

ÁREAS DE ATUAÇÕES
Psiquiatria da Infância e Adolescência



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 03/2025

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo A10**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 14 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVest a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste processo seletivo.
6. Lembre-se de que a FUVest se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVest. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

TABELA DE ABREVIações E VALORES DE REFERência

LISTA DE ABREVIações	VALORES DE REFERência (ADULTOS)
AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto Ca ²⁺ – Cálcio Cl ⁻ – Cloro Cr – Creatinina DUM – Data da Última Menstruação ECG – Eletrocardiograma FA – Fosfatase Alcalina FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória FSH – Hormônio Foliculo Estimulante GGT – Gamaglutamiltransferase HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica HCO ₃ ⁻ – Bicarbonato Hb – Hemoglobina Ht – Hematócrito IAM – Infarto Agudo do Miocárdio IC _{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea irpm – Incursões Respiratórias por Minuto IST – Infecção Sexualmente Transmissível K ⁺ – Potássio LH – Hormônio Luteinizante mEq – Miliequivalente Mg ²⁺ – Magnésio mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MMSS – Membros Superiores MV – Murmúrios Vesiculares Na ⁺ – Sódio PA – Pressão Arterial pCO ₂ – Pressão Parcial de Gás Carbônico PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PEP – Profilaxia Pós-Exposição PrEP – Profilaxia Pré-Exposição pO ₂ – Pressão Parcial de Oxigênio POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RN – Recém-nascido SpO ₂ – Saturação Percutânea de Oxigênio TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato Amino transferase TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina Amino transferase TSH – Hormônio Tireo-Estimulante UI – Unidades Internacionais Ur – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva	Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 a 5,2 g/dL Bilirrubina total = 0,2 a 1,1 mg/dL Bilirrubina direta = 0,0 a 0,3 mg/dL Bilirrubina indireta = 0,2 a 1,1 mg/dL Cálcio iônico = 1,1 a 1,4 mmol/L Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL Relação albuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase láctica = menor que 225 UI/L Ferritina: homens = 26 a 446 µg/mL mulheres = 15 a 149 µg/mL Ferro sérico: homens = 65 a 175 µg/dL mulheres = 50 a 170 µg/dL Fósforo = 2,5 a 4,5 mg/dL Globulina = 1,7 a 3,5 g/dL LDL = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides = desejável de 100 a 129 mg/dL Glicemia em jejum = 75 a 99 mg/dL Magnésio = 1,6 a 2,6 mg/dL Potássio = 3,5 a 5,1 mEq/L Proteína total = 6,5 a 8,1 g/dL PSA = menor que 4 ng/mL Sódio = 136 a 145 mEq/L TSH (de 20 a 60 anos) = 0,45 a 4,5 mUI/mL T4 Livre = 0,9 a 1,8 ng/dL PTH = 10 a 65 pg/mL Testosterona livre: homens = 131 a 640 pmol/L mulheres = 2,4 a 37,0 pmol/L Estradiol: fase folicular = 1,2 a 23,3 ng/dL pico ovulatório = 4,1 a 39,8 ng/dL fase lútea = 2,2 a 34,1 ng/dL menopausa = até 5,5 ng/dL LH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 15 a 100 UI/L fase lútea = até 15 UI/L menopausa = acima de 15 UI/L FSH: fase folicular = até 12 UI/L pico ovulatório = 12 a 25 UI/L fase lútea = até 12 UI/L menopausa = acima de 30 UI/L Prolactina = até 29 µg/L (não gestante) Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL Amilase = 28 a 100 UI/L Lipase = inferior a 60 UI/L Ureia = 10 a 50 mg/dL GGT: homens: 12 a 73 UI/L mulheres = 8 a 41 UI/L Fosfatase alcalina: homens = 40 a 129 UI/L mulheres = 35 a 104 UI/L Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes) até 10 ng/mL (fumantes) Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm Vitamina D = > 20 ng/mL Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina glicada = 4,3 a 6,1% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 32 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL Amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos (RDW) = 11 a 14% Leucócitos = 3.400 a 8.300/mm ³ Neutrófilos = 1.500 a 5.000/mm ³ Eosinófilos = 20 a 420/mm ³ Basófilos = 10 a 80/mm ³ Linfócitos = 1.000 a 3.000/mm ³ Monócitos = 220 a 730/mm ³ Segmentados = 1.500 a 5.000/mm ³ Bastonetes = até 829/mm ³ Plaquetas = 150.000 a 340.000/mm ³ Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100% Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2 Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos
VALORES DE REFERência PARA GASOMETRIA ARTERIAL pH = 7,35 a 7,45 pO ₂ = 80 a 100 mmHg pCO ₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO ₃ ⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO ₂ > 95%	
VALORES DE REFERência DE Hb PARA CRIANÇAS Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL 2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL 6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL 2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL 6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL	

01

Em relação à psicose na infância e adolescência, assinale a alternativa correta.

- (A) Na investigação clínica do primeiro episódio psicótico em crianças e adolescentes, o uso de exames de imagem e testes laboratoriais são desnecessários caso haja história familiar de psicose.
- (B) Do ponto de vista neurobiológico, a redução generalizada do volume cortical, especialmente em áreas frontotemporais e hipertrofia do hipocampo e da amígdala são achados consistentes de neuroimagem associada a esquizofrenia de início precoce.
- (C) Déficits na teoria da mente e prejuízo da sociabilidade desde os primeiros anos de vida são os principais sintomas que diferenciam o transtorno do espectro do autismo da esquizofrenia de início precoce.
- (D) Ao contrário da esquizofrenia de início precoce, as experiências psicóticas na infância são comuns, mas podem não representar preocupação clínica, pois a maioria delas é transitória.

02

Juliana, 17 anos de idade, está em Terapia Comportamental Dialética para Adolescentes (DBT-A), há 2 meses, para tratar um quadro de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB). Apesar da boa adesão terapêutica, os sintomas permanecem intensos. Ela relata flutuações de humor rápidas e intensas ao longo do dia, descrevendo-se como “no fundo do poço” em um momento e “paralisada” pela ansiedade horas depois. Esses estados emocionais são frequentemente acompanhados por episódios de raiva que ela sente como incontroláveis, resultando em conflitos interpessoais graves que prejudicam seu convívio social. Além disso, quando se sente mais pressionada, Juliana desenvolve uma desconfiança intensa, chegando a ter pensamentos recorrentes de que está sendo secretamente observada e que seus colegas de trabalho conspiram ativamente contra ela, embora, com esforço, consiga manter um distanciamento crítico dessas ideias. Diante da persistência e da gravidade desses sintomas, seu psiquiatra avalia a introdução de um tratamento farmacológico adjuvante. Considerando o cenário clínico e as evidências atuais sobre a psicofarmacologia no TPB, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais apropriada.

- (A) Iniciar um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) em dose plena, para tratar a instabilidade do humor, e adicionar um benzodiazepínico para uso conforme necessário durante os picos de raiva e desconfiança.
- (B) Priorizar o uso de um estabilizador de humor, como o carbonato de lítio, uma vez que a desregulação afetiva é o sintoma-alvo principal, sendo a terapia farmacológica mais validada para a base do transtorno.
- (C) Introduzir um antipsicótico atípico em baixa dose, visando a redução dos sintomas cognitivo-perceptuais e da reatividade da raiva, domínios para os quais esta classe de medicação apresenta eficácia.
- (D) Iniciar um anticonvulsivante estabilizador de humor, como a lamotrigina, focando na melhora da instabilidade afetiva, por ser a classe de medicações com evidência mais robusta para o do TPB.

03

Em relação ao tratamento da esquizofrenia na infância e adolescência, assinale a alternativa correta:

- (A) Apesar de uma maior gravidade psicopatológica, crianças e adolescentes com esquizofrenia apresentam menor taxa de resistência ao tratamento quando comparadas com a esquizofrenia de início na vida adulta.
- (B) O aripiprazol, por ser um agonista parcial dopaminérgico, apresenta menor risco de hiperprolactinemia, podendo ser uma opção no tratamento da esquizofrenia de início precoce.
- (C) O manejo da neutropenia moderada secundária à clozapina é o mesmo estabelecido para os adultos: monitoramento diário dos neutrófilos sem necessidade de suspensão da clozapina.
- (D) Diante de poucos estudos, *guidelines* indicam a eletroconvulsoterapia como tratamento da esquizofrenia na infância e adolescência apenas nos casos com apresentação catatônica.

04

Desde junho de 2018, a Organização Mundial de Saúde (OMS) deixou de classificar a transexualidade como uma condição patológica, reconhecendo-a como uma expressão legítima da diversidade sexual e de gênero. Ainda que a identidade de gênero seja subjetiva e autoatribuída, a formulação de um diagnóstico clínico permanece necessária para, por exemplo, justificar possíveis intervenções médicas. Com base neste cenário e considerando o DSM-5 (5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e a CID-11 (11ª edição da Classificação Internacional de Doenças), assinale a alternativa correta sobre critérios diagnósticos relacionados à transexualidade.

- (A) O DSM-5 traz o diagnóstico de disforia de gênero, ressaltando o sofrimento subjetivo causado pela incongruência entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa. O DSM-5, além de estabelecer critérios distintos de acordo com o estágio de desenvolvimento, também inclui o especificador “com um transtorno do desenvolvimento sexual”.
- (B) A nova edição da Classificação Internacional de Doenças, CID-11, apresenta a terminologia “incongruência de gênero”, com duas codificações: a incongruência de gênero na infância e adolescência (HA61) e incongruência de gênero em adultos (HA60).
- (C) Segundo o DSM-5, não há necessidade de um tempo mínimo de apresentação de comportamentos de variabilidade de gênero para poder se definir que uma criança ou adolescente apresente disforia de gênero.
- (D) Na criança (pré-púbere), é possível estabelecer os diagnósticos de incongruência de gênero e/ou de disforia de gênero utilizando-se os manuais do CID-11 e DSM-5 respectivamente. Entretanto nesta faixa etária, não é levada em consideração a aversão por características sexuais secundárias do sexo biológico já que essas ainda não se desenvolveram.

05

Uma adolescente de 16 anos apresenta, ao longo do último ano, diversos episódios recorrentes de irritabilidade acentuada, redução da necessidade de sono, aumento de energia, distratibilidade, fuga de ideias e engajamento em múltiplos projetos escolares com produtividade reduzida. Os episódios duram cerca de 4 a 6 dias e se alternam com períodos de apatia, isolamento social, ideação negativa e hipersonia. Não há histórico familiar de transtorno bipolar, mas há antecedente de TDAH na infância. Com base nos critérios diagnósticos atuais, assinale a alternativa correta.

- (A) No caso descrito, a ocorrência de diversos episódios de alternância entre sintomas de ativação e sintomas depressivos apresentados ao longo do último ano sugere o diagnóstico de transtorno bipolar na adolescência com ciclagem rápida.
- (B) De acordo com o critério A do DSM-5, em crianças e adolescentes, particularmente, a presença de humor irritável isoladamente não é suficiente para considerar um episódio de mania/hipomania, sendo necessário o relato de euforia/humor elevado persistente, o que afasta a hipótese de transtorno bipolar no caso descrito.
- (C) No caso descrito, a ausência de histórico familiar afasta a hipótese de transtorno bipolar, sendo a principal hipótese diagnóstica um quadro de depressão resistente com comorbidade de transtorno externalizante.
- (D) No caso descrito, a presença de sintomas de ativação comportamental por menos de uma semana exclui a hipótese transtorno afetivo bipolar e indica a ocorrência de transtornos externalizantes e alterações do desenvolvimento da personalidade.

06

Sobre os mecanismos psicopatológicos e neurobiológicos que fundamentam a compreensão atual dos transtornos por uso de substâncias (TUS) e dos comportamentos aditivos digitais, como o transtorno de jogos eletrônicos, assinale a alternativa correta.

- (A) Diferentemente da CID-11, o DSM-5 não reconhece o transtorno de jogos eletrônicos como um diagnóstico formal, refletindo divergência na robustez da evidência e no consenso clínico internacional sobre o transtorno. No entanto, devido ao aumento do risco de problemas clinicamente significativos associados, o DSM-5 recomendou a inclusão do transtorno de jogos eletrônicos, bem como de outros comportamentos aditivos não relacionados a substâncias, em sua Seção 3.
- (B) Dados provenientes de estudos transdiagnósticos indicam que o TUS e os comportamentos aditivos digitais apresentam sobreposição significativa nos domínios de controle cognitivo, particularmente nas funções mediadas pelo córtex pré-frontal dorsolateral.
- (C) Evidências provenientes de neuroimagem funcional, genética e psicopatologia apoiam a noção de que os comportamentos aditivos digitais diferem do TUS por não apresentarem engajamento consistente dos circuitos de habituação, o que explica sua menor propensão à transição para padrões compulsivos.
- (D) Por ser caracterizado pelo desequilíbrio no desenvolvimento dos sistemas de recompensa e controle inibitório, o funcionamento neuropsicológico típico da adolescência favorece uma maior sensibilidade a estímulos reforçadores, como os oferecidos por jogos eletrônicos, mas não por substâncias psicoativas.

07

Os pais levam Julia (ainda sem nome social), adolescente de 14 anos do sexo biológico feminino e que tem se identificado com o gênero masculino, ao atendimento psiquiátrico no CAPS Infanto-Juvenil. Desde criança, Julia tem um comportamento socialmente tido como mais masculino: seu esporte preferido é o futebol, sempre teve muito mais amigos homens, evitava usar roupas rosas ou vestidos e saias, dentre outros. Os pais permitiam que ela tivesse essas vivências, mas aos 13 anos ela falou que se entendia como um garoto, o que eles não aceitaram muito bem e consideraram apenas como uma fase, não buscando nenhum suporte profissional. Entretanto, com o decorrer do tempo, além de manter este discurso, os pais notaram que a adolescente tem estado cabisbaixa, vem faltando a escola, não frequenta mais os treinos de futebol por se sentir cansada e se afastou de amigos. Mais recentemente, ela vem apresentando crises intensas de raiva e se cortando, o que despertou a urgência dos pais em buscarem cuidado em saúde mental. Sobre o acompanhamento em saúde mental de adolescentes trans, assinale a alternativa correta.

- (A) A impressão clínica que se tem a partir desta vinheta é de que parece se tratar de uma adolescente mulher-trans com um quadro depressivo. É necessário que seja estabelecido um projeto terapêutico singular (PTS) que envolva o tratamento do quadro de humor, bem como o cuidado psicossocial de sua questão de gênero.
- (B) O encaminhamento para o acompanhamento endocrinológico em serviço especializado deve ser feito imediatamente, tendo em vista que há evidências científicas que comprovam que a transição médica de gênero (isso é, uso bloqueio puberal e uso de hormônios do gênero identificado) melhora a saúde mental de adolescentes transgênero.
- (C) Nesse caso, deve-se realizar uma ampla avaliação biopsicossocial, em que sintomas psiquiátricos, vivência e consolidação da identidade de gênero, incômodos com o próprio corpo, entendimento da dinâmica familiar, exposição a violências psicológicas, físicas e sexuais, avaliação do ambiente escolar, dentre outros aspectos, sejam investigados e aprofundados.
- (D) Considerando que a paciente citada apresenta uma questão de identidade, comportamento de autolesão, episódios de raiva e isolamento social, pode-se levantar a hipótese de transtorno de personalidade *borderline*. Caso esta hipótese se confirme, ficam contraindicadas as intervenções médicas (hormonais e cirúrgicas) para transição de gênero.

08

Caio, 16 anos de idade, com diagnóstico de esquizofrenia, mora com a mãe e um irmão de 5 anos de idade, e realiza acompanhamento por equipe multiprofissional em um CAPS infantojuvenil (CAPSij) há 5 meses. No entanto, nas últimas duas semanas, apresentou piora importante do quadro clínico, com desorganização do comportamento, agitação psicomotora, agressividade verbal e episódios de agressão física contra a mãe e o irmão. Durante visita domiciliar, a mãe relata que Caio abandonou a medicação há mais de um mês. Inicialmente, a mãe tentou convencê-lo a tomar a medicação, mas devido piora da agressividade, desistiu. Equipe observa que o paciente está com higiene precária, emagrecido, com comportamento persecutório, dizendo que “precisa atacar antes que o machuquem”. A equipe tentou aproximação, mas Caio recusou qualquer contato com os profissionais. A mãe, exausta e preocupada com a integridade do filho menor, solicita ajuda da equipe. Com base na organização da RAPS e nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental para adolescentes, nesse caso, a equipe deve

- (A) encaminhar o paciente para internação psiquiátrica hospitalar devido a urgência clínica e da ameaça à integridade física do paciente e de terceiros.
- (B) acionar o Conselho Tutelar, por se tratar de uma situação de risco social e ausência de adesão familiar ao tratamento.
- (C) encaminhar o caso para uma Unidade de Acolhimento (UA), devido gravidade clínica e da ameaça à integridade física de terceiros.
- (D) acionar a Vara da Infância e Juventude para que autorize a internação compulsória do adolescente em um hospital psiquiátrico.



09

Paciente do sexo masculino, de 15 anos de idade, com histórico de negligência parental, foi criado pela avó desde a primeira infância devido ao uso abusivo de substâncias por ambos os pais. Quando era criança, foi vítima de abuso sexual intrafamiliar, perpetrado pelo avô paterno. No último ano, o adolescente foi denunciado por furtos, envolveu-se em brigas recorrentes com colegas, fugiu de casa em múltiplas ocasiões para fazer uso de substâncias com amigos e, recentemente, foi internado na Fundação Casa após cometer um assalto contra um pedestre. Em relação ao transtorno de conduta, assinale a alternativa correta.

- (A) O transtorno de conduta na maior parte dos casos tem início no final da adolescência, com a possibilidade de comportamentos criminosos e desenvolvimento de transtornos de personalidade na vida adulta.
- (B) A força da associação entre maus-tratos e o transtorno de conduta é semelhante em meninos e meninas.
- (C) Os estudos indicam que apenas cerca de 10% dos indivíduos com transtorno de conduta apresentam remissão dos sintomas ao longo do tempo. A grande maioria evolui com sintomas crônicos.
- (D) O DSM-5-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) considera a idade de 12 anos como ponto de corte para definir o subtipo com início na infância, diferenciando-o do subtipo de início na adolescência.

10

Adolescente, 17 anos de idade, está concluindo um ano de tratamento intensivo em Terapia Comportamental Dialética para Adolescentes (DBT-A) para autolesão não suicida (ANS) repetitiva, com melhora significativa na regulação emocional e cessação da ANS nos últimos 4 meses. Ela não preenche critérios para o diagnóstico de Transtorno de Personalidade (geral ou específico), mas apresenta traços marcantes de baixa autoestima, sensibilidade à rejeição e perfeccionismo. Os pais, aliviados com a melhora, perguntam sobre o prognóstico a longo prazo e a necessidade de acompanhamento futuro, expressando a esperança de que “essa fase difícil tenha passado para sempre”. Com base nos achados dos principais estudos longitudinais da área, qual orientação em relação ao prognóstico e ao planejamento terapêutico seria a mais precisa, ética e clinicamente informada?

- (A) A orientação deve ser primariamente otimista, informando que, como a ANS naturalmente diminui do final da adolescência para o início da idade adulta e a paciente respondeu bem a um tratamento baseado em evidências, a probabilidade de problemas futuros é agora equivalente à da população geral. O acompanhamento pode ser encerrado com segurança após a alta.
- (B) A orientação deve enfatizar e validar o progresso significativo da paciente, mas explicar que o histórico de ANS é um marcador importante de vulnerabilidade que justifica um acompanhamento ambulatorial com espaçamento progressivo das consultas. O planejamento terapêutico neste momento, portanto, deve focar na prevenção de recaídas, psicoeducação e na manutenção de um suporte terapêutico, mesmo que de menor intensidade, para apoiar a transição para a vida adulta e sedimentar os ganhos obtidos.
- (C) O prognóstico deve focar no risco de suicídio. Deve-se informar aos pais que, embora a ANS tenha parado, a “capacidade adquirida para o suicídio” (Teoria de Joiner) é um traço permanente. Portanto, o principal risco a longo prazo é a reemergência de ideação suicida em momentos de estresse, sendo os riscos para outras psicopatologias menores em comparação.
- (D) A orientação deve ser que, como a paciente não preenche critérios completos para transtorno de personalidade *borderline* (TPB), os riscos a longo prazo associados ao ANS são muito baixos. Os estudos que mostram resultados negativos na vida adulta (ex. desemprego, depressão) aplicam-se, primariamente, a indivíduos que desenvolvem TPB, o que não é o caso. O foco deve ser na consolidação dos ganhos terapêuticos atuais sem a necessidade de planejar um acompanhamento futuro.

11

Sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) na infância e adolescência, assinale a alternativa correta.

- (A) A CID-11 (Classificação Internacional de Doenças) incluiu a categoria de TEPT complexo. Embora este diagnóstico possa ser feito em crianças e adolescentes, ainda não há evidências sobre a eficácia das intervenções para este grupo de pacientes.
- (B) O TEPT em crianças de 6 anos ou menos não considera o domínio de alterações negativas em cognições, devido à limitação de acesso a esse sintoma nessa fase do desenvolvimento.
- (C) O TEPT em crianças e adolescentes pela CID-11 (Classificação Internacional de Doenças) omite sintomas de TEPT como alteração de sono e dificuldade de concentração.
- (D) A idade de início do trauma é um dos fatores de risco mais importantes de TEPT, sendo mais determinante para o risco de TEPT do que a presença de transtornos psiquiátricos comórbidos.

12

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) afeta cerca de 2% das crianças, com uma proporção de 4:1 entre meninos e meninas com uma estimativa de herdabilidade entre 70 e 90%. A etiologia do TEA envolve uma interação complexa entre herança genética e fatores ambientais influenciados pela epigenética. Mais de 800 genes e dezenas de síndromes genéticas estão associados ao TEA. Sobre os aspectos genéticos envolvendo o TEA, pode-se afirmar:

- (A) Estima-se que 20% dos indivíduos com TEA são diagnosticados com deleções ou duplicações cromossômicas (por exemplo, 15q11.2, BP1-BP2, 16p11.2 e 15q13.3), síndromes identificadas (por exemplo, Williams, Phelan-McDermid e Shprintzen velocardiocéfalo) ou distúrbios de gene único.
- (B) O TEA essencial consiste em indivíduos nos quais há evidências de alguma anormalidade na morfogênese precoce, manifestada por dismorfologia significativa ou microcefalia. Os demais casos de TEA se encaixam na definição de complexo.
- (C) Assim como os testes genéticos, os testes metabólicos abrangem uma vasta gama de testes que vão desde a triagem não específica de múltiplas condições (lactato em distúrbios mitocondriais) até grupos categóricos de distúrbios (aminoácidos plasmáticos para distúrbios do ciclo da ureia). No entanto, as evidências genéticas e bioquímicas implicam uma ampla variedade de erros inatos do metabolismo, na patogênese de um subconjunto - estimado, atualmente, em 10%, - de crianças com TEA.
- (D) As associações genéticas patogênicas com o TEA incluem variantes de nucleotídeo único, variantes de número de cópias (CNVs; microdeleções e duplicações), aneuploidia cromossômica (números anormais de cromossomos), expansões de repetições de trinucleotídeos, distúrbios de impressão/metilação e alterações genéticas poligênicas-multifatoriais. Não existe um único teste genético que possa capturar com precisão todas as potenciais associações etiológicas com o TEA.

13

Embora TEA seja um diagnóstico com muita heterogeneidade, para que o mesmo seja feito é necessário que seja preenchido o critério A do DSM5-TR. Assinale a alternativa que melhor descreve esse critério.

- (A) Déficits na reciprocidade socioemocional, com dificuldade para compartilhar interesses e estabelecer uma conversa; déficits nos comportamentos de comunicação não verbal usados para interação social, variando entre comunicação verbal e não verbal pouco integrada e com dificuldade no uso de gestos e expressões faciais; déficits em iniciar, manter e entender relacionamentos, com variações na dificuldade de adaptação do comportamento para se ajustar nas situações sociais, compartilhar brincadeiras imaginárias e ausência de interesse por pares.
- (B) Déficits na reciprocidade emocional e social, com dificuldade para compartilhar interesses e estabelecer uma conversa; déficits nos comportamentos de comunicação não verbal usados para interação social, variando entre comunicação verbal e não verbal pouco integrada e com dificuldade no uso de gestos e expressões faciais; movimentos motores, uso de objetos ou fala repetitiva e estereotipada (estereotípias, alinhar brinquedos, girar objetos, ecolalias).
- (C) Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a padrões e rotinas ritualizadas de comportamentos verbais ou não verbais (sofrimento extremo a pequenas mudanças, dificuldade com transições, necessidade de fazer as mesmas coisas todos os dias); interesses altamente restritos ou fixos em intensidade, ou foco muito maiores do que os esperados (forte apego ou preocupação a objetos, interesse preservativo ou excessivo em assuntos específicos); hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesses incomuns por aspectos sensoriais do ambiente (indiferença aparente a dor/temperaturas, reação contrária a texturas e sons específicos, fascinação visual por movimentos ou luzes).
- (D) Déficits em iniciar, manter e entender relacionamentos, com variações na dificuldade de adaptação do comportamento para se ajustar nas situações sociais, compartilhar brincadeiras imaginárias e ausência de interesse por pares; movimentos motores, uso de objetos ou fala repetitiva e estereotipada (estereotípias, alinhar brinquedos, girar objetos, ecolalias); insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a padrões e rotinas ritualizadas de comportamentos verbais ou não verbais (sofrimento extremo a pequenas mudanças, dificuldade com transições, necessidade de fazer as mesmas coisas todos os dias).

14

Os transtornos de ansiedade são transtornos mentais comuns na população geral e representam um importante problema de saúde pública. Com base nas evidências epidemiológicas disponíveis sobre os transtornos de ansiedade, assinale a alternativa correta.

- (A) Globalmente, a prevalência em 12 meses dos transtornos ansiosos é ligeiramente inferior à prevalência ao longo da vida, indicando que os transtornos de ansiedade são relativamente persistentes.
- (B) Os estudos indicam que, globalmente, o impacto em termos de anos vividos com incapacidade (*years lived with disability*) dos transtornos ansiosos é menor que o impacto do transtorno do espectro autista.
- (C) Entre os adolescentes, o transtorno ansioso mais comum é a ansiedade social. E entre os adultos, o transtorno ansioso mais frequente é o transtorno de ansiedade generalizada.
- (D) A prevalência global de 12 meses para transtornos ansiosos é estimada em 14%. Após o ajuste para diferenças metodológicas, os estudos não encontram diferenças significativas na prevalência de transtornos ansiosos em diferentes países.



15

Sobre os transtornos de personalidade, assinale a alternativa correta.

- (A) Os critérios do DSM-5 definem o transtorno de personalidade narcisista como um padrão de funcionamento caracterizado por grandiosidade (em fantasias ou comportamentos), necessidade de admiração, senso de direito e falta de empatia, associado a autoestima vulnerável, vazio e tédio; reatividade afetiva e angústia.
- (B) De acordo com o DSM 5, a característica fundamental do transtorno de personalidade antissocial é um padrão difuso de desconsideração e violação dos direitos das outras pessoas. Estes indivíduos, frequentemente carecem de empatia e tendem a ser insensíveis aos sentimentos, direitos e sofrimentos dos outros. Estudos de neuroimagem associam estes traços psicopáticos ao aumento da atividade da amígdala, em conjunto com uma falha no controle regulatório descendente do córtex pré-frontal ventral.
- (C) Atualmente, acredita-se que, experiências adversas na infância, como vivências de abuso físico e sexual, modulam a expressão gênica, através de mecanismos epigenéticos, e levam ao desenvolvimento de traços de personalidade que podem predispor a ocorrência do Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB). Nesse contexto, estudos familiares genéticos estimam a herdabilidade do TPB em 15%, o que reforça o papel relevante dos fatores ambientais.
- (D) O “modelo alternativo do DSM-5 para os transtornos de personalidade” propõe uma combinação de abordagens categóricas e dimensionais, formando um esquema de diagnóstico híbrido. Neste modelo, os transtornos de personalidade são caracterizados por prejuízos no funcionamento individual e interpessoal avaliados em um continuum, e por traços de personalidade patológicos, incluindo afetividade negativa, distanciamento, antagonismo, desinibição e psicoticismo.

16

Mariana, 17 anos de idade, está em tratamento há 6 meses, com diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), preenchendo 7 dos 9 critérios do DSM-5. Ela participa de um tratamento especializado em psicoterapia (Terapia Comportamental Dialética -DBT), porém com aderência irregular e baixo aproveitamento. A psicoterapeuta relata que Mariana apresenta extrema dificuldade em focar nas sessões, seguir as tarefas de casa e generalizar o uso das habilidades aprendidas, atribuindo o insucesso a uma “falta de atenção e organização que a impede de aprender”. A paciente tem histórico de longa data de dificuldades escolares, com múltiplos relatórios mencionando “desatenção e inquietude” desde a infância, e um diagnóstico prévio de Transtorno Oposição Desafiante (TOD). Não há uso de substâncias psicoativas ou sinais de mania e hipomania no histórico da paciente. Diante do impasse terapêutico, qual é o plano de manejo mais adequado para o caso?

- (A) Propor uma abordagem integrada: realizar psicoeducação com Mariana e sua família sobre como a desatenção e a impulsividade relacionadas ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) podem exacerbar a desregulação emocional do TPB e dificultar a psicoterapia; iniciar, de forma criteriosa um psicoestimulante em dose baixa com titulação lenta, monitorando ativamente tanto os benefícios na atenção quanto os possíveis impactos na labilidade afetiva.
- (B) Priorizar a estabilização do humor e da impulsividade do TPB antes de abordar os sintomas relacionados ao TDAH. O plano seria otimizar ou introduzir um estabilizador de humor (por ex.: lamotrigina) ou neuroléptico atípico (por ex.: aripiprazol), explicando à família que a instabilidade afetiva é a causa primária da desatenção e que o diagnóstico e tratamento do TDAH só deve ser considerado após a estabilização do quadro de base.
- (C) Informar à família e à paciente sobre os elevados riscos de abuso de substâncias e de piora da desregulação emocional com aumento do risco de suicídio com o uso de psicoestimulantes em pacientes com TPB. Contraindicar seu uso e sugerir a intensificação da psicoterapia para 2 sessões semanais, focando especificamente em habilidades de *mindfulness* para a atenção.
- (D) Concordar com a hipótese de que o TDAH é o transtorno primário e que o TPB é uma manifestação secundária. O manejo seria iniciar tratamento com psicoestimulante em doses-padrão para remissão rápida dos sintomas de TDAH, mantendo a psicoterapia como um tratamento adjuvante, com a expectativa de que a melhora do foco resolverá a instabilidade relacional e afetiva.

17

Sobre o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), assinale a alternativa correta.

- (A) O TOC, geralmente, começa cedo na vida e tem longa duração. Entre os meninos, os sintomas geralmente têm início antes dos 10 anos de idade. Nas meninas, o início geralmente ocorre durante a adolescência. Estudos clínicos e comunitários longitudinais demonstram que os sintomas do TOC podem persistir por décadas, embora a remissão parcial ou completa pode ocorrer em um número considerável de indivíduos.
- (B) A maior parte dos pacientes com TOC apresenta alguma comorbidade psiquiátrica ao longo da vida. Entre os transtornos comórbidos mais comuns, estão os transtornos ansiosos, do humor, do controle dos impulsos. Pelo início precoce do TOC, em 80% dos casos, o TOC precede a ocorrência dos transtornos comórbidos.
- (C) O tratamento do TOC compreende vários componentes, começando com a construção de uma aliança terapêutica e psicoeducação, seguida por abordagens psicológicas e/ou farmacológicas. Os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) são considerados primeira linha de tratamento. No caso de resposta insatisfatória, os *guidelines* indicam o uso de clomipramina ou imipramina como tratamentos adjuvantes.
- (D) Aproximadamente dois terços dos pacientes com TOC, que são tratados com um tratamento de primeira linha, não respondem ao tratamento. Fatores associados a resultados insatisfatórios no tratamento incluem: quadros mais graves, falta de *insight*, comorbidade com depressão grave, agorafobia ou transtorno de ansiedade social, sexo feminino, baixo nível socioeconômico.

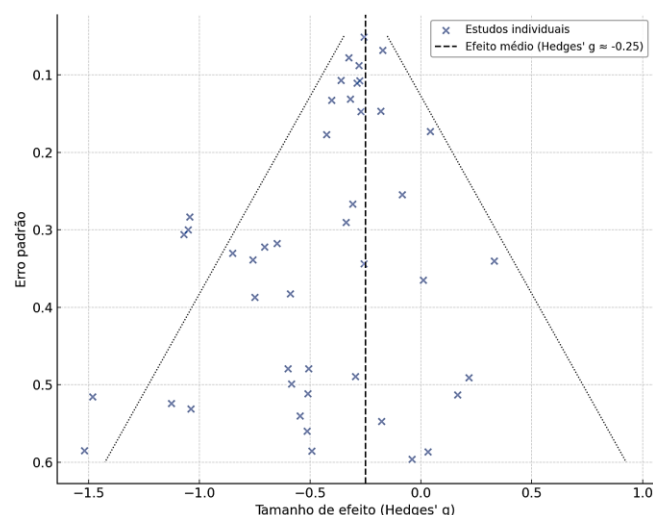
18

Lucas, 12 anos de idade, é levado pelos pais à consulta com queixa de comportamentos repetitivos. Desde os 7 anos de idade, apresenta movimentos repetitivos como piscar os olhos, movimentos bruscos de cabeça e limpeza da garganta, os quais variam de intensidade e se agravam com estresse. Nos últimos dois anos, passou a apresentar comportamentos repetitivos mais complexos, como tocar superfícies em sequência e refazer movimentos corporais para que ambos os lados do corpo sintam a mesma coisa. Relata que precisa realizar essas ações para evitar que “algo ruim aconteça”, como um familiar adoecer. Atualmente, os comportamentos que faz para “evitar que algo ruim aconteça” se intensificaram e Lucas gasta um tempo significativo com rituais de simetria e verificação. Os sintomas têm causado sofrimento emocional e impacto no rendimento escolar. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa que descreve o diagnóstico e a conduta de forma mais adequada.

- (A) Síndrome de Tourette com comorbidade de TOC e, de acordo com *guidelines*, paciente deve ser encaminhado para terapia cognitivo comportamental.
- (B) Transtorno obsessivo-compulsivo e, de acordo com *guidelines*, o paciente deve receber tratamento com inibidor da recaptação da serotonina, como primeira linha de tratamento.
- (C) Síndrome de Tourette, e o paciente deve ser encaminhado para terapia cognitivo comportamental, como primeira linha de tratamento.
- (D) Síndrome de Tourette com comorbidade de TOC e, de acordo com *guidelines*, deve receber tratamento com inibidor da recaptação da serotonina, como primeira linha de tratamento.

19

Uma meta-análise foi conduzida para avaliar a eficácia do medicamento A no tratamento da depressão em crianças e adolescentes, com base em 10 ensaios clínicos controlados randomizados duplo-cego independentes. Os tamanhos de efeito foram expressos como diferenças médias padronizadas (DMP) e analisados utilizando o modelo de efeitos aleatórios. O efeito combinado estimado foi de DMP = -0,25 (IC_{95%}: -0,51 a -0,34). A análise de heterogeneidade indicou baixa variação entre os estudos, com $Q = 9,32$ ($p = 0,41$), $I^2 = 3,5\%$, e $\text{Tau}^2 = 0,0006$. Na descrição dos resultados, os autores incluíram o gráfico a seguir:



Com base nas informações fornecidas sobre o estudo, assinale a alternativa correta.

- (A) A Diferença Média Padronizada (DMP) é uma medida de tamanho de efeito usada para comparar a diferença entre dois grupos em uma escala comum, independentemente da unidade original da variável.
- (B) A meta-análise incluiu ensaios clínicos controlados randomizados duplo-cego. A randomização é importante, pois evita viés de expectativa; enquanto o desenho duplo-cego reduz viés de seleção.
- (C) O *funnel plot* apresentado indica que não há viés de publicação entre os estudos incluídos na meta-análise.
- (D) As análises indicam que o medicamento A teve um tamanho de efeito moderado-grande na redução dos sintomas depressivos em comparação ao placebo.

20

Qual informação sobre a etiologia do Transtorno Alimentar Restritivo / Evitativo (TARE) seria mais precisa para orientar uma família sobre os fatores que contribuem para o transtorno?

- (A) O TARE apresenta alta herdabilidade (79%), sendo mais influenciado por fatores genéticos do que outros transtornos alimentares, com menor influência de fatores ambientais não compartilhados.
- (B) O TARE tem herdabilidade moderada (45%), similar à anorexia nervosa, com forte influência de fatores ambientais familiares compartilhados.
- (C) O TARE é principalmente determinado por fatores ambientais (70%), com menor, mas significativa contribuição genética, especialmente em casos com sensibilidade sensorial.
- (D) O TARE apresenta herdabilidade baixa (30%), sendo mais influenciado por fatores ambientais como experiências traumáticas com alimentos do que por predisposição genética.

21

André, 22 anos de idade, procurou atendimento psiquiátrico por achar que tem TDAH. Durante a consulta, relata que tem percebido dificuldades crescentes na faculdade, incluindo desatenção nas aulas, e tendência à procrastinação. Relata, também, sensação constante de inquietude mental, dificuldade em organizar tarefas e compromissos mesmo com uso de aplicativos e listas. Nos últimos meses, tem se sentido mais ansioso e com mais dificuldade para finalizar tarefas e cumprir prazos. Refere uso de álcool e cocaína. Quando questionado sobre sua infância, conta que era levado, não gostava de estudar, dava trabalho para os professores e para sua mãe, que precisava acompanhar de perto os seus estudos. Apesar disso, era considerado “inteligente e criativo” e nunca foi reprovado. Considerando seus conhecimentos e o caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) No caso de André, as principais hipóteses diagnósticas são transtorno ansioso e abuso de substância. O relato de dificuldades crescentes nos últimos meses não é compatível com o diagnóstico de TDAH, uma vez as evidências apontam um curso crônico, sem flutuações dos sintomas de TDAH ao longo do tempo.
- (B) No caso de André está indicado o uso de estimulantes. Antes de sua introdução, é importante explicar que o uso de estimulantes pode levar a um discreto aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. Mas que, até o momento, não existem evidências de aumento do risco de desfechos cardiovasculares como hipertensão em adultos.
- (C) No caso de André, deve-se iniciar o uso de medicamentos não estimulantes incluindo a atomoxetina (inibidor da recaptção da noradrenalina), e clonidina (agonistas α 2-adrenérgicos). Embora apresentem um menor tamanho de efeito quando comparados aos medicamentos estimulantes, os ensaios clínicos randomizados duplo-cegos indicam que ambas as medicações são eficazes para tratamento de pacientes adultos com TDAH.
- (D) Em pacientes com diagnóstico de TDAH e abuso de substância, o tratamento com medicamento não estimulante pode ser considerado. No entanto, a comorbidade com abuso de substância não exclui o uso de estimulantes, e os dados indicam que os estimulantes podem ser eficazes nesses casos.

22

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno comum caracterizado por desatenção, hiperatividade e impulsividade. Em muitos casos, é uma condição associada a prejuízos funcionais significativos. Nesse contexto, dados epidemiológicos são fundamentais para a compreensão do transtorno e elaboração de políticas que ajudem a mitigar o impacto do TDAH. Em relação ao TDAH, é correto afirmar:

- (A) O TDAH é um transtorno de neurodesenvolvimento, que comumente se inicia na infância. De acordo com a literatura, a idade média do diagnóstico é de 6-7 anos. Estima-se que cerca 65% dos indivíduos com TDAH sejam diagnosticados antes dos 10 anos de idade; 85,0% são diagnosticados até os 15 anos.
- (B) Estudos populacionais realizados com amostras representativas de crianças e adolescentes dos Estados Unidos, Canadá e do Reino Unido indicam que nas últimas décadas houve um aumento significativo na prevalência do TDAH em crianças e adolescentes nestes países.
- (C) Além da comorbidade com outros transtornos mentais, o TDAH também ocorre de forma comórbida com condições somáticas. Meta-análises encontraram, em crianças e adolescentes, associação entre TDAH, dermatite, obesidade, asma e rinite.
- (D) Na literatura, os estudos indicam que, em países de baixa e média renda, observa-se um consumo excessivo de medicamentos estimulantes, que supera o consumo esperado pela prevalência do transtorno. Este fato pode estar relacionado a diferentes fatores, como diagnósticos inadequados, e menor controle na prescrição e comercialização destes medicamentos.

23

Ana, 7 anos de idade, com diagnóstico de transtorno do espectro autista (nível 2 de suporte) e ausência de deficiência intelectual, iniciou acompanhamento em um CAPS infanto-juvenil (CAPSij). Ela frequenta escola regular com apoio de mediadora, mas apresenta dificuldade em comunicação social e regulação emocional. A equipe do CAPSij discute a construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS). De acordo com o Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial, assinale a alternativa correta.

- (A) O PTS deve estabelecer metas terapêuticas centradas em remissão sintomática completa e retorno à autonomia total do paciente.
- (B) O PTS deve integrar família, escola e rede de apoio, com metas específicas, prazos e monitoramento contínuo, respeitando as necessidades contextuais de cada paciente.
- (C) O PTS, deve ser elaborado pelos profissionais de saúde e, posteriormente apresentado à família e à escola.
- (D) O PTS é um documento do CAPSij e não deve ser compartilhado com outros serviços, por conter informações clínicas sensíveis.

24

Joana, 5 anos de idade, vive com a mesma família adotiva há 1 ano, após histórico de institucionalização prolongada por negligência grave nos primeiros anos de vida. A equipe da escola relata que Joana é bastante afetiva, mas notam que a criança aborda adultos desconhecidos com extrema familiaridade, tenta abraçá-los, senta-se no colo e busca contato físico de forma inapropriada. Assim como é capaz de sair com um estranho sem hesitação. A mãe acha que a filha tem comportamentos que parecem refletir uma busca por atenção. A mãe fica preocupada, pois percebe que estes comportamentos impactam negativamente na relação que a filha estabelece com os adultos e com outras crianças, tem receio de que este contato indiscriminado com a estranhos possa expor a filha a situações de risco e abusos. Assinale a alternativa correta.

- (A) A principal hipótese diagnóstica para o caso descrito é Transtorno de Interação Social Desinibido (TISD). Estudos indicam que crianças com TISD, podem apresentar trajetórias variáveis dos sintomas, sendo que uma parcela destes pacientes pode apresentar sintomas persistentes ao longo do desenvolvimento.
- (B) O quadro descrito é típico do transtorno de apego reativo, que se caracteriza por dificuldade de vinculação a figuras de apego, após experiências de negligência graves e institucionalização precoce.
- (C) Os comportamentos descritos não são classificados como um transtorno pelo DSM-5, pois são considerados comportamentos compreensíveis e reativos à experiência de institucionalização.
- (D) Os estudos indicam que a maior parte das crianças com transtorno de interação social desinibido apresentam redução dos sintomas após serem colocadas em lares adotivos. No entanto, somente uma parcela pequena das crianças com transtorno de apego reativo apresenta resposta a este tipo de intervenção.

25

Sobre os transtornos alimentares na infância e adolescência, assinale a alternativa correta.

- (A) Não existem evidências de superioridade de uma abordagem psicoterápica específica para adolescentes ou adultos com anorexia nervosa, assim como a velocidade da recuperação ponderal costuma ser similar independentemente da idade.
- (B) A prevalência de Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) antes dos 18 anos é substancialmente menor do que anorexia nervosa e bulimia nervosa nessa mesma faixa etária.
- (C) O transtorno alimentar mais frequentemente em comorbidade com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) entre crianças e adolescentes é a Bulimia Nervosa (BN), seguida pelo Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) e Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE).
- (D) Nos casos de adolescentes com anorexia nervosa, o tratamento especializado em formato de hospital-dia após internação hospitalar breve para estabilização clínica mostra-se tão eficaz quanto a internação hospitalar continuada.

26

Um estudo realizado com dados de uma coorte comunitária de crianças de São Paulo e Porto Alegre (n=2511), investigou o uso ao longo da vida de serviços de saúde mental entre crianças diagnosticadas com transtornos mentais. Os resultados mostraram que, entre as crianças diagnosticadas com transtorno mental (N=651), 81,0% (IC 95%=76,6% - 84,7%) não receberam nenhum tratamento de saúde mental ao longo da vida (descritas a seguir como “não atendidas”). Entre as crianças que receberam tratamento (descritas a seguir como “atendidas”), a duração média do tratamento entre aqueles que receberam medicação e aqueles que receberam psicoterapia foi de 25,8 meses (IC 95% = 17,1–34,4) e 22,7 meses (IC 95% = 16,5–29,2), respectivamente. A Tabela 1 mostra a relação entre as características da criança e da família e o acesso a serviços de saúde mental entre crianças diagnosticadas com transtorno mental.

Tabela 1. Características associadas às necessidades atendidas e não atendidas de tratamento de saúde mental entre 651 crianças diagnosticadas com transtornos mentais em duas cidades do Brasil ^a

Característica	atendidas		não atendidas		OR	95% IC	p
	%	95% IC	%	95% IC			
Cidade							
São Paulo	13,5	8,9-20,0	86,4	80,0-91,0	2,1	0,9-4,2	0,056
Porto Alegre	21,8	16,8-27,7	78,2	72,3-83,2			
Sexo							
Masculino	19,8	15,0-25,6	80,2	74,4-85,0	0,8	0,5-1,5	0,0536
Feminino (Ref)	17,9	12,4-25,1	82,1	74,9-87,5			
Idade (anos)							
≥10	16,4	11,3-23,3	83,6	76,7-88,4	0,8	0,4-1,5	0,499
6-9 (Ref)	21,5	16,6-27,5	78,4	72,5-83,4			
Raça							
Preta	14,0	6,8-93,2	86,0	73,3-93,2	1,7	0,7-4,4	0,234
Parda	12,3	7,2-19,8	87,8	80,2-92,8	2,0	1,2-4,0	0,036
Branca (Ref)	22,5	17,3-28,8	77,4	71,2-82,6			

De acordo com os dados apresentados, assinale a alternativa correta.

- (A) De acordo com os resultados, a chance de uma criança parda não ter suas necessidades atendidas é 2% maior em comparação com crianças brancas.
- (B) Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa na proporção de crianças com necessidades atendidas em São Paulo quando comparadas às crianças em Porto Alegre.
- (C) É possível afirmar que, se repetíssemos o estudo inúmeras vezes, em 95% dos casos, o tempo médio de tratamento em psicoterapia estaria entre 16,5–29,2.
- (D) Os resultados indicam que a chance de uma criança branca ser atendida é significativamente maior do que crianças pardas e pretas.

27

Em relação ao desenvolvimento humano e a psicopatologia desenvolvimental, assinale a alternativa correta.

- (A) Crianças e adolescentes avaliadas em serviços clínicos tendem a ter diagnósticos com comorbidades homotípicas e não heterotípicas.
- (B) Estudos longitudinais sugerem que a maior parte dos transtornos mentais surgem antes dos 21 anos de idade, sendo que uma menor parte surge antes dos 11 anos de idade.
- (C) O início precoce de sintomas psiquiátricos está associado, de forma paradoxal, a diagnósticos sem comorbidades, porém com maior duração de tempo.
- (D) Em diferentes estudos, a psicopatologia desenvolvimental está associada a números de prevalência de diagnósticos psiquiátricos na infância e adolescência de 5 a 8%.

28

Paciente foi encaminhado para avaliação, devido sinais de agitação importante, queixas frequentes sobre comportamento na escola e comportamento opositor em casa. Pais suspeitam de que possa ter transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, e trazem relatório de avaliação neuropsicológica feito recentemente. Este relatório diz:

“De acordo com a escala WISC-IV, seu QI global situou-se na faixa superior quando comparado a indivíduos da mesma idade (QIT: 124 pts.). Além disso, o paciente apresentou recursos preservado em relação a resolução de problemas pela via verbal/compreensão verbal (IF: 138 pts.), situada na faixa muito superior e, de forma discrepante, a velocidade de processamento das informações (IF: 111 pts.), as habilidades de planejamento, organização e integração das informações/organização perceptual (IF: 110 pts.), situaram na faixa média-superior e a memória operacional/processos atencionais (IF: 106 pts.), situou-se na faixa média, quando comparado a indivíduos da mesma idade”.

Considerando o caso clínico descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A Memória operacional é a habilidade de manter informações em mente enquanto realiza-se uma operação mental simultânea sobre elas. No WISC-IV é avaliada por subtestes como dígitos e sequência de números-letras.
- (B) O resultado da avaliação neuropsicológica apresentada indica que paciente apresenta funções cognitivas preservadas e afasta a hipótese de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.
- (C) O uso de testes neuropsicológicos contribui de maneira significativa para o diagnóstico de TDAH e deve ser solicitado sempre que possível como parte da avaliação clínica.
- (D) Resultados discrepantes entre os domínios avaliados no teste neuropsicológico indicam que algum fator externo pode ter interferido no processo de avaliação, de modo que a validade dos resultados deve ser questionada.

29

Henrique, 10 anos de idade, foi encaminhado ao ambulatório de psiquiatria infantil por dificuldades comportamentais e escolares. Segundo a mãe, desde os primeiros anos escolares, Henrique é inquieto e desatento. Frequentemente, se acidenta, perde objetos e tem dificuldade de manter o foco em atividades, mesmo quando motivado. Professores relatam que ele levanta diversas vezes da cadeira, interrompe os colegas e fala em momentos inapropriados. Além disso, desde a idade pré-escolar, Henrique apresenta episódios frequentes de explosões de raiva, geralmente em resposta a frustrações banais, como ser contrariado ou perder em jogos. As explosões envolvem gritos, palavrões, bater portas e, por vezes, agressividade física. Esses episódios ocorrem ao menos quatro vezes por semana, principalmente em casa, e são desproporcionais à situação por sua intensidade e duração. Além disso, entre os episódios, Henrique mantém um humor persistentemente irritável. Costuma ficar emburrado com facilidade para se envolver em conflitos com colegas e adultos. Os quais, muitas vezes ocorrem por comportamentos provocativos apresentados por Henrique. A mãe nega episódios de euforia, grandiosidade ou períodos de sono reduzido. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) De acordo com o DSM-5, as hipóteses diagnósticas são: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiante (TOD). Neste caso, além do encaminhamento para tratamento psicoterápico, deve-se indicar o uso de psicoestimulantes, considerado pelos *guidelines* como primeira linha de tratamento para o TDAH.
- (B) De acordo com o DSM-5, as hipóteses diagnósticas são: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e com Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor (TDDH). Neste caso, além do encaminhamento para tratamento psicoterápico, deve-se indicar o uso de medicamentos não estimulantes, como atomoxetina, uma vez que os *guidelines* contra-indicam o uso de psicoestimulantes em pacientes com altos níveis de irritabilidade.
- (C) De acordo com o DSM-5, as hipóteses diagnósticas são: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH). Neste caso, além do encaminhamento para tratamento psicoterápico, deve-se indicar o uso de metilfenidato, considerado pelos *guidelines* como primeira linha de tratamento para o TDAH.
- (D) De acordo com o DSM-5, as hipóteses diagnósticas são: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiante (TOD). Neste caso, além do encaminhamento para tratamento psicoterápico, deve-se iniciar o tratamento com o uso de risperidona devido à gravidade dos sintomas de irritabilidade.

30

Sobre o transtorno afetivo bipolar (TAB), assinale a alternativa correta.

- (A) Globalmente prevalência estimada de TAB tipo 1, em crianças e adolescentes é de aproximadamente 2%
- (B) O TAB é o transtorno afetivo associado com as maiores taxas de suicídio ao longo da vida, sendo a idade de início precoce, um fator de risco. Os estudos indicam um risco cerca de 8 vezes maior do que o observado na população em geral.
- (C) Os estudos indicam que fatores ambientais como adversidades da infância e o consumo de drogas durante a adolescência estão associados a maior risco de desenvolvimento do transtorno afetivo bipolar (TAB), além de um curso mais grave da doença.
- (D) Os estudos demonstraram a eficácia da estimulação magnética transcraniana repetitiva do córtex pré-frontal direito para o tratamento da mania aguda em adultos e adolescentes.

31

Lucas, de 8 anos de idade, foi levado à UBS por sua mãe, devido a preocupações em relação ao comportamento do filho e possíveis impactos em seu desenvolvimento. Segundo a mãe, diariamente o filho se recusa a obedecer, tem dificuldade em aceitar limites, é respondão, discute com adultos, perde a paciência e se descontrola com facilidade. A mãe diz que tenta colocar limites, coloca-o de castigo, no entanto, Lucas culpa os outros por seus erros e não muda o seu comportamento. A mãe acha que estes comportamentos começaram por volta dos 5 anos de idade e se intensificaram nos últimos 12 meses. Na escola, o comportamento de Lucas é semelhante, e a mãe observa prejuízos no relacionamento do filho com professores e colegas. Ela mostra-se cansada, conta que cuida do filho sozinha e percebe um desgaste importante na relação entre os dois. Além disso, tem estado mais nervosa, nos últimos meses, pois está passando por situação financeira difícil, desde que ficou desempregada. Tem tido dificuldade, inclusive, para comprar alimentos. Assinale a alternativa correta.

- (A) A preocupação da mãe de Lucas é pertinente. Pois, a principal hipótese diagnóstica para o caso é de transtorno de oposição desafiante (TOD), e estudos longitudinais mostram que este transtorno está associado com ocorrência de diferentes transtornos mentais, incluindo transtornos internalizantes e externalizantes.
- (B) No caso de Lucas, a principal hipótese diagnóstica é a de TOD. Para pacientes em idade escolar, os *guidelines*, como o do NICE, recomendam tratamento com terapia cognitivo comportamental individual ou terapia psicodinâmica individual, que já se mostraram eficazes em ensaios clínicos controlados e randomizados.
- (C) Embora a situação de vulnerabilidade econômica seja um fator estressor para mãe de Lucas, e um fator associado ao transtorno de conduta, não há, na literatura, evidências sobre a associação entre pobreza e o transtorno de oposição desafiante.
- (D) No caso de Lucas, devido à presença de sintomas de agressividade, os *guidelines* como o NICE, recomendam o uso de antipsicótico atípico, que já se mostrou eficaz para tratamento do TOD em ensaios clínicos controlados, randomizados.

32

“Ele não tem Transtorno de Oposição Desafiante (TOD), ele é assim por causa dos pais que não dão limite”. Sobre essa fala que expõe a problemática de diagnósticos na infância e adolescência, assinale a alternativa correta.

- (A) Os diagnósticos nosográficos são adequados para a prática clínica enquanto a formulação diagnóstica é mais restrita à pesquisa pela análise de fatores de risco para os diagnósticos estudados.
- (B) Há uma confusão importante entre o que são sintomas e seus fatores causais, sendo que a falta de limite parental pode ser sintoma ambiental e neste caso exclui o TOD.
- (C) O diagnóstico nosográfico se limita a descrição e categorização sindrômica baseada em sistemas classificatórios, mesmo que isso seja específico de um ambiente como indica o enunciado.
- (D) A formulação diagnóstica traça um paralelismo importante de que fatores biológicos sugerem intervenções biológicas enquanto fatores sociais indicam tratamentos psicossociais como orientação de pais.

33

Rafaela, 16 anos de idade, é levada pela mãe à consulta com queixas de recusa escolar, crises de choro matinais associados a sintomas de ansiedade intensa. Quando questionada, a paciente relata preocupação frequente de que algo ruim aconteça com seus pais (doença, ferimentos, desastres ou morte) ou consigo mesma (perder-se, ser sequestrada, sofrer um acidente, ficar doente). Acha que os sintomas se intensificaram após a morte da avó materna há um ano. Antes de apresentar recusa escolar, a paciente tinha bom rendimento escolar, referia poucos amigos, mas não relatava situações de conflitos com colegas. Quando questionada, diz que é caseira, que gosta de ficar com a família, e refere que nunca dormiu fora de casa (na casa de amigos ou parentes), e nunca viajou sem os pais. Está preocupada porque em breve terá uma viagem de estudo do meio com a escola. Com base no caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A principal hipótese diagnóstica é transtorno de ansiedade social do tipo somente desempenho, cujos sintomas costumam aparecer no início da adolescência, por volta dos 13 anos.
- (B) A principal hipótese diagnóstica é transtorno de ansiedade e separação, que de acordo com o DSM-5 pode ser diagnosticado em crianças, adolescentes e adultos.
- (C) A principal hipótese diagnóstica é transtorno de pânico, que está associado ao aumento da ocorrência de ideação e tentativas de suicídio.
- (D) A principal hipótese diagnóstica é transtorno de ansiedade generalizada, cujos sintomas tendem a ser crônicos, com remissões e recidivas ao longo da vida.

34

O tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é baseado em intervenções terapêuticas de acordo com a expressão sintomática de cada paciente, envolvendo, a grosso modo, intervenção comportamental, fonoaudiológica e terapia ocupacional. No entanto, a intervenção medicamentosa em crianças pode ser indicada para a melhora de sintomas alvo e tratamento de comorbidades. Em relação ao uso de psicofármacos em crianças com TEA, assinale a alternativa correta.

- (A) Ensaios clínicos controlados randomizados duplo-cegos demonstram a eficácia do uso de sertralina e fluoxetina no tratamento de TOC e transtornos ansiosos e crianças com TEA.
- (B) Meta-análises demonstram a eficácia do uso de metilfenidato para tratamento do TDAH em crianças com TEA. No entanto, a qualidade da evidência é considerada baixa.
- (C) De acordo com meta-análises, a fluoxetina é eficaz para a redução de comportamentos restritos e repetitivos em crianças com TEA.
- (D) Risperidona, aripiprazol e ziprasidona são antipsicóticos eficazes e aprovados pela FDA para redução de irritabilidade e agressividade em pacientes com TEA.

35

Paciente do sexo masculino, 16 anos de idade, é trazido pelos pais à consulta devido a uso excessivo de jogos *online* (MMORPGs - *Massively Multiplayer Online Role-Playing Game*), com duração diária superior a 10 horas, inclusive durante a madrugada. Relatam importante prejuízo acadêmico, isolamento social progressivo, agressividade quando confrontado e recusa em participar de atividades *offline*. O paciente admite dificuldade de controle sobre o tempo de jogo, mesmo com tentativas prévias de limitação. Durante a avaliação, observa-se humor deprimido, anedonia, hipersonia, sentimentos de inutilidade e irritabilidade persistente há pelo menos dois meses. Não há história de uso de substâncias, sintomas psicóticos ou transtornos do neurodesenvolvimento. O paciente aceita iniciar acompanhamento, mas demonstra resistência à redução imediata do tempo de jogo. Os pais mostram-se dispostos a participar do tratamento. Com base nas evidências mais recentes, qual é a estratégia terapêutica inicial mais adequada para esse caso?

- (A) Encaminhar o paciente para programa de internação parcial com foco em reabilitação digital e regulação comportamental, pois o comprometimento funcional e a comorbidade depressiva justificam a intensificação imediata do cuidado.
- (B) Adotar, inicialmente, uma abordagem motivacional breve, com foco exclusivo no uso problemático da internet, postergando intervenções familiares ou farmacológicas até que o adolescente aceite voluntariamente modificar seus hábitos digitais.
- (C) Introduzir antidepressivo de primeira linha (como ISRS) de forma isolada, considerando que a remissão dos sintomas depressivos tende a reduzir o uso disfuncional de eletrônicos secundariamente.
- (D) Iniciar terapia cognitivo-comportamental individual com módulos específicos para regulação do humor e manejo do uso problemático de internet, associada a envolvimento estruturado dos pais e avaliação psiquiátrica para eventual farmacoterapia antidepressiva.

36

Beatriz, 3 anos e 4 meses de idade, é trazida à consulta de puericultura por sua mãe. Durante a avaliação, observa-se que Beatriz:

- Corre, pula com dois pés. Mas, não consegue pular com um pé só.
- Empilha blocos, e traça linhas com o lápis.
- Usa frases com 3 ou mais palavras, faz perguntas simples. Apresenta fala inteligível na maior parte do tempo. Compreende instruções simples de duas etapas (ex: “pegue o brinquedo e coloque na caixa”).
- Tem um amigo imaginário.

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Beatriz deve ser encaminhada para avaliação fonoaudiológica. Nessa faixa etária espera-se que a totalidade do discurso da criança seja inteligível.
- (B) A mãe deve ser orientada desenvolvimento de Beatriz está ocorrendo de maneira adequada, dentro do que se espera para sua idade.
- (C) Nessa faixa etária, é esperado que a criança consiga pular com um pé só, sendo necessário um acompanhamento atento do desenvolvimento motor de Beatriz, com retorno precoce com o pediatra.
- (D) Nessa faixa etária, não é esperado que a criança apresente um amigo imaginário. Assim, a mãe deve ser encaminhada para uma avaliação com um psiquiatra da infância e adolescência.

37

Em relação aos modelos etiopatogênicos contemporâneos dos transtornos mentais, assinale a alternativa correta.

- (A) O framework RDoC (*Research Domain Criteria*) tem catalisado atividades em múltiplas áreas de pesquisa sobre transtornos mentais, contribuindo para futuros sistemas de classificação alinhados com os caminhos da medicina de precisão no que se refere ao diagnóstico, tratamento e prevenção.
- (B) O modelo do neurodesenvolvimento tem aplicação restrita a transtornos do início da infância, como o transtorno do espectro autista, a deficiência intelectual e os transtornos específicos da aprendizagem, não sendo considerado central na compreensão de transtornos do humor ou transtornos psicóticos.
- (C) Uma limitação significativa dos sistemas diagnósticos baseados em sintomas é que, por definição, algum processo patológico já está estabelecido no momento em que o diagnóstico pode ser realizado. No entanto, a abordagem dimensional de amplo espectro, que é a base do RDoC, também não amplia a capacidade de detecção muito precoce do risco futuro para psicopatologias.
- (D) Segundo os modelos contemporâneos e dado o avanço das ciências genômicas e da neurobiologia, a influência dos fatores psicossociais, como adversidades precoces, pobreza e violência, embora relevante, é considerada de impacto secundário na etiologia dos transtornos mentais.

38

Carolina, 15 anos de idade, foi trazida para atendimento pela mãe, que percebeu uma piora da irritabilidade, além de maior isolamento social e queda no rendimento escolar nos últimos quatro meses, depois que sofreu *bullying* na escola. No atendimento, Carolina relata tristeza, baixa autoestima, dificuldade de concentração e episódios mais frequentes de choro. Nega uso de substâncias, mas admite pensamentos negativos sobre si mesma, desesperança em relação ao futuro e ideação suicida sem planejamento. A mãe refere preocupação com o futuro de Carolina, pois o pai tem histórico de ansiedade e episódios depressivos recorrentes desde a adolescência, após episódio de abuso sexual, e está passando um momento difícil, pois está desempregado e tem tido dificuldade de encontrar trabalho devido sua baixa escolaridade.

- (A) Alguns fatores de risco ambientais associados ao transtorno depressivo maior (TDM) não podem ser considerados exclusivamente ambientais, pois alguns deles também têm influência genética (como baixo nível de escolaridade e renda) e pleiotropia genética compartilhada com a TDM.
- (B) Diante da preocupação da mãe, é importante orientá-la que, com exceção do histórico familiar de recorrência da depressão, Carolina não apresenta em sua história outros fatores de risco associados a ocorrência de episódios depressivos recorrentes.
- (C) Embora o histórico de depressão do pai seja um fator de risco, a herdabilidade estimada do transtorno depressivo maior é considerada baixa e filhos de indivíduos com TDM têm um risco de cerca de 20% de desenvolverem depressão ao longo da vida, o que reforça a relevância de fatores de risco ambientais, como a vivência de *bullying* relatada por Carolina.
- (D) Estudos genéticos sobre depressão em adultos identificaram mais de uma centena de variantes genéticas de risco comuns, cada uma com um efeito de pequena magnitude. Apesar do efeito limitado destas variantes, os estudos encontram correlações genéticas baixas com outros transtornos mentais, o que indica uma maior especificidade dessas variantes genéticas associadas ao TDM.

39

Sobre a psicopatologia do desenvolvimento, assinale a alternativa correta.

- (A) Sintomas externalizantes incluem traços de agressividade, impulsividade e violação de regras. No entanto, podem estar associados a sintomas internalizantes como sintomas de ansiedade e depressão.
- (B) O relato subjetivo de crianças é um desafio para a busca de sintomas externalizantes, sendo que os sintomas observáveis são menos desafiadores nas crianças com sintomas internalizantes.
- (C) A irritabilidade crônica como traço fundamental do grupo de crianças com sintomas externalizantes deve ser visto como um fator de risco para transtorno bipolar ao longo do tempo.
- (D) O TDAH é um diagnóstico marcado por sintomas externalizantes, ao mesmo tempo que a comorbidade mais comum é de transtornos ansiosos, mostrando a relação entre grupos internalizantes e externalizantes.

40

Gabriela, 10 anos de idade, foi encaminhada para avaliação psiquiátrica por dificuldades persistentes no desempenho escolar, linguagem pobre, e dificuldades com habilidades adaptativas, especialmente relacionadas à comunicação e autonomia. Foi avaliada por neuropsicólogo, que identificou QI total de 65 em escala padronizada para a população brasileira. A família relata atrasos em alguns marcos do desenvolvimento. Nega agravos perinatais significativos. Com base nos critérios diagnósticos do DSM-5, assinale a alternativa correta.

- (A) A testagem neuropsicológica é parte importante da avaliação diagnóstica de indivíduos com deficiência intelectual. Esses pacientes costumam apresentar escores em torno de um desvio-padrão ou mais abaixo da média populacional, incluindo uma margem de erro de medida (em geral, + 5 pontos).
- (B) As causas de deficiência intelectual (DI) incluem anomalias genéticas. No entanto, parcela significativa dos casos de DI permanece com etiologia desconhecida. Nesse contexto, investigação etiológica e testes genéticos são indicadas somente diante de suspeita clínica de síndrome genética associada.
- (C) De acordo com o DSM-5, o nível de gravidade da deficiência intelectual (leve, moderada, grave e profunda) é determinado pela pontuação de QI em avaliação padronizada: leves (QI entre 50 e 69), moderados (QI entre 35 e 49), graves (QI entre 20 e 34) ou profundos (QI abaixo de 20).
- (D) Escores de QI são aproximações do funcionamento conceitual, mas podem ser insuficientes para a avaliação do raciocínio em situações da vida real e do domínio de tarefas práticas. Assim, o julgamento clínico é necessário para a interpretação dos resultados de testes neuropsicológicos e a realização do diagnóstico de deficiência intelectual.

RASCUNHO

