, um agente antiepiléptico gabaérgico, pode ser útil para o tratamento de dor associada com fibromialgia, o que poderia melhorar o quadro apresentado por essa paciente, mas pode ocasionar também ganho de peso e desatenção como efeitos colaterais comuns.
52. O antidepressivo duloxetine, um inibidor da recaptção de serotonina, noradrenalina e dopamina, já foi relatado como eficaz no tratamento de pacientes com esse problema, mesmo podendo provocar fadiga como reação adversa frequente.

Caso clínico para responder aos itens de 53 a 60.

Uma paciente jovem que era saudável, funcionando bem e aplicada ao trabalho como estudante universitária de jornalismo, ingressou na equipe de jornal televisivo periódico de uma emissora local da respectiva cidade, começou a frequentar a academia horas por dia, muito mais do que os respectivos companheiros de equipe, começou a se perceber como gorda e achava que o próprio desempenho frente às câmeras melhoraria se perdesse peso. Iniciou dieta e reduziu o próprio peso para cerca de 85% do “peso ideal” para a respectiva idade, de acordo com as tabelas tradicionais. Quando ela atingiu o ponto máximo de perda de peso, o próprio desempenho profissional na verdade decaiu, e ela passou a ter dificuldades para memorizar os textos que iriam ao ar. Nesse momento, ela se esforçou ainda mais regime e no treinamento na academia. Começou a se sentir apática e com medo de engordar. O respectivo consumo alimentar tornou-se limitativo, e ela parou de comer qualquer comida que contivesse gordura e carboidrato. Os ciclos menstruais da paciente tornaram-se restringidos e incomuns, mas não descontinuaram.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

53. De acordo com a visão psicanalítica do transtorno apresentado por essa paciente, o corpo dela pode ser percebido como se fosse habitado pela introjeção de uma mãe intrusiva e não empática, e a inanição pode, de modo inconsciente, ter o significado de parar o crescimento desse objeto interno intrusivo e, assim, destruí-lo.
54. Neuroquimicamente, o *turnover* e a atividade reduzida da norepinefrina podem ser encontrados nessa paciente, em razão dos níveis reduzidos de 3-metóxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG) na urina e no líquido cerebrospinal (LCS).

55. Uma tomografia computadorizada (TC) realizada nessa paciente pode revelar espaços diminuídos em sulcos e ventrículos durante a inanição, um achado que pode ser revertido pelo ganho de peso.
56. Em razão do respectivo estado atual, essa paciente deve ser internada, pelo risco de desidratação, inanição e desequilíbrio eletrolítico e, enquanto internada, ela deve ser pesada diariamente.

A paciente do caso anterior inicia tratamento psiquiátrico e, após algumas consultas, diz estar muito preocupada com sua irmã mais nova, que refere acordar à noite, ir até a cozinha e comer qualquer alimento que estiver ao próprio alcance. Só para depois de uma hora ou duas, quando não consegue encontrar mais comida na geladeira. Essas alterações começaram nos últimos quatro anos, após ela iniciar faculdade de engenharia química. Levada para consulta com outro psiquiatra, a irmã refere crises de ingestão excessiva, descontrolada, antecedidas de uma percepção de grande tensão e seguidas de relaxamento, mas com posterior vergonha e angústia. A frequência da ingestão excessiva tem aumentado para duas ou três vezes por semana no último ano. Após comer tudo o que consegue encontrar, ela se sente inchada, mas não vomita, apesar de tomar grandes quantidades de laxantes. Refere fazer jejum intermitente entre as crises em que come excessivamente, o que a mantém com peso sem muitas alterações. Ela odeia falar a respeito de obesidade, mas refere nunca ter sido realmente magra. As crises de ingestão excessiva a fazem sentir-se cada vez mais desanimada e atormentada.

Com relação ao caso clínico, julgue os itens a seguir.

57. Essa paciente possui elevadas chances de apresentar algum tipo de transtorno de ansiedade, transtorno bipolar II, transtornos dissociativos e história de abuso sexual.
58. A farmacoterapia com uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) deve ser considerada o tratamento de referência, de primeira linha, para essa paciente.
59. A fluoxetina, além de atuar na serotonina, atua na dopamina, diminuindo o apetite e revelando-se útil no tratamento para o transtorno apresentado por essa paciente.
60. As dosagens de fluoxetina eficazes na redução da compulsão alimentar podem ser mais elevadas (60 mg a 80 mg por dia) do que aquelas utilizadas para os transtornos depressivos.

Área livre

Um paciente divorciado, de 55 anos de idade, apresenta-se ao psiquiatra com uma reclamação de um ano e meio de falta de sono. Relata dificuldade para dormir (de 30 a 45 minutos antes do início do sono) e acordar a cada uma ou duas horas após dormir. Esses períodos despertados duram de 20 minutos a várias horas. Raramente tira sonecas durante o dia, apesar da sensação de cansaço e irritação. Descreve que nunca entra em sono profundo, nunca ter um sono pesado e que ultimamente qualquer barulho leve o acorda, como os cachorros que latem na vizinhança. Costuma observar o relógio para saber o tempo que passa acordado. A respectiva higiene geral do sono é boa, o respectivo apetite e libido estão inalterados. Nega perturbações do humor, exceto pela frustração e preocupação com a falta de sono e os efeitos desta no trabalho, onde afirma o desempenho não ter piorado, mas que agora precisa reavaliar esse aspecto. Não toma bebidas cafeinadas ou bebidas alcoólicas e não fuma. Também não usa drogas ilícitas.

Com relação ao clínico, julgue os itens a seguir.

61. Atualmente, reconhece-se que o quadro clínico apresentado por esse paciente pode ser uma condição independente, enquanto, no passado, os médicos eram advertidos a tratar a causa desse quadro, em vez de os sintomas.
62. A condição clínica apresentada por esse paciente envolve dois problemas que, às vezes, podem ser separados, mas que costumam estar interligados: tensão e ansiedade somatizadas e uma resposta associativa condicionada.
63. Assim como em outros transtornos psiquiátricos, essa condição leva esse paciente a apresentar uma má adaptação no tempo diurno, com trabalho e relacionamentos não satisfatórios, além de cansaço extremo.
64. Ler na cama quando não conseguir dormir, exercitar-se logo antes de deitar para ficar bem relaxado e tentar resolver algo que esteja causando preocupação logo antes de dormir são boas estratégias para uma boa noite de sono para esse paciente.
65. O agonista MT_1 e MT_2 do receptor da melatonina ramelteon é uma boa opção para o tratamento desse paciente, apesar de poder provocar fadiga e sonhos vívidos como efeitos colaterais.
66. O paciente em questão pode utilizar-se da auto-hipnose, do relaxamento progressivo, da imagem guiada e de exercícios de respiração profunda para melhorar os próprios sintomas.
67. Uma boa estratégia para melhorar o quadro é esse paciente visualizar pensamentos intrusivos como se estivessem flutuando para longe.

Área livre

Um homem de 40 anos de idade inicia tratamento com a queixa de dificuldade erétil que ocorre sobretudo com respectiva esposa. Ele afirma sofrer de tristeza e desânimo, ambos relacionados a problemas conjugais e a problemas no trabalho. Entretanto, fala não ter problemas eréteis com mulheres que procura em aplicativos de relacionamento social ou com quem marca encontros em estacionamentos de *shoppings*. Refere gostar dos estacionamentos porque o fumo é proibido em outras áreas públicas, e o ato de uma mulher fumar um cigarro é necessário para a excitação sexual dele. A mãe dele era etilista e o pai, além de agressivo, era um fumante inveterado, que costumava fumar em casa com todas as janelas e portas fechadas, obrigando todos a praticamente fumarem de forma passiva.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

68. No caso em questão, o cigarro está associado com o pai do paciente, com quem ele teve íntimo envolvimento na infância e cuja qualidade associada é amada, necessária ou traumatizante.
69. De acordo com Freud, o ato de uma mulher fumar um cigarro, para esse paciente, serve como um símbolo do falo, pelo medo inconsciente de castração, estando o objeto associado à estimulação sexual em estágio tardio.
70. Um bom prognóstico para esse paciente está associado a início em estágio precoce desse transtorno, baixa frequência dos atos, nenhuma culpa ou vergonha quanto ao ato e abuso de substância.
71. O tratamento psicoterápico cognitivo-comportamental para esse paciente inclui treinamento em habilidades sociais, educação sexual, reestruturação cognitiva e desenvolvimento de empatia pela vítima.

Área livre

Um paciente de 58 anos de idade foi encaminhado para um ambulatório de identidade de gênero, após relatar ter visto o filme *Bohemian Rhapsody* e, a partir de então, ter tido coragem de falar sobre o que sentia em seu coração. Fala sentir-se diferente dos outros homens desde a infância, apesar de não saber, naquela época, identificar o porquê. Quando jovem, gostava de praticar esportes com meninas e meninos, mas geralmente preferia a companhia das meninas. Preferia usar roupas unissex ou femininas e sempre gostou e usou perfumes femininos. Todos o chamavam de “boneca”. Ele tentava aumentar a proeminência da respectiva ginecomastia vestindo roupas apertadas e se esguichando para a frente. Nunca gostou de ter pelos na região do tórax e isso sempre o lembrava da própria masculinidade. Com o desenvolvimento da atração sexual, dirigia-se exclusivamente a homens. No fim da adolescência, teve uma experiência sexual com uma mulher, que considerou aversiva. Começou a socializar em círculos de *gays*, porém não se sentia confortável lá, nem se considerava *gay*, porém mais uma mulher. Para parceiros sexuais, desejava homens heterossexuais e queria ser considerado uma mulher pelo parceiro. Após ver o filme, consultou *websites* transexuais na internet e entrou em contato com um grupo de apoio para transexuais. Então, decidiu procurar ajuda para assumir “quem realmente é”.

Quanto a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

72. Incongruência acentuada entre o gênero expresso e o gênero designado, forte rejeição à própria anatomia sexual, forte desejo de ser tratado como o outro gênero e forte desejo de pertencer a outro gênero são evidenciados nesse relato de caso.
73. Essa paciente encontra-se em um modelo de minorias, que pode acarretar a ela aumento na chance de apresentar doenças mentais pela estigmatização e discriminação e ser mais assediada e abusada do que outros.
74. A paciente em questão apresenta transtorno transvêstico, cujo tratamento pode ser obtido por meio de estrogênio, bloqueadores de testosterona ou progesterona, frequentemente em combinação.
75. Os hormônios bloqueadores de testosterona ou progesterona podem causar amaciamento da pele e redistribuição da gordura, assim como crescimento das mamas.

Área livre

Uma vendedora de loja de sapatos, de 26 anos de idade, busca assistência psiquiátrica para o respectivo problema em lidar com a raiva. Refere ser muito eficiente no próprio trabalho, apesar de frequentemente perder clientes quando fica com raiva em razão da indecisão deles. Em diversas ocasiões, ela se torna hostil verbalmente, fazendo os clientes acharem atitudes de sair da loja ou buscarem um outro vendedor. Fala que a agressividade descontrolada também levou a cabo vários relacionamentos, mesmo na ausência de qualquer motivo claro. Em vários momentos, “eu ficava tão descontrolada que arremessava coisas pela sala, roupas, copos, minha escrivinha e cadeiras”. Entre um episódio e outro, relata ser uma pessoa alegre e afetuosa, que tem muitas amigas. Afirmar história de experimentação de drogas na faculdade (cocaína e maconha). O exame do estado mental revela uma paciente cooperativa, de modo geral. Contudo, fica bastante defensiva quando questionada sobre a própria raiva e facilmente se sente acusada e culpada pelo entrevistador pelo respectivo comportamento passado. Não tem sinais de problemas clínicos ou neurológicos. Nega tratamento psiquiátrico e uso de medicamentos no passado. Nega quaisquer outros sintomas.

Com base nesse clínico, julgue os itens a seguir.

76. Essa paciente apresenta história e quadro clínico sintomatológico característicos e compatíveis com o diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline*.
77. É possível encontrar altas concentrações de testosterona no líquido cefalorraquidiano dessa paciente, que estão associadas com agressividade e violência interpessoal.
78. Nessa paciente, a ressonância magnética (RM) pode revelar alterações no córtex pré-frontal, o que está associado com perda do controle de impulsos.
79. O transtorno apresentado por essa paciente começa no início da vida adulta, de forma repentina, e o respectivo curso é crônico.
80. O objetivo da terapia, durante o tratamento dessa paciente, é fazê-la reconhecer e verbalizar os pensamentos ou sentimentos que precedem os surtos explosivos, em vez de agir de acordo com eles.
81. A trazodona, um agente serotoninérgico, histaminérgico e alfa-adrenérgico, pode ser eficaz para reduzir a impulsividade e a agressividade dessa paciente.
82. Há uma grande chance de que essa paciente tenha tido modelos identificatórios impróprios, como pais que tivessem dificuldades de controlar impulsos, exposição a violência em casa, abuso de álcool, promiscuidade e comportamento antissocial.
83. O lítio pode ser útil na redução geral do comportamento agressivo dessa paciente, mesmo podendo provocar diminuição da memória como efeito colateral.

Área livre

Um paciente de 30 anos de idade, funcionário público, consulta o psiquiatra em razão a “crises de ansiedade”. As crises ocorrem da metade para o fim da tarde, quando o paciente fica inquieto e nervoso por “não ter o que fazer na repartição”. Fala ainda em ficar facilmente excitado e, às vezes, perceber rubor facial e sudorese nesse período do dia. Afirma que, de acordo com os colegas de trabalho, nesses momentos, ele “fala pelos cotovelos”. Ao ser perguntado, admitiu consumir de cinco a seis xícaras de café todos os dias antes do horário em que as crises costumam acontecer.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

84. Após a ingestão de 20 mg a 50 mg de cafeína, esse paciente pode apresentar sintomas comuns de aumento do estado de alerta, sensação leve de bem-estar e sensação de melhora no desempenho verbal e motor.
85. A ansiedade relacionada ao uso de cafeína por esse paciente pode se parecer com o transtorno de ansiedade generalizada, e essa substância pode induzir e exacerbar ataques de pânico em indivíduos com transtorno de pânico.
86. Ao ingerir cafeína, esse paciente também pode apresentar diurese, estímulo do músculo cardíaco, diminuição da peristalse intestinal, aumento da secreção gástrica ácida e aumento da pressão arterial.
87. Como tratamento, esse paciente deve interromper o uso total de cafeína de forma abrupta e evitar situações que o lembrem o consumo da substância, como a falta de ter o que fazer no próprio trabalho.

Um paciente proveniente da Venezuela, solteiro, de 17 anos de idade, foi encaminhado para avaliação psiquiátrica em um programa de tratamento para uso de substâncias, após ter sido encontrado inconsciente como morador de rua. O paciente afirma ter fugido do próprio país e estar morando no Brasil há quatro meses. Lá, havia sido condenado por roubo de carro e ameaça com arma, mas alega que estava fora de controle. Conta que, aos 15 anos de idade, já fazia uso regular de inalantes e intenso de álcool. Havia experimentado a inalação de chá de fita cassete, água sanitária, removedor de azulejos, esmalte para unhas e cola, mas preferia gasolina. Durante cerca de seis meses, aos 15 anos de idade, cheirava tinta óleo várias vezes ao dia. O paciente fala que “apaga tudo” e que a tinta prejudicou a respectiva memória e o deixou com “burrice”.

A respeito desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

88. Durante a abstinência por inalante, esse paciente pode apresentar comportamento impulsivo ou agressivo, além de náusea, anorexia, nistagmo e diplopia.
89. Em caso de agitação grave por intoxicação por inalante, uma boa opção terapêutica para esse paciente é o uso de haloperidol e (ou) clorpromazina.
90. Estando caracterizada a dependência por inalante, os sintomas de abstinência apresentados por esse paciente serão intensos e abruptos.
91. A “burrice” referida pelo paciente decorre do efeito neurotóxico dos próprios inalantes, do efeito de metais comumente usados nos inalantes e dos efeitos de períodos frequentes e prolongados de hipóxia, podendo ser reversível.

Um paciente de 36 anos de idade, solteiro, procura clínico geral para melhorar da ansiedade. Mede 1,74 m e atualmente pesa 95 kg, sendo que a respectiva gordura corporal é de 7%. Relata que começou a levantar pesos aos 16 anos de idade, e, na época, pesava 72 kg. Cerca de dois anos depois de começar a levantar pesos, passou a tomar esteroides anabolizantes, que obteve de um amigo na academia. Ficou tão satisfeito com os resultados que tomou ao longo dos seis anos seguintes, adquirindo muita massa muscular. Usou várias substâncias para perder peso ao preparar-se para competições de fisiculturismo, entre elas efedrina, anfetamina e tiroxina. No momento, afirma estar ansioso para uma competição que ocorrerá nos próximos meses.

Em relação a esse o caso clínico, julgue os itens a seguir.

92. É possível que esse paciente, durante o uso de esteroides anabolizantes (EAAs), tenha apresentado sensação de poder, hiperatividade, agressividade e euforia.
93. Aumento de raiva, hostilidade e somatização são sintomas que esse paciente poderia vir a apresentar, caso ficasse um longo período sem uso dos EAAs.
94. Durante períodos em que os esteroides não tenham sido usados por esse paciente, é possível que ele tenha apresentado sintomas depressivos, incluindo ideação suicida.
95. Nesse aspecto, terapia de apoio e monitoramento são essenciais para o tratamento de abstinência de EAAs com a finalidade de evitar depressões suicidas.

Área livre

Uma paciente de 67 anos de idade é levada pelo próprio filho para tratamento psiquiátrico ambulatorial após “ataque de raiva” em bingo próximo a própria casa. O filho afirma que, desde que a mãe iniciou a frequentar o bingo, ela passou a não mais dormir em casa, passando as noites jogando. Fala que fez dívidas nos últimos anos, pagas por ele, e que, recentemente, chegou a colocar o carro como penhora para participar da jogatina, sem que ele soubesse. Pede ao psiquiatra que a ajude. Questionada, a paciente, muito abatida, confirma todas as informações dadas pelo acompanhante.

Quanto a esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

96. De acordo com a teoria psicanalítica, essa paciente apresenta um desejo inconsciente de perder e jogar para aliviar sentimentos inconscientes de culpa.
97. Para essa paciente, a psicoterapia voltada para o *insight* e a terapia familiar devem ser buscadas e iniciadas o quanto antes, para evitar maiores perdas financeiras.
98. A bupropiona, um antagonista do receptor nicotínico-acetilcolínico, é uma boa opção terapêutica para essa paciente.
99. Outra opção terapêutica para essa paciente é o uso de naltrexona, um antagonista opioide puro, que age na via de prazer e recompensa.

Uma paciente de 73 anos de idade submete-se a uma consulta psiquiátrica por queixa de prejuízo na memória e na concentração. Fala em vagarosidade e em perder a inteligência ultimamente. A esposa afirma que ele está ficando retraído e mais restivo em participar de atividades que habituavam lhe dar prazer. Dois anos antes, desenvolveu um tremor de repouso intermitente na mão esquerda e um “andar pausado”. Durante o exame inicial, a fala é trêmula e disártrica. O tônus motor está levemente aumentado em todos os membros. Ele executa com lentidão movimentos alternados nas mãos. Apresenta um breve tremor intermitente no braço esquerdo em repouso. Os reflexos estão simétricos. Um exame neuropsicológico foi realizado três semanas depois e descobriu-se que o paciente possui prejuízo da memória e nas respectivas capacidades de nomeação e construção.

Considerando esse caso clínico, julgue os itens a seguir.

100. Esse paciente apresenta sintomas e sinais clínicos que caracterizam um quadro compatível com uma demência subcortical.
101. Níveis oscilantes de atenção e estado de alerta, alucinações visuais recorrentes e características parkinsonianas caracterizam a demência apresentada por esse paciente.
102. A donepezila, um agente inibidor da acetilcolinesterase, é uma boa opção terapêutica para esse paciente, apesar de poder provocar perda de apetite como efeito colateral.
103. Em caso de psicose, uma boa opção terapêutica para esse paciente é o uso de clozapina, um antipsicótico atípico de ação histaminérgica e com ação antagonista parcial D₂ em altas doses.

Uma paciente de 10 anos de idade é levada pela mãe para atendimento com psiquiatra, por queixa de não conseguir acompanhar os colegas de escola e já ter sido reprovada por três vezes. Ela pede uma medicação para ajudar sua filha a estudar e a tirar notas boas.

Acerca desse caso clínico, julgue os itens a seguir.

104. Caso essa paciente consiga aprender habilidades acadêmicas até aproximadamente o nível da 6ª série no final da adolescência, ela pode ser considerada como portadora de deficiência intelectual moderada.
105. Na fase adulta, essa paciente, recebendo o diagnóstico de deficiência intelectual moderada, conseguirá executar tarefas semiquilificadas com supervisão apropriada.
106. Essa paciente pode vir a apresentar algum transtorno do humor, como depressão maior, esquizofrenia, transtorno da conduta e de *deficit* de atenção e hiperatividade (TDAH).
107. O eletroencefalograma (EEG) caracterizado por ondas rápidas é mais observado em crianças com o transtorno apresentado por essa paciente do que na população em geral.

Um paciente de 16 anos de idade é levado para o psiquiatra para avaliação diagnóstica. Segundo a mãe, as histórias de nascimento, médica e familiar não tinham qualquer fato saliente. O respectivo desenvolvimento motor era levemente retardado. A mãe afirma ter começado a se preocupar a partir da idade de 5 anos, quando ele foi matriculado na escola e começaram a ser percebidas as respectivas dificuldades na interação com os colegas, na participação de atividades e em seguir as regras dos professores. No ensino fundamental, ele foi matriculado nas aulas de ensino regular, e foi verificado que tinha dificuldades para fazer amizades e praticar esportes com os outros alunos, preferindo sempre brincar sozinho e passar todo o tempo isolado na hora do intervalo. Ele era considerado esquisito e parecia não saber como conversar com os colegas. Em casa, parecia fascinado quando assistia à programação da TV Senado na televisão, a qual insistia em acompanhar com grande interesse e intensidade quando havia debates entre os senadores. O exame que o paciente fez aos 14 anos de idade indicou que tinha interesses acentuadamente restritos e intensos e apresentava padrões afetados e estranhos de comunicação. Os testes psicológicos revelaram que o QI do paciente estava na faixa normal.

A respeito caso clínico, julgue os itens a seguir.

108. Atualmente, o fenótipo clínico do transtorno apresentado por esse paciente é inserido no contexto diagnóstico do DSM-5 para transtorno do espectro autista.
109. O tratamento desse paciente tem como foco promover a comunicação social e o relacionamento com pares.
110. As técnicas de autossuficiência e de solução de problemas serão muito benéficas para esse paciente em ambientes escolares.
111. O transtorno apresentado por esse paciente pode ocorrer em uma ampla variedade de gravidades, incluindo casos em que se perdem sinais sociais sutis, porém com domínio das interações sociais globais.

Uma médica de 32 anos de idade com neoplasia de ovário em estágio final é vista por uma consultoria psiquiátrica porque relatava ver “a avó” aos pés da respectiva cama de hospital. Ela descreve a experiência como aterrorizante e misteriosa. O psiquiatra questionou-lhe se ela não estaria com medo de morrer. A paciente ficou assustada com a pergunta e afirmou ter sido a primeira vez que alguém havia mencionado o termo “morrer”.

Quanto a esse clínico, julgue os itens que a seguir.

112. É importante entrar em contato os membros da família dessa paciente e averiguar o possível papel deles no cuidar dela e verificar se as próprias necessidades deles estão sendo reconhecidas.
113. Os cuidados da família devem ser complementados com visitas domiciliares de médicos, enfermeiros e terapeutas, devendo-se evitar o representante religioso, em razão das diversas religiões que a paciente possa vir a ter ou não ter.
114. Em uma declaração de vontade, essa paciente, mentalmente competente, pode dar instruções, como rejeição de sondas, respiração artificial e qualquer outra medida para prolongar a vida, a serem seguidas pelos médicos quando ela não puder se comunicar em razão da doença.
115. As sessões de terapia familiar não devem ser estimuladas para essa paciente, sob o risco de os membros explorarem sentimentos acerca da morte e de morrer, havendo um luto e um pesar antecipatórios desnecessários.
116. Um tratamento eficaz para náusea e vômitos associados à quimioterapia que essa paciente possa vir a apresentar seria o uso de tetra-hidrocanabinol (THC), o ingrediente ativo da maconha.
117. Ao atender essa paciente, o consultor psiquiátrico deve investigar a fé do paciente, e respectivo significado, as respectivas práticas religiosas associadas e seu impacto na resposta de enfrentamento.
118. Essa paciente pode encontrar mais força para suportar o sofrimento da doença terminal com a ajuda da medicina alternativa, muito embora o curso da doença possa não ser afetado.
119. São prováveis aflições apresentadas por essa paciente: a perda da autonomia, a decrescente capacidade de participar de atividades que tornavam a vida prazerosa e a perda do controle das funções corporais.
120. É necessário, nesse caso, distinguir entre depressão maior e sofrimento, pois os médicos são mais hábeis para lidar com a depressão do que com o sofrimento.

Área livre

Área livre