

MÉDICO – PSQUIATRIA (307) CADERNO DE QUESTÕES

PROIBIDO FOLHEAR ESTE CADERNO ANTES DA AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PROVA

Além deste caderno de **50** questões OBJETIVAS e **10** questões DISCURSIVAS, você recebeu:
- um cartão-resposta personalizado com questões de múltipla escolha com quatro alternativas.
- um caderno de respostas para as questões discursivas.

Duração máxima da prova: **5 horas**

Autorização para deixar o local de prova: **após 2 horas** do início da prova

INSTRUÇÕES

- 1) Na mesa, são permitidos apenas o(s) caderno(s), o cartão-resposta (quando houver) e a caneta esferográfica transparente de tinta preta ou azul **SEM A TAMPA**. Demais pertences devem estar devidamente guardados embaixo da carteira.
- 2) Terminada a prova, **TODO** material de prova deverá ser devolvido aos fiscais.
- 3) As três últimas pessoas candidatas somente poderão deixar a sala, juntas, quando a última entregar a prova. As três deverão assinar a ata de sala, atestando a idoneidade e a regularidade da finalização da prova.

NO CARTÃO-RESPOSTA:

- 4) Confira os seus dados pessoais, número de inscrição e cargo/programa escolhido.
- 5) Assine e transcreva a frase impressa no cartão assim que o receber (cartões entregues sem a assinatura e/ou sem a transcrição da frase **NÃO** serão corrigidos).
- 6) Marque a alternativa correta de acordo com a ilustração instrutiva. Somente as respostas corretamente preenchidas serão objeto de correção.

Atenção: Por motivo de segurança, as respostas **NÃO** poderão ser anotadas em nenhum outro local que não seja o cartão-resposta ou o caderno de respostas para questões discursivas.

NO CADERNO DE QUESTÕES:

- 7) Após autorização do início da prova, verifique a numeração das questões e das páginas (havendo irregularidade no material, comunique ao fiscal de sala).
- 8) Não arranque, destaque ou rasgue nenhuma folha nem parte dela.

Todos os casos e nomes utilizados nas provas do CEPUERJ são fictícios.

ORGANIZADOR



CEPUERJ

PROVA OBJETIVA

LÍNGUA PORTUGUESA

TEXTO:

O machismo das ausências

1 Com alguma frequência, respondo a entrevistas. Ou tento, quando o volume de trabalho me permite. Fico feliz quando me procuram para falar de literatura, afinal, é meu trabalho, mas noto a repetição de uma mesma pergunta: “você já sofreu machismo no meio literário?”

Como se não bastasse o machismo galopante que transborda do mundo e a que estão sujeitas todas as mulheres, inclusive as escritoras, a pergunta vem com a expectativa de uma resposta contundente, com exemplos que escandalizem, com depoimentos tocantes. É onde costumo decepcionar.

Veja bem, é fácil responder de forma a satisfazer a pessoa jornalista ou o público a quem é destinada a matéria. Mas, considerando que o meio literário não é uma realidade à parte e que o machismo raramente começa e termina num só lugar, responder fica difícil. Difícil porque a resposta mais completa é aquela que a pergunta não contempla. Mas é especialmente difícil porque a resposta está nas perguntas que não nos fazem. Nos exemplos que não existem. Nos “nãos” que nem chegam a ser ditos porque nem precisa.

O problema do preconceito de gênero é que dificilmente ele é explícito; ele está mais presente nas coisas que não vemos. Isso também na literatura: nos convites para eventos que deixamos de receber. Quando uma autora é deixada de lado para darem destaque a um escritor. Nas faltas de indicação a prêmios. No esquecimento.

Apesar da relevância do trabalho das escritoras, ainda é difícil vê-las podendo falar de seu trabalho nas mesmas condições que um autor pode falar. Nas mesas de debates compostas só por homens, por exemplo, eles podem transcender todas essas questões e falar de seus trabalhos, de seus personagens, de literatura. Se convidada, a escritora provavelmente acabará tendo que falar sobre suas dificuldades, sobre o preconceito, sobre ser mulher e escrever.

Ser homem é não ter gênero, é pairar acima dele; enquanto uma mulher, não importa que seja escritora, cientista ou jardineira, será primeiramente e acima de tudo uma mulher.

A ausência está nas perguntas que não nos fazem, aquelas que são esquecidas enquanto vêm as questões sobre as nossas maiores dificuldades de escrever sendo mulher, o único assunto que nos cabe.

Mas as histórias que escrevemos não importam? Nosso trabalho, por si só, não interessa? Não podemos falar sobre literatura, pura e simplesmente? Essa é uma barreira difícil de romper.

Esse é só mais um indício de como o machismo dentro da literatura se manifesta bem antes de chegar no mercado editorial; e, como dito, é um machismo que se manifesta de forma sutil, empurrando as autoras para as margens. É o machismo de tornar as mulheres invisíveis. É o machismo da ausência de oportunidades. E isso vem desde muito cedo, desde quando as jovens mulheres, ainda mais quando são pobres, especialmente quando são negras, são desmotivadas a escrever; quando escrevem, têm dificuldade de ser publicadas; quando são publicadas, não recebem tanta projeção.

- 35 Dessa forma, mesmo que rompamos uma série de barreiras para poder chegar a ser escritoras, mesmo quando conseguimos, ainda seremos barradas em algum momento. E nem poderemos usar isso como um exemplo contundente de machismo, afinal, não aconteceu. Nada existiu. Esse “não estar” é mais cruel do que alguém fazendo um comentário machista na minha cara, porque é mais difícil apontar para essa ausência de oportunidades do que para um preconceito explícito.
- 40 Não é um caso isolado de machismo dentro do meio literário que cria barreiras para as escritoras. É todo um sistema, presente no mundo no qual estamos imersas, que garante que fiquemos à margem. São essas ausências que garantem que o escritor a quem se refere o Dia do Escritor, comemorado no dia 25 de julho, seja homem (como 72% dos autores brasileiros publicados) e branco (como 93,9% dos que escrevem literatura no Brasil). Então é sobretudo nas ausências que precisamos prestar
- 45 atenção.

VALEK, Aline.

Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/cultura/o-machismo-das-ausencias/>.

Acesso em: 26/01/2026 (adaptado).

Com base no texto apresentado, responda às questões de números 1 a 10.

- 1)** De acordo com o texto, o machismo na literatura manifesta-se bem antes do mercado editorial, pois as mulheres:
- a) são alvo de comentários machistas ao buscarem oportunidades de divulgação de seu trabalho
 - b) têm suas obras preteridas pelo mercado livreiro, que prioriza a venda de livros de autores homens
 - c) sentem-se desmotivadas por serem mulheres, pobres e negras, por isso acabam desistindo de suas carreiras
 - d) enfrentam obstáculos nas várias etapas de seu trabalho como escritoras apenas por serem mulheres
- 2)** A autora busca convencer o leitor de que existe machismo na literatura, apresentando fatos e opiniões. O trecho que apresenta uma avaliação pessoal explícita da autora, configurando-se como opinião, é:
- a) “Não é um caso isolado de machismo dentro do meio literário que cria barreiras para as escritoras.” (l. 40)
 - b) “Se convidada, a escritora provavelmente acabará tendo que falar sobre suas dificuldades” (l. 20-21)
 - c) “A ausência está nas perguntas que não nos fazem” (l. 24)
 - d) “Com alguma frequência, respondo a entrevistas.” (l. 1)
- 3)** O título “O machismo das ausências” refere-se à(ao):
- a) proibição do trabalho intelectual feminino
 - b) invisibilização da produção literária feminina
 - c) papel masculino na construção do preconceito de gênero
 - d) literatura de autoria masculina resultante da cultura patriarcal

4) Como estratégia persuasiva, a autora busca uma aproximação maior com o leitor por meio da interlocução direta. No texto, essa estratégia se constrói pelo emprego do(a):

- a) verbo no modo imperativo em “Veja bem” (ℓ. 7)
- b) conjunção coordenativa alternativa em “Ou tento” (ℓ. 1)
- c) adjetivo em “a expectativa de uma resposta contundente” (ℓ. 5)
- d) estrutura comparativa em “é mais difícil apontar para essa ausência de oportunidades do que para um preconceito explícito.” (ℓ. 39)

5) As figuras de linguagem são recursos empregados para dar mais expressividade às ideias no texto; entre elas, a metáfora. O trecho que se configura como metafórico é:

- a) “questões sobre as nossas maiores dificuldades de escrever” (ℓ. 25)
- b) “convites para eventos que deixamos de receber.” (ℓ. 14-15)
- c) “o machismo galopante que transborda do mundo” (ℓ. 4)
- d) “o público a quem é destinada a matéria.” (ℓ. 7-8)

6) Ambiguidade é o fenômeno que permite interpretações distintas e plausíveis de uma mesma frase, palavra, expressão. Entre as frases a seguir, aquela que não apresenta ambiguidades, construindo uma única possibilidade de interpretação, é:

- a) Aquela editora prioriza publicar livros de autoras negras e indígenas.
- b) A escritora conversou com o representante da editora em sua casa.
- c) Li o romance do autor que está sendo discutido nos clubes de leitura.
- d) Meu editor falou com a autora que lançará um livro na Bienal de São Paulo.

7) De forma geral, as informações são organizadas nos textos com o objetivo de promover a continuidade do tema de forma coesa e coerente. No texto em análise, o décimo parágrafo (ℓ. 35-37) desenvolve, em relação ao parágrafo anterior (ℓ. 29-34), uma ideia de:

- a) conformidade
- b) concessão
- c) conclusão
- d) causa

8) Em “Dessa forma, mesmo que rompamos uma série de barreiras para poder chegar a ser escritoras, mesmo quando conseguimos, ainda seremos barradas em algum momento” (ℓ. 35-36), a conjunção que pode substituir a locução conjuntiva em destaque, sem alteração do sentido do trecho, é:

- a) conquanto
- b) entretanto
- c) porquanto
- d) contudo

9) O período que, reescrito, apresenta o mesmo sentido de “é um machismo que se manifesta de forma sutil, empurrando as autoras para as margens” (ℓ. 30-31) é:

- a) É um machismo que se manifesta de forma sutil, embora empurre as autoras para as margens.
- b) É um machismo que se manifesta de forma sutil quando empurra as autoras para as margens.
- c) É um machismo que se manifesta de forma sutil, porém empurra as autoras para as margens.
- d) É um machismo que se manifesta de forma sutil e empurra as autoras para as margens.

10) A pontuação muitas vezes é empregada para além das regras gramaticais, de forma expressiva, com o objetivo de atender à determinada intenção do autor. No texto, o trecho que faz uso de pontuação expressiva, construindo um sentido de ênfase, é:

- a) “Fico feliz quando me procuram para falar de literatura, afinal, é meu trabalho, mas noto a repetição de uma mesma pergunta: ‘você já sofreu machismo no meio literário?’ ” (ℓ. 2-3)
- b) “Mas é especialmente difícil porque a resposta está nas perguntas que não nos fazem. Nos exemplos que não existem. Nos ‘nãos’ que nem chegam a ser ditos porque nem precisa.” (ℓ. 10-12)
- c) “Ser homem é não ter gênero, é pairar acima dele; enquanto uma mulher, não importa que seja escritora, cientista ou jardineira, será primeiramente e acima de tudo uma mulher.” (ℓ. 22-23)
- d) “Esse é só mais um indício de como o machismo dentro da literatura se manifesta bem antes de chegar no mercado editorial; e, como dito, é um machismo que se manifesta de forma sutil, empurrando as autoras para as margens.” (ℓ. 29-31)

LEGISLAÇÃO

11) Nas dependências de uma universidade pública, de forma livre, consciente e voluntária, um funcionário técnico administrativo, descumprindo medida protetiva de urgência, com a intenção de matar, ofendeu a integridade corporal de sua esposa, também funcionária da instituição, ao efetuar disparos de arma de fogo. A vítima, porque foi imediatamente socorrida e levada para o hospital, sobreviveu. Ficou entendido que o crime foi cometido por razões da condição do sexo feminino, por menosprezo à condição de mulher. Nesse caso, o crime praticado é tipificado como:

- a) tentativa de homicídio
- b) tentativa de feminicídio
- c) crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência
- d) crime de lesão corporal qualificada praticada contra a mulher, por razões da condição do sexo feminino

12) Um médico negro fazia seu atendimento no hospital quando percebeu que uma senhora havia ingressado na sala de emergência sem a devida autorização. O médico solicitou continuamente que a senhora se retirasse do local, pois não havia permissão para ali permanecer. Sem atender ao pedido, ela agrediu o médico dizendo: “E aí, seu médico preguiçoso, safado e incompetente! Não vai me atender?!”. A ação foi presenciada por dois técnicos de enfermagem e por outros pacientes que aguardavam atendimento. Acionados pelo médico, policiais militares compareceram ao local e, diante do relato, efetuaram a prisão em flagrante da senhora, conduzindo-a até a Delegacia de Polícia. Nesse caso, a prisão em flagrante foi corretamente executada, porque a senhora praticou o crime de:

- a) injúria
- b) calúnia
- c) difamação
- d) injúria racial

13) A pena para o crime de homotransfobia, previsto no artigo 20 da lei nº 7.716, de 05 de janeiro de 1989, é de:

- a) detenção de dois a quatro anos e multa
- b) reclusão de dois a quatro anos e multa
- c) detenção de um a três anos e multa
- d) reclusão de um a três anos e multa

14) A fim de se ausentar do trabalho por considerável período de tempo e evitar as sanções previstas em lei, por falta imotivada, um funcionário técnico-administrativo pediu que um amigo médico emitisse dois atestados médicos, que comprovassem o seu suposto comparecimento a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Nesse caso, avalia-se que foi praticado o crime de:

- a) falsidade material
- b) uso de documento falso
- c) falsidade de atestado médico
- d) falsificação de documento particular

15) A Constituição da República de 1988 estabelece que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à segurança, bem como ao(à):

- a) liberdade, igualdade e propriedade
- b) saúde, moradia e propriedade
- c) liberdade, moradia e trabalho
- d) saúde, igualdade e trabalho

16) A Constituição da República de 1988 reconhece a instituição do júri, assegurando a plenitude de defesa, bem como:

- a) sigilo das votações, sistema da prova legal e competência para o julgamento dos crimes dolosos e culposos contra a vida
- b) sala secreta, soberania dos veredictos e competência para o julgamento dos crimes dolosos e culposos contra a vida
- c) sigilo das votações, soberania dos veredictos e competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida
- d) sala secreta, sistema da prova legal e competência para o julgamento dos crimes dolosos contra a vida

17) Da sentença que julga o mandado de segurança cabe:

- a) remessa necessária, sem efeito suspensivo, se não concedida a segurança
- b) remessa necessária, com efeito suspensivo, se concedida a segurança
- c) apelação, com efeito suspensivo, se concedida a segurança
- d) apelação, sem efeito suspensivo, se concedida a segurança

18) As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável:

- a) nos casos de dolo e culpa
- b) nos casos de dolo ou culpa
- c) somente nos casos de culpa
- d) independente de dolo ou culpa

19) Os atos de improbidade administrativa importarão a suspensão dos direitos políticos, a perda da função pública, bem como o(a):

- a) indisponibilidade dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação cível cabível
- b) indisponibilidade dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível
- c) perda dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível
- d) perda dos bens e ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação cível cabível

20) Além do aperfeiçoamento profissional e acadêmico permanentes, por meio do programa CAPACIT-UERJ, a progressão funcional do servidor técnico-administrativo da UERJ atenderá aos requisitos de interstício mínimo de:

- a) 24 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício superior a dois anos
- b) 36 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício superior a dois anos
- c) 24 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício não superior a dois anos
- d) 36 meses e avaliação periódica de desempenho individual satisfatória com interstício não superior a dois anos

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

De acordo com a lei nº 8.080/1990, responda às questões de números **21** e **22**.

21) A lei orgânica do SUS define entre as atribuições comuns à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

- a) acompanhar, avaliar e divulgar o nível de saúde da população e das condições ambientais
- b) formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação, nutrição, vigilância e fiscalização de alimentos
- c) definir e coordenar os sistemas de redes integradas de centros de assistência de alta complexidade
- d) definir as diretrizes e normas para a estruturação física e organizacional dos serviços de saúde bucal

22) Com relação ao subsistema de acompanhamento à mulher nos serviços de saúde, é direito da mulher:

- a) ter como acompanhante, em procedimento que envolva sedação, um profissional de saúde do sexo feminino, indicado pela unidade de saúde responsável, podendo recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, mediante justificativa plausível
- b) ser atendida exclusivamente por profissionais do sexo feminino em qualquer consulta, exame ou procedimento, podendo exigir substituição imediata de membros do sexo masculino, ainda que gere atraso no atendimento e interrompa a assistência
- c) fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, independentemente de notificação prévia
- d) adiar a ação dos profissionais de saúde previamente autorizados a agir na proteção e defesa da sua saúde e da sua vida, em caso de emergência, quando na ausência do acompanhante requerido, de modo a aguardar a chegada do mesmo

23) Quanto à organização do SUS, o planejamento em saúde deve:

- a) compatibilizar as necessidades de saúde com os interesses do mercado financeiro, com foco na integralidade da atenção
- b) ser descendente e integrado, realizado de maneira regionalizada do nível federal até os níveis estadual e municipal
- c) ser facultativo para os entes públicos e indutor de políticas para as instituições e representantes da iniciativa privada
- d) considerar os serviços prestados, inclusive pela iniciativa privada, sendo complementares ou não ao SUS

24) A organização do SUS ocorre de forma regionalizada e hierarquizada de modo que a instituição das Regiões de Saúde deve:

- a) adotar as legislações e normas que regem o sistema de saúde do país vizinho, quando as regiões de saúde forem situadas em áreas de fronteira com outro país
- b) ser realizada pelo estado, em articulação com os municípios, respeitando as diretrizes gerais pactuadas na comissão intergestores tripartite
- c) contemplar ações e serviços de atenção básica e hospitalar, podendo implementar ações e serviços de vigilância em saúde, em caráter facultativo
- d) compor regiões interestaduais, formadas por municípios e estados limítrofes, por ato discricionário do gestor nacional do SUS

25) Entre as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na Atenção Básica, encontra(m)-se:

- a) responsabilizar-se pela população adscrita, delegando a coordenação do cuidado quando o usuário necessitar de atendimento em outros pontos da rede de atenção à saúde
- b) atender em domicílio pessoas com problemas de saúde que realizam com autonomia as atividades da vida diária e que podem se deslocar até a unidade básica de saúde
- c) realizar acolhimento, consultas, procedimentos e prescrições conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, e normativas técnicas estabelecidas e vigentes
- d) executar a gestão das filas de espera e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde

26) São Princípios e Diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizados na Atenção Básica:

- a) integralidade, seletividade e cuidado centrado no profissional
- b) territorialização, eficiência administrativa e problematização
- c) equidade, população adscrita e coordenação do cuidado
- d) universalidade, meritocracia e transversalidade da atenção

27) De acordo com a lei complementar nº 141/2012, que versa sobre financiamento do SUS, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde os gastos com:

- a) limpeza urbana, varrição, lavagem e remoção de resíduos em vias públicas
- b) manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças
- c) merenda escolar e programas alimentares executados em unidades do SUS
- d) pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde

28) Quanto ao repasse e aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, é necessário que:

- a) a movimentação dos recursos repassados seja realizada, exclusivamente, por meios que identifiquem a destinação e, no caso de pagamento, o credor
- b) os recursos reservados aos hospitais universitários federais tenham repasse centralizado no Ministério da Educação, que efetua a execução integral do custeio
- c) os demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação sejam publicados no Diário Oficial da União, sendo vedada sua divulgação em meio eletrônico
- d) a transferência de custeio da União seja realizada em contas específicas dos chefes do poder executivo municipal, mantidas em instituição financeira autorizada pela prefeitura

Em relação à lei nº 12.401/2011, que altera a lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, responda às questões de números **29** e **30**.

29) A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) deverá:

- a) assessorar o Ministério da Saúde na incorporação, exclusão ou alteração, pelo SUS, de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica
- b) regular e fiscalizar os planos de saúde privados, definir a cobertura mínima obrigatória, estabelecer reajustes anuais de mensalidades, publicar o rol de cobertura e aplicar às operadoras as sanções previstas na legislação nacional vigente
- c) ter em sua composição a participação de, pelo menos, um especialista na área, indicado pela Comissão de Ciência, Tecnologia e Inovação e um representante indicado pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, com mandato bianual
- d) autorizar o registro sanitário de medicamentos e produtos, conceder licenças de funcionamento a serviços de saúde, definir preços máximos nacionais para medicamentos e publicar decisões obrigatórias a serem adotadas pelas instituições de saúde

30) O protocolo clínico e a diretriz terapêutica têm como finalidade:

- a) demonstrar a avaliação econômica comparativa dos malefícios e dos gastos em relação às tecnologias, para definir o financiamento mínimo constitucional em saúde
- b) refutar as evidências científicas sobre eficácia, acurácia, efetividade e segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo de incorporação
- c) substituir a regulação do acesso hospitalar em casos de urgência e emergência, quando comprovada a necessidade clínica e terapêutica imediata
- d) estabelecer critérios de diagnóstico, tratamento, mecanismos de controle clínico e de monitoramento a serem seguidos pelos gestores do SUS

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

31) Homem de 48 anos, com histórico de consumo intenso e prolongado de álcool há mais de 12 anos, é internado para tratamento de pneumonia. No terceiro dia de internação, evolui com rebaixamento e flutuação do nível de consciência, agitação psicomotora, desorientação temporoespacial, taquicardia, hipertensão, febre e sudorese intensa. Apresenta alucinações visuais vívidas, referindo ver “insetos andando pelas paredes”. Não há histórico prévio de transtorno psicótico. Diante do quadro clínico, o diagnóstico mais provável é:

- a) *delirium tremens*
- b) síndrome de Korsakoff
- c) encefalopatia de Wernicke
- d) esquizofrenia paranoide de início tardio

32) Homem de 35 anos, usuário crônico de cocaína, procura atendimento buscando interromper o uso da substância. O último consumo foi há quatro dias. Apresenta humor deprimido, fadiga intensa, hipersonia, aumento do apetite, ansiedade e intensa fissura. Não há sintomas psicóticos ou sinais de instabilidade clínica grave. A melhor conduta, nesse caso, é:

- a) iniciar antidepressivos do tipo inibidor seletivo da receptação de serotonina (ISRS) para abreviar a síndrome de abstinência e indicar intervenções psicossociais após a estabilização do quadro
- b) iniciar o uso de anticonvulsivantes para o controle da abstinência, associado a intervenções psicossociais estruturadas
- c) iniciar o manejo predominantemente sintomático e de suporte, associado a intervenções psicossociais estruturadas
- d) indicar internação hospitalar com monitoramento nas próximas 48 horas devido ao risco de óbito

33) Na entrevista psiquiátrica, o psiquiatra deve:

- a) evitar esforços para se colocar no lugar do paciente a fim de manter sua entrevista neutra
- b) manter uma boa comunicação, que é reforçada pela atitude e pelo comportamento isentos de crítica do médico
- c) informar a família sobre o conteúdo do atendimento por se tratar de pacientes com transtornos mentais
- d) manter a neutralidade na relação médico-paciente, sendo vedado ao psiquiatra compartilhar relatos pessoais

34) Considerando a psicopatologia dos atos impulsivos e compulsivos, é uma característica dos atos:

- a) impulsivos: serem egodistônicos
- b) compulsivos: a não tentativa de resistir
- c) compulsivos: vivência frequente de desconforto subjetivo
- d) impulsivos: passarem por todas as etapas do processo volitivo

35) O ataque de pânico é:

- a) um tipo de agorafobia
- b) equivalente ao transtorno de pânico
- c) patognomônico do transtorno de pânico
- d) um período súbito de intenso medo que pode ocorrer em diversos transtornos de ansiedade

36) Homem de 40 anos procura atendimento na clínica da família com relato de “fraqueza no coração”, “peso na cabeça” e sensação de “perda da energia vital”. Ele atribui esses sintomas a um trabalho espiritual, mas não apresenta certeza delirante. Refere tristeza e prejuízo funcional importante. A família busca, paralelamente, apoio religioso. Durante a consulta, o paciente demonstra dificuldade em compreender explicações biomédicas e expressa receio de estigmatização. Considerando os princípios do cuidado culturalmente competente, a conduta mais adequada do médico é:

- a) reconhecer e explorar o significado cultural dos sintomas, integrar a compreensão sociocultural ao raciocínio diagnóstico e negociar um plano terapêutico compartilhado
- b) prescrever tratamento psicofarmacológico padrão, evitando explorar explicações culturais para não reforçar crenças disfuncionais
- c) desestimular a busca por apoio religioso, uma vez que a espiritualidade pode atrapalhar a adesão ao tratamento farmacológico
- d) encaminhar o paciente exclusivamente para líderes religiosos, uma vez que a etiologia percebida é espiritual

37) Mulher de 55 anos, atendida regularmente na clínica da família, apresenta múltiplas queixas físicas e flutuantes nos últimos dois anos, incluindo lombalgia, cefaleias, dores nas pernas e queixas gastrointestinais vagas, todas sem qualquer etiologia orgânica que justifique os sintomas. A paciente insiste em novos exames e demonstra grande sofrimento com suas queixas. Não há sintomas de humor (tristeza ou anedonia). A principal hipótese diagnóstica, nesse caso, é de transtorno:

- a) de ansiedade de doença
- b) de sintomas somáticos
- c) conversivo
- d) factício

38) Mulher de 72 anos é trazida pela filha à consulta ambulatorial na rede pública por queixas progressivas de esquecimento, há cerca de dois anos. Inicialmente, apresentava dificuldade em lembrar compromissos e nomes recentes. Mais recentemente, passou a repetir perguntas e a se perder em trajetos habituais. Apresenta orientação parcial, prejuízo na evocação espontânea e leve anomia. O exame físico é normal. Os exames laboratoriais básicos estão dentro da normalidade. A ressonância magnética de encéfalo revela atrofia discreta do hipocampo e aumento dos sulcos temporais. Com base no quadro clínico, é correto afirmar que:

- a) os inibidores da colinesterase são considerados fármacos neuroprotetores e demonstraram retardar de forma consistente a progressão da atrofia cortical nos quadros demenciais
- b) a perda de memória episódica na doença de Alzheimer ocorre de forma abrupta, com flutuações marcadas ao longo do dia, refletindo disfunção colinérgica primária
- c) a dosagem sérica de beta-amiloide 42 e proteína tau hiperfosforilada é utilizada rotineiramente para o diagnóstico definitivo da doença de Alzheimer
- d) a presença de atrofia hipocampal em exames estruturais de imagem pode contribuir para o diagnóstico clínico da doença de Alzheimer

39) Os estudos de Paul Greengard demonstraram que a dopamina exerce seus efeitos por meio de cascatas de segundos mensageiros, modulando a excitabilidade e a plasticidade sináptica. Esses achados contribuíram de forma decisiva para o desenvolvimento da teoria dopaminérgica da esquizofrenia, que revela que o(a):

- a) aumento da transmissão dopaminérgica na via mesolímbica, particularmente no estriado ventral (núcleo *accumbens*), está relacionado ao surgimento dos sintomas positivos da esquizofrenia
- b) hipoatividade dopaminérgica na via nigroestriatal constitui o substrato neurobiológico central, tanto dos sintomas negativos quanto dos prejuízos cognitivos observados na esquizofrenia
- c) hiperatividade dopaminérgica na via mesolímbica, com predomínio funcional na amígdala, é o principal fator etiológico dos sintomas positivos da esquizofrenia
- d) hiperatividade dopaminérgica na via mesocortical é o principal mecanismo responsável pelos sintomas negativos e pelos déficits cognitivos da esquizofrenia

40) Mulher de 25 anos é trazida pela família para acompanhamento psiquiátrico após recente hospitalização por tentativa de suicídio. Na ocasião, apresentava humor deprimido, anedonia, anergia, insônia, irritabilidade, retraimento social e queda acentuada do rendimento acadêmico. Recebeu alta, estando em uso de venlafaxina 300mg/dia e mirtazapina 45mg/dia. Após um mês, a paciente comparece ao atendimento com comportamento exuberante, usando bastante maquiagem e roupas chamativas, com discurso acelerado e eufórico, relatando estar “cheia de energia e ideias incríveis”. Com base na apresentação clínica, trata-se de:

- a) episódio maníaco induzido por antidepressivos e a conduta suficiente é interromper o uso desses medicamentos
- b) transtorno bipolar tipo I com ciclagem rápida, uma vez que a paciente evoluiu de um episódio depressivo recente para maníaco em curto período
- c) sintomas maníacos induzidos por antidepressivos, cujo reconhecimento precoce é essencial para prevenir ciclagem rápida e recorrência de episódios afetivos
- d) transtorno bipolar tipo I com apresentação mista, uma vez que a paciente apresenta simultaneamente sintomas depressivos e maníacos em um período de aproximadamente um mês

41) A esquizofrenia é um transtorno psicótico crônico, heterogêneo em sua apresentação clínica e curso evolutivo, caracterizado por alterações persistentes do pensamento, da percepção, da afetividade e do comportamento. Com base na descrição psicopatológica e nos critérios diagnósticos atuais, a esquizofrenia é:

- a) diagnosticada obrigatoriamente pela coexistência simultânea de delírios e alucinações por período mínimo de seis meses
- b) definida por distorções do pensamento e da sensopercepção, com preservação habitual do nível de consciência e da orientação
- c) caracterizada tipicamente por flutuações do nível de consciência, desorientação temporoespacial e prejuízo primário do sensório
- d) diagnosticada apenas se o paciente apresentar obrigatoriamente alucinações auditivas persistentes, uma vez que constituem seu sintoma nuclear mais específico

42) Um estudante universitário de 21 anos comparece à consulta, relatando que abandonou a faculdade, pois tinha uma sensação corporal desagradável que só era aliviada quando revisitava mentalmente toda a sua rotina diária. Nesse período, viu-se também obrigado a retornar repetidamente à casa para verificar se as portas e as torneiras estavam devidamente fechadas. Afirma que, em alguns momentos, sente-se completamente convencido de que, se não realizar esses atos, algo catastrófico inevitavelmente ocorrerá, embora não tenha provas concretas. Com base na apresentação clínica, o quadro deve ser classificado como transtorno:

- a) psicótico breve, uma vez que a alternância entre dúvida e convicção caracteriza ruptura do teste de realidade
- b) delirante, uma vez que a convicção intermitente sobre a catástrofe iminente caracteriza delírio sistematizado
- c) obsessivo-compulsivo com *insight* pobre, uma vez que há momentos de reconhecimento parcial da irracionalidade dos sintomas
- d) obsessivo-compulsivo com especificador “com crenças delirantes”, pois a presença de convicção delirante é suficiente para esse enquadramento

43) Adolescente de 17 anos é levada à emergência após automutilação (cortes superficiais), depois de briga com o namorado, com fala de “prefiro morrer a ser abandonada”. Relata instabilidade emocional intensa, medo de abandono, relacionamentos turbulentos com alternância entre idealização e desvalorização, sensação crônica de vazio e impulsividade. Apresenta histórico de automutilação e tentativa de suicídio por intoxicação exógena medicamentosa após término amoroso. Ao exame, apresenta afeto lábil e humor disfórico, sem sintomas psicóticos persistentes. O diagnóstico mais provável seria:

- a) transtorno de personalidade emocionalmente instável, cujo diagnóstico pode ser confirmado apenas na idade adulta
- b) episódio misto do transtorno bipolar, uma vez que a paciente apresenta labilidade afetiva, irritabilidade e comportamento impulsivo, sugerindo sintomas maniformes associados a humor depressivo
- c) transtorno de personalidade histriônica, pois a paciente apresenta comportamento dramático, de busca de atenção e manifestações emocionais intensas, com autoagressão em contexto interpessoal
- d) transtorno de personalidade *borderline*, caracterizado por instabilidade afetiva reativa, padrão de relacionamentos intensos e instáveis, impulsividade, autoagressão não suicida e medo intenso de abandono

44) O advento da clorpromazina, na década de 1950, marcou uma revolução no tratamento da esquizofrenia e inaugurou a era da psicofarmacologia moderna, permitindo a redução da agitação psicótica, da psicose franca e das longas internações psiquiátricas. Em relação à ação dos antipsicóticos, é correto afirmar que:

- a) desde a introdução da clorpromazina, todos os antipsicóticos com eficácia clínica comprovada compartilham, como denominador comum, o antagonismo ou a modulação funcional dos receptores dopaminérgicos D₂, particularmente em circuitos mesolímbicos
- b) a eficácia terapêutica dos antipsicóticos típicos e atípicos depende primariamente da área cortical específica sobre a qual exercem sua ação dopaminérgica, sendo a modulação direta de regiões pré-frontais o principal determinante da melhora dos sintomas positivos da esquizofrenia
- c) os antipsicóticos exercem seu efeito terapêutico primário por meio do bloqueio dos receptores D₂ na via mesocortical, reduzindo a atribuição aberrante de saliência a estímulos neutros, enquanto o bloqueio concomitante de D₂ na via mesolímbica pode agravar sintomas negativos e déficits cognitivos
- d) a eficácia antipsicótica decorre predominantemente da supressão da liberação tônica de dopamina na via mesolímbica, mais do que da modulação da transmissão dopaminérgica fásica, o que explica por que apenas níveis muito elevados de ocupação de receptores D₂ (>80–90%) são necessários para produzir efeito clínico consistente

45) Paciente de 19 anos procura atendimento por fraqueza, tontura e palpitações. Relata perda de peso significativa no último ano, medo intenso de ganhar peso e grande insatisfação com a imagem corporal. Refere episódios frequentes de ingestão alimentar mínima ao longo do dia, seguidos de uso diário de laxantes e episódios ocasionais de vômitos autoinduzidos “para evitar engordar”. Ao exame físico, apresenta-se com índice de massa corporal (IMC) = $15,5\text{Kg/m}^2$, bradicardia com frequência cardíaca (FC) = 46bpm, hipotensão, erosão dentária e aumento discreto das parótidas. Os exames laboratoriais mostram hipocalemia. Com base no quadro clínico, o diagnóstico e a conduta inicial adequada, respectivamente, são:

- a) transtorno alimentar não especificado / priorizar intervenção psicoterápica e correção eletrolítica ambulatorial, uma vez que o IMC isoladamente não define gravidade clínica
- b) anorexia nervosa, subtipo restritivo / manejo inicial ambulatorial com psicoterapia estruturada e orientação nutricional, reservando a internação apenas para falha terapêutica ou piora ponderal progressiva
- c) bulimia nervosa, forma purgativa / tratamento inicial com antidepressivo ISRS em dose plena, associado à psicoterapia cognitivo-comportamental, sem necessidade de internação apesar das alterações laboratoriais
- d) anorexia nervosa, subtipo purgativo / internação hospitalar para estabilização clínica, correção dos distúrbios hidroeletrólíticos, realimentação gradual com prevenção da síndrome de realimentação e acompanhamento multiprofissional

46) Homem de 45 anos com diagnóstico de esquizofrenia de longa data foi admitido à unidade psiquiátrica em episódio psicótico agudo. Recebeu haloperidol intramuscular em altas doses nas últimas 48 horas. Nas últimas 12 horas, evoluiu com temperatura de $39,3^{\circ}\text{C}$, rigidez muscular generalizada, taquicardia (FC = 120bpm), sudorese profusa e alteração do nível de consciência, passando de agitação para confusão. Os exames laboratoriais mostram elevação marcada de creatinofosfoquinase (CPK) com valor de 5.400U/L e leucocitose. Considerando o quadro clínico, o diagnóstico e a conduta inicial adequada, respectivamente, são:

- a) síndrome neuroléptica maligna / interromper imediatamente os antipsicóticos, instituir suporte clínico intensivo em unidade de terapia intensiva e considerar o uso de dantroleno e/ou agonistas dopaminérgicos, com acompanhamento seriado de CPK e função renal
- b) síndrome extrapiramidal grave com rabdomiólise / reduzir a dose do antipsicótico, associar anticolinérgico e hidratação endovenosa, mantendo o tratamento antipsicótico para controle do quadro psicótico
- c) síndrome serotoninérgica / suspender agentes serotoninérgicos, instituir suporte clínico e administrar antagonista serotoninérgico específico, mantendo os antipsicóticos em uso
- d) catatonia maligna / iniciar benzodiazepínicos em altas doses e eletroconvulsoterapia de urgência, mantendo antipsicótico de baixa potência após estabilização clínica inicial

47) Homem de 77 anos, previamente funcional, é internado por insuficiência cardíaca descompensada. No terceiro dia de internação, passa a apresentar redução acentuada da iniciativa, sonolência diurna, hipotenacidade, alentecimento do pensamento e períodos de confusão mental flutuante, sem agitação evidente. A equipe descreve o paciente como “quieto demais”. Está em uso de furosemida, digoxina, morfina em dose baixa e recebeu benzodiazepínico para insônia na noite anterior. Os exames mostram hiponatremia (129mEq/L) e função renal limítrofe. O diagnóstico e a conduta adequada, respectivamente, são:

- a) episódio depressivo maior com retardo psicomotor secundário à internação / iniciar antidepressivo e manter benzodiazepínico para regular o sono
- b) *delirium* hipoativo / revisar e suspender fármacos potencialmente precipitantes, corrigir distúrbios metabólicos, implementar medidas ambientais de reorientação
- c) demência de início subagudo precipitada por descompensação clínica / solicitar avaliação neuropsicológica e iniciar inibidor da acetilcolinesterase ainda durante a internação
- d) depressão pseudodemencial secundária à hospitalização / priorizar diagnóstico diferencial com aplicação de escalas de humor, iniciar antidepressivo ISRS e postergar intervenções clínicas até estabilização psiquiátrica

48) Mulher de 62 anos apresenta há seis semanas humor deprimido, anedonia, culpa excessiva, insônia terminal e perda de peso. Evoluiu com recusa alimentar, permanecendo grande parte do dia imóvel e em silêncio. Ao exame mental, observa-se negativismo e mutismo parcial, sem flutuação do nível de consciência. O diagnóstico e a conduta inicial adequada, respectivamente, são:

- a) *delirium* hipoativo / investigação clínica
- b) depressão psicótica / antipsicótico isolado
- c) depressão com catatonia / benzodiazepínico
- d) depressão atípica / antidepressivo e manejo ambulatorial

49) Um paciente afirma, com absoluta convicção, que seus pensamentos estão sendo retirados de sua mente por uma força externa e que, por isso, sua cabeça fica “vazia de repente”. Nega uso de substâncias e mantém essa crença apesar de explicações contrárias. O fenômeno psicopatológico descrito é:

- a) bloqueio do pensamento
- b) roubo do pensamento
- c) eco do pensamento
- d) fuga de ideias

50) Mulher de 35 anos, com diagnóstico de transtorno bipolar tipo I, encontra-se clinicamente estável em uso regular de lítio há um ano, com litemias prévias dentro da faixa terapêutica. A paciente iniciou recentemente um novo medicamento de uso contínuo com acompanhamento de outro médico. Após alguns dias, passou a apresentar confusão mental leve, ataxia, tremor grosseiro e vômitos. A dosagem sérica de lítio revela litemia de 1,9mEq/L. Considerando a interação farmacológica e o mecanismo fisiopatológico envolvido na elevação da litemia, o provável medicamento que contribuiu para o quadro descrito foi:

- a) loratadina
- b) omeprazol
- c) paracetamol
- d) hidroclorotiazida

PROVA DISCURSIVA

AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES DEVEM SER PREENCHIDAS NO CADERNO DE RESPOSTA

QUESTÃO 1: Um paciente adulto procura atendimento, referindo preocupação excessiva e persistente com múltiplas áreas da vida cotidiana (trabalho, saúde e família), presente na maior parte dos dias há vários meses. Relata dificuldade em controlar essas preocupações, além de sintomas como inquietação, fadiga fácil, irritabilidade, tensão muscular e prejuízo do sono, com impacto no funcionamento social e ocupacional. Cite a principal hipótese diagnóstica e caracterize dois diagnósticos diferenciais de origem não orgânica. (10pts)

QUESTÃO 2: Homem de 25 anos chega à emergência com quadro de agitação psicomotora, delírios de cunho persecutório e alucinações auditivas com vozes de comando. Há história prévia de uso de cocaína. Explique como a anamnese contribui para a distinção entre um transtorno psicótico induzido por substância e um transtorno psicótico primário. (10pts)

QUESTÃO 3: O transtorno depressivo maior é um transtorno do humor de elevada prevalência e relevância clínica, caracterizado por alterações persistentes do humor, da cognição e do comportamento, podendo apresentar diferentes apresentações clínicas. De acordo com o DSM-5-TR, cite cinco sintomas catatônicos que podem estar presentes em um episódio depressivo maior com catatonia e cinco sintomas maníacos ou hipomaníacos que caracterizam um episódio depressivo maior com características mistas. (10pts)

QUESTÃO 4: O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões, associado a sofrimento clinicamente significativo e prejuízo funcional. De acordo com o DSM-5-TR, cite os especificadores para o TOC, uma opção de tratamento farmacológico e uma de intervenção de natureza social indicada no manejo desse transtorno. (10pts)

QUESTÃO 5: A bulimia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, acompanhados de comportamentos compensatórios inadequados. Cite três complicações médicas associadas à bulimia nervosa e duas condutas de manejo clínico indicadas no tratamento desse transtorno. (10pts)

ORGANIZADOR



CEPUERJ

QUESTÃO 6: A heterogeneidade clínica do transtorno bipolar constitui um dos principais desafios para seu diagnóstico e manejo. Considerando a variabilidade na apresentação clínica, no curso e na resposta ao tratamento, caracterize quatro estados clínicos possíveis ao longo do curso do transtorno bipolar e cite duas medicações aprovadas para o tratamento de cada um dos estados. (10pts)

QUESTÃO 7: A esquizofrenia é um transtorno mental grave e crônico, caracterizado por alterações nas funções do pensamento, da percepção, do afeto e do comportamento. Cite duas alterações do exame psicopatológico características da esquizofrenia em cada uma dessas funções, indicando, para cada uma, uma região cortical potencialmente envolvida. (10pts)

QUESTÃO 8: Os transtornos psiquiátricos refratários representam um desafio relevante na prática clínica, pois apresentam resposta insuficiente a tratamentos adequados, conduzidos em dose, duração e adesão apropriadas. Com base nas evidências científicas atuais, considerando a depressão, o transtorno bipolar, a esquizofrenia e o transtorno obsessivo-compulsivo, refratários aos tratamentos convencionais, cite duas estratégias terapêuticas utilizadas no manejo de cada um desses transtornos. (10pts)

QUESTÃO 9: O conceito clássico de histeria ocupou posição central na história da psicopatologia. Entretanto, ao longo do século XX, com a consolidação das classificações diagnósticas operacionais, esse conceito foi progressivamente fragmentado e redistribuído em diferentes categorias nosológicas. Com base nos critérios diagnósticos da CID-11 e DSM-5, caracterize dois transtornos que podem ser compreendidos como desdobramentos do conceito clássico de histeria. (10pts)

QUESTÃO 10: Homem de 32 anos é trazido ao pronto-socorro por familiares devido à agitação psicomotora intensa, comportamento agressivo, fala acelerada e recusa em permanecer no leito. Apresenta discurso desorganizado, elevação do tom de voz e ameaça verbal a membros da equipe, impossibilitando anamnese adequada no momento. Cite duas condutas médicas imediatas no manejo da agitação psicomotora nesse contexto e descreva o objetivo de cada uma. (10pts)

RASCUNHO – PROIBIDO DESTACAR ESTA FOLHA

Blank area for writing answers, consisting of multiple horizontal lines.

ORGANIZADOR



CEPUERJ

RASCUNHO – PROIBIDO DESTACAR ESTA FOLHA

Lined area for writing the answer.

ORGANIZADOR



CEPUERJ