

0/0

RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

F15 F15

RESIDÊNCIA MÉDICA
Áreas de Atuações
Psiquiatria da Infância e da
Adolescência

1
1/100



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/AA Nº 06/2023

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 F15**. 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: **1 hora e 30 minutos**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorrida **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. 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.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **30** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. 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 esta capa será considerado(a) ausente da prova.



TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

<u>LISTA DE ABREVIÇÕES</u>	<u>ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)</u>
<p>AA – Ar ambiente AU – Altura Uterina AAS – Ácido Acetilsalicílico BCF – Batimentos Cardíacos Fetais BEG – Bom Estado Geral bpm – Batimentos por Minuto BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas s/ Sopros Cr – Creatinina DU – Dinâmica Uterina DUM – Data da Última Menstruação FC – Frequência Cardíaca FR – Frequência Respiratória Hb – Hemoglobina HCM – Hemoglobina Corpuscular Média Ht – Hematócrito IC_{95%} – Intervalo de Confiança de 95% IMC – Índice de Massa Corpórea ipm – Incursões por Minuto IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal mmHg – Milímetros de Mercúrio MMII – Membros Inferiores MV – Murmúrios Vesiculares P – Pulso PA – Pressão Arterial pCO₂ – Pressão Parcial de CO₂ PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva PO – Pós-Operatório pO₂ – Pressão Parcial de O₂ POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i> PS – Pronto-Socorro PSA – Antígeno Prostático Específico REG – Regular Estado Geral RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol) RN – Recém-nascido Sat – Saturação SpO₂ – Saturação de Oxigênio TEC – Tempo de Enchimento Capilar Temp. – Temperatura axilar TPO – Tireoperoxidase TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH TSH – Hormônio tireo-estimulante TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral U – Ureia UBS – Unidade Básica de Saúde USG – Ultrassonografia UTI – Unidade de Terapia Intensiva VCM – Volume Corpuscular Médio VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p>Sangue (bioquímica e hormônios): Albumina = 3,5 – 5,5 g/dL Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dL Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dL Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dL Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L Cloretos = 98 – 106 mEq/L Creatinina = 0,7 – 1,3 mg/dL Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina Desidrogenase Láctica < 240 U/L Ferritina: homens: 22 – 322 ng/mL mulheres: 10 – 291 ng/mL Ferro sérico: homens: 70 – 180 µg/dL mulheres: 60 – 180 µg/dL Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L Globulinas = 2,0 – 3,5 g/dL LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL Glicemia em jejum = 70 – 99 mg/dL Lactato = 5 – 15 mg/dL Magnésio = 1,8 – 3 mg/dL Potássio = 3,5 – 5,0 mEq/L Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dL PSA < 4 ng/mL Sódio = 135 – 145 mEq/L TSH = 0,4 – 4,0 mUI/mL Amilase = 28 – 100 U/L Lipase = inferior a 60 U/L Ureia = 10 – 50 mg/dL</p> <p>Sangue (hemograma e coagulograma): Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL Hemoglobina Glicada = 4,5 a 5,6% Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL RDW: 10 a 16% Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm³ Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm³ Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm³ Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm³ Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm³ Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm³ Reticulócitos = 0,5 a 2,0% 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</p>
<p align="center"><u>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA</u> <u>(Hb) EM g/dL PARA CRIANÇAS</u></p> <p>Recém-Nascido = 15 – 19 2 a 6 meses = 9,5 – 13,5 6 meses a 2 anos = 11 – 14 2 a 6 anos = 12 – 14 6 a 12 anos = 12 – 15</p>	<p>Gasometria Arterial: pH = 7,35 a 7,45 pO₂ = 80 a 100 mmHg pCO₂ = 35 a 45 mmHg Base Excess (BE) = -2 a 2 HCO₃⁻ = 22 a 28 mEq/L SpO₂ > 95%</p>
<p>Líquido pleural ADA: até 40 U/L Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL</p>	<p>Líquor (punção lombar): Células até 4/mm³ Lactato até 20 mg/dL Proteína até 40 mg/dL</p>



01

Em relação aos transtornos do neurodesenvolvimento, é correto afirmar:

- (A) O transtorno de leitura (dislexia) representa cerca de 30% dos transtornos de aprendizagem. Caracteriza-se por dificuldades em produzir uma leitura fluente, mesmo com inteligência normal, suporte educacional adequado, ausência de déficits sensoriais e relativa resistência aos tratamentos convencionais.
- (B) Embora apresentem quadros clínicos bastante heterogêneos, os transtornos incluídos no capítulo “transtornos do neurodesenvolvimento”, do DSM-5, caracterizam-se por: curso crônico, maior frequência entre meninas, presença de fatores etiológicos múltiplos e alta herdabilidade.
- (C) Crianças pré-escolares, com deficiência intelectual (DI) leve, podem não apresentar diferenças conceituais óbvias. Mas crianças em idade escolar apresentam dificuldades em aprender habilidades acadêmicas que envolvam leitura, escrita, matemática, tempo ou dinheiro, sendo necessário apoio em uma ou mais áreas para o alcance das expectativas associadas à idade.
- (D) Análise cromossômica por *microarray* é considerada um teste diagnóstico de primeira linha para o transtorno do espectro autista. No entanto, sua utilidade é limitada nos casos de deficiência intelectual (DI), de maneira que não são utilizados na avaliação dessa população.

02

Sobre o tratamento de depressão na infância e adolescência, é correto afirmar.

- (A) Por conta da evidência de eficácia consistente na infância e adolescência, é recomendado o uso de antidepressivos no tratamento de depressões leves.
- (B) Dentre os antidepressivos, a fluoxetina é considerada medicação de 1ª linha para tratamento da depressão na infância e adolescência. Caso paciente não apresente resposta, recomenda-se a troca por outro ISRS.
- (C) O tratamento com antidepressivos na infância e adolescência, geralmente, é feita com doses menores do que em adultos, e ajustes de doses devem ser feitos de maneira mais lenta.
- (D) Os antidepressivos tricíclicos são comprovadamente eficazes para tratamento de depressão na infância e adolescência, mas são considerados segunda linha de tratamento por conta dos efeitos adversos.

03

G.M., 7 anos, DNPM normal, iniciou o primeiro ano do ensino fundamental em uma escola nova, onde os pais esperam que ele estude até o final o ensino médio. No terceiro dia de aula, a mãe chegou para buscá-lo, mas ele demorou a aparecer no portão. Ao questionar o inspetor, a mãe foi levada à enfermaria da escola, pois ele ali estava com um quadro doloroso no abdome e choroso. A enfermeira não sabia o que

estava acontecendo, pois G.M. não falava o que acontecia. A mãe achou que poderia ser uma vontade de ir ao banheiro, pois ele apontava para o abdome, pediu para levá-lo ao banheiro. Lá chegando, a mãe viu que a barriga estava distendida, pois ele não tinha ido ao banheiro o dia todo. Após urinar por período prolongado, voltaram à enfermaria e ela descobriu que ele não havia falado uma palavra sequer com as pessoas da escola. Os pais questionaram G.M. o que havia ocorrido e porque ele não havia solicitado ir ao banheiro, mas ele se esquivava de responder. G.M. era uma criança com a fala adequada, que tinha muitos amigos na escola anterior e não tinha apresentado outra alteração comportamental no período. Os pais acreditavam que era uma questão de adaptação, mas passados dois meses do início das aulas nesta nova escola, G.M. permanece sem falar com os colegas de sala, apesar de ter conseguido se comunicar com dois colegas através de gestos. G.M. também não fala com os professores, que tem muita dificuldade de compreender qual tem sido seus aprendizados, pois este não verbaliza suas dúvidas, nem faz leituras em sala de aula. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Fobia social.
- (B) Mutismo seletivo.
- (C) Transtorno do espectro autista.
- (D) Transtorno da comunicação social.

04

Uma criança com o diagnóstico de TEA deve iniciar intervenções multidisciplinares o mais precocemente possível, incluindo, dependendo das indicações, terapia medicamentosa, terapia psicológica, fonoterapia, terapia ocupacional e auxílio pedagógico. Em relação ao acompanhamento dos multiprofissionais no TEA, é correto afirmar:

- (A) A forma mais conhecida e certificada de intervenção psicológica é a análise do comportamento aplicada (ABA), mas existem outras versões dessa abordagem, chamadas de intervenções comportamentais de desenvolvimento naturalista (NDBI), que inclui *Pivotal Response Treatment (PRT)*, *Early Start Denver Model (ESDM)*, *Joint Attention Symbolic Play and Engagement Regulation (JASPER)*, e *Early Social Interaction (ESI)*.
- (B) As medicações formalmente liberadas pelo *Food and Drug Administration (FDA)* para o tratamento dos sintomas do core central e sintomas-alvo no TEA são risperidona e aripiprazol.
- (C) Abordagens que envolvem a integração sensorial são intervenções de forma tardia, impactando na melhor adaptação das crianças nos meios sociais durante o final da infância e começo da adolescência.
- (D) O PECS (*Picture Exchange Communication System*) é um sistema de comunicação frequentemente utilizado em indivíduos com TEA, independentemente da quantidade/qualidade da fala funcional.



05

S.L.D., sexo feminino, uma adolescente de 17 anos com histórico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), refere que já fez tratamento farmacológico por cerca de 1 ano com metilfenidato até 30 mg/dia, mas atualmente não está tomando nenhum medicamento. A paciente relata ganho de peso significativo no último ano (aproximadamente 12 kg), parcialmente atribuído a episódios frequentes de compulsão alimentar, envolvendo consumo rápido de grandes quantidades de alimentos em curtos períodos, em que ela descreve perda de controle durante os episódios e sofrimento emocional significativo depois. Altura: 160 centímetros / Peso: 74 kg / IMC: 28,9 kg/m² / Z-escore de IMC para idade de +1,93 Após avaliação clínica pormenorizada foi possível identificar prejuízo acadêmico progressivo atribuído parcialmente às suas dificuldades de concentração e organização de tarefas. Além disso, a paciente descreveu dificuldades de socialização em função da baixa autoestima e ansiedade no contato interpessoal. Os exames laboratoriais, incluindo perfil lipídico, glicemia de jejum e testes de função hepática, estão dentro dos limites normais. No momento, não existe descrição de comorbidade clínica associada ao sobrepeso. A paciente recebeu orientações sobre modificação de estilo de vida e foi encaminhada para seguimento especializado em transtornos alimentares com nutricionista e psicóloga. Considerando o quadro de TDAH + TCA + sobrepeso, assinale qual das opções a seguir é mais apropriada para tratamento farmacológico atual de S.L.D.?

- (A) Lisdexanfetamina.
- (B) Fluoxetina + metformina.
- (C) Metilfenidato + liraglutida.
- (D) Lisdexanfetamina + sibutramina.

06

Paciente do sexo feminino, 17 anos de idade, iniciou acompanhamento ambulatorial em serviço terciário após tentativa de suicídio. A adolescente vive atualmente em um serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes (SAICA). Aos 12 anos, contou à mãe que sofria episódios de violência sexual perpetrada pelo pai, mas, após descrença da genitora sobre o acontecimento, negou o próprio relato e disse a ela que havia mentido. Aos 15 anos, decidiu reportar aos familiares que, de fato, as situações de abuso haviam acontecido, e foi institucionalizada pela primeira vez. Após um período de tempo, voltou a viver com a mãe, após o afastamento do pai do ambiente, mas com frequência recebia visitas dele, e os episódios de violência sexual voltaram a acontecer. Conseguiu, então, coletar provas do ato, culminando na prisão do genitor. A mãe continuou não acreditando nas palavras de sua filha, agredindo-a fisicamente como forma de punição, resultando no retorno da adolescente ao SAICA, de modo a garantir a sua proteção. A paciente tem pesadelos recorrentes com conteúdo de violência e apresenta episódios frequentes de automutilação, afirmando que, com o comportamento, busca tentar esquecer o que lhe aconteceu. Desde os 12 anos, conta que se sente triste e pensa em suicídio, queixando-se de falta de motivação para viver. Sente-se culpada pela separação da

família, além de ter sentimento intenso de abandono e de desamparo. Com base no caso clínico descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Na maior parte dos casos de violência sexual, apesar da busca por ajuda ocorrer logo após a vivência de abuso, a negação pode ocorrer pela percepção das consequências da revelação.
- (B) No caso da paciente descrita, indica-se a avaliação de um possível quadro depressivo, mas, mesmo que não haja o diagnóstico, há a recomendação de tratamento medicamentoso para a sintomatologia de transtorno de estresse pós-traumático, pois já existem evidências consistentes para o tratamento farmacológico desta condição na infância e adolescência.
- (C) As psicoterapias focadas no trauma são eficazes no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático e uma das técnicas que podem ser utilizadas em crianças e adolescentes é a exposição com revisitação repetida da memória do evento traumático.
- (D) Neste caso, pode-se considerar que a medida de abrigamento foi realizada precocemente, tendo em vista a necessidade de maior investigação e o risco de que o ato pudesse ter sido interpretado, pela vítima, como uma punição.

07

O transtorno do espectro autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento com um impacto qualitativo na comunicação social, de início precoce e com uma trajetória que envolve uma heterogeneidade importante e com padrões de funcionalidade distintos em cada indivíduo. Em relação ao TEA, é correto afirmar:

- (A) O último censo do *Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network* (março, 2023), publicado no *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* mostrou uma prevalência de 1 a cada 36 crianças com o diagnóstico de TEA, em crianças de 8 anos, nos EUA. Além disso, apontou para uma tendência de queda numérica para os próximos anos, ou pelo menos, uma estabilização na prevalência, devido aos esforços mundiais na identificação precoce dos fatores de risco.
- (B) A Análise Cromossômica *Microarray (Chromosomal Microarray – CAM)* é o teste mais indicado para a pesquisa em pacientes com transtornos do neurodesenvolvimento, principalmente o TEA, de quaisquer etiologias genéticas envolvidas, tendo em vista que o resultado se apoia nos *copy number variations (CNVs)* efetivamente patológicos, compreendendo 20% dos indivíduos.
- (C) Atualmente, o índice de herdabilidade genética ligado ao TEA é de pelo menos 44.8%; tendo sido superestimado nos últimos anos.
- (D) Fatores de risco, com embasamento científico, associados ao TEA incluem: uso de ácido valproico no período gestacional; complicações no parto, curto período entre gestações; diabetes gestacional; obesidade materna e idade parental avançada.



08

Na consulta com o pediatra, os pais contam que A., 13 anos, foi uma criança que nunca apresentou problemas de comportamento. Mas, queixam-se que não estão sabendo lidar com a filha adolescente. De acordo com eles, nos últimos 3 meses, A. está mais fechada e mal-humorada. Além disso, relatam que A. perdeu interesse pelas atividades da escola, deixou de praticar esportes e, ultimamente, só quer ficar em seu quarto sozinha e mexendo no celular. Também relatam que, quando tentam limitar o uso do celular, solicitam que faça as tarefas da escola, ou que participe de atividades com a família, A. tem rompantes em que grita e bate a porta. Pais acham que comportamentos pioraram depois que A. sofreu *bullying* na escola e se afastou de uma turma de amigos. Mas, não sabe se isso continua acontecendo. Quando perguntam sobre o assunto, A. se recusa a falar. Em relação ao caso descrito, é correto afirmar:

- (A) Flutuações de humor, irritabilidade e situações de conflito com figuras parentais são comuns durante a adolescência. Assim, o pediatra deve somente orientar os pais sobre questões relacionadas ao desenvolvimento do adolescente e sobre a importância de estabelecer limites para o uso de eletrônicos.
- (B) O quadro clínico descrito pelos pais sugere o diagnóstico de transtorno depressivo maior, devido à presença de sintomas de desinteresse pelas atividades, isolamento social, e queda do rendimento escolar; e comorbidade com transtorno disruptivo de desregulação do humor, devido à ocorrência de humor irritável e explosões de raiva recorrentes.
- (C) Na infância e adolescência, o transtorno depressivo maior costuma ser menos reconhecido do que em adultos; e uma parcela significativa das crianças e adolescentes não recebe tratamento.
- (D) Na anamnese, é importante que o pediatra investigue antecedentes familiares de depressão, uma vez que fatores genéticos podem aumentar a vulnerabilidade para o transtorno. Estudos com gêmeos estimam que o coeficiente de herdabilidade do transtorno depressivo maior encontra-se em torno de 70%.

09

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

- (A) Alterações do neurodesenvolvimento motor, da linguagem e da sociabilidade são comumente observadas no período pré-mórbido da esquizofrenia de início na infância e adolescência.
- (B) Na esquizofrenia de início muito precoce os surgimentos dos sintomas positivos como os delírios e as alucinações surgem antes dos 15 anos.
- (C) Diferente da psicopatologia da esquizofrenia com início na vida adulta, as crianças e adolescentes não apresentam sintomas negativos como a alolia, hipobulia e diminuição da fluência verbal.
- (D) Hoje, já existem diversos estudos sobre o uso de psicoterapia para tratamento de psicose em jovens, e a evidência do benefício é inequívoca

10

Ao avaliar uma criança de 5 anos e 10 meses com sintomas relatados pelos pais de ansiedade e agressividade infantil, o psiquiatra investiga, na interação, se a criança possui sinais de atraso de desenvolvimento. Assinale a alternativa correta que indica o que o psiquiatra deve encontrar se a criança tiver um desenvolvimento normal.

- (A) A criança consegue inventar histórias, mas não consegue realizar brincadeiras estruturadas revezando sua vez com outra pessoa.
- (B) A criança ainda não consegue nomear letras, apesar de contar números e usar palavras se referindo ao tempo (como “ontem” e “amanhã”).
- (C) A criança ainda não consegue abotoar botões nem pular com um pé só, mas consegue correr rapidamente em escadas.
- (D) A criança consegue responder perguntas simples sobre uma história, depois de você contá-la por 5 a 10 minutos.

11

Paciente do sexo feminino, 16 anos, foi ao pronto atendimento com cortes superficiais no antebraço esquerdo. No PA ela foi avaliada pela equipe de cirurgia geral que já suturou a ferida e encaminhada a avaliação. Durante a avaliação a paciente que refere, fez uso de grandes quantidades de álcool na noite anterior quando saiu com os amigos. Na manhã do dia seguinte, brigou com o namorado e mandou uma mensagem dizendo que foi bom conhecê-lo e que era melhor se ela sumisse. Ele não a respondeu, a paciente então se cortou e enviou uma mensagem para o namorado com a foto dos punhos cortados. O namorado então ligou para a mãe da paciente, que a trouxe ao pronto atendimento na mesma manhã, pois a filha referia que gostaria de sumir. Após obter a história com a paciente e com a mãe, identifica-se um episódio depressivo moderado aos 14 anos tratado com sertralina 50 mg/dia, com remissão do quadro. Nunca houve um episódio de mania ou hipomania, mas há uma instabilidade afetiva frequente, assim como vários relacionamentos amorosos e amizades turbulentas e breves. O ambiente em casa é descrito como conflituoso, a mãe é a única responsável pelo cuidado da filha, e muitas vezes ambas chegam a brigar fisicamente, apesar de considerarem que são muito próximas. Após a anamnese, você avalia a presença de ideação suicida crônica, porém a paciente nega que o episódio atual tenha sido uma tentativa de suicídio. Refere que agora está melhor após se cortar e quer voltar para casa. Uma parte significativa das autolesões, tal como cortes e queimaduras na pele, se inicia na adolescência. As autolesões podem ser avaliadas em termos de suas funções comportamentais. Em relação à função desse tipo de comportamento na paciente acima, assinale a alternativa correta.

- (A) Os cortes nos punhos tiveram função intra e interpessoal.
- (B) Os cortes indicam característica histriônica de personalidade.
- (C) Objetivamente, a autolesão foi uma tentativa de suicídio.
- (D) As autolesões indicam ideação aguda de suicídio.



12

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

- (A) O manejo de pacientes com TAB e comorbidades é bastante desafiador. Devido ao risco de desencadear alterações de humor, o uso de estimulantes é contraindicado para pacientes com comorbidade com TDAH. Assim como o uso de ISRS é contraindicado para pacientes com comorbidade com transtornos ansiosos.
- (B) Embora ainda existam controvérsias, os estudos indicam que, na infância e adolescência, irritabilidade é um sintoma mais comum do que na idade adulta, e a periodicidade dos sintomas não é um critério necessário para o diagnóstico de TAB.
- (C) Os estudos indicam que na infância e adolescência, os antipsicóticos atípicos são mais eficazes do que lítio e anticonvulsivantes para tratamento de episódios de mania e episódios mistos.
- (D) Os estudos indicam que na infância e adolescência o TAB é mais frequente em meninos do que em meninas, especialmente nos quadros de início antes da puberdade.

13

Sobre o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, é correto afirmar:

- (A) Estudos de GWAS indicam que a maior parte das variantes genéticas associadas ao TDAH são compartilhadas com outros transtornos mentais.
- (B) Entre os efeitos adversos do uso de estimulantes estão descritos: aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial. De forma que *guidelines* internacionais recomendam a realização de ECG de rotina antes da introdução destas medicações.
- (C) Na prática clínica é comum que pacientes com TDAH tenham pais ou irmãos com o mesmo diagnóstico. Estudos de gêmeos estimam o coeficiente de herdabilidade do TDAH em aproximadamente 50%.
- (D) Os estudos mostram um declínio na prevalência do TDAH na adolescência e na idade adulta, de forma que somente cerca de 40% dos pacientes diagnosticados com TDAH durante a infância apresentam persistência dos sintomas e de prejuízos funcionais na idade adulta.

14

Paciente J.M.S., sexo masculino, 16 anos, chega à primeira consulta acompanhado de sua mãe, que está preocupada com sua mudança de comportamento e perda de peso. Nos últimos 6 meses, J. perdeu uma quantidade significativa de peso, passando de 68 kg para 51 kg, mantendo estatura de 178 cm (Z-escore IMC/idade -2.31 / percentil IMC/idade 1%) coincidindo com período de maior isolamento social. Sua mãe relata que nesse período seu filho passou a ficar cada vez mais preocupado em seguir dietas e planos de exercícios que copia de influenciadores de redes sociais, muitas vezes pulando refeições e se exercitando várias horas por dia,

mesmo quando sozinho no quarto. Paciente nega sentir-se gordo, mas admite sentir-se desconfortável com seu corpo e querer ser "mais saudável" e ter um "corpo mais definido". Ao exame físico, J. apresenta edema de membros inferiores com cacifo leve (+/4+) e ectoscopia emagrecida com notável perda muscular. Sinais vitais estão estáveis, mas sua frequência cardíaca está abaixo do normal (FC: 54 bpm) em repouso. Os primeiros exames laboratoriais revelam hipoalbuminemia leve e elevação de colesterol total. De acordo com o caso clínico apresentado, considerando os critérios do DSM-5 para os transtornos alimentares, a hipótese diagnóstica e as condutas iniciais mais adequadas, assinale a alternativa correta.

- (A) Diagnóstico: Transtorno alimentar restritivo evitativo. Condutas: prescrição de olanzapina 5mg/noite, para auxiliar a realimentação. Psicoeducação sobre transtornos alimentares para paciente e família. Encaminhamento para terapia ocupacional com foco em integração sensorial. Tratamento ambulatorial com equipe especializada em transtornos alimentares em face da desnutrição moderada.
- (B) Diagnóstico: Anorexia nervosa subtipo restritivo. Condutas: psicoeducação sobre transtornos alimentares para paciente e família. Tratamento ambulatorial com equipe especializada em transtornos alimentares em face da desnutrição moderada.
- (C) Diagnóstico: Anorexia nervosa subtipo restritivo. Condutas: prescrição de olanzapina 5mg/noite, para auxiliar a realimentação. Psicoeducação sobre transtornos alimentares para paciente e família. Internação hospitalar por desnutrição de grave e risco de instabilidade clínica com coleta de exames laboratoriais de urgência.
- (D) Diagnóstico: Anorexia nervosa subtipo purgativo. Condutas: prescrição de fluoxetina 20mg/dia, visando reduzir comportamentos purgativos. Psicoeducação sobre transtornos alimentares para

15

Ao avaliar do ponto de vista psiquiátrico um menino de 8 anos com um padrão de ser facilmente aborrecido e irritável e ter comportamentos desafiadores e provocativos em casa por mais de 6 meses, assinale a alternativa correta.

- (A) O diagnóstico de transtorno de oposição desafiante pode ser dado somente se os sintomas ocorrem em outro ambiente, como a escola, e o tratamento é direcionado à mudança de manejo ambiental.
- (B) O diagnóstico de transtorno de oposição desafiante pode ser dado, a não ser que a criança possua transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, quando o tratamento deve ser medicamentoso.
- (C) O diagnóstico de transtorno de oposição desafiante pode ser dado mesmo que os sintomas apareçam somente em casa e o tratamento neste caso é priorizar orientação parental.
- (D) O diagnóstico de transtorno de oposição desafiante não pode ser dado se a criança possui deficiência intelectual ou sintomas do espectro autista.



16

Em relação ao desenvolvimento socioemocional e os possíveis sinais de alerta no desenvolvimento infantil, assinale a alternativa correta.

- (A) Brincar imitando crianças da mesma idade deve aparecer a partir de 24 meses, apesar, de este brincar em geral, ser com menor interação.
- (B) Não falar frases com 24 meses não é um sinal de alerta, já que a criança ainda está iniciando o brincar verbal.
- (C) A atenção compartilhada começa depois dos 18 meses e é alternada com o brincar solitário e com momentos de imitação social.
- (D) A reciprocidade não verbal é natural somente após os 15 meses de idade, apesar de existir imitação verbal desde os 12 meses de idade.

17

Assinale qual das afirmações a seguir, a respeito do transtorno obsessivo compulsivo (TOC) em crianças e adolescentes, está correta.

- (A) O início dos sintomas comumente se dá durante a idade pré-escolar.
- (B) O transtorno obsessivo compulsivo de início precoce é mais comum em meninos do que em meninas.
- (C) Por conta da presença de comportamentos compulsivos, o TOC é facilmente percebido pelos pais ou pessoas do social de crianças e adolescentes.
- (D) Estudos com amostras clínicas mostram que a comorbidade com outros transtornos psiquiátricos ocorre em uma parcela pequena dos pacientes com TOC.

18

Em relação ao tratamento do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade é correto afirmar:

- (A) Embora os estudos ainda precisem ser replicados, tratamentos com intervenções dietéticas tem se mostrado promissores, com tamanhos de efeito moderados.
- (B) Além da redução de sintomas de TDAH, os estudos indicam que o tratamento com estimulantes está associado à diminuição de suicídios e criminalidade.
- (C) Os estudos mostram que a adesão ao tratamento com estimulantes é alta. Possivelmente, estes achados estão relacionados à alta eficácia das medicações.
- (D) Os *guidelines* atualmente recomendam uso de medicações estimulantes como primeira linha de tratamento para o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, tanto para crianças pré-escolares, como para crianças escolares e adolescentes.

19

Em consulta com hebiatra, os pais de F., 14 anos, demonstram preocupação com o uso de substâncias. Contam que por duas vezes perceberam que F. voltou com sinais claros de

intoxicação, após ter feito uso de álcool em festas. E, recentemente, os pais souberam que F. fez uso de maconha em uma viagem com amigos. Em relação ao contexto descrito, é correto afirmar:

- (A) A maioria dos adolescentes não passa da experimentação de drogas para desenvolver uma dependência ou outro transtorno por uso de substâncias; no entanto, até mesmo experimentar drogas é um motivo de preocupação e pode fazer parte de um padrão de comportamento de risco.
- (B) Quando os adolescentes bebem álcool, eles são mais propensos do que os adultos a consumir bebidas alcoólicas em *binge* (definido como cinco ou mais doses seguidas em uma única ocasião). Embora os pais se preocupem com este tipo de consumo, o uso em *binge*, se ocasional, não se associa a prejuízos significativos.
- (C) É comum que, na adolescência, ocorram comportamentos de experimentação de substância. Concomitantemente, nesta fase, os indivíduos passam por um processo de intensa transformação física, psicológica e social. Por conta disso, ainda não existem marcadores que indiquem quais são os adolescentes com maior risco de desenvolver TUS.
- (D) Adolescentes com transtornos relacionados ao uso de substâncias raramente sentem que precisam de ajuda. Nesse contexto, intervenções legais e sanções por parte dos pais podem fazer com que os adolescentes iniciem o tratamento. No entanto, os dados mostram que essas não são estratégias efetivas, pois, os tratamentos não tem sucesso se iniciados sem o desejo do adolescente.

20

Em relação ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) na infância e adolescência, assinale a alternativa correta.

- (A) Os critérios diagnósticos de TEPT em crianças com 6 anos ou menos são semelhantes aos atribuídos às crianças maiores de 6 anos, no entanto, alterações cognitivas no humor e na cognição associadas ao evento traumático não são consideradas, devido à dificuldade de reconhecimento de sintomas internalizantes nessa faixa etária.
- (B) O TEPT complexo foi incluído na CID-11 como um novo transtorno relacionado ao trauma, pode se desenvolver após experiências traumáticas recorrentes ou prolongadas, e incluem todos os sintomas de TEPT e critérios adicionais de desregulação emocional, autopercepção negativa e relações interpessoais com estilo de apego desinibido, com intensa busca de atenção e cuidado.
- (C) Devido à importância da construção de vínculo nos atendimentos de adolescentes, deve-se evitar o questionamento ativo sobre o histórico de exposição às situações traumáticas.
- (D) De acordo com os critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR), uma criança de 5 anos que passou a apresentar reações fisiológicas e sintomas evitativos, após exposição à uma cena de violência em um filme que assistiu, não pode ser diagnosticada com quadro de TEPT.



21

Analise as afirmações e assinale a alternativa correta.

- (A) Aproximadamente, um quarto dos jovens caracterizados como de alto risco, definidos por sintomas psicóticos subliminares atenuados ou breves e risco familiar, progredem para psicose após 36 meses (ou mais) de acompanhamento.
- (B) No tratamento da esquizofrenia na infância e adolescência, os antipsicóticos são igualmente efetivos, no entanto, as doses usadas são menores que as usadas em adultos.
- (C) Agranulocitose, taquicardia, miocardite e convulsão são efeitos adversos da clozapina, portanto seu uso não é recomendado em crianças e adolescentes.
- (D) Já existem evidências consistentes mostrando a eficácia da associação de antipsicóticos e estabilizadores de humor para tratamento da esquizofrenia na infância e adolescência.

22

Em relação à agitação psicomotora em crianças e adolescentes, assinale a afirmativa correta.

- (A) As intervenções não farmacológicas, como estratégias de autorregulação emocional e a contenção física, são as primeiras utilizadas no manejo da agitação psicomotora em crianças e adolescentes.
- (B) É importante avaliar se a criança ou o adolescente, com comportamento agitação psicomotora, apresenta algum quadro infeccioso ou se pode apresentar atividade epiléptica, pois a agitação e agressividade podem se agravar diante dessas condições clínicas.
- (C) A escolha da medicação a ser utilizada na contenção química, diante uma crise de agitação psicomotora, independe da medicação já utilizada pela criança ou adolescente.
- (D) Como as causas da agitação psicomotora podem variar, entender os possíveis gatilhos e o diagnóstico de base não fazem parte do plano de tratamento.

23

E.M.M., uma menina de 11 anos, foi levada à clínica pelos pais, que relataram que, no último ano, ela exibiu um comportamento alimentar cada vez mais seletivo. Ela apresenta uma forte aversão às certas texturas de alimentos e, como resultado, sua dieta consiste principalmente em alimentos secos e crocantes, como biscoitos e cereais. Seus pais observaram que ela não se preocupa com seu peso ou imagem corporal, mas fica extremamente ansiosa e chateada quando lhe são apresentadas comidas que ela considera “desagradáveis”. Isso resultou em deficiências nutricionais significativas e começou a impactar sua saúde física e desenvolvimento. A altura e o peso da paciente atualmente são 138 cm e 28 kg, respectivamente, resultando em um IMC de 14,7 kg/m², que está abaixo do percentil 5 para sua idade e sexo. Ela tem sentido cansaço e dificuldade de concentração

na escola. Ela não tem nenhuma alergia alimentar conhecida e não apresenta comorbidades clínicas além da desnutrição. Em relação ao caso clínico apresentado, considerando os critérios do DSM-5 para os transtornos alimentares, a hipótese diagnóstica e as condutas iniciais mais adequadas para o caso, assinale a alternativa correta.

- (A) Diagnóstico: transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE). Tratamento: psicoeducação para E.M.M. e seus pais sobre TARE. Prescrição de mirtazapina 7,5mg/noite. Terapia nutricional instituindo, preferencialmente, nutrição enteral ou parenteral em face das dificuldades de aceitação via oral da paciente.
- (B) Diagnóstico: Anorexia nervosa subtipo restritivo. Tratamento: psicoeducação para E.M.M e seus pais sobre a importância de uma alimentação balanceada e incentivar a introdução gradual de novas texturas. Terapia nutricional instituindo, preferencialmente, nutrição enteral ou parenteral em face das dificuldades de aceitação via oral da paciente.
- (C) Diagnóstico: Fobia alimentar. Tratamento: prescrever um inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS) visando o controle da ansiedade em relação à comida. Associar psicoterapia em terapia cognitivo-comportamental (TCC) especializada para transtornos ansiosos.
- (D) Diagnóstico: transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE). Tratamento: psicoeducação para E.M.M. e seus pais sobre TARE. Psicoterapia em abordagem de terapia cognitivo-comportamental (TCC) especializada para TARE, com foco inicial na reestruturação cognitiva e realimentação da paciente utilizando os alimentos já aceitos pela mesma.

24

Analise as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta.

- (A) A avaliação farmacogenética fornece dados que podem guiar a escolha da medicação mais efetiva para um paciente específico, o que ampara as recomendações para que os clínicos utilizem testes farmacogenéticos na infância e na adolescência.
- (B) A ocorrência de interação medicamentosa com significado clínico pode depender das medicações utilizadas e de fatores relacionados ao organismo (como fatores genéticos, sexo idade, ingestão alimentar de álcool e drogas).
- (C) A ocorrência de eventos adversos pode variar de acordo com a faixa etária. Por exemplo, a ocorrência de irritabilidade associada ao uso de estimulantes é mais comum em crianças escolares do que em crianças pré-escolares.
- (D) A absorção é influenciada por diversos fatores e, em comparação com adultos, o tempo reduzido de esvaziamento gástrico pode aumentar a absorção dos medicamentos.



25

C.E.I., 14 anos, começou a apresentar muita ansiedade e dificuldade em realizar trabalhos orais na frente de sua sala de aula, composta de 30 colegas com quem estuda desde o início do fundamental II. Sempre foi uma menina tímida e introvertida, preferia fazer os trabalhos sozinha, mesmo que propostos em grupo. Após o início deste ano letivo, passou a ficar mais quieta, observando os colegas, com receio de que achassem que ela era boba ou que colocariam algum apelido humilhante nela. Tem deixado de se alimentar na hora do intervalo, com medo de que a observem comendo, de que babe, ou seja, chamada para emitir alguma opinião, enquanto come e se envergonhe. Em relação à principal hipótese diagnóstica do caso descrito, é correto afirmar:

- (A) Transtorno depressivo, com recusa de contato com pares por sintomas de baixa autoestima e ideias de menos valia, sendo que o pico de surgimento do transtorno depressivo é em torno de 15 anos de idade.
- (B) Transtorno de ansiedade social, cuja idade média de início é aos 13 anos e 75% dos indivíduos tem idade de início entre 8 e 15 anos.
- (C) Transtorno de ansiedade generalizada, que acomete mais crianças do que adolescentes e adultos, e é mais prevalente em meninos do que meninas.
- (D) Fobia específica escolar, com elevada rejeição ao ambiente escolar. As fobias específicas podem acometer até 10% de crianças e 20% de jovens entre 13 e 17 anos.

26

Analise as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta.

- (A) De acordo com a CID-11, incongruência de gênero é caracterizada por uma incongruência marcada e persistente entre a identidade de gênero vivenciada por um indivíduo e seu sexo reconhecido ao nascimento, podendo ou não estar associada a um sofrimento marcante. Na infância, a incongruência deve ter persistido por cerca de 2 anos.
- (B) Em geral, a criança começa a se dar conta dos significados de ser menino/menina, do que é de menino/menina e dos códigos de gênero da sociedade por volta dos 6 anos de idade.
- (C) Vivência em papéis de gênero diferentes durante a infância fazem parte do desenvolvimento natural de todas as crianças, que apresentam comumente fluidez de gênero até por volta dos 10 anos. Configura-se uma questão a ser investigada quando esta passa a ser constante, intensa, ou gerar sofrimento.
- (D) No Brasil, a hormonização cruzada (administração de hormônios sexuais do sexo oposto) e as cirurgias de afirmação de gênero podem ser indicadas a partir dos 16 anos de idade.

27

Paciente do sexo feminino de 15 anos foi encaminhada para internação por quadro de provável esquizofrenia catatônica,

cujos sintomas tiveram início há 4 anos. O CAPS-IJ responsável pelo tratamento da paciente, durante o último ano, fez o encaminhamento após considerar não ter mais recursos para manejo do caso, devido à sua gravidade atual. No momento, a paciente não mantém comunicação verbal, tem incontinência urinária e não consegue manter autocuidados. A equipe do CAPS-IJ realizou diversas visitas domiciliares, pois a mãe não levava a filha ao serviço, e constatou que a paciente também não vinha recebendo as medicações adequadamente e que a casa apresentava odor de urina. Segundo informações obtidas com a família, descobriu-se, ainda, uma grave suspeita de que a paciente tenha sido abusada sexualmente pelo padrasto. Tal suspeita se deu após um episódio em que a paciente, quando já apresentava sintomas, teve uma crise de agitação e agressividade após tentativa do padrasto de trocar suas vestes. A paciente foi atendida em um pronto-socorro psiquiátrico e revelou que seu padrasto teria “feito algo com ela”, porém sem completar a frase. Alguns vizinhos já haviam relatado situações de maus-tratos físicos cometidos pelo padrasto contra a paciente e sua irmã mais nova. Há quase 4 anos, o padrasto não mora mais com a família, porém sempre tenta manter contato telefônico com a mãe da paciente e já demonstrou intenção de visitá-la ou tentar encontrá-la na rua. Segundo informações coletadas com a família extensa, a mãe da paciente apresenta diagnóstico de epilepsia refratária tratada cirurgicamente há alguns anos. Desde a cirurgia, apresenta quadro psicótico grave e resistência ao tratamento. Durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe do CAPS-IJ, foi possível constatar que a mãe apresenta prejuízo do juízo de realidade, sem condições cognitivas e psíquicas para se responsabilizar pelo cuidado de suas filhas no momento. Em relação ao caso clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) Considerando a situação de risco para as filhas e a incapacidade da mãe em assumir os cuidados de ambas, as duas deverão ser acolhidas em instituição e a mãe encaminhada para tratamento psiquiátrico compulsório.
- (B) Considerando os preceitos estabelecidos pelo ECA, no qual a criança deve permanecer com sua família, sendo o afastamento do convívio familiar uma medida de exceção, as filhas deverão continuar com a mãe, devendo ser acionado CREAS para o acompanhamento da família e a inserção da adolescente em CAPS-IJ, com atendimentos domiciliares, se necessário.
- (C) Os cuidados de saúde da paciente devem ser priorizados. Para tanto, esta deve ser internada, ainda que contra a vontade da mãe, acionando-se a Vara da Infância e Juventude, se necessário. Após sua internação, deve-se enviar manifestação técnica para o Conselho Tutelar e a Vara da Infância e Juventude da região para informar a suspeita de abuso para que as medidas protetivas necessárias, também em relação à outra filha, sejam tomadas.
- (D) Os cuidados de saúde da paciente devem ser priorizados através de sua internação. Não é dever dos profissionais da saúde investigar sobre a veracidade dos fatos relatados, isso é função da polícia. Portanto, cabe à equipe de saúde orientar a família e sugerir que procurem uma delegacia para fazer boletim de ocorrência sobre as suspeitas de abuso.



28

Em relação ao transtorno de conduta (TC), é correto afirmar:

- (A) Estudos de neuroimagem funcional que avaliaram atividade da amígdala encontraram alterações distintas em indivíduos com TC com limitada emoção pró-social e indivíduos com TC sem limitada emoção pró-social.
- (B) O TC costuma se iniciar na infância, e sua prevalência diminui durante a adolescência.
- (C) Ao longo da vida, pacientes com TC tem maior chance de apresentar comorbidade com outros transtornos externalizantes, como TDAH, TOD. No entanto, a comorbidade com transtornos internalizantes, como depressão, é rara.
- (D) O transtorno de conduta é um importante fator de risco para transtorno de personalidade antissocial. Os estudos mostram que cerca de 80% dos pacientes com TC evoluem com transtorno de personalidade antissocial.

29

Analise as afirmativas a seguir e assinale a alternativa correta.

- (A) Apesar da sobreposição de sintomas e de fatores de risco comuns, com destaque para altas taxas de ocorrência de abuso sexual na infância, os diagnósticos de transtorno de personalidade *borderline* e TEPT complexo distinguem-se, entre outros, pela maneira como se expressam as dificuldades de regulação emocional. No TEPT complexo, observa-se, predominantemente, sensibilidade emocional, reações de raiva e estratégias de enfrentamento pobres, incluindo automutilação e comportamentos suicidas.
- (B) Vítimas de abuso sexual por familiares próximos podem assumir relação ambivalente com o abusador, temendo-o e, ao mesmo tempo, sentindo-se vazias, confusas ou inúteis sem a presença dele.
- (C) É de longa data o debate na literatura se o TEPT complexo é diferente do transtorno de personalidade *borderline* em comorbidade com o TEPT. Parte de tal dificuldade se deu, porque o medo do abandono é um requisito do TEPT complexo, tal como do transtorno de personalidade *borderline*.
- (D) A OMS propôs que o desenvolvimento da CID-11 deveria ser guiado pelo princípio da utilidade clínica, atentando para a organização de distúrbios consistentes com as taxonomias de saúde mental dos médicos, compostos por um número limitado de sintomas e baseados em distinções importantes para o tratamento e a gestão em saúde. Nesse sentido, a distinção entre transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e TEPT complexo ainda não é considerada consistente com tais diretrizes.

30

A comorbidade de transtornos relacionados ao uso de substância (TUS) com outros transtornos mentais é frequente. Nesse contexto, é correto afirmar:

- (A) Estudos americanos apontam, que o uso não médico de estimulantes prescritos, como um problema significativo entre os jovens. Esta questão deve ser alertada aos pais de adolescentes com TDAH e TUS, uma vez que o uso não médico de estimulantes é com frequência associado aos eventos adversos clínicos significativos.
- (B) Em casos em que há comorbidade entre TUS e outros transtornos mentais, é comum que a queixa trazida pelo adolescente não envolva o uso de substância. Nesses casos, é necessário estabelecer um bom vínculo, explicar ao paciente a necessidade de tratar o TUS, e orientar que, somente após a obtenção da abstinência, será feito o tratamento de transtornos comórbidos.
- (C) O diagnóstico prévio de transtornos externalizantes, como TDAH, aumenta o risco de o jovem desenvolver um transtorno relacionado ao uso de substância. Em contrapartida, transtornos internalizantes, como transtornos ansiosos, não estão associados a um aumento do risco de TUS na adolescência.
- (D) Dada a associação entre TDAH e TUS, é comum que os pais se questionem se os efeitos do tratamento precoce com estimulantes podem aumentar o risco de uso de TUS. Em contraste com a questão, o tratamento farmacológico do TDAH parece ter um efeito protetor no uso posterior de nicotina e no TUS em pacientes com TDAH.



RASCUNHO



RM 2024
1ª Fase – Prova Objetiva

0/0

1

1/100

