

PROVA DE SELEÇÃO AOS ANOS OPCIONAIS DE RESIDÊNCIA MÉDICA PARA O ANO DE 2022

PSIQUIATRIA: PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

01. A prova terá duração de 2 (duas) horas e 30 (trinta) minutos, considerando, inclusive, a marcação do cartão-resposta.
02. A prova objetiva deverá ser feita, obrigatoriamente, à caneta esferográfica, fabricada em material incolor e transparente, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
03. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que contém **40 (quarenta) questões de múltipla escolha**, do conteúdo de **Psiquiatria** cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D).
04. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

"A vida continua e se entregar é uma bobagem."

05. Em hipótese alguma haverá substituição do cartão-resposta por erro do candidato.
06. O telefone celular desligado e demais pertences não permitidos deverão permanecer acondicionados em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da mesma.
07. O candidato cujo aparelho celular ou outro equipamento, mesmo que acondicionado no saco de segurança e debaixo de sua carteira, venha a tocar, emitindo sons de chamada, despertador etc., **SERÁ ELIMINADO DO CERTAME**.
08. Será vedado ao candidato, dentro da sala de realização da prova, independentemente, do início da prova:
 - a) o uso de lupas, óculos escuros, protetores auriculares ou quaisquer acessórios de cobertura para cabeça, tais como: chapéu, boné, gorro etc. salvo se autorizado, previamente pela Gerência de Recrutamento e Seleção, conforme estabelecido no edital regulamentador do certame;
 - b) o empréstimo de material e/ou utensílio de qualquer espécie entre os candidatos;
 - c) a consulta a qualquer material (legislação, livros, impressos, anotações, jornal e revista);
 - d) o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
09. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais ou emitam sons e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
10. Não será permitido ao candidato fumar conforme determinado no art. 49 da Lei Federal nº 12.546/2011.
11. Somente após decorrida uma hora do início da prova, o candidato, ainda que tenha desistido do certame, poderá entregar o **cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto levando o seu caderno de questões.
12. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no cartão-resposta.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.
15. O FISCAL DE SALA **NÃO** ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://prefeitura.rio/web/portaldeconcursos>.

PSIQUIATRIA

- 01.** Maria, com 10 anos de idade, é levada para uma avaliação psiquiátrica pelos seus pais. Segundo os pais, a psicóloga da escola onde Maria estuda, entrou em contato com eles, relatando que Maria tinha verbalizado para a sua professora que queira se matar. Quatro meses antes, a escola já havia feito contato para comunicar aos pais que a menina estava apresentando queda no rendimento escolar e alterações no seu comportamento. Maria estava desatenta nas aulas e muito irritada e isolada dos seus colegas de turma. Nesse contato, foi sugerida uma avaliação psicológica, mas os pais não chegaram a marcar essa consulta. Durante a entrevista com o psiquiatra, Maria disse que mora em apartamento no décimo segundo andar e que tem vontade de se atirar quando sente “falta de ar, dor de barriga e medo de dormir sozinha”. Ao mesmo tempo, diz que tem medo de se machucar e de morrer e que não tem coragem de se matar. “Eu não tenho vontade de me matar, mas quando eu sinto essa coisa ruim me dá vontade de me jogar pela janela”. Nega que se sente triste. Falou que quase todo esse desconforto desaparece quando está com os pais e com a sua prima, com quem gosta muito de brincar. “Quando eu estou com ela eu me sinto feliz, mas, na hora de dormir, eu tenho muito medo que um ladrão entre e mate a minha família. Seus pais não a percebem triste, e sim “muito inquieta, ansiosa e preocupada com tudo”, principalmente quando se aproxima a hora de ir para a escola. Contam ainda que a filha tem se recusado a ir para a escola, justificando que não tem amigas, que ninguém gosta dela e que não entende nada das aulas”. No último mês, tem se recusado a realizar as refeições, por medo de ter uma reação alérgica e morrer. Não está conseguindo dormir sozinha, durante a noite vai para o quarto dos pais. Na escola, falou que não consegue fazer os deveres de casa, chora na véspera das provas, falando que não vai conseguir estudar. Refere que tem dor para respirar, falta de ar, frio na barriga e vontade de ir ao banheiro, quando a professora lhe faz alguma pergunta. O seu desempenho escolar era muito bom até o ano anterior. Nunca teve dificuldades para fazer amigos, apesar de os pais observarem que sempre foi uma criança tímida, inibida e retraída. Sobre o transtorno de ansiedade generalizada na infância e adolescência, pode-se afirmar que:
- (A) técnicas de relaxamento mostram-se pouco efetivas no tratamento desse transtorno
 - (B) o transtorno muitas vezes persiste durante anos, podendo continuar pela vida adulta
 - (C) aproximadamente, 10 % das crianças são afetadas, com taxas mais altas em adolescentes
 - (D) a proporção entre os sexos pode ser igual ou haver uma pequena predominância no sexo masculino
- 02.** João, de 4 anos de idade, está na segunda semana de aulas, sendo este o primeiro ano em que está frequentando a escola. Nos primeiros dias de aula, entrou tranquilamente, sem dificuldades de interação com os colegas e professores. Na última semana, vem apresentando um comportamento de recusa escolar. Em casa, o menino chora ao ver o uniforme da escola e resiste em colocá-lo. Agarra-se ao pescoço da mãe quando entra na escola. Quando se aproxima da sala de aula e a professora vem em sua direção, o menino chora de forma inconsolável e diz que quer ir para a casa com a sua mãe. Porém, quando a professora autoriza que a mãe fique do lado de fora da sala de aula, ele entra tranquilamente. Com o passar do tempo, se distrai, e a mãe consegue sair do seu campo de visão. Ao se dar conta da ausência da mãe, o menino começa a chorar, mas se tranquiliza quando a mãe se reaproxima ou quando, na sua ausência, a professora o acolhe e diz “até o fim da aula, a mamãe volta”. Segundo a professora, o menino passa a maior parte do tempo bem, brincando com os colegas. Sobre o transtorno de ansiedade de separação, pode-se afirmar que:
- (A) é uma causa comum da recusa escolar
 - (B) muitas vezes leva à agorafobia na vida adulta
 - (C) provavelmente responde aos antidepressivos tricíclicos
 - (D) é um transtorno de crianças pré-escolares, principalmente
- 03.** Ana Clara, de 7 anos de idade, é levada à consulta psiquiátrica pelos seus pais, por “crises de desespero quando chove”. Durante a entrevista, Ana Clara parece tímida, mas consegue expor claramente o seu sofrimento. Segundo suas palavras, “dispara meu coração, não consigo respirar, minhas pernas amolecem e eu começo a chorar sempre que ameaça vir chuva”. Entende que a sua reação é desproporcional, mas alega que não consegue se controlar. Nega esses sintomas em outras situações. De acordo com informações da professora, a menina é uma excelente aluna, nunca apresentou alterações no seu comportamento, mas percebe que ela fica muito agitada e angustiada, quando começa a chover. Os pais associam o início desse quadro clínico a uma situação em que Ana Clara ficou “ilhada” com o avô durante uma tempestade. Sobre as fobias específicas, pode-se afirmar que:
- (A) são igualmente comuns em meninos e meninas
 - (B) somente podem ser diagnosticadas se a criança reconhecer o medo como irracional
 - (C) somente podem ser diagnosticadas se o estímulo temido for evitado ou resistido com angústia intensa
 - (D) normalmente seguem-se a um evento traumático e se resolvem após seis meses, de forma espontânea

- 04.** Jorge, de 15 anos de idade, é encaminhado para uma avaliação psiquiátrica pela escola onde estuda, devido a dificuldade para frequentar a escola. Apesar de ser muito inteligente, foi reprovado no ano anterior, por não conseguir comparecer às provas e não apresentar os trabalhos solicitados. Refere muita vontade de se relacionar, sair de casa e intenso sofrimento por não conseguir. Nega dificuldades para fazer amigos, mas eles têm se afastado dele, referindo que Jorge sempre arranja uma desculpa para não sair com o grupo de amigos. O adolescente relata medo de sair de casa e sentir novamente “o coração acelerando, como se fosse sair da boca, falta de ar, suor, vontade de vomitar”. Nega ter apresentado esses sintomas em situações que não sejam fora de casa. “Em casa eu fico bem, eu não sinto nada”. Comunica-se virtualmente sem quaisquer dificuldades, participa de jogos virtuais em grupo. Porém, quando alguma confraternização de forma presencial é marcada, sente-se angustiado, tem rompantes de irritabilidade e enfrenta dificuldade para dormir na noite anterior. Quando o seu irmão mais velho está presente, tem menos dificuldade para sair de casa. Quanto a esse quadro clínico, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) depressão
 - (B) fobia social
 - (C) transtorno do pânico
 - (D) transtorno de ansiedade de separação
- 05.** Felipe, com 12 anos de idade, nasceu de parto vaginal a termo, não apresentou atraso nos marcos do desenvolvimento motor, não teve dificuldade na alfabetização e evidencia boa capacidade de leitura e de compreensão de textos. Entretanto, apresenta, desde pequeno, muitas dificuldades na realização de cálculos. Não sabe fazer contas simples mentalmente e nunca conseguiu interiorizar a tabuada. A mãe do menino relata a dificuldade em tabuada apresentada pelo filho da seguinte forma: “Parece que ele aprende, mas, no dia seguinte, ele diz que esqueceu tudo”. Mesmo com papel, Felipe tem dificuldade em armar as contas; como estratégia de facilitação, ele usa os dedos, discretamente, para ajudar na realização de contas. O menino tem boa socialização. Sente muita vergonha por não conseguir fazer as contas para dar um troco “de cabeça”; os pais acham que ele é preguiçoso e que não se esforça. Também refere dificuldade de identificar as horas em um relógio analógico, além de dificuldades em reconhecer as direções direita e esquerda. Tendo em vista esse quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica é:
- (A) dislexia
 - (B) discalculia
 - (C) disortografia
 - (D) retardo mental
- 06.** Os pais de uma criança do sexo feminino procuraram atendimento com uma médica psiquiatra, devido a atraso no desenvolvimento da fala da filha. Nasceu de parto cesáreo, a termo, sem complicações. Segundo o relato dos pais, sempre foi um bebê calmo e silencioso. Os pais cedo notaram que era uma criança diferente, pois não sorria e não se movimentava ao ser chamada, também não apontava para objetos. A mãe chegou a questionar se a filha era surda, porém ao nascer, foi submetida a uma avaliação médica, que não evidenciou alteração auditiva. Apesar disso, em função da preocupação com o comportamento da filha, os pais procuraram o pediatra, que optou, então, por solicitar o exame BERA, que também não apresentou alteração. Quando a criança estava com 11 meses de idade, os pais a colocaram na creche. Na época, já perceberam que a filha não chorava quando eles se afastavam ou quando estranhos se aproximavam. A criança demorou a falar as primeiras palavras e, ainda hoje, apresenta grave comprometimento da fala, a qual é muito empobrecida e, em alguns momentos, parece “sem sentido”. Eventualmente, a criança repete as falas de um desenho animado que costuma ver por repetidas vezes. Parece entender comandos verbais simples, mas nem sempre os acata. Muitas vezes, mostra-se indiferente a esses comandos. Apresenta movimentos repetitivos de mãos e cabeça. Só aceita alimentos pastosos e só bebe na mesma caneca. Não interage com outras crianças e parece preferir brincar sozinha. Considerando esse quadro clínico, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) transtorno desintegrativo da infância
 - (B) síndrome do X frágil
 - (C) autismo infantil
 - (D) retardo mental
- 07.** Com relação aos transtornos psicóticos e a epilepsia, pode-se afirmar que:
- (A) na psicose pós-ictal ocorrem alucinações de comando e outros sintomas clássicos, além da preocupação com temas religiosos
 - (B) o diagnóstico de psicose alternante inclui psicose pós-ictal contínua e estado de mal não convulsivo com manifestações psiquiátricas
 - (C) o termo psicose alternante descreve a relação recíproca inversa entre o quadro psicótico e as crises, dependendo do padrão do eletroencefalograma (EEG)
 - (D) a psicose pós-ictal é possivelmente subdiagnosticada, por ser frequentemente considerada uma consequência natural da crise, especialmente daqueles em que há comprometimento da consciência

08. Júlia, com 14 anos de idade, é encaminhada para uma avaliação psiquiátrica pela escola onde estuda, devido a dificuldade de aprendizado. A adolescente comparece à consulta acompanhada pelos seus avós maternos. Segundo o relato da avó, Júlia demorou a falar, somente começando a se expressar de forma um pouco mais clara aos três anos de idade. Na escola, Júlia sempre teve dificuldade de aprendizagem e de interação com os colegas. Devido a essas dificuldades, ainda no final do período pré-escolar, a escola encaminhou Júlia para atendimento fonoaudiológico e psicoterápico. O processo de alfabetização foi realizado com muita dificuldade e, até hoje, a adolescente comete muitos erros e trocas na escrita. Sempre precisou de muito apoio escolar para o aprendizado de todas as matérias. Finalizou o quinto ano com muita dificuldade e, cursa, atualmente, o sexto ano. Quando tinha oito anos de idade, a adolescente foi avaliada por outro profissional, que diagnosticou transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Na época, foi indicado o uso de metilfenidato, mas a família e a escola não observaram nenhuma melhora. A adolescente manteve as dificuldades de aprendizado e desatenção em sala de aula. Sofreu muitos efeitos colaterais do uso da medicação, como irritação e insônia, e por estes motivos o metilfenidato foi suspenso. Segundo os avós, o pai também teve muitas dificuldades de aprendizado, mas conseguiu terminar o ensino médio e trabalha, atualmente, como porteiro. A mãe possui o ensino fundamental incompleto e trabalha como dona de casa. Os pais não souberam informar detalhes mais precisos sobre o período gestacional, sobre o parto e os marcos do desenvolvimento motor. Durante a entrevista com o psiquiatra, Júlia apresentou um comportamento pueril, não soube realizar contas simples e conseguiu apenas ler de forma silabada um texto para crianças de 10 anos de idade. Após ler o texto não soube resumir e nem interpretá-lo. Sobre esse quadro clínico, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) retardo mental
 - (B) síndrome do X frágil
 - (C) transtorno do espectro autista
 - (D) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
09. Um quadro de regressão no desenvolvimento em crianças com, ao menos, dois anos de desenvolvimento normal, manifestando sintomatologia marcada por isolamento social, com alterações de linguagem e com a presença de movimentos estereotipados, caracteriza:
- (A) autismo
 - (B) retração precoce
 - (C) transtorno desintegrativo
 - (D) esquizofrenia na infância
10. Matheus, de 8 anos de idade, é encaminhado para uma avaliação psiquiátrica pela escola onde estuda, devido a “dificuldades de aprendizagem”; comparece à consulta acompanhado pelos pais. Segundo os pais, Matheus nasceu de parto cesáreo, a termo, sem complicações clínicas e não teve atraso no desenvolvimento motor. Sempre foi uma criança ativa e “esperta”. Também sempre foi muito querida pelos colegas. Está cursando o terceiro ano do ensino fundamental. Nesse ano, vem apresentando dificuldades de aprendizado escolar, sua leitura é lenta e, muitas vezes, ocorre de forma silabada. Faz muitas trocas na escrita (por exemplos, troca “p” por “b”; confunde quando deve usar “s”, “ss” e “ç”). Também não sabe acentuar as palavras. Em contraponto, possui bom desempenho em cálculos e em raciocínio que envolve matemática. As dificuldades aparecem apenas quando precisa ler questões de matemática que apresentam enunciados muito longos. Quando algum professor lê o texto para ele e ainda permite que ele possa responder à questão oralmente, o resultado escolar dele melhora muito. Na maior parte das vezes, entretanto, os professores solicitam que a criança faça sozinha seus deveres e suas provas. A consequência direta dessa conduta escolar resultou em queda de seu rendimento escolar, seguida pelo aumento da sensação de ser “burro” (descrito assim para seus pais). Também passou a dizer que não gosta mais de ir para a escola. Questionado sobre sua história de aprendizado, o pai conta que também teve dificuldade na alfabetização e que até hoje usa corretores de texto para ter certeza de que escreveu corretamente. Também refere que prefere escutar “audiobooks” a ler livros. Ao exame, o menino apresentou boa interação com o entrevistador, mostrando-se apenas levemente ansioso. Ao ser solicitado que lesse um pequeno texto, olhou para baixo e falou que não gostava de ler; justificou dizendo que sua leitura é muito lenta e que os colegas costumam rir quando ele tenta ler. Durante a entrevista, quando solicitado, Matheus conseguiu fazer contas de somar e de subtrair mentalmente com facilidade. Joga “jogo da velha” bastante bem, criando estratégias adequadas. Trouxeram uma avaliação neuropsicológica solicitada previamente, a qual revelou QI normal (101). Não apresentou alterações clínicas no exame físico. Sobre o transtorno de aprendizagem pode-se afirmar que:
- (A) a causa mais comum é a disgrafia
 - (B) o tratamento medicamentoso costuma ser efetivo
 - (C) as comorbidades são comuns principalmente com TDAH e transtorno de linguagem
 - (D) a prevalência oscila entre 3 a 10% da população em idade escolar, com incidência três vezes maior em meninas que em meninos

11. Com relação à epilepsia e suas comorbidades psiquiátricas, pode-se afirmar que:
- (A) as evidências indicam que o padrão de associação de doenças mentais com epilepsia é bidirecional
 - (B) as alterações pré-ictais são relativamente frequentes e proporcionalmente pouco investigadas quando comparadas às alterações pós-ictais
 - (C) a associação de doenças mentais com epilepsia é relacionada como uma reação psicológica natural, decorrente do estresse e da dificuldade de viver com uma doença imprevisível, além do isolamento social
 - (D) a classificação diagnóstica de qualquer das comorbidades associadas à epilepsia inclui uma categoria própria, que descreve a relação temporal da sintomatologia com a ocorrência das crises em pré-ictal ou pós-ictal
12. As crises não epiléticas psicogênicas (CNEP) são episódios que cursam com alterações de movimento, sensações ou experiências que lembram crises epiléticas, porém, não são associados a descargas elétricas cerebrais de padrão ictal. Sobre esse tema, pode-se afirmar que:
- (A) o tratamento se inicia com a comunicação do diagnóstico
 - (B) todos os pacientes com epilepsia complicarão com a ocorrência de CNEP
 - (C) a prevalência de crises epiléticas em pacientes com CNEP varia de 2 a 5%
 - (D) o exame padrão-ouro para o diagnóstico de suspeição é a monitoração com vídeo-eletroencefalograma
13. Considera-se fator de risco ambiental para o autismo:
- (A) idade materna
 - (B) gestações múltiplas (gêmeos, trigêmeos etc)
 - (C) diabetes melito gestacional e recém-nascido acima de 3Kg
 - (D) uso de substâncias psicoativas pela mãe durante a gestação
14. Embora haja tratamentos desenvolvidos relativamente efetivos para alguns sintomas incapacitantes, os problemas “centrais” (relacionamento social e comunicação) são pouco responsivos à medicação. A utilização de psicofármacos no autismo obedece à questão dos sintomas, que devem ser minimizados para que maiores benefícios possam ser obtidos dentro de uma abordagem enfocada na reabilitação. Existem evidências de ação no sintoma agressão-irritabilidade, o uso de:
- (A) divalproato de sódio
 - (B) lamotrigina
 - (C) olanzapina
 - (D) haloperidol
15. Sobre o impacto de um indivíduo com autismo na família, é correto afirmar que:
- (A) a família, em geral, está bem equipada em múltiplos aspectos para enfrentar sua função de educar uma criança autista
 - (B) a limitação de um elemento da família com autismo afeta também a comunicação conjugal, que fica confusa e com carga agressiva, de forma similar ao que ocorre nas doenças crônicas
 - (C) estudos recentes identificaram que o estresse dos pais diminui a medida que a criança com diagnóstico de autismo fica mais velha, principalmente na adolescência
 - (D) pais de indivíduos autistas apresentam índices de estresse superior aos pais de portadores de outras doenças crônicas, porém mais baixos do que os daqueles portadores de síndrome de Down
16. A síndrome alcoólica fetal ocorre quando a mãe consome álcool durante a gestação e engloba uma série de defeitos inatos ocasionados à criança. Sobre essa síndrome pode-se afirmar que:
- (A) tipicamente envolve fissuras palpebrais curtas
 - (B) responde por cerca de 20% do retardo mental grave
 - (C) o lábio superior tipicamente forma um “arco do cupido” proeminente
 - (D) afeta tanto meninos como meninas, embora o grau de prejuízo intelectual tenda a ser maior nos meninos
17. Sobre o tratamento dos sintomas médicos da criança autista, pode-se afirmar que:
- (A) para um tratamento efetivo e seguro, o clínico deve ter os sintomas do autismo como primeiro foco no tratamento
 - (B) ao se identificar os sintomas-alvo, deve-se escolher o melhor fármaco para abordagem e explicar aos pais ou responsáveis, jamais à criança, as razões de uso e seus principais efeitos colaterais
 - (C) os tratamentos desenvolvidos para o transtorno do espectro autista são relativamente efetivos para os sintomas incapacitantes e bastante responsivos à medicação no que se refere ao relacionamento social e à comunicação
 - (D) o intuito das intervenções psicofarmacológicas é melhorar sintomas psiquiátricos ou comportamentais que interfiram na habilidade do indivíduo de participar dos sistemas educacionais, sociais, laborais e familiares

18. O transtorno bipolar do humor na infância e adolescência é uma doença que pode tornar-se incapacitante. O conhecimento desse diagnóstico pelos profissionais de saúde é crucial para a identificação e o tratamento correto, capaz de alterar o curso de prejuízos graves à incapacitação em pacientes não tratados. Sobre essa patologia, é correto afirmar que
- (A) a maioria dos estudos sugere que a prevalência de sintomas psicóticos no transtorno bipolar do humor na infância e adolescência é muito baixa, correspondendo a menos de 10% dos casos
 - (B) em crianças entre 5 e 7 anos de idade, sintomas psicossomáticos, pobre desempenho e recusa escolar, dificuldades de concentração, ansiedade, fobias, irritabilidade e retraimento social são comuns
 - (C) a taxa de transtorno bipolar do humor na infância e adolescência diminui com a idade, ao se considerar estudos realizados com amostras de adolescentes entre 12 e 18 anos de idade, a taxa diminui de 2,7 a 2,9%
 - (D) adolescentes diagnosticados com transtorno depressivo maior apresentam o dobro de tentativas de suicídio e níveis significativamente piores de funcionamento em comparação aos adolescentes com transtorno bipolar do humor
19. J. é um adolescente de 13 anos de idade. Sua escola entrou em contato recentemente com o médico porque os professores têm notado uma mudança importante no seu comportamento nas últimas semanas. Segundo os profissionais, J. está muito animado, corre pela sala de aula, fala alto e rapidamente, faz piadas com os colegas e pergunta sobre a vida amorosa dos professores. Repete como se sente poderoso. Segundo uma das professoras, o comportamento está completamente diferente do habitual. Ele sempre foi um aluno tranquilo, que ficava sentado durante todas as aulas e que só interagia com os professores para tirar dúvidas. Esse quadro clínico sugere, como hipótese diagnóstica mais provável, o transtorno:
- (A) de déficit de atenção e hiperatividade
 - (B) de ansiedade generalizada
 - (C) opositor desafiador
 - (D) bipolar do humor
20. A neuroimagem é a principal técnica não invasiva disponível para a investigação da estrutura e do funcionamento cerebral, o que torna o seu papel central na pesquisa e na prática clínica. Uma situação em que a ressonância magnética está indicada é:
- (A) transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
 - (B) criança ou adolescente com transtorno de conduta
 - (C) deficiência intelectual, mesmo que sem doenças neurológicas comórbidas
 - (D) adolescente com início abrupto de comportamento agressivo ou antissocial
21. Amanda, com 17 anos de idade, é encaminhada para uma avaliação psiquiátrica pela psicóloga, que a acompanha desde os 12 anos de idade. Comparece ao atendimento acompanhada pelo pai. Conta que faz atendimento psicológico desde os 12 anos de idade, quando sua mãe se suicidou; a adolescente diz ter sofrido bastante com a situação, mas acredita que já superou o fato. Acredita ser uma pessoa triste desde a infância, mesmo antes do falecimento da sua mãe. Relata que sempre se sentiu triste, com autoestima baixa, com dificuldade em sentir prazer em quase todas as atividades. Não faz muita questão de sair de casa, prefere ficar no seu quarto lendo livros ou vendo séries. Mesmo com esses sintomas, disse que sempre foi uma boa aluna e tenta não dar preocupações para o pai. Nega ideação suicida e episódios de hipomania ou mania. Quanto a esse quadro clínico, a hipótese diagnóstica mais provável é:
- (A) depressão maior
 - (B) transtorno bipolar do humor
 - (C) transtorno depressivo persistente
 - (D) transtorno de estresse pós-traumático
22. O transtorno depressivo persistente caracteriza-se pela presença de humor deprimido presente na maior parte do dia e que perdura quase todos os dias, pelo período mínimo de dois anos em adultos e um ano em crianças. Com relação a esse transtorno, pode-se afirmar que:
- (A) episódios de depressão maior sempre precedem esse transtorno
 - (B) a prevalência desse transtorno é duas vezes mais frequente no sexo masculino
 - (C) quando se inicia na infância, muitas vezes apresenta sintomas de TDAH, transtorno de conduta, enurese e ecoprese
 - (D) diferentemente da depressão maior, esse transtorno não está associado com transtorno de ansiedade, de personalidade e transtorno por uso de substâncias
23. Sobre a deficiência intelectual (DI), é correto afirmar que:
- (A) na maioria dos casos, a causa será descoberta
 - (B) a etiologia de deficiência intelectual inclui desde condições perinatais até síndromes genéticas
 - (C) as doenças neurológicas comórbidas são menos comuns em indivíduos com DI do que na população geral
 - (D) se um quociente de inteligência de 70 for utilizado como ponto de corte, cerca de 15% da população será diagnosticada com DI

24. O eletroencefalograma é o registro gráfico bidimensional da atividade elétrica cerebral espontânea, obtido por meio de eletrodos aplicados na superfície do couro cabeludo. Dentre as indicações do eletroencefalograma, é correto citar:
- (A) o diagnóstico específico ou etiológico
 - (B) a exclusão de crises epiléticas e epilepsia
 - (C) a distinção entre processos agudos e crônicos
 - (D) a identificação e caracterização de crises psicogênicas
25. São achados eletroencefalográficos consistentemente reportados na literatura sobre o transtorno de déficit e hiperatividade:
- (A) aumento das frequências delta e teta
 - (B) aumento da atividade alfa e beta de projeção difusa
 - (C) aumento da atividade teta e redução das frequências alfa e beta
 - (D) redução da latência REM, aumento da densidade de REM e aumento do número de despertares
26. Adolescente, com 15 anos de idade, é levada pela sua mãe a uma emergência clínica com queixa de dor torácica, falta de ar, falando que está "morrendo". Queixava-se de ondas de calor, tremia e suava muito. Eletroencefalograma e enzimas cardíacas normais. A crise perdurou por vinte minutos e passou após a administração de diazepam. A paciente refere duas crises espontâneas anteriores, mas em menor intensidade, que cessaram sem medicação. Chora na consulta e diz que tem muito medo de ter novas crises ou de morrer. Quanto ao diagnóstico desse quadro clínico, a hipótese mais apropriada é que:
- (A) a paciente apresenta ataques de pânico, não transtorno de pânico
 - (B) a progressão de tempo e da intensidade das crises sugere organicidade
 - (C) a recomendação é a paciente realizar mais exames para investigação do quadro, como ecocardiograma e cateterismo
 - (D) a ausência de sintomas atípicos e a boa resposta com medicação ansiolítica reforçam o diagnóstico de ataque de pânico
27. Sobre o transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH) pode-se afirmar que:
- (A) é um transtorno mais comum na infância e adolescência, mas também ocorre na fase adulta
 - (B) não acontece em comorbidade com o transtorno desafiador e opoitor, pois uma condição exclui a outra
 - (C) em crianças com TDDH, a recusa a cumprir determinações dos adultos ocorre pelo não reconhecimento das figuras de autoridade
 - (D) é um transtorno que se inclui no grupo dos transtornos de ansiedade e se caracteriza por irritabilidade crônica e explosões de raiva diante de frustrações
28. O transtorno depressivo maior é um dos principais diagnósticos entre crianças e adolescentes. Sobre essa patologia, pode-se afirmar que:
- (A) embora a maioria dos jovens se recupere do primeiro episódio, dados de estudos clínicos e comunitários sugerem probabilidade de recorrência de 20 a 60% em 1 a 2 anos após a remissão, chegando a 70% em 5 anos após a remissão
 - (B) diferente da população adulta, acredita-se que a incidência e a recorrência dos episódios depressivos em crianças e adolescentes possam ser mediadas por fatores estressores com perdas, negligência ou abuso, conflitos e frustrações
 - (C) mesmo com o desenvolvimento de sistemas classificatórios com razoável confiabilidade, faltam evidências robustas para a compreensão do transtorno depressivo maior em crianças
 - (D) é um transtorno que ocorre com maior frequência no sexo feminino, tanto em crianças com idade pré-puberal quanto em adolescentes
29. O transtorno opoitivo desafiante (TOD) é o principal transtorno comportamental que ocorre na infância, associado a prejuízos familiares, sociais, acadêmicos e emocionais. Sobre essa patologia, pode-se afirmar que:
- (A) entre os critérios diagnósticos descritos no DSM-V, o que apresenta maior especificidade para o diagnóstico de TOD é a presença de humor raivoso e irritável
 - (B) a entrada na adolescência é o momento em que os sintomas tendem a aumentar, devido principalmente, às alterações hormonais e sociais
 - (C) estudos com gêmeos monozigóticos mostram que fatores genéticos contribuem para o risco de problemas externalizantes das crianças de forma mais importante do que os efeitos familiares
 - (D) o diagnóstico do TOD exige dois aspectos importantes, que nem sempre precisam estar presentes, um é a intensidade dos sintomas, o outro, a presença dos sintomas em diferentes ambientes
30. Sobre a síndrome de Tourette, pode-se afirmar que:
- (A) a presença de vocalização de palavras obscenas é obrigatória para o diagnóstico
 - (B) é frequentemente associada a comorbidades, como depressão e transtornos de ansiedade
 - (C) costuma começar na idade pré-escolar e a duração deve ser maior do que um ano para o seu diagnóstico
 - (D) em casos mais graves pode-se recomendar estimulação cerebral profunda na região do globo pálido interno

31. Paula, de 7 anos de idade, é encaminhada para uma avaliação psiquiátrica, pela psicóloga que a acompanha há seis meses. Segundo os pais, a menina foi encaminhada para atendimento psicológico devido a comportamento agressivo e opositor apresentado na escola. Relataram que a filha apresentou sinais de sofrimento fetal, com Apgar baixo no primeiro minuto, por hipotonia muscular e ausência de choro e icterícia, necessitando de fototerapia. Quando ela iniciou a educação infantil, começaram os primeiros problemas de comportamento. Paula não respeitava regras, apresentava um comportamento opositor com os professores e agressivo com os colegas. Uma avaliação neuropsicológica foi solicitada e constatou que a criança apresenta um perfil cognitivo compatível com nível intelectual limítrofe. Sobre esse quadro clínico, pode-se afirmar que:
- (A) o treino parental, junto com a terapia comportamental da criança, é a única abordagem de escolha nos casos de transtorno opositivo desafiante (TOD) em comorbidade com deficiência intelectual (DI)
 - (B) todos os casos de transtorno opositivo desafiante (TOD) e deficiência intelectual (DI) precisam de tratamento farmacológico, visando melhora do comportamento opositor
 - (C) o transtorno opositivo desafiante (TOD) não poderia apresentar comorbidade com a deficiência intelectual (DI), pois os sintomas de oposição e desafio à autoridade se devem exclusivamente às dificuldades de compreensão da criança
 - (D) a comorbidade do transtorno opositivo desafiante (TOD) com a deficiência intelectual (DI) se define pelo prejuízo menor em outras competências, já que a recusa em obedecer está relacionada apenas com o não entendimento
32. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 80% dos portadores de deficiência auditiva moderada e profunda vivem em países em desenvolvimento. Quanto à triagem auditiva neonatal (TAN) e audiometria, é correto afirmar que:
- (A) a triagem auditiva deve ser realizada, de preferência, nos primeiros dias de vida, de 24 a 48 horas, na maternidade e no máximo durante os seis meses de vida
 - (B) cerca de 10% dos casos de deficiência auditiva poderiam ser prevenidos e seus efeitos minimizados, se a intervenção fosse iniciada precocemente
 - (C) toda criança deve realizar a audiometria tonal durante a pré-escola, mesmo na ausência de queixas auditivas
 - (D) o teste auditivo em recém-nascidos e lactentes sem indicadores de risco não é necessário
33. Os marcos cronológicos do desenvolvimento da linguagem servem como pontos referenciais importantes para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Quanto ao desenvolvimento adequado da linguagem na criança, espera-se que, do oitavo ao décimo-segundo mês de vida:
- (A) a interação comunicativa se inicie de forma muito elementar
 - (B) a capacidade comunicativa verbal tenha avanço substancial
 - (C) a criança deixe de ser apenas reativa ao ambiente
 - (D) a criança comece a juntar duas palavras
34. Os transtornos alimentares são caracterizados pelo comprometimento persistente da alimentação ou do comportamento alimentar, o que resulta na alteração de consumo ou absorção de alimentos e impacta na saúde física e psicossocial do indivíduo. Sobre o transtorno da compulsão alimentar (TCA), é correto afirmar que:
- (A) recorrentes comportamentos compensatórios inadequados, a fim de evitar o ganho de peso, fazem parte dos critérios diagnósticos do TCA no DSM-5
 - (B) angústia acentuada relativa ao quadro é um dos critérios diagnósticos do TCA no DSM-5
 - (C) perturbações na forma como se vivencia o peso e a forma corporais compõem os critérios diagnósticos do TCA no DSM-5
 - (D) a compulsão alimentar ocorre, na média, pelo menos três vezes por semana, durante seis meses
35. Flávia, de 12 anos de idade, é levada pelos pais para uma avaliação psiquiátrica. Segundo os pais, Flávia sempre foi uma excelente aluna. No ano passado, começou a se preocupar muito com os exames de final de ano. Passou a dormir tarde e a acordar muito cedo para conseguir estudar toda a matéria. Tornou-se irritada, brigava por qualquer coisa, chorava com facilidade e veio a perder peso em consequência de restrições alimentares, pois retirou carne vermelha, frituras, refrigerantes e guloseimas da dieta. Em seis meses, emagreceu 12 Kg. Passou a se isolar, a se afastar das colegas da escola e dos membros da família, permanecendo a maior parte do tempo em seu quarto, estudando. Sentia muito medo não só de ganhar peso, mas de manter o peso, pois a sensação era de perda do controle. Ao exame físico, pesava 41 kg e a sua altura era de 1,67m. Um critério para avaliação de alto de risco em pacientes com transtorno alimentar é:
- (A) pressão sistólica menor que 90 mm Hg
 - (B) frequência cardíaca (FC) menor que 50
 - (C) índice de massa corporal (IMC) menor de 13
 - (D) eletrólitos (NA, K) sem alterações laboratoriais

36. Sobre o uso da melatonina na insônia, pode-se afirmar que:
- (A) a excreção da melatonina ocorre por via renal
 - (B) o tempo para a máxima concentração plasmática da melatonina é de 60 minutos
 - (C) em estudos de polissonografia, a melatonina reduz a latência para o início do sono, mas não modifica a continuidade do sono e não muda a porcentagem de sono N3 ou de sono REM
 - (D) o potencial uso da melatonina como hipnótico foi examinado na insônia, em adultos saudáveis e com doenças, em crianças e em idosos e os estudos demonstram um efeito dose-reposta
37. Inúmeros fatores interferem na absorção dos medicamentos utilizados em crianças e adolescentes. Ao ser comparada com a dos adultos, observa-se que:
- (A) a proporção de água extracelular nas crianças e adolescentes é menor do que nos adultos, o que proporciona altas concentrações plasmáticas de fármacos distribuídos por intermédio da água corporal, como, por exemplo, o lítio
 - (B) o meio estomacal, menos ácido nas crianças e adolescentes do que nos adultos, ocasiona uma absorção mais lenta de anfetaminas, anticonvulsivantes e antidepressivos
 - (C) a proporção de gordura corporal é maior nas crianças e adolescentes do que nos adultos, o que ocasiona maior presença de fármacos lipofílicos no plasma
 - (D) a flora intestinal é mais diferenciada e em maior quantidade nas crianças e adolescentes do que nos adultos, o que justifica maior absorção das fenotiazinas
38. A enurese corresponde à perda involuntária de urina, não decorrente de fatores neurológicos ou de anormalidades anatômicas do trato urinário. Sobre a enurese, sabe-se que:
- (A) a enurese noturna é mais comum do que a diurna e mais frequente em meninas
 - (B) a enurese primária corresponde a 60% dos casos, sendo mais comum em meninos
 - (C) de um modo geral, as enureses noturnas são as que estão mais associadas a comorbidades psiquiátricas
 - (D) cerca de dois terços das crianças com enurese têm parentes de primeiro grau que já apresentaram esse problema
39. Os transtornos dissociativos ou conversivos se caracterizam pela presença de alterações da consciência, da memória, da identidade e da percepção (perturbações dissociativas), ou sintomas físicos como paralisia, ataxia, afonia, convulsões, anestesia, cegueira, visão dupla (perturbações conversivas), sem que se encontre uma causa física que justifique o quadro. Sobre esses transtornos pode-se afirmar que:
- (A) o tratamento dos transtornos é feito por meio de psicoterapia de base analítica ou psicanálise
 - (B) o paciente produz propositadamente os sintomas com o fim consciente de obter vantagens
 - (C) os sintomas conversivos isolados, surgidos em crianças de 7 e 8 anos de idade, tendem a se tornar crônicos e requerem pronta intervenção
 - (D) em adolescentes, os transtornos parecem ocorrer igualmente em meninos e meninas, já em crianças há um predomínio do sexo feminino
40. Segundo diversos estudos epidemiológicos, na infância e na adolescência a frequência do uso de drogas psicotrópicas no Brasil é expressiva, constituindo-se um problema de saúde pública. As drogas psicoativas podem causar diversas síndromes psiquiátricas. Por exemplo, o uso da maconha pode causar:
- (A) transtorno psicótico
 - (B) transtornos sexuais
 - (C) transtorno de humor
 - (D) demência