

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
EDITAL NORMATIVO Nº 1 – RM/SES-DF/2021, DE 5 DE OUTUBRO DE 2020.**

PROGRAMAS – GRUPO 010	Data e horário da prova:
Psiquiatria da Infância e Adolescência (624) e Psicogeriatría (627).	<i>Domingo, 29/11/2020, às 8h.</i>

INSTRUÇÕES

- Você receberá do fiscal:
 - um caderno da prova objetiva contendo 120 (cento e vinte) itens; cada um deve ser julgado como CERTO ou ERRADO, de acordo com o(s) comando(s) a que se refere; e
 - uma folha de respostas personalizada.
- Verifique se a numeração dos itens, a paginação do caderno da prova objetiva e a codificação da folha de respostas estão corretas.
- Verifique se o programa selecionado por você está explicitamente indicado nesta capa.
- Quando autorizado pelo fiscal do IADES, no momento da identificação, escreva, no espaço apropriado da folha de respostas, com a sua caligrafia usual, a seguinte frase:

Para ganhar é preciso gastar.

- Você dispõe de 3 (três) horas e 30 (trinta) minutos para fazer a prova objetiva, devendo controlar o tempo, pois não haverá prorrogação desse prazo. Esse tempo inclui a marcação da folha de respostas.
- Somente 1 (uma) hora após o início da prova, você poderá entregar sua folha de respostas e o caderno da prova e retirar-se da sala.
- Somente será permitido levar o caderno da prova objetiva 3 (três) horas após o início da prova.
- Deixe sobre a carteira apenas o documento de identidade e a caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente.
- Não é permitida a utilização de nenhum tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação.
- Não é permitida a consulta a livros, dicionários, apontamentos e (ou) apostilas.
- Você somente poderá sair e retornar à sala de aplicação da prova na companhia de um fiscal do IADES.
- Não será permitida a utilização de lápis em nenhuma etapa da prova.

INSTRUÇÕES PARA A PROVA OBJETIVA

- Verifique se os seus dados estão corretos na folha de respostas da prova objetiva. Caso haja algum dado incorreto, comunique ao fiscal.
- Leia atentamente cada item e assinale sua resposta na folha de respostas.
- A folha de respostas não pode ser dobrada, amassada, rasurada ou manchada e nem podem conter registro fora dos locais destinados às respostas.
- O candidato deverá transcrever, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, as respostas da prova objetiva para a folha de respostas.
- A maneira correta de assinalar a alternativa na folha de respostas é cobrir, fortemente, com caneta esferográfica de tinta preta, fabricada com material transparente, o espaço a ela correspondente.
- Marque as respostas assim: ●

Tipo “U”

PSIQUIATRIA**Itens de 1 a 120**

Uma mulher de 39 anos de idade começou a apresentar um comportamento estranho, referido pela família, que surgiu de forma rápida e aguda. Os familiares contam que, há aproximadamente seis semanas, ela começou a sentir tristeza, desânimo, diminuição do apetite, falta de interesse e insônia. Na última semana, tem estado intensamente desconfiada e fala que estão mudando o seu sexo biológico. Enxerga o próprio corpo sendo mudado para o sexo masculino. Ouve vozes dizendo-lhe que deve cortar os seios com uma faca, pois eles cresceram por ter tomado hormônios de forma involuntária, dada por seres estranhos. Acredita que a família dela também foi possuída por tais seres que colocam hormônio na comida. Por isso, come apenas alimentos que estão embalados.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

1. Trata-se de uma síndrome psicótica, quadro em que é importante considerar a esquizofrenia como diagnóstico diferencial.
2. No transtorno delirante, segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM-5), subtipo somático, as alucinações são proeminentes e, dessa forma, esse também deve ser considerado como diagnóstico diferencial do caso apresentado.
3. O transtorno depressivo maior (TDM), segundo o DSM-5, pode apresentar-se como um quadro grave acompanhado, ou não, por sintomas psicóticos. Portanto, esse diagnóstico deve ser fortemente considerado para o caso clínico descrito.
4. Para o diagnóstico da esquizofrenia, considera-se um grupo de sintomas denominados negativos, que se caracterizam por alexitimia, a qual se refere à diminuição da expressão emocional.
5. No caso clínico mencionado, podem ser identificados sintomas característicos da síndrome depressiva, da síndrome psicótica, da síndrome relacionada ao consumo de alimentos, da síndrome relacionada a substâncias psicoativas e da síndrome relacionada ao sono.
6. A paciente manifesta um quadro caracteristicamente dramático, infantil, sedutor e manipulativo, critérios necessários para o diagnóstico de transtorno dissociativo como comorbidade, segundo o DSM-5.
7. As síndromes psiquiátricas são definidas como um conjunto de sinais e sintomas que se agrupam de forma recorrente.
8. Na avaliação de um episódio depressivo maior, deve-se atentar para a história de episódios anteriores de mania ou hipomania, o que referencia para o diagnóstico de transtorno bipolar.

Um homem de 18 anos de idade é encaminhado a consulta pela mãe, a qual está preocupada com o grande medo do filho de relacionar-se com as pessoas, evitando, a todo custo, envolver-se em atividades sociais e de lazer. Apresenta bom rendimento escolar, porém sofre muito quando tem que desenvolver as atividades escolares, por medo dos julgamentos negativos dos professores quanto ao

desempenho dele. Fará vestibular, mas está pensando em desistir, com receio de ser reprovado e, por isso, ser julgado pela família. Nos momentos em que fica “nervoso”, sente taquicardia, náuseas, sudorese, boca seca e formigamento ao redor da boca e nas extremidades das mãos. Mesmo percebendo que o que sente é exagerado e sem sentido, não consegue evitar tais pensamentos.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

9. No exame do estado mental, observa-se obnubilação ou turvação da consciência, pois há um claro rebaixamento da consciência de forma leve a moderada.
10. No transtorno de ansiedade social (TAS), o medo é do embaraço que pode ocorrer na situação, e não da situação em si.
11. As pessoas com TAS podem ter comorbidade com outros transtornos de ansiedade, transtornos do humor, transtornos relacionados a substâncias e bulimia nervosa.
12. Na etiologia do TAS, estudos neuroquímicos sugerem uma evidência de disfunção dopaminérgica.
13. No caso relatado, a atenção está alterada e apresenta-se autofocada; dessa forma, fala-se em hipertenacidade.
14. Na parte da atenção que deveria estar voltada para o ambiente, evidencia-se comprometimento no caso descrito, pois desvia para si, em uma monitoração detalhada de seus comportamentos, sentimentos e sensações corporais. O paciente está com dificuldades de perceber estímulos que não reforcem seus temores. Assim, pode-se dizer que ele apresenta hipervigilância.
15. Na epidemiologia do TAS, evidencia-se que as mulheres são afetadas com mais frequência que os homens, porém o inverso é, muitas vezes, verdadeiro em amostras clínicas.
16. A idade de pico para o início do TAS é na transição entre a idade adulta e a velhice.

Área livre

Uma paciente de 36 anos de idade é levada desacordada à emergência do hospital pelo marido. Ela havia tentado suicídio com uso de medicações e álcool. Foram realizados lavagem gástrica e controle dos sinais vitais, que se mantinham estáveis. A paciente acordou depois de duas horas e referiu que é usuária frequente de álcool e cocaína, e eventualmente, quando não encontra a cocaína em pó, fuma crack. O marido não sabe do seu uso de cocaína. Ela sente-se constantemente muito triste e, por isso, decidiu tentar suicídio. Está em tratamento psiquiátrico e psicoterápico, mas sem melhora dos sintomas.

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

17. Pode-se afirmar que os sintomas emergentes ganham uma conotação específica no caso citado, em função dos seus transfundos estáveis, que são a personalidade e a inteligência.
18. Na avaliação do risco de suicídio, é importante avaliar o perfil demográfico e social. São indicadores de alto risco ter menos de 30 anos de idade, ser do sexo feminino, estar casada e em relacionamento conflituoso, fatores que situam o caso descrito como de alto risco.
19. No atendimento de uma pessoa com sintomas depressivos, deve-se perguntar a respeito de suicídio com parcimônia, para não haver o risco de induzi-la a esse tipo de comportamento.
20. São relativamente raros os pacientes que percebem o suicídio como uma forma inevitável de alívio, por experimentarem sofrimento de forma muito grande e intensa, ou de maneira tão crônica e impenetrável a tratamento.
21. A maioria dos suicídios entre pacientes psiquiátricos pode ser prevenida, pois evidências indicam que uma avaliação ou um tratamento inadequados costumam estar associados a suicídios.
22. Na decisão pela internação de uma pessoa com risco de suicídio, é importante avaliar os indicadores para hospitalização, os quais são ausência de um suporte social eficaz, história de comportamento impulsivo e plano de ação suicida.
23. No caso clínico descrito, a paciente não pode ser diagnosticada como portadora de síndrome maníaca, pois não apresenta nenhum dos dois sintomas que constituem sua base: a euforia ou alegria patológica e a elação.
24. Na fase inicial do tratamento da paciente do caso apresentado, indica-se o uso de um benzodiazepínico. Tais medicações, com exceção do clorazepato, são completamente absorvidas após sua administração via oral e atingem seu pico de níveis séricos de 30 minutos a duas horas.

Uma paciente de 19 anos de idade refere ser bastante preocupada com o peso, mas tem muita dificuldade em controlar sua vontade de comer. Faz dieta por conta própria para emagrecer, com grandes períodos de jejum. Mas também há vários momentos em que se desespera e consome grandes quantidades de alimento, mesmo que não lhe agrade ao paladar; depois vai ao banheiro para vomitar, sentindo-se muito culpada por ter comido compulsivamente e provocado o vômito. Nos últimos tempos, esse comportamento tem aumentado. Também utiliza, sem orientação médica, medicações do tipo laxantes e diuréticos. Sua preocupação com o peso tem piorado, e ela está um pouco acima do peso considerado adequado para sua idade e altura.

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

25. O transtorno apresentado pela paciente do caso descrito geralmente se inicia no final da adolescência ou no início da vida adulta.
26. A indicação de tratamento hospitalar é o plano terapêutico preferencial para o tipo de transtorno demonstrado pela paciente, em razão do comprometimento da sobrevida, situação frequente nesse tipo de diagnóstico.
27. O tratamento farmacológico do transtorno apresentado deve evitar a utilização dos inibidores da recaptação da serotonina, pois eles aumentam o apetite e a compulsão alimentar na maioria dos pacientes.
28. No diagnóstico diferencial do transtorno em questão, é importante considerar a ausência de doença neurológica, como epilepsia, tumores do sistema nervoso central, síndrome de Klüver-Bucy ou síndrome de Kleine-Levin.
29. Os exames laboratoriais para o transtorno que a paciente mencionada possui devem incluir as dosagens de eletrólitos. Pacientes com rituais purgativos frequentes devem apresentar hipermagnesemia e hipoamilasemia.
30. Para o diagnóstico da paciente citada, existem dois subtipos: o purgativo e o não purgativo.
31. Como um dos fatores psicológicos relacionados com o transtorno exemplificado no caso clínico, pode-se afirmar que tais pacientes experienciam os episódios de comer compulsivamente como egodistônico.
32. Entre os fatores biológicos ligados à etiologia do transtorno em questão, está a provável associação com a serotonina e a norepinefrina.

Área livre

Um professor de 43 anos de idade procura por atendimento, pois sente-se muito limitado pelo medo e pela ansiedade. Não anda mais de ônibus, não pega elevador, não consegue ficar em lugares que não tenham a possibilidade de “escapar” com facilidade. Qualquer lugar fechado ou com muitas pessoas lhe deixa com os “nervos à flor da pele”. Sente taquicardia, sudorese, escurece a visão, tem a sensação de que vai desmaiar ou perder o controle. Sair de casa provoca-lhe muito sofrimento. Não dorme no escuro e tem constantes sensações de sufocamento; por isso, dorme seminu e não bebe água em copo, somente em garrafa, porque teme asfixia. Essa situação iniciou-se há dois anos e vem crescendo. Tem faltado ao trabalho e evita o contato social com amigos e familiares. Procurou atendimento médico muitas vezes, pois acreditava que estava sofrendo um “ataque cardíaco”, porém nada era diagnosticado, até ser encaminhado para atendimento psiquiátrico. “Eu não aguento mais essa situação. É difícil convencer-me de que não tenho nada no coração, mas sei que isso é verdade”, diz o paciente.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

33. Pode-se dizer que esse paciente possui o diagnóstico de agorafobia com transtorno do pânico.
34. Acredita-se que a maioria dos casos de agorafobia seja causada por transtorno do pânico.
35. O transtorno que o paciente apresenta, quando não vem associado ao transtorno do pânico, tem melhor prognóstico do que quando existe a associação entre as duas condições, situação que tende a ser incapacitante e crônica.
36. Um grupo de medicações utilizadas para o tratamento do transtorno do mencionado paciente são os benzodiazepínicos e, entre eles os mais frequentemente receitados são o alprazolam e o lorazepam.
37. No uso dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) para o tratamento do referido paciente, as doses efetivas recomendadas são maiores do que as utilizadas para o tratamento da depressão.
38. Na utilização de medicamentos tricíclicos e tetracíclicos é importante atentar aos efeitos adversos, como a ação sobre o limiar convulsivo e os efeitos cardíacos anticolinérgicos.
39. Na epidemiologia das fobias específicas do tipo situacional, exceto para o medo de altura, verifica-se que a idade de pico para seu início é em torno dos 20 anos, de modo semelhante à agorafobia.
40. Um cuidado na utilização de ISRS é a síndrome de descontinuação, mais frequente entre aqueles com meias-vidas mais curtas, como, por exemplo, a paroxetina.

Uma mãe encaminha o filho de 22 anos de idade para atendimento. Ele está com excesso de peso, descuidado com a aparência e a higiene corporal, e veste roupas pretas, desganhadas e inadequadas para a estação. Ele fala que não sabe o motivo de ter sido levado para consulta psiquiátrica, pois não está acontecendo nada de errado com ele. Acha que quem precisa de tratamento é a mãe. “Ela é que é a louca”. No entanto, a mãe conta que, há mais ou menos 15 dias, o filho tentou amputar o próprio pênis com uma faca. Foi atendido na emergência e realizada a sutura do ferimento. Apesar de nunca

ter sido muito sociável, no último ano tem permanecido, a maior parte do tempo, trancado no quarto e indiferente a tudo. Mostra-se cada vez mais estranho. Não aceita a comida que a mãe faz, pois fala que enxerga e sente o cheiro do veneno que ela põe. Come apenas alimentos industrializados e lacrados, como pão, margarina e refrigerante.

Acerca desse caso clínico e tendo em vista os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

41. O caso refere-se ao possível diagnóstico de esquizofrenia. A epidemiologia desse transtorno varia de acordo com a região, sendo maior em países considerados menos desenvolvidos, quando comparados aos mais desenvolvidos.
42. Como referido no caso, a esquizofrenia é considerada um transtorno do neurodesenvolvimento.
43. Tipicamente na esquizofrenia, o delírio é bizarro e mal sistematizado, podendo ser primário ou secundário.
44. Os sintomas positivos da esquizofrenia são aqueles que expressam um empobrecimento ou a perda de funções mentais.
45. Medicações para o tratamento da esquizofrenia, como os agonistas de serotonina e dopamina, são também utilizados para o controle do transtorno bipolar e parecem ter alguma atividade antidepressiva.
46. Uma das medicações utilizadas no tratamento da esquizofrenia é a olanzapina, na dose inicial de 5 mg/dia a 10 mg/dia, podendo também ser usada para episódios maníacos ou mistos associados ao transtorno bipolar I.
47. Em pacientes com agitação aguda, a olanzapina pode ser utilizada na forma parenteral intravenosa, por ter ação mais rápida no controle dos riscos.
48. Os psicotrópicos podem induzir transtornos do movimento como a síndrome neuroléptica maligna, que se apresenta como rigidez, distonia ou hipertermia.

Área livre

Uma mulher de 28 anos de idade é internada pela neurologia para investigação diagnóstica de episódios de perda de consciência alternados com crises de agitação psicomotora, mas com ausência de manifestações motoras características de epilepsia, que começaram há dois meses. Mesmo com o uso de anticonvulsivantes, os sintomas permanecem e com mais frequência. O eletroencefalograma (EEG) apresenta atividade bilateral sincronizada de ondas lentas e picos de 3 Hz. Foi solicitada uma consultoria psiquiátrica.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

49. Pelas características dos sintomas, é importante considerar a epilepsia de pequeno mal, convulsão de ausência, pois geralmente ela tem início no período de vida em que se encontra a paciente.
50. A epilepsia de pequeno mal, que tem início na idade adulta, pode caracterizar-se por episódios ou *deliriums* psicóticos recorrentes que surgem e desaparecem subitamente.
51. Há diferenciação entre convulsão epiléptica e pseudoconvulsão. Na primeira, é comum a convulsão noturna e incomum na segunda; na primeira, é frequente a presença da aura estereotipada e infrequente na segunda; e são comuns as alterações cianóticas na pele durante as convulsões e ausentes na pseudoconvulsão.
52. O início dos sintomas psicóticos na epilepsia é variável, e são mais comuns os estados psicóticos interictais do que as psicoses ictais.
53. Sintomas de transtorno do humor são observados com menor frequência em epilepsia do que sintomas semelhantes à esquizofrenia.
54. Na avaliação da paciente, é importante verificar se os sintomas apresentados podem ser efeitos adversos dos medicamentos utilizados.
55. Na conduta farmacológica adotada, deve-se considerar que a carbamazepina e o ácido valproico devem ser evitados na presença de sintomas de irritabilidade e explosões de agressividade, quando presentes nas convulsões epiléticas, pois aumentam o risco.
56. Os fármacos de primeira linha para as convulsões de pequeno mal (ausência) são carbamazepina e fenitoína.

Área livre

Um paciente de 37 anos de idade, bancário, procura um serviço de saúde mental, encaminhado pelo médico do banco. Na entrevista inicial, relata que, há um mês, recebeu uma promoção no trabalho, mediante a qual terá que mudar de cidade e passará a chefiar uma equipe de 20 pessoas. Soube também que terá como superior imediato o gerente geral, uma pessoa muito severa e que impõe metas que são quase impossíveis de alcançar. Desde então, vem apresentando tristeza, chora com facilidade, sente desânimo, ansiedade, insônia, o coração “dispara” e mostra-se agitado quando está em casa e pensa que tem de trabalhar, que terá que se mudar, assim como que precisará ter contato frequente com seu futuro chefe. Está consumindo grande quantidade de bebidas alcoólicas para sentir-se mais calmo e conseguir dormir.

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

57. O provável diagnóstico do paciente é transtorno de adaptação com humor deprimido e ansioso, que é mais frequente entre as mulheres do que entre os homens, e também mais presente na idade da adolescência, dados epidemiológicos que colocam esse paciente fora do grupo de maior risco, porém sabe-se que pode ocorrer com qualquer pessoa.
58. Para compreender psicodinamicamente o transtorno que o paciente está passando, é importante conhecer a natureza do estressor, seus significados conscientes e inconscientes e a vulnerabilidade preexistente do paciente.
59. Na história clínica do paciente, a presença de insônia remete à necessidade de avaliar se ela é um sintoma dentro do diagnóstico principal ou se constitui um transtorno de insônia.
60. Para o diagnóstico de transtorno de insônia, é importante considerar, entre outros fatores, a frequência das dificuldades relacionadas ao sono, pois elas precisam estar presente pelo menos em uma noite por semana, por pelo menos um mês.
61. A insônia persistente no transtorno de insônia envolve dois problemas: tensão e ansiedade somatizadas e uma resposta associativa condicionada.
62. No tratamento da insônia, o flurazepam é melhor para dificuldades em pegar no sono. Já o zolpidem e o triazolam são melhores para insônia no meio da noite.
63. Os principais neurotransmissores possivelmente envolvidos no desenvolvimento de abuso e dependência de substância são os sistemas serotoninérgicos e adrenérgicos.
64. No caso apresentado, é importante atentar-se ao fato de que estudos epidemiológicos demonstram que os indivíduos que satisfazem os critérios para abuso e dependência de álcool também apresentam probabilidade muito maior de satisfazerem os critérios para outros transtornos psiquiátricos.

Área livre

Um paciente de 79 anos de idade, morador de um residencial, caminha com dificuldade por causa de tontura, fala muito, com dificuldade para pronunciar e lembrar das palavras, de forma rápida, em alguns momentos incompreensível e agressiva, em alto volume, gritando “estão querendo roubar tudo o que eu tenho”, repetidas vezes. Tem episódios de insônia, agressividade e agitação psicomotora, que começou após acidente vascular cerebral (AVC). Constantemente se esquece do que aconteceu recentemente, no entanto lembra-se muito bem da época em que era militar. Os sintomas pioraram há três semanas.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

65. O provável diagnóstico desse paciente é de transtorno neurocognitivo maior em função da doença vascular, que se associa com os sintomas, porém necessita de mais investigação, pois esse tipo de demência raramente se associa com alterações na capacidade de linguagem.
66. São comuns sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes com demência, o que é estimado em 40% a 50% dos casos, no entanto a síndrome completa de transtorno depressivo é bem menos comum nesses quadros, em torno de 10% a 20% dos pacientes.
67. Os sinais e sintomas apresentados pelo paciente descrito são comuns na demência vascular, como é o caso da tontura, de perturbações do sono e da disartria.
68. No tratamento do paciente, é importante ter cuidado com a síndrome de confusão noturna, que se caracteriza por sonolência, confusão, ataxia e quedas acidentais, por causa de sedação em demasia e quando se reage de modo adverso ao medicamento.
69. No diagnóstico diferencial do diagnóstico do paciente, é importante distinguir demência de *delirium*. Na demência, o início é rápido, com oscilação do prejuízo cognitivo no decorrer do dia, com oscilações noturnas dos sintomas, perturbação acentuada do ciclo sono-vigília e alterações proeminentes na atenção e na percepção.
70. Outro transtorno que acomete a memória é a amnésia global transitória, que se caracteriza pela perda repentina da capacidade de evocar eventos recentes ou de lembrar novas informações, com duração dos episódios de seis horas a 24 horas.
71. A fisiopatologia da amnésia global transitória é desconhecida, mas provavelmente envolve a ocorrência de fenômenos psicodinâmicos relacionados a traumas intensos.
72. Nos exames de neuroimagem de pacientes com transtorno amnésico, como na ressonância nuclear magnética, nenhuma característica específica ou diagnóstica é detectável, porém é comum o dano de estruturas do lobo mediotemporal.

Área livre

Um estudante de 29 anos de idade é levado pela mãe à unidade de saúde mental, encaminhado pela emergência. Tem história de várias tentativas de suicídio. Há três dias, após briga com a namorada, sentiu-se desesperado e quebrou os dentes no meio-fio da calçada. Também conseguiu pegar um revólver da família e deu um tiro na própria mão. A mãe relata que ele costuma automutilar-se, cortando os braços e o abdome, ou enfia agulhas na sola dos pés, pois assim ninguém vê o ferimento e não lhe “enchem o saco” com reprovações. Tem uma sensação de “vazio” interno, como se não tivesse sentimentos, e precisa “preencher o vazio, mesmo que seja com a dor física”. Demonstra muita dificuldade para finalizar seus planos de vida, como os próprios estudos.

Tendo em vista esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

73. Com base nas características de apresentar dificuldade em iniciar projetos ou de fazer coisas por conta própria, assim como ir a extremos para obter carinho e apoio de outros, como voluntariar-se para fazer coisas desagradáveis, o provável diagnóstico de transtorno de personalidade do paciente é do tipo *borderline*.
74. O transtorno de personalidade que o paciente apresenta é o mais prevalente na população em geral.
75. No tratamento do referido paciente, deve-se considerar o uso de fármacos agonistas dos receptores da dopamina, no entanto não está indicado o uso de estabilizadores do humor em função do risco de virada maníaca.
76. Na farmacodinâmica de um psicotrópico, é importante considerar a curva dose-resposta, que se refere à resposta clínica ao medicamento em função de sua concentração.
77. Na análise da curva dose-resposta, verifica-se que o haloperidol é mais potente que a clorpromazina, no entanto ambos são iguais em eficácia clínica.
78. Considerando as interações medicamentosas para o caso descrito, é importante levar em conta que os benzodiazepínicos, a fenitoína e a piridoxina podem interferir na ação terapêutica dos agonistas dos receptores da dopamina.
79. Algumas contraindicações para o uso de agonistas dos receptores da dopamina são anormalidade cardíaca grave, alto risco de convulsões, presença de glaucoma de ângulo fechado ou hipertrofia prostática se um medicamento com alta atividade anticolinérgica tiver de ser utilizado.
80. Na avaliação das comorbidades que são as mais frequentes com o transtorno de personalidade *borderline*, deve-se prestar especial atenção à depressão, à distímia, à agorafobia, ao transtorno obsessivo-compulsivo e a transtornos por uso de substâncias.

Área livre

Determinado paciente de 32 anos de idade, com diagnóstico de esquizofrenia, está em tratamento hospitalar e evoluiu positivamente em relação aos sintomas da crise, esbatendo os riscos. A equipe assistente do hospital marcou a alta em cinco dias. Na discussão com a equipe ampliada do município, debateu-se a continuidade dos cuidados em saúde. De acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Reforma Psiquiátrica e da Política em Saúde Mental do Brasil, é importante considerar, no projeto terapêutico singular, aspectos que respeitem os princípios de direitos humanos e a assistência humanizada.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

81. Uma alternativa para os cuidados extra-hospitalares é uma residência terapêutica, que deve operar de forma autônoma, descentralizada e independente de territorialização.
82. Dois dos princípios do SUS são: a integralidade das ações, em um conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; e a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
83. A rede de atenção à saúde mental da Reforma Psiquiátrica é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, ambulatórios de saúde mental e hospitais gerais.
84. A rede de atenção à saúde mental do SUS define-se como de base individualizada, pressuposto utilizado para a construção do projeto terapêutico singular.
85. A rede de cuidados na comunidade requer a noção do trabalho no território, que significa resgatar todos os saberes e as potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental.
86. No processo de alta do paciente, deve-se pensar na contrarreferência aos CAPS, os quais se caracterizam por serem complementares ao hospital psiquiátrico.
87. Os CAPS I são Centros de Atenção Psicossocial de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados.
88. A posição estratégica dos CAPS é promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sociossanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras.

A equipe do Programa de Saúde da Família está acompanhando um paciente de 63 anos de idade, com história de transtorno de dependência de álcool e depressão. Depois de dois anos em abstinência e com humor eufórico, o paciente voltou a ingerir bebidas destiladas e apresentar tristeza, ansiedade, irritabilidade, angústia, dificuldades para dormir e diminuição do apetite. Apresenta histórico de episódios depressivos graves com tentativas de suicídio prévias. A equipe necessita de orientações. Considerando esse caso clínico e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

89. A equipe pode compartilhar o caso no apoio matricial. Dessa forma, ela obterá assistência técnica especializada por meio de um arranjo organizacional.

90. O compartilhamento de caso, que pode ser efetuado no apoio matricial, é produzido em forma de referência e contrarreferência, ou seja, encaminhamento aos serviços de alta complexidade.
91. Nas atividades de apoio matricial, a equipe de referência participante deve ser composta pelos profissionais que integram o núcleo assistencial formado pelas pessoas com nível superior de educação, para a tomada das decisões assistenciais.
92. Estão previstos nas atividades de matriciamento, e naquilo que as qualifica, o encaminhamento ao especialista, o atendimento individual pelo profissional de saúde mental e a intervenção psicossocial coletiva realizada apenas pelo profissional de saúde mental.
93. Muitas vezes, os agentes comunitários encontram-se entre o profissionalismo e o pertencimento à comunidade. Por isso, é necessário, do ponto de vista da confidencialidade, decidir a respeito da presença deles na consulta conjunta, examinando cada caso em sua particularidade.
94. Na elaboração do projeto terapêutico singular do paciente apresentado, a equipe de referência e a equipe de apoio matricial não devem ter em mente os conceitos de redução de danos, pois isso não reforça a recuperação do paciente.
95. O Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, do Ministério da Saúde, fundamentado em McDaniel *et al.* descreve cinco níveis no trabalho com as famílias, e um deles é o de “ênfase mínima sobre a família”.

Uma equipe de saúde de certa unidade básica está preocupada com os altos índices de solicitações de atestados médicos com diagnósticos de transtornos mentais, para fins de perícia médica, e de pedidos de benefício saúde. Grande parte das pessoas solicitantes são mulheres desempregadas, em uso de inibidores seletivos de serotonina e benzodiazepínicos. Esse cenário piorou com a pandemia da Covid-19. Diante desse quadro, o serviço deseja desenvolver ações com base na Política Nacional de Saúde Mental para reverter essa situação.

Tendo em vista esse caso e os conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

96. Uma das alternativas possíveis, no conjunto de ações necessárias para lidar com o caso descrito, é aplicar o Guia de Gestão Autônoma de Medicação (GAM), uma prática ligada ao atendimento em saúde mental, cuja meta é esclarecer o uso de medicamentos no cotidiano, tornando seus usuários cogestores no tratamento.
97. Deve-se iniciar, no apoio matricial, o processo de referenciamento para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) dessa população, para avaliação e resolução da demanda.
98. Um dos princípios básicos da Política de Saúde Mental é que, no caso de uso de psicofármacos, eles devem ser preferencialmente utilizados em conjunto com outros tipos de intervenções terapêuticas.
99. No processo de trabalho a ser desenvolvido pelo serviço, em consonância com o movimento pela Reforma Psiquiátrica, as práticas devem superar a correlação simbólica do modelo clássico e evitar a relação com qualidades morais, periculosidade e marginalidade.

- 100.** Está documentado que a pandemia aumentou a ocorrência de transtornos de ansiedade, o que justifica pensar que esse fator deve ser considerado no projeto terapêutico singular das pessoas usuárias, pois é fundamental levar em conta não só o indivíduo, mas todo o contexto social dele.
- 101.** Qualquer que seja a estratégia a ser desenvolvida pelo serviço, ela deve seguir a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) – PNH, a qual, como política pública, visa expressar os princípios do SUS, em modos de operar os diferentes equipamentos de saúde, propondo articulação nas práticas cotidianas das equipes, das trocas solidárias e dos comprometimentos na produção de saúde nos espaços de trabalho.
- 102.** É importante perceber que a prática de cuidado psicossocial (como modalidade clínica da Reforma Psiquiátrica) precisa lidar com processos históricos bastante complexos e muito arraigados socialmente, o que, muitas vezes, dificulta significativamente o acesso dessas pessoas às políticas públicas como um todo.
- 103.** Uma atividade terapêutica, para a população em questão, é a terapia de solução de problemas, que se refere a um processo de abordagem de pacientes com sofrimento emocional/transtornos psíquicos, que buscam cuidados na atenção primária, geralmente com sintomas físicos sem explicação médica.

Um jovem de 18 anos de idade, depois de começar a trabalhar em uma agência de viagens, procura atendimento psiquiátrico por aconselhamento da gerente que observou suas dificuldades em completar uma tarefa, seguir uma instrução e escutar quando alguém está falando com ele. Tem impulsividade e agitação. É desorganizado, distraído e demonstra muitas dificuldades escolares desde a infância, pois é difícil para ele conseguir se concentrar. Há quatro anos, usa álcool e maconha diariamente, várias vezes ao dia, inclusive no horário do trabalho. Sente-se também muito triste, com baixa autoestima, desesperançoso e com vontade de morrer. Para ele, parece que nunca vai conseguir ser feliz. Sua família sempre considerou que ele era “malcriado” e “preguiçoso”, por isso nunca procurou atendimento médico para ele.

Com base nesse caso clínico e nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

- 104.** Para esse paciente, indica-se a prescrição de metilfenidato de liberação imediata às 8 h, às 12 h, às 16 h e às 22 h.
- 105.** Entre as opções de psicoterapia, nesse caso, pode-se indicar, a terapia comportamental dialética, que é um tratamento psicossocial, cujo objetivo dominante é ajudar a criar uma vida que vale a pena ser vivida, para pessoas que costumam sofrer tremendamente de problemas crônicos e globais em diversas áreas de suas vidas.
- 106.** Em termos de desenvolvimento, a psicanálise destina-se à remoção gradual de amnésias com origem no início da infância, com base na premissa de que, quando as lacunas de memória tiverem sido preenchidas, a condição mórbida cessará porque o paciente não precisa mais repetir e nem se manter fixado no passado.

- 107.** São pré-requisitos para pacientes de psicanálise alta motivação, capacidade de formar um relacionamento, orientação mental psicológica e capacidade de *insight* e força do ego.
- 108.** Deve ser solicitado, como exame complementar, o eletroencefalograma (EEG), pois o transtorno do *deficit* de atenção com hiperatividade (TDAH) possui, como marcador biológico, o aumento de ondas lentas.
- 109.** TDAH e transtorno do espectro autista podem ser diagnosticados concomitantemente.
- 110.** A grande diversidade de sinais e sintomas de transtorno do espectro autista (TEA) reflete a multiplicidade de anormalidades observadas em estudos patológicos e funcionais e inclui regiões do prosencéfalo e do romboencéfalo.
- 111.** Estudos de neuroimagem e patologia identificam anormalidades estruturais na apresentação da esquizofrenia, incluindo córtex pré-frontal e hipocampo menores e ventrículos aumentados, sugerindo desenvolvimento anormal.

Os sintomas depressivos do caso clínico anterior, associados com os problemas relacionados à utilização de substâncias, fez com que o psiquiatra receitasse o uso de sertralina 50 mg/dia. No entanto, o paciente começou a reclamar de disfunção sexual, tanto de diminuição da libido quanto de retardo do orgasmo.

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

- 112.** A melhor abordagem para a disfunção sexual em razão do uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs) é trocar por mirtazapina ou bupropiona.
- 113.** Uma série de estudos sugere uma correlação da diminuição do tamanho hipocampal com sintomas depressivos, enquanto a terapia de antidepressivos clinicamente eficaz produz aumento do volume hipocampal e intensificação da neurogênese.
- 114.** O tratamento eficaz com ISRSs aumenta os níveis de neuroesteroides.
- 115.** O abuso persistente e a dependência de etanol resultam em uma regulação descendente dos receptores GABA e ascendente dos receptores NMDA, de modo que a descontinuação aguda dessa substância produz um estado de hiperexcitação caracterizado por *delirium tremens*.

Área livre

Um militar reformado por causa do diagnóstico de transtorno bipolar enfartou e foi internado. Necessitou de uma cirurgia cardíaca de emergência. Desde que começou a tomar olanzapina, engordou e atualmente está obeso e sedentário. No pós-operatório, voltou a apresentar sintomas maníacos. O serviço de psiquiatria foi acionado para uma interconsulta.

Acerca desse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, julgue os itens a seguir.

116. A olanzapina, a clozapina e a mirtazapina estão associadas ao frequente e, por vezes, extremo e persistente aumento precoce de peso.
117. Deve-se substituir a olanzapina por bloqueadores do canal de cálcio, cujo principal mecanismo de ação, no transtorno bipolar, é pela ação agonista dopaminérgica.
118. Medicamentos antipsicóticos que diminuem os sintomas positivos da esquizofrenia pelo bloqueio dos receptores de dopamina na via mesolímbica podem, simultaneamente, piorar os sintomas negativos por bloquearem receptores de dopamina semelhantes na via mesocortical.
119. A clorpromazina pode causar resultados tanto falso-positivos quanto falso-negativos em testes imunológicos de gravidez.
120. O risco de suicídio em pacientes bipolares do tipo 2 é baixo, pois a euforia e a elação do eu não se associam com a vontade de morrer.

Área livre

Área livre