

PROVA DE SELEÇÃO À RESIDÊNCIA MÉDICA PARA O ANO DE 2023 ANOS OPCIONAIS

PSIQUIATRIA- PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA COM PRÉ-REQUISITOS

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, cada uma com 4 (quatro) alternativas (A,B,C e D), distribuídas da seguinte forma:

CONTEÚDO

NÚMERO DE QUESTÕES

PSIQUIATRIA

40

04. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no cartão-resposta, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico.

"Amor é um fogo que arde sem se ver"

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 saço 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>.

PSQUIATRIA

01. Das infecções pré-natais abaixo, a que **não** está associada ao Transtorno do Espectro do Autismo é:
- rubéola congênita
 - citomegalovírus
 - toxoplasmose
 - varicela
02. Dentre os fatores associados à deficiência intelectual (retardo mental), temos os pré-natais, perinatais e os pós-natais. Podemos afirmar que:
- em relação aos fatores antes da concepção, as causas genéticas e ambientais são as mais envolvidas na gênese da deficiência intelectual/retardo mental
 - a incompatibilidade de grupo sanguíneo, embora esteja relacionada ao abortamento espontâneo, não se relaciona à deficiência intelectual/retardo mental
 - prematuridade não está associada à deficiência intelectual/retardo mental
 - as meningites bacterianas estão associadas à deficiência intelectual/retardo mental, diferentemente das meningites virais (herpéticas, por exemplo)
03. Em relação aos marcos do desenvolvimento infantil, assinale a afirmativa correta:
- aos 14 meses, os bebês são capazes de identificar cinco partes do corpo
 - os bebês são capazes de imitar movimentos a partir dos 15 meses
 - os bebês iniciam o balbúcio por volta dos 6 meses
 - o sorriso social surge a partir do 6º mês
04. Na avaliação da criança, devemos considerar que:
- é necessária uma avaliação objetiva, que considere principalmente os sintomas relatados no momento da avaliação
 - a informação fornecida pela mãe ou pelo cuidador é suficiente para o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica
 - não é recomendado o uso de estratégias alternativas, como o grafismo, na avaliação de crianças
 - a atitude do avaliador pode interferir na relação com a criança
05. Em relação aos transtornos de controle dos esfíncteres na infância e adolescência, podemos afirmar que:
- para o diagnóstico de encoprese, é necessário que a criança tenha no mínimo 6 anos
 - a enurese exclusivamente diurna é também chamada de incontinência urinária
 - história de enurese dos pais não se associa à enurese nos filhos
 - encoprese é mais frequente em meninas do que em meninos
06. Em relação à farmacoterapia para o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), podemos afirmar:
- o dimesilato de lisdexanfetamina é um pró-medimento e sofre metabolismo intestinal para gerar a forma ativa
 - a presença de tiques é uma contraindicação absoluta ao uso de estimulantes no tratamento de TDAH
 - o dimesilato de lisdexanfetamina é um fármaco com grande probabilidade de abuso
 - os antidepressivos tricíclicos são drogas de escolha no tratamento de TDAH
07. Em relação à síndrome de Tourette e aos Transtornos de Tiques, assinale a alternativa correta:
- os tiques transitórios devem ser tratados com fármacos, independentemente da gravidade dos sintomas
 - as intervenções psicossociais e os medicamentos (alfa-2 adrenérgicos e antagonistas dopaminérgicos) constituem as principais modalidades de tratamento
 - a presença de comorbidades não implica a mudança do prognóstico e a conduta terapêutica
 - os tiques tendem a piorar na adolescência
08. Em relação à esquizofrenia de início precoce, assinale a afirmativa correta:
- os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, antes dos 13 anos, apresentam as mesmas dificuldades sociais e cognitivas do que aqueles de início mais tardio
 - a esquizofrenia de início precoce é mais difícil de ser diferenciada do transtorno bipolar do que a de início na idade adulta
 - crianças e adolescentes não podem fazer uso de antipsicóticos de depósito para o tratamento de esquizofrenia
 - os quadros de esquizofrenia de início precoce podem ter remissão total, se tratados precocemente
09. O Transtorno Obsessivo Compulsivo é um quadro clínico que pode ter início na infância e na adolescência. Assinale a afirmativa correta:
- não há evidências de que psicoestimulantes piorem o TOC
 - na infância, a prevalência é maior em meninas do que em meninos
 - o tratamento mais eficaz é a associação de farmacoterapia (ISRS) com terapia cognitivo-comportamental.
 - exposição à infecção pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A está fortemente associada ao desenvolvimento de TOC na infância alternativa
10. Os transtornos depressivos podem ter início na infância e na adolescência. Ao considerar as possíveis abordagens terapêuticas, podemos afirmar que:
- antidepressivos tricíclicos parecem ter eficácia semelhante em adultos e crianças
 - as terapias cognitiva e interpessoal mostram-se eficazes no tratamento de jovens
 - estimulação magnética transcraniana mostrou-se eficaz nessa população
 - os ISRS são contraindicados antes dos 16 anos
11. Em relação ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), podemos afirmar que:
- não há associação genética na transmissão
 - a prevalência é semelhante em meninos e meninas
 - o diagnóstico é mais frequente em famílias de baixo nível socioeconômico
 - a presença de sintomas de desatenção e hiperatividade, ainda que sem comprometimento significativo, permite o diagnóstico de TDAH

12. Das características descritas abaixo, três alternativas estão frequentemente associadas ao diagnóstico de dislexia (Transtorno de Leitura), **exceto**:
- (A) erros ortográficos
 - (B) leitura pausada, imprecisa e lenta
 - (C) dificuldades globais com atividades de vida diária
 - (D) comportamento evitativo em relação a atividades de leitura
13. Assim como em outros países, o uso de substâncias por crianças e adolescentes no Brasil é um problema de saúde pública. Em relação ao tema, é correto afirmar que:
- (A) não há associação entre outros transtornos psiquiátricos e os transtornos por uso de substâncias
 - (B) adolescentes com transtornos por uso de substâncias frequentemente buscam tratamento por esse motivo
 - (C) o transtorno de conduta é o diagnóstico comórbido mais frequente entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias
 - (D) as tentativas de suicídio são mais frequentes em meninas do que em meninos com transtornos por uso de substâncias
14. O Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS):
- (A) é muito frequente em adolescentes
 - (B) é um transtorno autolimitado, que não requer intervenção terapêutica
 - (C) é facilmente diferenciado do Transtorno de Ansiedade Generalizada
 - (D) quando se apresenta com sintomas físicos, requer avaliação clínica para descartar doenças orgânicas
15. A síndrome de Kleine-Levin é caracterizada por uma tríade clássica, que se apresenta com características descritas abaixo, **exceto**:
- (A) EEG com alterações ponta-onda no período interictal
 - (B) hipersexualidade
 - (C) hiperfagia
 - (D) hipersonia
16. Um adolescente do sexo masculino, 11 anos, apresenta episódio maniaco. Foram descartadas causas orgânicas ou uso de medicamentos ou substâncias. Tem história familiar de transtorno bipolar (avô), que faz uso de carbonato de lítio. A medicação de escolha para tratamento desse adolescente é:
- (A) aripiprazol
 - (B) lamotrigina
 - (C) carbamazepina
 - (D) carbonato de lítio
17. O transtorno alimentar pica é caracterizado pela alimentação persistente de substâncias não nutritivas. Os transtornos abaixo podem ser condições comórbidas, **exceto**:
- (A) esquizofrenia
 - (B) transtorno do espectro autista
 - (C) deficiência intelectual/retardo mental
 - (D) transtorno do déficit de atenção e hiperatividade
18. O transtorno específico do aprendizado com prejuízo na matemática é caracterizado por:
- (A) erros por desatenção em exercícios de matemática
 - (B) comprometimento motor da escrita e nos desenhos geométricos
 - (C) ausência de estímulos adequados ao aprendizado da matemática
 - (D) dificuldade no senso numérico, memorização de fatos aritméticos e na precisão ou fluência do cálculo
19. O sonambulismo é uma parassonia do sono NREM. Em relação a esse transtorno, podemos afirmar que:
- (A) é indicado uso de benzodiazepínicos mesmo nas formas leves do transtorno, pelo risco de acidentes
 - (B) deve ser feito o diagnóstico diferencial com crise parcial complexa de lobo temporal
 - (C) pode haver risco ao despertar a criança durante o episódio de sonambulismo
 - (D) não é frequente a associação com história familiar
20. O Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social pode ser caracterizado por:
- (A) ser um dos transtornos de ansiedade mais frequentes na infância e adolescência
 - (B) ter prevalência semelhante em meninos e meninas
 - (C) ter frequentemente remissão espontânea
 - (D) não se associar à baixa escolaridade
21. Adolescente, do sexo masculino, 16 anos de idade, acompanhado pela sua mãe e namorada, comparece para consulta psiquiátrica. A mãe fala que "já não sabe o que mais pode fazer". Contou que o filho está em acompanhamento com uma nutricionista há seis meses e não percebeu nenhuma melhora. Disse que o filho dança balé desde os 6 anos de idade, que sempre foi muito comprometido com a sua preparação física e que recentemente foi convidado para participar de uma companhia de dança na Alemanha. Falou que há um ano o filho lesionou o tornozelo e precisou ficar afastado da dança. Nesse período, ficou muito "deprimido", desenvolveu episódios de compulsão alimentar, e engordou oito quilos. Quando ele se recuperou da lesão no tornozelo, começou a fazer uma dieta restritiva, restringiu alimentos que continham glúten e lactose e começou a fazer uso de diuréticos. Voltou a dançar, mantendo o padrão alimentar mesmo quando atingiu um peso inferior ao que tinha antes da lesão. Foi orientado a procurar uma nutricionista, mas não aderiu ao tratamento, por considerar que tinha muita comida e não quer ganhar peso. Refere que se sente bem com o seu corpo atual, ressalta como a sua alimentação é saudável. Aceitou esse atendimento para comprovar para mãe e namorada que ele está bem e não precisa de nenhum tipo de ajuda em relação ao seu peso. Ao exame físico apresenta PA – 100x70 mmHg, FC de 40 bpm, temperatura de 36,2 °C, altura de 1,82 m e peso de 58 kg. Sobre esse quadro clínico pode se afirmar que a hipótese diagnóstica e a gravidade são:
- (A) bulimia nervosa e extrema
 - (B) anorexia nervosa e extrema
 - (C) anorexia nervosa e grave
 - (D) bulimia nervosa e grave

22. N., 16 anos de idade, é levada pelos seus pais para atendimento de urgência em hospital psiquiátrico. Segundo os pais, há quatro semanas, a paciente teve um parto cesariano. Contaram que este é o primeiro filho, de N, e que a gravidez não foi planejada. N. engravidou do seu namorado e ele terminou o relacionamento logo após descobrir a gravidez. O pai da criança não deu nenhuma assistência durante a gestação. Segundo a paciente, já durante a gestação sentia-se mais cansada do que o normal e menos produtiva, com dificuldades para ir ao colégio, com preocupações recorrentes sobre a possibilidade de seu bebê não nascer saudável, que não ia conseguir criá-lo. Ficava muito angustiada pelo fato de não poder sair de casa, enquanto as amigas iam para festas, viajavam, e ela tinha que ficar em casa por causa da sua gravidez. Conta que os sintomas pioraram após o nascimento do filho e que tem enfrentado sérias dificuldades com a amamentação. "Sinto que não nasci para ser mãe", diz a paciente, sobre a percepção da maternidade. Nas últimas duas semanas, tem apresentado pensamentos "estranhos", de machucar o bebê, e passado por crises de ansiedades, o que a deixa mais aflita; depois nega intenção de fazer algo contra ele. Com relação a esse quadro clínico, pode-se afirmar que as recomendações terapêuticas mais adequadas são:
- iniciar medicação depressiva, preferencialmente ISRS, após consentimento informado com a paciente e seus pais, e segmento clínico ambulatorial, orientando nova consulta a qualquer momento ou busca de emergência no caso de piora dos sintomas
 - iniciar medicação depressiva, presencialmente ISRS, após consentimento informado com a paciente e seus pais, recomendar a interrupção da amamentação imediatamente e marcar um retorno dentro de uma semana para uma reavaliação clínica
 - iniciar psicoterapia de apoio, fazer orientações sobre alimentação, monitorar fatores estressores psicossociais e marcar uma consulta ambulatorial dentro de duas semanas
 - internar a paciente imediatamente, colocar o bebê sob o cuidado dos avós e iniciar brexanolona em infusão venosa contínua, conforme protocolo
23. Adolescente, 15 anos de idade, é levada pelos pais para um atendimento psiquiátrico. Contam como sua filha sempre foi muito irritada e agressiva, mas que nos últimos 30 dias, esses sintomas se intensificaram muito, inviabilizando o convívio familiar. Quando contrariada, tem uma reação explosiva e impulsiva, inclusive com episódios de agressividade verbal e física dirigidos aos seus pais. Recentemente também se envolveu em uma "confusão na escola", onde agrediu uma colega de sala. Sobre o transtorno bipolar na infância e adolescência, pode-se afirmar que:
- os critérios diagnósticos dessa patologia são diferentes dos listados no Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais, 5.ed (DSM-5) para a vida adulta
 - os filhos de pacientes com transtorno bipolar têm risco cinco vezes maior de evoluir com transtornos psiquiátricos, quando comparados a filhos de pais saudáveis
 - corresponde a 60% das internações por saúde mental de crianças e adolescentes
 - a ideação, a intenção e as tentativas de suicídio podem acontecer em qualquer faixa etária

24. A., 12 anos de idade, relata que se reconhece menino desde a infância, mas nasceu menina. A. lembra da sensação agradável ao vestir roupas do seu irmão mais velho e do alívio pela não demonstração de censura pelos seus pais com as suas "brincadeiras de menino". Diz que suas lembranças de crianças são boas, entretanto, refere sofrimento por não ter nascido como os outros meninos. Menciona que suas maiores dificuldades começaram na adolescência, pelo desconforto das mudanças físicas no seu corpo. "Eu fiquei muito incomodada quando os seios começaram a crescer e eu fiquei menstruada". Também sentiu muita angústia pelos conflitos oriundos das relações com seus colegas. "Nessa época, sofri muito bullying. Cheguei a pensar em me matar, mas tive muito apoio da minha família". Fala que nunca namorou. Diz que foi apaixonada por uma colega da escola, mas que nunca teve coragem de se declarar para ela. A. afirmou não ter dúvida que só obterá tranquilidade no dia em que houver resolvido o problema com seu corpo, por meio dos hormônios e da cirurgia, mas também quer regularizar seu registro, mudando seu nome de forma definitiva. Sobre a disforia de gênero em crianças, pode-se afirmar que:
- a maioria das crianças diagnosticadas com disforia de gênero mostra a persistência desse diagnóstico na adolescência
 - o tratamento de crianças com disforia de gênero baseia-se na instituição de tratamento hormonal e o seu devido acompanhamento
 - a persistência da disforia de gênero pode ser avaliada com segurança a partir do momento em que a criança consegue verbalizar o que sente
 - os profissionais envolvidos na saúde mental da criança devem estar capacitados em psicologia e psicopatologia do desenvolvimento infantil
25. Nos últimos anos, progressos significativos têm sido observados, tanto na maior compreensão dos transtornos psiquiátricos que acometem crianças e adolescentes quanto no tratamento psicofarmacológico dessas condições. O surgimento de novos medicamentos, mais eficazes e com melhor perfil de efeitos colaterais, tem contribuído muito para esse avanço. Sobre o tratamento psicofarmacológico, pode-se afirmar que:
- o carbonato de lítio é o único aprovado pelo FDA (Food and Drug Administration) para o tratamento agudo ou profilático do transtorno bipolar do humor em crianças maiores de 12 anos de idade
 - os benzodiazepínicos devem ser o medicamento de primeira escolha em tratamento dos transtornos ansiosos leves em crianças e adolescentes
 - evidências sugerem que os antidepressivos tricíclicos têm comprovação clínica no tratamento da depressão em crianças
 - dos antipsicóticos, apenas o aripiprazol e a risperidona são aprovadas para o uso na população pediátrica
26. A enurese noturna é a eliminação involuntária de urina durante o sono em crianças com idade igual ou superior a 5 anos. Ocorre em 5% a 10% das crianças com menos de 10 anos de idade e é mais comum em meninos. Sobre o tratamento da enurese noturna infantil pode-se afirmar que:
- na maioria das vezes, as doses da imipramina utilizadas nessa indicação é de 10 a 15 mg à noite
 - a terapia comportamental ou a dieta restritiva apresentaram melhores resultados do que o uso dos antidepressivos tricíclicos
 - os antidepressivos tricíclicos não mantêm o efeito sustentado após a interrupção do tratamento, havendo recaídas ao ser encerrado o seu uso
 - a imipramina pode ser utilizada em crianças a partir dos 5 anos de idade, já o uso da amitriptilina não foi mais eficaz do que o placebo

27. A prevalência do transtorno do espectro autista vem aumentando, e a estatística mais atual é de pelo menos uma criança acometida em cada 59. Em estudos longitudinais, até 27% dos pacientes com TEA terão um desfecho positivo (muitas vezes definido como conseguir se tornar independente ou obter uma redução importante dos sintomas principais), mas a maioria pode apresentar dependência significativa na idade adulta. Sobre o transtorno do espectro autista, pode se afirmar que:
- a proposta de espectro do autismo foi baseada na percepção de que as manifestações dos autistas variavam de acordo com o desenvolvimento das habilidades sociais de cada indivíduo
 - uma das contribuições aportadas pelo DSM-5 foi a inclusão de critérios de gravidade do TEA, que permitem ter uma ideia melhor das características e das necessidades que o quadro demanda, evitando, assim, abordagens inadequadas
 - o intuito das intervenções psicofarmacológicas é melhorar os sintomas psiquiátricos ou comportamentais que interfiram na habilidade do indivíduo com TEA de participar dos sistemas educacionais, sociais, laborais e familiares. Mais de 50% das crianças diagnosticadas com TEA vão precisar dessa intervenção
 - um quadro de regressão no desenvolvimento em criança com ao menos dois anos de desenvolvimento normal, manifestando sintomatologia caracterizada por isolamento social, com alterações de linguagem e com a presença de movimentos estereotipados, caracteriza o TEA
28. Paciente do sexo masculino, 17 anos de idade, é levado pelos pais ao pronto-socorro, após episódio de automutilação nos punhos. Relata que provocou os ferimentos com a intenção de se matar. Tomou essa decisão após ter percebido que estava sendo perseguido pelos seus vizinhos e seria morto por eles. Disse que preferiu morrer pelas suas próprias mãos. Refere que no ano passado teve uma discussão com um vizinho por causa de uma festa que fez na sua casa, mas que não teve mais desdobramentos. Contou que, há cerca de uma semana, percebeu que estava sendo seguido e que escutou conversas do vizinho, com quem tinha discutido no ano passado, e com outras pessoas, que o xingavam e planejavam matá-lo. Os pais contam que antes desse quadro atual o adolescente era "normal", está cursando o terceiro ano e pretende fazer prova para engenharia no final do ano. Nega o uso de álcool ou drogas ao longo de toda a sua vida. Os pais negam antecedentes familiares de transtorno psiquiátrico. Foram feitos os exames complementares e todos trouxeram resultados dentro do limite da normalidade. Sobre esse quadro clínico, pode se afirmar que a principal hipótese é:
- transtorno bipolar do humor
 - transtorno psicótico breve
 - esquizofrenia paranoide
 - depressão grave
29. As reações físicas e emocionais em relação a doenças agudas variam com a idade da criança (em especial, quando menores de 4 anos), com a gravidade, com a cronicidade do quadro clínico e com a existência de múltiplas internações e de tratamentos dolorosos. As crianças podem apresentar reações físicas e emocionais características perante doenças agudas, como:
- irritabilidade
 - isolamento social
 - aumento do apetite
 - aumento do limiar para dor
30. M., sexo masculino, de 5 anos e 7 meses de idade, filho único, é encaminhado para avaliação psiquiátrica pela escola, onde estuda. Segundo os pais, M. é uma criança de difícil manejo, não aceitando regras e limites, agredindo colegas. O menino é competitivo com as outras crianças e se sente superior a elas. Na escola, não respeita as figuras de autoridade, questionando ordens e desafiando determinações da professora em sala de aula. Ele é constantemente chamado pela Coordenação para conversar sobre seu mau comportamento. Os pais se mostravam confusos e inconsistentes no manejo, sendo excessivamente punitivos em alguns momentos, e, em outros, bastante permissivos. Além disso, os avós da criança interferiam em muitos momentos em que a criança cometia atos inadequados, desautorizando os pais. Há um ano, a criança foi encaminhada para o tratamento psicoterápico, mas os pais não observaram resultados sobre o comportamento do filho. O terapeuta diz que M. é uma criança afetiva e disponível, porém, é ele quem determina como a sessão será conduzida, não aceitando falar de assuntos desagradáveis, como as punições ocorridas em casa e na escola. Apresentou uma evolução adequada dos marcos motores e de linguagem. Sobre esse quadro clínico, pode se afirmar que o diagnóstico mais provável é:
- transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
 - transtorno disruptivo da desregulação do humor
 - transtorno opositor desafiador
 - transtorno bipolar do humor
31. O transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDAH) é um transtorno específico da infância e adolescência, que se encontra dentro do grupo dos transtornos depressivos. Sobre esse transtorno, pode se afirmar que:
- o transtorno opositor desafiador e o transtorno disruptivo da regulação do humor não acontecem em comorbidade, sendo que uma condição exclui a outra
 - em crianças com esse diagnóstico, a recusa a cumprir determinações dos adultos ocorre pelo não reconhecimento das figuras de autoridade
 - de modo diferente dos pais de parentalidade punitiva, aqueles com padrão permissivo não são considerados fatores familiares para o seu desenvolvimento
 - há uma tendência de culpar os outros por seus maus comportamentos, e a criança pode apresentar uma índole vingativa sempre que uma consequência ao seu mau comportamento ocorrer
32. A síndrome do bebê sacudido é a causa mais comum de morte traumática em crianças com menos de 1 ano. Os sobreviventes apresentam morbidade significativa, com 45%, tendo seqüela neurológica permanente, comparados com 5% dos casos de não abuso. Sobre a síndrome do bebê sacudido ou chacoalhado, pode-se afirmar que:
- a maioria dos casos apresenta fratura em arcos posteriores das costelas
 - A distribuição equivalente entre os dois gêneros e idade entre 6 e 18 meses
 - as lesões mais comuns são as hemorragias retinianas, subdural e subaracnoide
 - o ato de chacoalhar a criança precisa ser prolongado, ocorrer repetidas vezes ou durante vários dias

33. N., sexo masculino, 8 anos de idade, foi levado para uma reavaliação psiquiátrica. Os pais contaram que o filho foi avaliado, recentemente, por um outro profissional e recebeu o diagnóstico de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Foi indicado o uso de metilfenidato. N. manteve as dificuldades de aprendizado e os sintomas de desatenção em sala de aula. Teve muitos efeitos colaterais, especialmente irritação e insônia. Em reavaliações posteriores, o metilfenidato foi retirado. Optou-se por não iniciar outra medicação psicoestimulante, e o médico anterior solicitou uma avaliação neuropsicológica. Os pais não fizeram essa avaliação e decidiram procurar uma "segunda opinião". Contaram que o filho nasceu de parto normal e não teve nenhuma intercorrência clínica no parto e no pós-parto. Teve um desenvolvimento motor normal, mas "só começou a falar de forma um pouco mais clara aos 3 anos de idade". Começou a frequentar a escola com 4 anos de idade. Na escola, sempre foi considerado muito agitado e desatento, apresentando dificuldades de aprendizado, mas sempre teve uma boa interação com os colegas de sala. Ao notar essas dificuldades, a escola indicou que fosse feito acompanhamento fonoaudiológico e psicoterápico. N. fez acompanhamento durante seis meses, mas como os pais não observaram uma melhora, suspenderam os atendimentos. O processo de alfabetização foi realizado com dificuldade e até hoje N. comete muitos erros e trocas de letras na escrita. Nunca repetiu de ano, mas sempre precisou de muito apoio escolar para o aprendizado em todas as matérias. Durante a interação com o entrevistador, o paciente apresentou muitas atitudes pueris. Não soube realizar contas simples como $18 - 5$ e 2×4 (não utilizou papel, mesmo após ter sido oferecido; também não usou estratégias acessórias, como contar nos dedos). Conseguiu apenas ler de forma silabada um texto para crianças de 6 anos. Após ler o texto, compreendeu-o de forma concreta e não soube resumir nem descrever o que entendeu. Sobre esse quadro clínico, pode se afirmar que o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada é:
- transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, e iniciar um novo psicoestimulante
 - transtorno do espectro autista, e encaminhar para acompanhamento psicológico
 - deficiência intelectual, e encaminhar para uma avaliação neuropsicológica
 - dislexia, e encaminhar para acompanhamento fonoaudiológico
34. O metilenedioximetanfetamina foi originalmente sintetizado em 1912, como um intermediário para uma droga hemostática. Até a década de 1970, essa droga era pouco conhecida. Na década de 1980, passou a ser usada como droga recreativa e recebeu o nome de *ecstasy*, sendo considerada a primeira club drug, termo que se refere ao uso recorrente em festas e casas noturnas. Sobre o *ecstasy*, pode se afirmar que:
- tem como mecanismo de ação principal o aumento da liberação das monoaminas dopamina, serotonina e noradrenalina, sendo a última mais intensamente liberada
 - sintomas psiquiátricos incluem os psicóticos agudos, fenômenos de *flashback*, ataques de pânico e depressão
 - seus efeitos costumam durar menos de 30 minutos; por esse motivo tem alto grau de gerar dependência
 - tem maior risco de causar dependência quando comparado às metanfetaminas
35. Menina de 8 anos de idade iniciou ano letivo em uma escola nova, acompanhada da sua irmã gêmea. Nas primeiras semanas de aula, a menina frequentou as aulas sem nenhum problema, sem dificuldade de interação com os colegas e professores. Na última semana, vem apresentando comportamento de recusa escolar. Na sua casa, a menina chora ao ver o uniforme da escola e resiste colocá-lo. Agarra-se ao pescoço da sua mãe ao entrar no colégio. Quando se aproxima da sala de aula e a professora vem em sua direção, a menina chora inconsolavelmente e diz que quer ir embora. Mesmo na presença da sua irmã gêmea, que estuda na mesma sala que ela, a menina não consegue ficar em sala de aula. Porém, quando a professora autoriza que a mãe fique do lado de fora da sala, ela entra tranquilamente. Com o passar do tempo, no entanto, a menina começa a chorar, fica muito nervosa, pedindo para ir embora para sua casa, e, mesmo com presença da sua mãe, não consegue ficar na sala de aula. Esse quadro só melhora quando a mãe leva a filha para casa. A professora e a menina não referem essa mudança de comportamento a nenhum fato específico. Em casa, a menina também não está conseguindo ficar sem a presença da mãe. Costumava sair para passear com a tia e a irmã gêmea, nos finais de semana, mas não está conseguindo mais fazer isso sem a presença da sua mãe. Começa a ficar muito nervosa, chora, fala que não está conseguindo respirar e que tem que voltar para casa. Esse quadro só remite quando volta para a casa e encontra a sua mãe. Sobre o Transtorno de Ansiedade de Separação, pode se afirmar que:
- o transtorno de ansiedade separação é comumente confundido com ansiedade de separação normal do desenvolvimento, pois também apresenta evolução progressiva e prejudica a vida acadêmica do indivíduo
 - tem como característica principal a ansiedade diante da possibilidade de sair de casa, ainda que na presença de uma figura de apego importante
 - apesar de raro, pode gerar um alto prejuízo na população infantil, comprometendo a aprendizagem
 - passou a ser considerado um diagnóstico possível em qualquer fase do ciclo vital, segundo o DSM-5
36. O transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) é uma condição neurobiológica que atinge cerca de 5% das crianças e adolescentes e 2,5% da população adulta, caracterizada por capacidade diminuída de atenção, impulsividade e hiperatividade, de acordo com o DSM-5. Sobre o TDAH, pode se afirmar que:
- no TDAH, prejuízo de memória torna o indivíduo mais propenso a usar drogas de maneira descontrolada e intensa
 - O TDAH é mais frequente no sexo masculino do que no feminino, com uma proporção de cerca de 4 para 1
 - estima-se que até 65% das pessoas que tiveram TDAH na infância o mantêm na vida adulta
 - a herdabilidade do TDAH em crianças é substancial e estimada em 30%

37. A avaliação neuropsicológica pode ser entendida como um método de exame funcional do cérebro, elaborado a partir dos conceitos atuais relativos à dinâmica de funcionamento de suas diversas áreas. Trata-se de um exame único para a análise quantitativa e qualitativa da repercussão clínica das disfunções ou lesões cerebrais sobre a cognição e o comportamento. Sobre a avaliação neuropsicológica, pode ser afirmar que:
- (A) é um método clínico que visa examinar o estado funcional do cérebro, mas sem fornecer informações relacionadas ao potencial cognitivo global do paciente
 - (B) requer do neuropsicólogo raciocínio investigativo, uso de ferramentas (testes) e uma acurada habilidade de observação e de correlação teórico-clínica
 - (C) não depende do desempenho de equipamentos sofisticados, e se resume a uma técnica de aplicação e a uma quantificação de testes psicométricos
 - (D) dispensa a utilização de exames de neuroimagem complementares para a conclusão do diagnóstico
38. Menino de 8 anos de idade, foi encaminhado para uma avaliação psiquiátrica, a pedido da escola onde estuda. Segundo os pais, o menino está apresentando "dificuldades de aprendizado". Está cursando o 3º ano do Ensino Fundamental. Nasceu de parto cesáreo, a termo, sem complicações, e não teve atraso no desenvolvimento motor. Os pais referem que houve pequeno atraso no desenvolvimento da fala, mas não conseguem precisar o tamanho desse atraso. O paciente sempre foi descrito como uma criança ativa e "esperta". Também sempre foi muito querido pelos colegas. Atualmente, entretanto, vem apresentando dificuldades de aprendizado escolar. Sua leitura é muito lenta e, muitas vezes, ocorre de forma silabada. Faz muitas trocas na escrita (por exemplos, troca "f" por "v"; confunde quando deve usar "s", "ss" e "ç"). Também não sabe acentuar as palavras. Entretanto, possui um 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 os pais leem o texto para ele e ainda permitem que ele possa responder à questão, oralmente, o resultado escolar dele melhora muito. Nas últimas semanas, tem falado que é "burro" e que não quer mais ir para a escola. 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. O menino teve exame neuropsicológico solicitado previamente, o qual revelou QI normal (101). Nesse quadro clínico, a possibilidade de dislexia deve ser avaliada. Sobre a dislexia, pode se afirmar que:
- (A) pessoas disléxicas necessitam de um esforço maior do que o dos demais e têm dificuldade de automatizar o reconhecimento das palavras, mesmo na vida adulta
 - (B) o diagnóstico da dislexia deve ser realizado por um médico psiquiatra, segundo os critérios do CID ou DSM
 - (C) comumente, a dislexia é acompanhada por outro transtorno, sendo o mais comum a depressão
 - (D) sua etiologia é multifatorial, e estima-se a prevalência entre 20 a 30% da população
39. Os tiques motores são movimentos recorrentes, intermitentes, repetitivos, súbitos, não rítmicos. Tiques fônicos ou vocais são sons com ou sem conteúdo linguístico, emitidos de forma intermitente e repetitiva. Podem aparecer em surtos, com períodos de exacerbações e remissão espontâneos, variando na frequência, intensidade e no tipo. Sobre os tiques motores na infância e adolescência, pode-se afirmar que:
- (A) os tiques fônicos são tiques motores simples, envolvendo apenas um grupo muscular, causando um abalo breve
 - (B) a presença de vocalização de palavras obscenas é obrigatória para o diagnóstico da síndrome de Tourette
 - (C) o tique benigno transitório da infância, usualmente, requer tratamento farmacológico
 - (D) os tiques fônicos complexos podem persistir durante todos os estágios do sono
40. Com relação ao uso de antidepressivos triciclos para o tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), pode-se afirmar que:
- (A) na maioria das vezes, as doses da imipramina utilizadas nessa indicação são de 10 a 15 mg, à noite
 - (B) os antidepressivos tricíclicos não são uma boa opção terapêutica para os indivíduos que têm histórico de utilização inadequada ou abusiva de substâncias psicoativas
 - (C) os antidepressivos tricíclicos são considerados tratamento farmacológico de primeira linha para o tratamento do TDAH em crianças e adolescentes, devido a seus poucos efeitos colaterais
 - (D) os antidepressivos tricíclicos são considerados tratamento farmacológico para o TDAH em crianças e adolescentes, sendo que imipramina é utilizada apesar de não ter aprovação para portadores desse diagnóstico