

TIPO

1

Enare

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

ÁREA DE ATUAÇÃO

PSICOTERAPIA

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **80 (oitenta)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- 5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- 1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.
- 30 minutos** antes do término do período de prova, é possível retirar-se da sala **levando o caderno de questões.**



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!



Psiquiatria

1

Um psiquiatra é solicitado a emitir parecer sobre a capacidade civil de um paciente com diagnóstico de Esquizofrenia com delírios persecutório, atualmente em uso regular de antipsicóticos e com bom controle dos sintomas. O paciente deseja vender um imóvel de sua propriedade e assinar contratos.

De acordo com o Código Civil Brasileiro, para que esse paciente seja considerado incapaz para os atos da vida civil, a seguinte hipótese legal deve se configurar:

- (A) possua qualquer diagnóstico de transtorno mental grave.
- (B) o quadro de esquizofrenia tenha duração superior a dois anos.
- (C) apresente sintomas negativos significativos, como retraimento social.
- (D) a enfermidade mental o torne desprovido de discernimento para a prática dos atos.
- (E) haja pedido formal de interdição por parte de familiar.

2

Paciente em uso de lítio há 8 anos para Transtorno Afetivo Bipolar tipo I comparece à consulta de rotina. Refere que, nos últimos meses, tem apresentado aumento do volume urinário e sede excessiva. Ao exame físico, observa-se tremor de extremidades.

Diante desse quadro, o exame complementar prioritário para avaliar a complicação mais associada ao uso crônico de lítio é

- (A) dosagem de TSH.
- (B) eletrocardiograma.
- (C) hemograma completo.
- (D) função renal (ureia e creatinina, *clearance* de creatinina).
- (E) glicemia de jejum.

3

Mulher de 33 anos, no 5º dia pós-parto, é trazida à emergência psiquiátrica pela família. Apresenta quadro de agitação intensa, discurso incompreensível, insônia total, delírios de que o bebê "não é humano" e ideiação de que deve "proteger o mundo do bebê". Não há histórico psiquiátrico conhecido.

Diante desse quadro, a conduta inicial mais adequada é

- (A) prescrever antipsicótico atípico e liberar com retorno em 7 dias.
- (B) orientar repouso e suporte familiar para manejo domiciliar.
- (C) indicar internação imediata, com afastamento do recém-nascido dos cuidados maternos diretos e atendimento da mãe regularmente por equipe multidisciplinar.
- (D) encaminhar para psicoterapia de suporte duas vezes por semana.
- (E) notificar o Conselho Tutelar e a Vara da Infância e Juventude.

4

Paciente com esquizofrenia resistente em uso de clozapina há 6 meses realiza exames de controle. O resultado do hemograma revela contagem de neutrófilos de $1200/\text{mm}^3$.

A conduta imediata correta, de acordo com o protocolo de monitoramento, é

- (A) reduzir a dose de clozapina pela metade.
- (B) suspender a clozapina imediatamente e iniciar monitoramento hematológico diário.
- (C) manter a dose e repetir o exame em 7 dias.
- (D) adicionar carbonato de lítio para estimular a produção de neutrófilos.
- (E) substituir a clozapina por buspirona.

5

Paciente de 78 anos com Doença de Alzheimer em estágio moderado é trazido pela filha. A cuidadora relata que, ao entardecer, o paciente fica mais agitado, confuso, grita por familiares que já faleceram e tenta sair de casa. Esses episódios são menos frequentes durante a manhã.

O termo técnico que descreve esse fenômeno é

- (A) delirium hiperativo.
- (B) síndrome do ocaso (*sundowning*).
- (C) catatonia periódica.
- (D) alucinação peduncular.
- (E) fenômeno de Capgras.

6

Paciente de 52 anos com Transtorno Depressivo Maior refratário a múltiplas medicações é submetido a uma série de sessões de Eletroconvulsoterapia (ECT).

Após a sexta sessão, o paciente queixa-se de dificuldade em recordar eventos ocorridos nas semanas anteriores ao início do tratamento.

O efeito adverso cognitivo característico descrito é a

- (A) demência irreversível.
- (B) amnésia anterógrada.
- (C) amnésia retrógrada para eventos próximos ao período do tratamento.
- (D) afasia nominal.
- (E) apraxia ideomotora.

7

Paciente de 26 anos, com funcionamento prévio preservado, apresenta há 8 semanas delírios de referência, alucinações auditivas em terceira pessoa e discurso ocasionalmente desorganizado. Não há história de episódios de humor ou uso de substâncias.

O diagnóstico mais provável, portanto, é

- (A) o transtorno psicótico breve.
- (B) o transtorno esquizofreniforme.
- (C) a esquizofrenia.
- (D) o transtorno delirante persistente.
- (E) o transtorno esquizoafetivo.

8

Homem de 44 anos com transtorno bipolar tipo I é trazido à emergência em franco episódio maníaco, com agitação psicomotora extrema, verborragia incompressível, hostilidade e risco de agressividade. Está em uso irregular da medicação.

A intervenção farmacológica de primeira linha para controle imediato da agitação grave é

- (A) diazepam 10 mg oral.
- (B) quetiapina 50 mg oral.
- (C) haloperidol 5 mg intramuscular associado a benzodiazepínico oral.
- (D) carbonato de lítio 600 mg oral.
- (E) risperidona 2 mg sublingual.

9

Paciente de 24 anos relata necessidade imperiosa de verificar repetidamente se as portas estão trancadas e se o fogão está desligado, realizando rituais que ocupam cerca de 2 horas do seu dia. Reconhece que os comportamentos são excessivos, mas afirma que sente intenso desconforto se não os executar. Não há prejuízo funcional grave, mas o paciente perde muito tempo com os rituais.

O diagnóstico mais adequado para esse paciente é

- (A) transtorno de ansiedade generalizada.
- (B) transtorno obsessivo-compulsivo.
- (C) transtorno de estresse pós-traumático.
- (D) transtorno de pânico.
- (E) fobia específica.

10

Paciente internado em enfermaria clínica, 72 anos, apresenta flutuação do nível de consciência, com períodos de sonolência alternados com agitação psicomotora intensa. Durante a noite, a desorientação e a confusão mental se intensificam. A equipe identifica infecção do trato urinário.

O subtipo de *delirium* mais compatível, no caso, é o

- (A) *delirium* hiperativo.
- (B) *delirium* hipoativo.
- (C) *delirium* misto.
- (D) *delirium* persistente.
- (E) *delirium* induzido por substância.

11

Paciente em programa de tratamento para dependência de opioides inicia terapia farmacológica. O médico opta por um agonista opioide de longa duração que reduz a fissura e previne a síndrome de abstinência.

O medicamento descrito é a

- (A) buprenorfina.
- (B) metadona.
- (C) naltrexona.
- (D) naloxona.
- (E) clonidina.

12

Mulher de 30 anos com Transtorno Afetivo Bipolar tipo I, em uso de valproato de sódio, expressa desejo de engravidar.

Nesse caso, assinale o principal risco associado à manutenção do valproato durante a gestação.

- (A) Síndrome metabólica.
- (B) Defeitos do tubo neural no feto.
- (C) Discinesia tardia.
- (D) Sedação excessiva materna.
- (E) Alopecia.

13

Paciente de 80 anos, internado por pneumonia, apresenta início súbito de desorientação, agitação e alteração do nível de consciência nos últimos 2 dias. A família relata que o paciente era cognitivamente normal antes da internação.

O principal elemento que distingue esse quadro de uma demência, entre as opções a seguir, é

- (A) agitação psicomotora.
- (B) desorientação temporoespacial.
- (C) início agudo e flutuação do quadro.
- (D) presença de alucinações visuais.
- (E) prejuízo da memória recente.

14

Paciente de 22 anos, sem história psiquiátrica prévia, apresenta há 6 semanas delírios de controle e alucinações auditivas. O funcionamento escolar e social está comprometido. Não há episódios de humor depressivos.

O diagnóstico mais provável, considerando o tempo de evolução, é

- (A) transtorno psicótico breve.
- (B) transtorno esquizofreniforme.
- (C) esquizofrenia.
- (D) transtorno delirante persistente.
- (E) transtorno esquizoafetivo.

15

Paciente de 45 anos, em uso de imipramina 75 mg/dia para dor neuropática, duplicou a dose e consumiu bebida alcoólica. Horas depois, foi encontrado confuso, com midríase, taquicardia, hipertermia e pele seca.

O diagnóstico mais provável é

- (A) síndrome serotoninérgica.
- (B) síndrome neuroléptica maligna.
- (C) síndrome anticolinérgica central.
- (D) intoxicação por lítio.
- (E) crise colinérgica.

16

Paciente de 35 anos, em uso de paroxetina para transtorno depressivo maior há 2 meses, apresenta boa resposta terapêutica, mas queixa-se de dificuldade para atingir o orgasmo. Refere que isso está prejudicando sua qualidade de vida.

A conduta mais adequada é

- (A) suspender a paroxetina imediatamente.
- (B) adicionar sildenafil.
- (C) reduzir a dose de paroxetina pela metade.
- (D) substituir a paroxetina pela bupropiona.
- (E) prescrever um ansiolítico para o desconforto.

17

Paciente de 55 anos, vítima de AVE isquêmico em hemisfério direito há 6 meses, apresenta hemiparesia esquerda, com preservação da força e coordenação do membro superior direito. Apresenta déficits cognitivos leves, mas mantém capacidade de leitura e raciocínio lógico. Não consegue mais exercer sua profissão anterior (motorista de caminhão).

Na avaliação pericial previdenciária, este paciente se enquadra no conceito de

- (A) incapacidade laborativa definitiva.
- (B) incapacidade laborativa temporária.
- (C) capacidade laborativa plena.
- (D) capacidade laborativa residual.
- (E) doença profissional.

18

Paciente de 48 anos, em internação involuntária por transtorno bipolar com episódio maníaco grave, recusa-se terminantemente a tomar a medicação prescrita. Apresenta agitação, agressividade e risco de autoagressão.

Considerando o Código de Ética Médica e a Lei nº 10.216/2001, a conduta mais adequada é

- (A) respeitar a recusa e aguardar que o paciente mude de decisão.
- (B) administrar a medicação por via parenteral, pois o paciente está em regime de internação involuntária e há risco iminente.
- (C) solicitar alta a pedido da família.
- (D) encaminhar o caso ao Ministério Público para decisão judicial.
- (E) suspender todas as medicações e realizar apenas psicoterapia.

19

Paciente em uso crônico de lítio chega ao pronto-socorro com quadro de diarreia, vômitos, tremor grosseiro, confusão mental e ataxia. Nível sérico de lítio: 2,8 mEq/L. Creatinina: 2,0 mg/dL.

A conduta imediata é

- (A) suspender o lítio e iniciar hidratação venosa intensa.
- (B) aumentar a dose de lítio para compensar as perdas.
- (C) prescrever diurético de alça para acelerar a excreção.
- (D) administrar antipsicótico para controlar a agitação.
- (E) orientar hidratação oral e retorno em 24 horas.

20

Homem de 58 anos inicia tratamento com pramipexol para Síndrome das Pernas Inquietas. Após 4 meses, a família nota comportamento compulsivo para compras *online* e envolvimento excessivo com jogos de azar, com significativo prejuízo financeiro. Esses comportamentos não existiam antes do uso do medicamento.

O efeito adverso comportamental descrito é mais característico da classe medicamentosa dos

- (A) agonistas dopaminérgicos.
- (B) antipsicóticos atípicos.
- (C) inibidores da recaptação de serotonina.
- (D) estabilizadores do humor.
- (E) benzodiazepínicos.

21

Os critérios diagnósticos atuais para a Doença de Alzheimer enfatizam a detecção de biomarcadores biológicos como elemento central para o diagnóstico, mesmo em fases pré-clínicas.

Os biomarcadores considerados centrais (*core*) para o diagnóstico biológico da DA são:

- (A) dosagem de neurofilamentos e GFAP no sangue.
- (B) acúmulo de beta-amiloide na tomografia por emissão de pósitron e no líquido cefalorraquidiano Aβ42/Aβ40 e tau fosforilada.
- (C) hiperintensidades da substância branca na RNM.
- (D) padrão eletroencefalográfico típico e GFAP no sangue.
- (E) dosagem de acetilcolinesterase no líquido cefalorraquidiano e dosagem de neurofilamentos.

22

Paciente de 76 anos com Doença de Alzheimer em estágio grave, com perda significativa da autonomia, apresenta episódios de agitação psicomotora e agressividade, além de delírios de que sua esposa é uma impostora.

A medicação sintomática com melhor evidência e indicação formal para essa fase da doença é

- (A) donepezila.
- (B) rivastigmina.
- (C) acrescentar a memantina aos inibidores de acetilcolinesterase.
- (D) haloperidol.
- (E) sertralina.

23

Paciente de 65 anos apresenta quadro de demência rapidamente progressiva, com perda de memória acentuada em 3 meses, mioclonias generalizadas e sinal de Babinski bilateral. A hipótese diagnóstica principal é Doença de Creutzfeldt-Jakob.

O exame complementar de maior acurácia sem ser invasivo para confirmar esse diagnóstico é

- (A) a ressonância magnética com difusão.
- (B) o eletroencefalograma com atividade trifásica.
- (C) o teste RT-QuIC no líquido cefalorraquidiano.
- (D) a dosagem de proteína 14-3-3 no líquido cefalorraquidiano.
- (E) a tomografia por emissão de pósitrons para marcação de placa amiloide.

24

Paciente de 38 anos apresenta história de episódios depressivos. Durante a avaliação, relata que, em alguns períodos, sente-se "muito produtivo", com energia aumentada, menos necessidade de sono e maior sociabilidade, sem prejuízo funcional. Esses episódios duram cerca de 3 a 4 dias.

O diagnóstico mais provável é

- (A) transtorno depressivo maior recorrente.
- (B) transtorno bipolar tipo II.
- (C) transtorno bipolar tipo I.
- (D) distímia.
- (E) ciclotímia.

25

Mulher de 58 anos é encaminhada por alterações de comportamento progressivas nos últimos meses. A família descreve que ela tem demonstrado interesse exagerado por assuntos místicos e apresenta episódios súbitos de sensação de "já ter vivido aquela situação" (déjà vu). A paciente não faz uso de medicações. Ao exame, apresenta-se orientada e cooperativa. Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta inicial para o caso.

- (A) esquizofrenia tardia - iniciar olanzapina.
- (B) epilepsia focal (lobo temporal) - solicitar vídeo eletroencefalograma prolongado e considerar o uso de droga antiepiléptica.
- (C) transtorno delirante - iniciar risperidona.
- (D) transtorno obsessivo-compulsivo - iniciar sertralina.
- (E) demência frontotemporal - solicitar neuroimagem.

26

Criança de 9 anos apresenta crises de ausência típicas diagnosticadas como Epilepsia de Ausência. Iniciou tratamento com etossuximida, com boa resposta para as crises. No entanto, após 4 semanas de uso, a mãe relata que a criança começou a apresentar comportamentos estranhos, com discurso desconexo e alucinações visuais.

A conduta mais adequada é

- (A) suspender a etossuximida e trocar por ácido valproico.
- (B) adicionar risperidona ao esquema terapêutico.
- (C) manter a etossuximida e iniciar sertralina.
- (D) trocar a etossuximida por carbamazepina.
- (E) realizar eletroencefalograma para confirmar o diagnóstico.

27

Mulher de 28 anos, no pós-parto (10 dias), é encaminhada pela equipe de obstetrícia para avaliação psiquiátrica devido a quadro de choro frequente, insônia, irritabilidade e sentimentos de inadequação como mãe.

A paciente nega ideação suicida ou pensamentos de prejudicar o bebê. Durante a entrevista, relata ter tido um episódio depressivo maior no passado, tratado com sertralina, e que suspendeu a medicação por conta própria ao descobrir a gestação.

A conduta terapêutica mais adequada para o caso é

- (A) iniciar psicoterapia de suporte semanal e orientar sobre a importância do sono e do apoio familiar.
- (B) reiniciar a sertralina e encaminhar para psicoterapia, explicando os riscos e benefícios do tratamento medicamentoso na amamentação.
- (C) prescrever um benzodiazepínico de curta duração para controle da insônia e planejar alta com retorno em 15 dias.
- (D) realizar internação psiquiátrica para monitoramento do quadro, devido ao alto risco de evolução para psicose puerperal.
- (E) solicitar avaliação endocrinológica para afastar disfunção tireoidiana antes de qualquer intervenção psiquiátrica.

28

Paciente de 45 anos, com diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar Tipo I há 15 anos, está em acompanhamento e faz uso de lítio (nível sérico de 0,8 mEq/L) e quetiapina (300 mg/dia). Apresenta-se, em consulta ambulatorial, com familiares, que relatam um episódio de mania há três semanas, com aumento da verbosidade, gastos excessivos e irritabilidade, sem sinais de psicose. O paciente nega sintomas e refere que "está muito bem". A última alteração de medicação foi há seis meses.

Diante desse caso, a conduta com mais respaldo na literatura e nas diretrizes atuais é

- (A) aumentar a dose de quetiapina para 600 mg/dia e manter o lítio, programando um retorno em uma semana.
- (B) adicionar um estabilizador do humor, como o valproato, à terapia atual, e considerar a internação caso o quadro progrida.
- (C) trocar o lítio por um antipsicótico atípico de longa duração (risperidona) devido à falta de adesão.
- (D) realizar uma intervenção psicoeducativa intensiva com a família para que eles aceitem a condição do paciente e não tentem confrontá-lo.
- (E) suspender a quetiapina e iniciar carbamazepina para melhor controle do humor, pois o paciente apresenta sinais de resistência ao tratamento.

29

Homem de 62 anos, com histórico de esquizofrenia em tratamento há 8 anos, é trazido pela esposa à consulta. Ela relata que, nos últimos 3 meses, ele apresenta tremores nas mãos, rigidez muscular, dificuldade para iniciar a marcha e expressão facial reduzida. O paciente refere que está com "mais dificuldade para andar".

Ao exame físico, observa-se hipomímia facial, rigidez em roda dentada, tremor de repouso em membros superiores, bradicinesia e marcha com passos curtos. O paciente faz uso regular de haloperidol 10 mg/dia.

A conduta mais adequada para o caso é

- (A) aumentar a dose de haloperidol para 15 mg/dia.
- (B) iniciar levodopa/carbidopa.
- (C) reduzir a dose de haloperidol e considerar a troca por um antipsicótico como brexipiprazol.
- (D) iniciar biperideno 5 mg/dia e manter haloperidol.
- (E) trocar haloperidol por clozapina imediatamente.

30

Paciente do sexo feminino, 68 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos e hipertensão arterial sistêmica, procura atendimento psiquiátrico encaminhada pela endocrinologista. Refere que, há aproximadamente 8 meses, tem apresentado preocupação excessiva com a saúde dos filhos, com necessidade de fazer várias ligações telefônicas ao longo do dia para "ver se estão bem". Queixa-se de "nervos à flor da pele", irritabilidade, insônia e dores musculares difusas. Durante a consulta, menciona também sensação de formigamento e queimação nos pés, com início há cerca de 3 anos e piora progressiva.

Considerando as comorbidades e o quadro clínico, a melhor abordagem farmacológica é

- (A) quetiapina 25 mg/dia.
- (B) duloxetine 60 mg/dia.
- (C) lorazepam 2 mg/dia.
- (D) haloperidol 10 mg/dia.
- (E) amitriptilina 25 mg/dia.

31

Homem de 52 anos, morador de rua, é trazido ao pronto-socorro por uma equipe de assistência social. Relatam que o paciente apresenta histórico de consumo diário de bebidas destiladas há mais de 20 anos, com alimentação extremamente irregular.

Há 4 dias, os assistentes notaram que o paciente apresenta episódios de confusão mental, desorientação e quedas frequentes.

O paciente nega ter ingerido álcool nos últimos 2 dias. Ao exame físico, observa-se paciente emagrecido, desorientado no tempo e espaço, com nistagmo horizontal bilateral, dificuldade de concentração e marcha atáxica. Não há relato de trauma craniano.

Considerando o quadro clínico agudo, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta imediata são:

- (A) encefalopatia hepática - administrar lactulona.
- (B) encefalopatia de Wernicke - administrar tiamina 100 mg IV antes da glicose.
- (C) delirium tremens - administrar Diazepam.
- (D) síndrome de abstinência alcoólica - administrar haloperidol.
- (E) mielinólise pontina - administrar corticosteroide.

32

Paciente do sexo masculino, 45 anos, dá entrada no pronto-socorro psiquiátrico com rebaixamento do nível de consciência, mutismo, rigidez muscular intensa e tremor grosseiro.

Ao exame, apresenta temperatura axilar de 39,4°C, frequência cardíaca de 128 bpm, frequência respiratória de 28 irpm e pressão arterial de 165 × 95 mmHg. Relata-se que, há 10 dias, iniciou uso de haloperidol 10 mg/dia para controle de episódio psicótico agudo. A mãe informa que o paciente também faz uso ocasional de *cannabis*. Exames laboratoriais mostram CPK elevada (12.000 U/L).

Diante do quadro clínico agudo, a principal hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada são:

- (A) síndrome neuroléptica maligna - suspender haloperidol, fazer hidratação, administrar dantroleno ou bromocriptina.
- (B) síndrome serotoninérgica - administrar ciproheptadina.
- (C) surto psicótico, administrar risperidona.
- (D) distonia aguda - administrar biperideno.
- (E) acatisia grave - reduzir a dose de haloperidol e introduzir a olanzapina.

33

Em relação aos antipsicóticos, avalie se as afirmativas a seguir estão corretas.

- I. Antipsicóticos típicos atuam principalmente como antagonistas dos receptores dopaminérgicos D2, com alta afinidade e ocupação > 60%.
- II. O uso de antipsicóticos típicos está associado a menor risco de efeitos extrapiramidais quando comparado aos atípicos.
- III. Antipsicóticos atípicos, como a clozapina, têm maior afinidade pelos receptores 5-HT2A do que pelos D2, resultando em menor risco de sintomas extrapiramidais.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e III, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I e II, apenas.
- (E) I, II e III.

34

Em relação ao mecanismo de ação das medicações estabilizadoras do humor, avalie se as afirmativas a seguir estão corretas.

- I. O carbonato de lítio atua modulando a via do inositol monofosfato e inibindo a glicogênio sintase quinase-3 (GSK-3).
- II. O valproato de sódio atua principalmente como antagonista dos receptores GABA-B.
- III. A lamotrigina estabiliza o humor por meio do bloqueio dos canais de sódio voltagem-dependentes, reduzindo a liberação de glutamato.

Está correto o que se afirma em

- (A) I e II, apenas.
- (B) II, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I, apenas.
- (E) I e III, apenas.

35

Sobre o tratamento da esquizofrenia, avalie se as afirmativas a seguir estão corretas.

- I. Os antipsicóticos típicos são eficazes no tratamento dos sintomas positivos, mas apresentam maior risco de efeitos extrapiramidais.
- II. Os antipsicóticos atípicos têm eficácia semelhante aos típicos para os sintomas positivos e podem ser mais eficazes para os sintomas negativos.
- III. O bloqueio dopaminérgico na via túbero-infundibular é o responsável pelo efeito terapêutico sobre os sintomas positivos.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) I e III, apenas.
- (C) II e III, apenas.
- (D) I e II, apenas.
- (E) I, II e III.

36

Criança de 7 anos é encaminhada ao neuropediatra devido a episódios frequentes de "olhar fixo" e "apagões" na escola. Durante a consulta, a criança apresenta, após manobra de hiperventilação, um episódio de interrupção súbita da fala, com olhar fixo e imobilidade por aproximadamente 12 segundos, com recuperação imediata e retorno à atividade normal. O EEG confirma diagnóstico de Epilepsia de Ausência (crises generalizadas).

O médico inicia tratamento com etossuximida, com boa resposta das crises. No entanto, após 4 semanas, a mãe relata que a criança começou a apresentar episódios de alucinações visuais, afirmando ver "pessoas que não estão na sala" e parecendo conversar com elas.

Em relação à conduta mais adequada, assinale a afirmativa correta.

- (A) A paciente é portadora de esquizofrenia infantil e deve ser tratada com haloperidol.
- (B) A droga antiepiléptica deve ser trocada por carbamazepina, pois trata-se de crise focal com sintomas psicóticos.
- (C) A criança apresenta crises generalizadas e deve ter o antiepiléptico substituído por ácido valproico.
- (D) Trata-se de um caso de déficit de atenção com esquizofrenia, sendo indicado o uso de risperidona e metilfenidato.
- (E) A criança não apresenta epilepsia, mas sim transtorno dissociativo, com indicação de psicoterapia.

37

Paciente de 55 anos com episódio depressivo maior refratário a duas tentativas prévias com antidepressivos de classes diferentes (ISRS e IRSN), com duração de 6 semanas cada. Foram suspensos os medicamentos acima mencionados. Foi avaliado para iniciar tratamento com um inibidor monaminoxidase (IMAO) após um período sem o uso dos inibidores de reuptake de serotonina e norepinefrina.

Em relação à prescrição de IMAO, assinale a afirmativa correta.

- (A) O paciente deve ser orientado a seguir uma dieta com restrição de tiramina para evitar crise hipertensiva.
- (B) A associação com ISRS é segura para potencializar o efeito terapêutico.
- (C) Não há necessidade de intervalo entre a suspensão do IRSN e o início do IMAO.
- (D) Não há restrições dietéticas para o uso de IMAOs.
- (E) O uso de IMAOs está contraindicado em pacientes idosos.

38

Paciente do sexo masculino, 22 anos, estudante universitário, é trazido pela mãe à consulta. Ela relata que, nos últimos 8 meses, ele passou a apresentar comportamentos progressivamente mais estranhos: isolamento social, abandono dos amigos, desleixo com a higiene, e começou a falar de "agentes do governo" que o monitoram através do celular. O paciente afirma que ouve vozes que fazem comentários sobre suas ações ("ele está comendo agora, está mentindo"). Nega uso de substâncias. Ao exame, apresenta discurso ocasionalmente desorganizado e embotamento afetivo.

O diagnóstico mais provável e a conduta terapêutica mais indicada são:

- (A) transtorno bipolar - carbonato de lítio.
- (B) esquizofrenia - antipsicótico atípico (risperidona, quetiapina ou olanzapina).
- (C) transtorno delirante persistente - psicoterapia de suporte.
- (D) transtorno de ansiedade generalizada – benzodiazepínico.
- (E) depressão maior com sintomas psicóticos - ISRS + quetiapina.

39

Mulher de 35 anos procura atendimento no pronto-socorro pela 6ª vez no último mês. Refere episódios súbitos de taquicardia, sudorese intensa, tremores, dor no peito, sensação de falta de ar, tontura e medo de "perder o controle" ou "enlouquecer". Relata que os episódios duram de 5 a 15 minutos e são imprevisíveis. Já realizou avaliação cardiológica completa (ECG, Holter, ecocardiograma) e exames laboratoriais, todos normais. Nega uso de substâncias. Entre os episódios, refere medo constante de que uma nova crise possa ocorrer.

O diagnóstico mais provável é

- (A) fobia específica.
- (B) infarto agudo do miocárdio.
- (C) transtorno depressivo maior.
- (D) transtorno de estresse pós-traumático.
- (E) transtorno de pânico.

40

Sobre as medicações estabilizadoras do humor, assinale a afirmativa correta.

- (A) O carbonato de lítio tem janela terapêutica estreita e requer monitoramento sérico com níveis alvo entre 0,6 e 1,2 mEq/L na fase aguda.
- (B) O topiramato é frequentemente associado ao ganho de peso significativo.
- (C) A carbamazepina não requer monitoramento de sódio sérico.
- (D) O valproato de sódio tem menor risco de teratogenicidade que o lítio.
- (E) A sertralina tem alta eficácia no tratamento da mania aguda.

41

Paciente de 34 anos, sexo feminino, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) há dois anos, em uso regular de hidroxiquina 400 mg/dia e prednisona 5 mg/dia (sem qualquer alteração terapêutica há 8 meses), é trazida à clínica da família pelo marido. Ele refere que, há aproximadamente uma semana, ela tem dormido apenas duas horas por noite, mas não demonstra cansaço, apresenta humor eufórico, fala acelerada, ideias de grandiosidade (afirma ter "descoberto a cura para o lúpus") e aumento dos gastos financeiros por impulso.

Ao exame físico, evidenciou-se *rash* malar e artrite em punhos (achados ausentes na última consulta). Exames laboratoriais revelam queda do complemento sérico (C3 e C4) e elevação do título de anti-dsDNA, comparado ao exame realizado no mês anterior. Nega uso de álcool, substâncias ou outros medicamentos. Não há história pessoal ou familiar de transtorno psiquiátrico.

A principal hipótese diagnóstica é

- (A) transtorno esquizoafetivo, tipo bipolar.
- (B) mania secundária à condição médica (LES).
- (C) episódio de mania induzido por glicocorticoide.
- (D) efeito adverso neuropsiquiátrico da hidroxiquina.
- (E) transtorno bipolar tipo I, com primeiro episódio maníaco.

42

Um médico de 58 anos atende pela primeira vez um paciente de 23 anos, usuário abusivo de álcool, que foi encaminhado após episódio de intoxicação aguda. Durante a entrevista, o paciente torna-se hostil, quando o médico tenta investigar o padrão de consumo de álcool, dizendo: "Você está igualzinho ao meu pai, sempre brigando comigo por causa disso.". A partir desse momento, o paciente passa a responder com a mesma irritação e ressentimento que descreveu sentir nas discussões com o pai.

O fenômeno psicodinâmico descrito é denominado

- (A) resistência à abordagem terapêutica proposta.
- (B) transferência do paciente em relação ao médico.
- (C) identificação projetiva do médico com o paciente.
- (D) neurose de transferência desenvolvida pelo paciente.
- (E) contratransferência do médico em relação ao paciente.

43

Uma jovem de 19 anos é levada pelos pais à consulta psiquiátrica, após perder 11 kg nos últimos 6 meses. Os pais dizem que praticamente não veem mais a filha comer. Frequentemente, ela inventa desculpas para se ausentar no momento das refeições. Quando não consegue, os pais dizem que ela come apenas a salada e um pedaço pequeno de carne. Passou a recusar comer arroz, feijão ou macarrão. Tornou-se mais irritadiça. Diariamente, caminha por 1h e faz exercícios abdominais durante 30 minutos. Está há 3 meses em amenorreia.

Ao exame, demonstra grande ansiedade e desconforto ao ser pesada. IMC: 16,8 Kg/m², FC: 56 bpm, PA: 90 x 50 mmHg, hipocorada ++/4+, acrocianose. Afirma saber que seu comportamento não é saudável, que está emagrecendo, mas não consegue se sentir satisfeita com sua imagem nem voltar a se alimentar adequadamente. Verbaliza que "gostaria que as coisas voltassem a ser como antes".

A hipótese diagnóstica mais provável é

- (A) bulimia nervosa.
- (B) anorexia nervosa atípica.
- (C) anorexia nervosa, subtipo restritivo.
- (D) transtorno alimentar restritivo/evitativo.
- (E) anorexia nervosa, subtipo compulsão alimentar purgativa.

44

Um paciente de 34 anos está em acompanhamento para esquizofrenia no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). A psiquiatra, o psicólogo, a terapeuta ocupacional e a assistente social atendem o paciente separadamente, cada um seguindo sua conduta e seu registro individual. Não há reuniões com todos esses profissionais para discussão do caso. Diante de um agravamento no quadro do paciente, a enfermeira do CAPS procura pontualmente a psiquiatra e solicita reavaliação da medicação em uso, sem que os demais profissionais participem dessa discussão.

Considerando-se o modelo assistencial preconizado para a atenção à saúde mental, o caso descrito

- (A) reflete uma hierarquização adequada, em que o médico deve centralizar as decisões clínicas.
- (B) caracteriza interconsulta especializada, modelo mais eficiente do que a equipe multiprofissional.
- (C) configura fragmentação do cuidado, com ausência de construção compartilhada do projeto terapêutico.
- (D) retrata o matriciamento adequado, dispensando reuniões de equipe, a fim de otimizar o tempo dos profissionais.
- (E) descreve o trabalho em equipe multiprofissional, considerando-se a diversidade de profissionais envolvidos na assistência.

45

Um paciente de 52 anos é levado pela esposa à emergência. Nas últimas 24 horas, iniciou quadro caracterizado por alucinações visuais, desorientação temporal de caráter flutuante e cefaleia holocraniana progressiva. Segundo a esposa, ele não usa substâncias psicoativas e não apresenta história psiquiátrica prévia.

Ao exame neurológico, observa-se discreta redução de força em membro superior esquerdo (grau IV/V).

Em relação à investigação complementar, é correto afirmar que

- (A) deve-se restringir a exames laboratoriais para exclusão de causas orgânicas.
- (B) a conduta inicial consiste em punção lombar para análise do líquido cefalorraquidiano.
- (C) só está indicada se não houver resposta após três dias de tratamento empírico com antipsicóticos.
- (D) deve-se solicitar tomografia computadorizada de crânio, com prioridade, devido à presença de sinais de alarme.
- (E) deve-se primeiramente solicitar eletroencefalograma, por ser o de maior sensibilidade para quadros psicóticos de início tardio.

46

Paciente de 23 anos acabou de receber diagnóstico de esquizofrenia. Apresenta obesidade (IMC=34 Kg/m²), pré-diabetes (HbA1c 5,9%) e dislipidemia. A equipe pretende iniciar tratamento antipsicótico.

A seguinte medicação seria mais adequada ao perfil metabólico do paciente:

- (A) clozapina.
- (B) quetiapina.
- (C) olanzapina.
- (D) aripiprazol.
- (E) haloperidol em doses altas.

47

Mulher de 32 anos, com diagnóstico de transtorno de pânico, apresenta episódios paroxísticos de ansiedade intensa, manifestados por taquicardia, parestesia, sudorese e sensação de morte iminente. Afirma estar sempre preocupada com a possibilidade de manifestar novos episódios e evita locais onde eles já ocorreram. Foi encaminhada para psicoterapia, como parte do tratamento.

A abordagem psicoterapêutica que apresenta maior nível de evidência para o transtorno de pânico é

- (A) o treinamento de relaxamento muscular progressivo, isoladamente.
- (B) a dessensibilização e o reprocessamento por movimentos oculares (EMDR).
- (C) a terapia cognitivo comportamental, com foco na exposição situacional e na reestruturação cognitiva.
- (D) a terapia interpessoal com foco nos conflitos interpessoais que desencadeiam os sintomas de ansiedade.
- (E) a psicoterapia psicodinâmica breve, com foco na compreensão do conflito inconsciente subjacente à ansiedade.

48

L.C.F, sexo masculino, 37 anos, em uso de haloperidol há cinco dias devido à quadro psicótico agudo, é levado à emergência com alteração do nível de consciência, febre (39,4° C), hipertonia muscular generalizada, FC: 120 bpm, PA: 140 x 90 mmHg e diaforese. Exames laboratoriais revelam CPK aumentada e leucocitose.

O diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada são, respectivamente,

- (A) catatonia; associar um benzodiazepínico ao haloperidol.
- (B) discinesia tardia; substituir o haloperidol por um antipsicótico atípico.
- (C) síndrome serotoninérgica; iniciar benzodiazepínico e suspender o antipsicótico.
- (D) síndrome neuroléptica maligna; suspender o antipsicótico e iniciar suporte clínico intensivo.
- (E) distonia aguda; manter o antipsicótico e iniciar biperideno.

49

Homem de 58 anos, com transtorno por uso de álcool há 30 anos, e diagnóstico de cirrose hepática (Child-Pugh C), é admitido na emergência 24 horas após a última ingesta de bebida alcoólica. Ao exame físico, FC: 116 bpm, PA: 150 x 90 mmHg, tremores de extremidades, sudorese profusa.

Ao exame psíquico, apresenta-se vigil, orientado auto e alopsiquicamente, com intensa agitação psicomotora. Atitude pouco colaborativa, humor disfórico e afeto congruente com humor. Pensamento com curso acelerado, sem alterações da forma ou conteúdo. Não há sinais de atividade alucinatória. Tenacidade reduzida associada à hipervigilância.

Considerando o quadro clínico na admissão do paciente e sua disfunção hepática, a alternativa farmacológica mais adequada para controle da agitação psicomotora e prevenção de convulsões é

- (A) fenobarbital, pois consiste na 1ª linha de tratamento da abstinência alcoólica em hepatopatas.
- (B) diazepam, devido à sua meia vida prolongada, mantém concentração sérica mais estável e evita sedação excessiva em hepatopatas.
- (C) clordiazepóxido, devido à sua meia vida prolongada e metabolismo renal, apresenta baixo risco de acúmulo ou sedação excessiva.
- (D) não iniciar benzodiazepínico e tratar a abstinência com haloperidol, por ser mais seguro em pacientes com insuficiência hepática.
- (E) lorazepam, devido à sua meia vida intermediária, por sofrer apenas glicuronidação, e por não ter metabólitos ativos, apresenta baixo risco de toxicidade.

50

Mulher de 48 anos queixa-se de irritabilidade intensa, labilidade emocional, fadiga e insônia de manutenção associada a episódios súbitos de sudorese. Seus ciclos menstruais tornaram-se irregulares, com fluxo mais intenso. O exame psíquico corrobora diagnóstico de episódio depressivo maior grave sem ideação suicida ou sintomas psicóticos. Não possui contraindicação à terapia hormonal.

Assinale a opção que apresenta a melhor abordagem terapêutica ao quadro descrito.

- (A) Devido à gravidade do quadro, deve-se iniciar um antidepressivo tricíclico combinado à terapia hormonal, uma vez que os tricíclicos não possuem eficácia nos sintomas vasomotores.
- (B) Deve-se indicar eletroconvulsoterapia, uma vez que se trata de um episódio depressivo grave e os antidepressivos apresentam baixa eficácia no tratamento de mulheres na perimenopausa.
- (C) Se a paciente estivesse na menopausa tardia (mais de 10 anos após a última menstruação), seria indicada apenas a terapia hormonal para o transtorno do humor, devido à restauração tardia da densidade de receptores serotoninérgicos centrais.
- (D) Deve-se iniciar um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) ou a um inibidor dual (IRSN), devido à gravidade do quadro e ao efeito desses antidepressivos, não apenas no transtorno de humor, mas também nos sintomas vasomotores.
- (E) Iniciar apenas a terapia hormonal (TH) combinada (estrogênio e progesterona), uma vez que a paciente se encontra na perimenopausa (janela de oportunidade) e há evidências robustas de que a TH possui eficácia semelhante aos antidepressivos em episódios depressivos graves, na perimenopausa.

51

Paciente de 70 anos foi submetido à craniectomia para ressecção de um meningioma em convexidade frontal direita. A família relata que, após a cirurgia, houve mudança significativa em seu comportamento: o paciente passou a chorar com facilidade diante de estímulos emocionais triviais, sem tristeza subjetiva proporcional ao choro, e, por vezes, passou também a rir de forma súbita e desproporcional ao contexto. Ele reconhece que essas manifestações são exageradas, e, por mais que se esforce para contê-las, não consegue, o que lhe deixa constrangido.

Por essa razão, reduziu progressivamente as saídas de casa e passou a evitar contato social. Ele nega tristeza persistente e refere ter prazer nas atividades que ainda realiza (cuidar das plantas, leitura). Nega alterações de apetite ou sono. Não há flutuação do nível de consciência, alucinações ou outros déficits cognitivos relevantes, além de discreta dificuldade em fixar novas informações no dia a dia.

Esse quadro é melhor explicado como

- (A) episódio depressivo maior, secundário a lesão neurológica.
- (B) incontinência afetiva (afeto pseudobulbar) secundária a extensa lesão cirúrgica frontal.
- (C) episódio depressivo maior com características mistas, caracterizado pela alternância entre choro e riso.
- (D) transtorno de ansiedade generalizada, com comportamento de esquiva social secundário a preocupação excessiva.
- (E) transtorno de adaptação com humor deprimido, decorrente das limitações funcionais no período pós-operatório.

52

J.R.S., 44 anos, professor, com diagnóstico de transtorno depressivo maior, comparece à consulta de retorno com seu psiquiatra relatando piora do humor nas últimas duas semanas, sentimento de desesperança e pensamentos recorrentes de que “a vida não vale a pena”. Sente-se “um peso para família”.

Ao ser questionado ativamente, o paciente revela ter pensado em formas de tirar a própria vida, já pesquisou sobre um método específico, e chegou a comprar parte do material necessário para execução do plano, embora afirme não ter ainda uma data definida. Nega tentativas de suicídio prévias. Diz que o que ainda o “segura” é o amor que tem pelos filhos e o mau exemplo que daria a seus alunos. Ao final da consulta, ele concorda em entregar o material adquirido aos familiares.

A conduta mais adequada é

- (A) encaminhá-lo para internação psiquiátrica involuntária imediata, uma vez que apresenta planejamento suicida e acesso a meios de executá-lo.
- (B) indicar internação psiquiátrica voluntária, ainda que o paciente coopere com as medidas de segurança propostas, uma vez que apresenta planejamento e meios de se suicidar.
- (C) intensificar o suporte ambulatorial (retorno em poucos dias), envolver e orientar a rede de apoio quanto à restrição a meios letais e reavaliar a indicação de internação conforme evolução.
- (D) solicitar que o paciente assine um termo de “não suicídio”, a fim de mitigar o risco identificado e resguardar o médico juridicamente, possibilitando manter o planejamento terapêutico prévio.
- (E) estender a duração da consulta, a fim de reforçar o vínculo terapêutico. Não estão indicadas outras alterações no plano terapêutico, pois o paciente possui fator de proteção relevante (vínculo com os filhos e os alunos).

53

M.L.S., sexo feminino, 59 anos, apresenta transtorno depressivo maior, episódio atual grave, com sintomas psicóticos congruentes com o humor (delírios de culpa e ruína) e ideação suicida estruturada. Recusa-se a comer nos últimos cinco dias. Já foram realizadas duas tentativas terapêuticas prévias com antidepressivos de diferentes classes, em doses e durações adequadas.

Levando-se em conta a gravidade do quadro e a necessidade de resposta rápida, a intervenção mais indicada é a

- (A) eletroconvulsoterapia.
- (B) estimulação do nervo vago.
- (C) estimulação cerebral profunda.
- (D) estimulação magnética transcraniana repetitiva.
- (E) estimulação transcraniana por corrente contínua.

54

Mulher de 32 anos apresenta primeiro episódio depressivo maior, de gravidade moderada, sem sintomas psicóticos, ideação suicida nem comorbidades clínicas relevantes. Na consulta médica, relata que não gostaria de tomar antidepressivo. Tem acesso à psicoterapia estruturada (Terapia Cognitivo Comportamental) na rede em que é atendida.

Considerando-se as diretrizes atuais para tratamento inicial do transtorno depressivo maior moderado, a conduta mais adequada é

- (A) tomar uma decisão conjunta com a equipe de saúde multidisciplinar, a despeito das preferências do paciente.
- (B) acolher o desejo da paciente e informar que a monoterapia com exercício físico é igualmente eficaz, para que ela escolha.
- (C) explicar à paciente que na depressão moderada, não há respaldo científico para psicoterapia isolada, devendo ser associada ao antidepressivo.
- (D) respeitar a decisão da paciente, considerando que tanto o antidepressivo quanto a psicoterapia estruturada possuem eficácia semelhante em curto prazo.
- (E) acolher o desejo da paciente e informar que os fitoterápicos possuem eficácia semelhante aos antidepressivos em episódios moderados, devendo ser associados à psicoterapia.

55

Homem de 21 anos procura atendimento médico a pedido de sua mãe, que, desde o início da Copa do Mundo, está preocupada com seu envolvimento crescente com apostas esportivas *online*. Ele relata que começou a apostar há mais de um ano, mas que precisa apostar valores cada vez mais altos para sentir a mesma “emoção do início”. Já tentou parar de apostar duas vezes, sem sucesso. Nessas ocasiões, ficou muito inquieto e irritado. Reconhece que pensa em apostas mesmo quando está envolvido em outras atividades. Sua última namorada rompeu o relacionamento alegando que ele só queria ficar apostando e não lhe dava mais atenção.

Ele alega que isso uma fase na qual estava perdendo dinheiro com frequência e, por isso, precisava jogar para “recuperar as perdas”. Mentiou para a família sobre quanto já perdeu em apostas e quanto deve a amigos de empréstimos contraídos para apostar. Já chamaram sua atenção duas vezes no trabalho, por estar apostando durante o expediente.

Considerando-se os conceitos e classificação de risco para pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, preconizados pelo Ministério da Saúde, o quadro deve ser classificado como

- (A) jogo de aposta de baixo risco, pois apresenta alguma consequência pessoal negativa.
- (B) jogos de azar ou apostas informais, categoria que não é considerada risco à saúde mental, independente do padrão de uso.
- (C) jogo de aposta social ou recreativo, já que o comportamento de apostar não indica necessariamente adoecimento.
- (D) transtorno de jogo, no qual há envolvimento persistente em apostas, com perda de controle e prejuízo associado.
- (E) jogo de aposta de risco moderado ou problemático, pois o jogo interfere em diversos aspectos da vida do paciente.

56

Menino de 6 anos, cursando o 1º ano do Ensino Fundamental, no turno da tarde, é trazido à consulta psiquiátrica após recomendação escolar. A professora relatou inquietude motora em sala de aula, dificuldade de manter a atenção nas atividades propostas e baixo desempenho acadêmico. A mãe cria o filho sozinha e não dispõe de rede de apoio familiar ou social. Ao chegar da escola, a criança usa *tablet* enquanto a mãe realiza as tarefas domésticas. O menino resiste a desligar o *tablet* para ir dormir. Ao deitar, demora a adormecer. Dorme aproximadamente 6 horas por noite. Em casa, a criança também apresenta agitação e dificuldade de concentração. O exame físico geral é normal.

Em conformidade com o princípio racional de uso de recursos em saúde, a próxima etapa é

- (A) solicitar audiometria, exame de processamento auditivo central (PAC) e TSH.
- (B) encaminhar a família ao serviço social, pois a vulnerabilidade social e a ausência de rede de apoio afastam a hipótese de TDAH.
- (C) prescrever metilfenidato, uma vez que o relato da professora, associado à confirmação de sintomas em casa, preenche os critérios diagnósticos para o TDAH.
- (D) aplicar o questionário SNAP-IV aos pais e à professora; se houver pelo menos 6 critérios de desatenção ou de hiperatividade observados “bastante” ou “demais”, confirma-se o diagnóstico de TDAH.
- (E) aprofundar a investigação de higiene do sono e do tempo de exposição a telas, antes de considerar o diagnóstico de TDAH, já que a privação de sono e o uso excessivo de telas podem mimetizar sintomas de desatenção e hiperatividade.

57

Homem, 63 anos, em acompanhamento psiquiátrico regular há 25 anos devido à transtorno bipolar tipo I, em uso contínuo de carbonato de lítio, com níveis séricos previamente estáveis na faixa terapêutica. Há 5 dias, iniciou uso de anti-inflamatório não esteroide (AINE) para lombalgia. Há 3 dias, passou a apresentar náuseas, vômitos e redução da ingesta hídrica. Nos últimos dois dias, a família notou febre não aferida e piora do estado geral. É trazido ao pronto-atendimento por familiares, que acreditam que ele esteja “tendo um derrame”, pois “acordou sem falar coisa com coisa” e “falando embolado; parece que está bêbado, mas ele nem bebe”.

Ao exame de admissão, encontra-se desorientado em tempo e espaço, Escala de Coma de Glasgow 13, disartria, tremor grosseiro de extremidades, hiporreflexia generalizada e mioclonias em membros superiores; força muscular preservada e simétrica, sem sinais de assimetria facial ou de déficit motor focal. Exames laboratoriais revelam creatinina acima do basal do paciente e lítio sérico de 4,2 mEq/L (faixa terapêutica de referência: 0,6–1,2 mEq/L).

Diante do quadro descrito, assinale a opção que apresenta a principal hipótese diagnóstica e a conduta mais adequada.

- (A) intoxicação por lítio, decorrente da nefrotoxicidade crônica decorrente do uso prolongado dessa medicação; suspender o lítio, hidratar vigorosamente e reavaliar em 24h.
- (B) intoxicação por lítio, decorrente de lesão renal aguda pelo uso de AINE; suspender o lítio, hidratação venosa com solução salina isotônica e solicitar hemodiálise de urgência.
- (C) acidente vascular cerebral isquêmico; solicitar tomografia de crânio com urgência e avaliar elegibilidade para trombólise vascular, suspender todas as medicações, inicialmente.
- (D) acidente vascular cerebral hemorrágico; solicitar tomografia de crânio com urgência, manter controle rigoroso da pressão arterial, suspender AINE e reduzir a dose de lítio à metade.
- (E) *delirium* secundário à infecção do sistema nervoso central; iniciar antibioticoterapia empírica de alto espectro, suspender o AINE e manter o lítio em dose habitual até a realização de exames adicionais.

58

E.N.M., sexo feminino, 74 anos, é trazida ao ambulatório de psiquiatria pelo filho, que relata que a mãe está convicta de estar infestada por "ácaros". O quadro iniciou há aproximadamente 4 meses. Inicialmente, procuraram um dermatologista que afastou doença cutânea. A seguir, foram a outros dois especialistas, que foram unânimes na conclusão.

A paciente diz que eles estão equivocados, pois ela sente "os bichinhos andando na pele". Para embasar sua afirmação, ela trouxe um saquinho plástico com fragmentos de crosta cicatricial e fiapos, que afirma serem os parasitas que retirou de sua pele. Nega uso de álcool ou substâncias. Nega antecedentes psiquiátricos. Não apresenta comorbidades clínicas conhecidas. Fazendo uso regular apenas de carbonato de cálcio e vitamina D para prevenção de osteoporose.

Ao exame, orientada no tempo e no espaço, sem alterações de memória. Pensamento sem alterações de curso ou forma. Apresenta alteração do conteúdo do pensamento (crença irredutível de infestação parasitária). Obteve pontuação de 26/30 no *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA). Exames laboratoriais dentro da normalidade.

A conduta mais adequada, nesse momento, é

- (A) iniciar benzodiazepínico em monoterapia, pois o quadro apresenta etiologia predominantemente ansiosa.
- (B) a fim de garantir adesão ao tratamento, confrontar diretamente a paciente, apresentando os exames normais como evidência.
- (C) não confrontar diretamente a paciente e iniciar antipsicótico atípico em baixa dose, evitando a pimozida, devido a maior risco de sintomas extrapiramidais e cardiovascular.
- (D) solicitar biópsia de pele, por ser o padrão ouro nesses casos; somente após seu resultado, seria possível assumir etiologia psiquiátrica, o que contraindica a prescrição de psicofármacos neste momento.
- (E) não confrontar diretamente a paciente e iniciar pimozida, que dispõe de evidência robusta de eficácia, sendo a medicação mais prescrita para este quadro e considerada a primeira linha de tratamento.

59

Mulher de 27 anos relata que, há 3 semanas, foi vítima de assalto à mão armada em via pública. Teve uma arma apontada para sua cabeça, durante aproximadamente dois minutos. Relata que, na ocasião, "era como estivesse assistindo a tudo de fora do meu corpo", com sensação de que aquilo não estava acontecendo com ela. Foi levada por seu namorado para registrar a ocorrência na delegacia, mas teve dificuldade para lembrar de detalhes importantes. Afirma que seu namorado, amigos e família têm lhe apoiado muito. Nega exposição prévia a eventos potencialmente traumáticos e antecedentes psiquiátricos.

Considerando o risco de desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) após exposição a evento potencialmente traumático (EPT), assinale a afirmativa **incorreta**.

- (A) O apoio social recebido é um dos principais fatores de proteção para desenvolvimento de TEPT.
- (B) A dissociação peritraumática relatada pela paciente é um dos fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de TEPT.
- (C) A ausência de exposição prévia a eventos potencialmente traumáticos configura um fator de risco para o desenvolvimento de TEPT.
- (D) Considerando-se eventos traumáticos de gravidades semelhantes, a maioria dos autores acredita que o sexo feminino apresenta maior risco de evoluir com TEPT comparado ao sexo masculino.
- (E) Considerando-se eventos traumáticos de gravidade objetiva semelhantes, EPT de origem interpessoal/intencional se associa a aumento do risco de TEPT quando comparado a EPT não intencional como catástrofe natural.

60

Você é o psiquiatra de referência do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) de um território e atua no matriciamento com Atenção Primária em Saúde. A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) identificou um aumento de queixas de sofrimento psíquico em estudantes do Ensino Fundamental de uma escola municipal do território, associado a *bullying*, inclusive *cyberbullying* fora do horário escolar.

Durante uma reunião envolvendo a equipe da APS, CAPSi e a diretora da escola, foi solicitada sua orientação sobre a melhor estratégia para estruturar de forma articulada com a RAPS e demais equipamentos do território (como a escola e o serviço social), um programa de prevenção eficaz, além de assegurar o cuidado aos estudantes já identificados como vítimas ou agressores.

Diante das evidências científicas disponíveis e dos princípios de cuidado articulado em rede, sua orientação envolveria

- (A) a realização de uma palestra de conscientização na escola, a fixação de cartazes educativos nos corredores da escola, além da criação de uma caixa de denúncias na secretaria, denúncias essas a serem triadas exclusivamente pela coordenação pedagógica da escola.
- (B) a adoção pela escola de medidas disciplinares punitivas (suspensão ou expulsão) contra os agressores identificados, pois essa medida tem se mostrado suficiente para conter o fenômeno, sem necessidade de envolvimento de outros elementos da RAPS.
- (C) o encaminhamento de todos os estudantes envolvidos para atendimento psiquiátrico especializado no CAPSi, que deve centralizar a condução do caso, sem envolvimento da escola, da família ou da APS, a fim de garantir o sigilo e proteger a privacidade no cuidado.
- (D) uma abordagem multinível envolvendo toda a comunidade escolar (incluindo política institucional *antibullying*, regras claras de convivência, orientação regular aos pais e engajamento dos colegas-espectadores, com uso de métodos de justiça restaurativa), articulada com o CAPSi e a APS por meio de matriciamento contínuo e fluxo de referência e contrarreferência.
- (E) uma mediação direta, por parte da escola, envolvendo exclusivamente agressor e vítima, em encontro único e sigiloso, na própria escola. Deve-se evitar envolver professores, colegas, comunidade escolar ampliada ou articulação com a rede de saúde de mental, uma vez que dar visibilidade ao tema estimula sua ocorrência (equivalente ao efeito de contágio/Werther).

61

Homem de 38 anos, com diagnóstico prévio de esquizofrenia, com histórico de múltiplas internações, interrompeu voluntariamente o tratamento farmacológico. No mês seguinte, planejou meticulosamente uma emboscada para o vizinho, o qual acreditava fazer parte de “um complô para roubar sua mente”. Ele executou o plano e atacou o vizinho com diversos golpes de arma branca. A perícia psiquiátrica foi realizada 8 meses após a ocorrência.

No momento do exame, o periciado se encontra em uso regular da medicação, orientado auto e alopsiquicamente, pensamento organizado e sem delírios ativos. Reconheceu a gravidade de seu ato e demonstrou arrependimento. Segundo relato de familiares, nas semanas anteriores à agressão, ele apresentava insônia importante, pensamento desorganizado, e afirmava ouvir vozes que o avisavam sobre uma “conspiração para roubar sua mente.”

Considerando o artigo 26 do Código Penal Brasileiro e a aplicação dos critérios de imputabilidade penal, assinale a afirmativa correta.

- (A) O examinando preenche os critérios para inimputabilidade penal, pois o delírio paranoide comprometeu significativamente sua volição e autodeterminação em relação àquele ato específico, independentemente de sua capacidade de planejamento instrumental.
- (B) Se o perito indicar em seu laudo que o periciado apresentava redução parcial de sua capacidade de compreensão dos fatos, uma vez que interrompeu voluntariamente o tratamento (negligência do paciente), o juiz fica impedido de aplicar redução de pena, prevalecendo a responsabilidade integral.
- (C) O planejamento meticuloso do ato, a fim de evitar flagrante, configura o chamado “intervalo lúcido” da esquizofrenia, o que anula o nexo causal entre a doença mental e o delito. Desta forma, deve-se aplicar a pena privativa de liberdade em regime fechado, sendo vedada a medida de segurança.
- (D) O réu deve ser considerado plenamente imputável, uma vez que a preservação de suas funções executivas superiores (planejamento meticuloso, lógica na execução e ocultação de vestígios) confirmam que o pragmatismo e a capacidade de entendimento do caráter ilícito do fato não estavam suprimidos.
- (E) Uma vez que o Código Penal brasileiro (Artigo 26) se baseia no critério biopsicológico, e a perícia foi realizada 8 meses após o delito, não é possível estabelecer nexo causal entre o transtorno mental do paciente e o ato cometido. Por essa razão, considerando-se o princípio constitucional de inocência presumida, o periciado deve ser considerado inimputável.

62

Um psiquiatra foi chamado como interconsultor para avaliar um paciente internado na clínica médica. Após se apresentar, o médico pergunta seu nome, e ele responde: “Meu nome é João, João, João.”

Esse fenômeno de linguagem deve ser registrado, na súmula psicopatológica, como

- (A) ecolalia.
- (B) palilalia.
- (C) logoclonia.
- (D) mussitação.
- (E) verbigeração.

63

Homem, 76 anos, é trazido pela esposa, que está preocupada com a saúde dele. Há aproximadamente 2 anos, ela notou que o sono dele se tornou agitado: ele grita e “briga” durante o sono, chegando a atingi-la por acidente, durante sonhos que ele descreve como vívidos e violentos. Por essa razão, passaram a dormir em quartos separados.

Nos últimos 8 meses, tem apresentado episódios de confusão mental alternados com períodos de lucidez, ao longo do mesmo dia. Com frequência, o paciente relata ver “crianças brincando no quintal” e “um homem sentado na poltrona da sala”. Sua esposa nega que sejam reais. Em alguns momentos, ele reconhece que talvez não sejam reais.

Ao exame físico, há rigidez em roda denteadas e bradicinesia leve a moderada, bilaterais e relativamente simétricas, sem tremor de repouso evidente. A esposa refere que há cerca de um mês, em outra unidade de saúde, foi iniciado haloperidol em baixa dose para as alucinações. Houve, contudo, piora acentuada da rigidez, sonolência e um episódio de rebaixamento do nível de consciência associado à febre, levando à suspensão imediata do fármaco.

Assinale a opção que apresenta o diagnóstico mais provável e a conduta mais adequada para manejo dos sintomas psicóticos.

- (A) Demência frontotemporal, variante comportamental; iniciar antipsicóticos atípicos em dose baixa, com titulação gradual, conforme resposta.
- (B) Doença de Alzheimer; iniciar neuroléptico de alta potência, em dose plena, para controle dos sintomas psicóticos que predominam sobre o quadro cognitivo.
- (C) Hidrocefalia de pressão normal; derivação ventrículo peritoneal, que tende melhorar tanto o quanto cognitivo quanto os sintomas psicóticos associados.
- (D) Demência com corpos de Lewy; iniciar inibidor da colinesterase para os sintomas cognitivos e neuropsiquiátricos. Deve-se evitar o uso de antipsicóticos.
- (E) Delírium sobreposto a demência de origem indeterminada; para manejo dos sintomas psicóticos deve-se solicitar exames laboratoriais, a fim de identificar e tratar a causa subjacente ao episódio confusional agudo.

64

Mulher de 26 anos procura atendimento psiquiátrico após ter sido levada 3 vezes ao pronto-socorro, nos últimos dois meses, sempre com queixa de que “estava morrendo”. Os episódios apresentaram início súbito, sem fator desencadeante identificável (no último episódio, estava cochilando), alcançando pico de intensidade em poucos minutos, com duração total de aproximadamente 15 minutos, com remissão espontânea. Manifestaram-se com taquicardia, sudorese, tontura, tremor, sensação de sufocamento e medo de morrer.

Desde o 1º episódio, deixou de sair de casa sozinha, por medo de passar mal e não ter ajuda e sente-se preocupada em ter novas crises, na maior parte do tempo. Em todas as idas ao pronto-socorro, eletrocardiograma, dosagem de troponina e exames laboratoriais (inclusive função tireoidiana) encontravam-se dentro da normalidade. Nega uso de substâncias psicoativas, medicações que possam justificar o quadro ou comorbidades. Ao final da consulta, diz estar mais tranquila, por saber que não irá morrer, mas ainda assim afirma que a sensação no momento da crise é desesperadora.

O diagnóstico mais provável é de

- (A) transtorno de pânico.
- (B) transtorno de ansiedade social.
- (C) transtorno de ansiedade de doença.
- (D) agorafobia sem transtorno de pânico.
- (E) transtorno de ansiedade generalizada.

65

Mulher de 26 anos, em uso regular de carbonato de lítio 900 mg/dia (concentração sérica realizada na última semana = 0,8 mEq/L), devido a diagnóstico de transtorno bipolar tipo 1, com histórico de duas hospitalizações psiquiátricas, comparece à consulta com seu psiquiatra. Relata estar muito preocupada com o uso do medicamento, pois descobriu estar grávida (12 semanas de gestação, no momento da consulta).

A conduta terapêutica mais eficaz e segura, considerando o binômio mãe-bebê, entre as relacionadas a seguir, é

- (A) substituir o lítio por ácido valproico, uma vez que o último está associado a menor risco de teratogenicidade.
- (B) substituir o lítio por carbamazepina, uma vez que a última está associada a menor risco de teratogenicidade.
- (C) manter o lítio, aumentar a frequência de monitoramento de sua concentração sérica e solicitar exames de rastreio fetal.
- (D) suspender o lítio temporariamente, devido ao alto risco absoluto de malformação cardíaca, reiniciando no último trimestre da gestação.
- (E) suspender o lítio, mantendo apenas acompanhamento clínico e psicoterapêutico até o parto, uma vez que o risco de má formação fetal supera o risco associado a um episódio de humor.

66

Homem de 36 anos comparece à Unidade Básica de Saúde, acompanhado da esposa, relatando problemas conjugais e financeiros decorrentes de apostas esportivas realizadas *online*, e têm sido cada vez mais frequentes. Refere prejuízo significativo no relacionamento com o filho, além de humor deprimido relacionado à situação. Nega ideação suicida, uso de álcool ou substâncias e não há indícios de risco iminente à vida.

De acordo com os princípios de organização da Rede de Atenção Psicossocial e a estratificação de risco no cuidado a pessoas com problemas relacionados a jogos de apostas, a conduta mais adequada é

- (A) encaminhar à Rede de Urgência e Emergência (RUE), com acionamento do SAMU, por se tratar de transtorno aditivo.
- (B) acompanhar compartilhadamente entre a Atenção Primária em Saúde (APS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo atendimentos individuais e/ou em grupo, apoio à família e articulação com a rede intersetorial.
- (C) manter o acompanhamento na Atenção Primária em Saúde (APS), sem necessidade de articulação com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), uma vez que não há risco de suicídio, uso de álcool ou substâncias.
- (D) condicionar a participação em Centro de Convivência (CECO) à abstinência de apostas.
- (E) internar em leito de saúde mental em Hospital Geral, por ser a única estratégia capaz de minimizar o prejuízo financeiro e os conflitos familiares secundários às apostas.

67

M.F.S., sexo feminino, 46 anos, queixa-se de incômodo nas pernas, “uma sensação irritante”, que ocorre principalmente à noite, quando se deita, quase diariamente. Para aliviar essa sensação, precisa movimentá-las. Desde que os sintomas surgiram, passou a apresentar fadiga e sonolência diurna. Exame neurológico sem alterações.

A conduta mais adequada consiste em

- (A) iniciar modafinil.
- (B) solicitar polissonografia.
- (C) solicitar vitamina B12 e ácido fólico.
- (D) solicitar exames de cinética de ferro.
- (E) solicitar eletroneuromiografia de membros inferiores.

68

Há 3 semanas, homem de 59 anos sofreu um infarto agudo do miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST. Foi submetido à angioplastia primária com implante de *Stent* farmacológico e encontra-se em uso de AAS, clopidogrel, atorvastatina e metoprolol. Desde a alta hospitalar, passou a manifestar humor deprimido, insônia terminal, redução do apetite associada à perda de peso não intencional, pessimismo e fadiga. Preenche critérios diagnósticos para episódio depressivo maior.

O seguinte medicamento apresenta perfil de segurança mais favorável para esse paciente:

- (A) sertralina.
- (B) nortriptilina.
- (C) venlafaxina.
- (D) amitriptilina.
- (E) tranilcipromina.

69

Um menino foi diagnosticado, aos 5 anos, com “Síndrome de Asperger”, segundo os critérios vigentes à época (DSM-4-TR), por apresentar prejuízo na interação social, padrões repetitivos e restritos de comportamento, sem exibir, contudo, atraso clinicamente relevante da linguagem.

Considerando as modificações nos critérios diagnósticos entre DSM-4-TR e DSM-5-TR, assinale a assertiva **incorreta**.

- (A) No DSM-4-TR, uma pessoa com dificuldades sociais e de comunicação, mas sem qualquer comportamento repetitivo, já preenchia critérios para Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação.
- (B) Para o diagnóstico atual de Transtorno do Espectro do Autismo, é necessário haver padrão restrito e repetitivo de comportamento, interesses e atividades, além de déficit na comunicação e interação social.
- (C) Em pacientes que manifestam apenas déficit de comunicação e interação social, sem padrão restrito e repetitivo de comportamento, deve-se diagnosticar Transtorno da Comunicação Social.
- (D) O objetivo da Associação de Psiquiatria Americana, ao propor mudança nos critérios diagnósticos, foi aumentar a sensibilidade diagnóstica, mantendo a especificidade.
- (E) O DSM-5-TR unificou diversas categorias de transtornos globais do desenvolvimento, presentes no DSM-5-TR (Transtorno Autista, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra especificação), sob o diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo, com especificadores de gravidade baseados no nível de suporte necessário.

70

Mulher de 23 anos procura atendimento psiquiátrico após múltiplos episódios de autolesão não suicida (cortes superficiais em antebraços), ao longo dos últimos 4 anos, geralmente precedidos por pequenos conflitos interpessoais. Relata que, diante desses conflitos, era inundada por medo de abandono e sentimento de vazio. Reconhece padrão de relacionamentos afetivos intensos e instáveis, alternando entre momentos de idealização e desvalorização do parceiro. Após investigação clínica, o diagnóstico de transtorno de personalidade *borderline* é confirmado.

Considerando as evidências científicas disponíveis, a seguinte modalidade de psicoterapia está indicada para essa paciente, com foco na redução das autolesões não suicidas:

- (A) ludoterapia.
- (B) psicoterapia breve.
- (C) psicanálise clássica.
- (D) terapia interpessoal.
- (E) terapia comportamental dialética.

71

Homem de 35 anos, com diagnóstico de transtorno bipolar tipo I, iniciará tratamento com ácido valpróico, em substituição a outro estabilizador de humor ao qual não respondeu adequadamente.

Assinale a opção que apresenta o(s) exame(s) que deve(m) ser solicitado(s), antes de iniciar o fármaco e ao longo do uso do ácido valproico.

- (A) Eletrocardiograma, devido ao risco de prolongamento do intervalo QT.
- (B) Hemograma completo, AST, ALT e dosagem sérica do fármaco (este último, apenas no seguimento).
- (C) T4L e TSH, dado o aumento de risco de hipotireoidismo durante o uso deste medicamento.
- (D) Sódio sérico, devido ao risco de hiponatremia induzida pelo ácido valpróico.
- (E) Dosagem sérica de vitamina B12, devido ao risco de anemia megalobástica associado ao fármaco.

72

Paciente do sexo masculino, de 24 anos, recém diagnosticado com esquizofrenia, após primeiro episódio psicótico, comparece à consulta de retorno, acompanhado por sua mãe. Ela pergunta se o transtorno é genético, pois está preocupada com a possibilidade de que seus outros filhos também o manifestem.

Considerando o conhecimento atualmente disponível sobre os aspectos genéticos da esquizofrenia, assinale a afirmativa correta.

- (A) A esquizofrenia é causada primariamente pela mutação de um gene com alta penetrância, localizado no cromossomo 22, por intermédio de herança monogênica.
- (B) Irmãos de pacientes com esquizofrenia apresentam risco significativamente aumentado, variando de 60% a 80%, devido às variantes de polimorfismo de nucleotídeo único (SNPs).
- (C) O modelo atual da esquizofrenia é poligênico, em que milhares de variantes genéticas atuam de forma cumulativa, aumentando a suscetibilidade do indivíduo quando combinada a fatores ambientais.
- (D) A genética molecular ainda não conseguiu evidenciar qualquer associação biológica entre variantes genéticas e o funcionamento cerebral, limitando os estudos disponíveis apenas à Psicologia Comportamental.
- (E) Indivíduos com histórico familiar de primeiro grau não apresentam risco aumentado, uma vez que a esquizofrenia é desencadeada exclusivamente devido a fatores ambientais, incluindo uso de substâncias psicoativas na adolescência.

73

Homem de 56 anos, hipertenso, tabagista há 40 anos (cerca de 20 cigarros por dia), comparece à Unidade de Atenção Primária em Saúde para renovar a receita do anti-hipertensivo. Ao ser questionado sobre o tabagismo, diz que sabe que deveria parar, pois seu pai teve enfisema pulmonar, mas que lida como muito estresse no trabalho e ainda não consegue interromper o hábito. Ele não considera parar de fumar no próximo mês, mas também não descarta a ideia no futuro.

Com base nos princípios da entrevista motivacional, a abordagem mais adequada, nesse momento, é

- (A) ser direto e enfático com o paciente, salientando os riscos que ele assume ao continuar fumando. Listar, da forma mais completa possível, os potenciais prejuízos à saúde dele, a fim de motivá-lo a parar de fumar.
- (B) encaminhar o paciente para a terapia com reposição de nicotina, independentemente de sua motivação atual, uma vez que o tratamento farmacológico pode ter grande efeito motivacional.
- (C) determinar, nessa consulta, a data na qual o paciente deve parar de fumar, considerando um prazo máximo de 15 dias, uma vez que estabelecer uma meta rígida aumenta a motivação de indivíduos que gostam de desafios.
- (D) evitar abordar o tema tabagismo novamente ao longo dessa consulta, já que o paciente não se mostrou disposto a parar de fumar nos próximos 30 dias, e aguardar que ele traga o assunto espontaneamente.
- (E) utilizar a escuta reflexiva e perguntas abertas, a fim de explorar a ambivalência do paciente, evocando sua motivação intrínseca para parar de fumar, evitando confronto direto e respeitando sua autonomia para decidir o melhor momento.

74

Homem de 56 anos, com histórico de uso pesado e contínuo de álcool há mais de 15 anos, é levado ao pronto-socorro pela família após dias de alimentação muito reduzida, associada a episódios de vômitos persistentes. Ao exame, encontra-se confuso, desorientado no tempo e no espaço, ataxia com base alargada e nistagmo horizontal bilateral. Sinais vitais estáveis e glicemia capilar 68mg/dL.

A conduta mais adequada é

- (A) solicitar tomografia computadorizada de crânio de urgência, para possibilitar a definição de conduta.
- (B) iniciar benzodiazepínico de alta potência em monoterapia, por ser o tratamento de primeira escolha para a abstinência ao álcool.
- (C) iniciar tiamina parenteral em dose alta imediatamente, para só depois realizar a reposição de glicose e caso necessário, demais eletrólitos.
- (D) aguardar o resultado da dosagem sérica de tiamina, antes de considerar a reposição, uma vez que o quadro é compatível com síndrome de Korsakoff.
- (E) inicialmente administrar solução de glicose parenteral; somente após a estabilização glicêmica, outras intervenções devem ser consideradas.

75

Psiquiatra atende, pela primeira vez, um paciente que mora em outro estado, por meio de plataforma de telemedicina. A consulta é realizada de forma síncrona, por videochamada, mediante consentimento informado. Ao final da consulta, o diagnóstico de episódio depressivo moderado é estabelecido, com prescrição de escitalopram. O médico também orienta o paciente a utilizar um aplicativo validado para monitoramento diário do humor, cujos dados serão avaliados na consulta seguinte.

Baseando-se na legislação nacional vigente sobre telemedicina, e nas boas práticas para incorporação de novas tecnologias, assinale a afirmativa correta.

- (A) No Brasil, a telemedicina deve ser restrita a consultas de retorno, sendo vedada a realização de consultas de primeira vez nessa modalidade, independentemente do consentimento do paciente e da natureza do quadro clínico apresentado.
- (B) Aplicativos digitais de monitoração de humor e cognição não apresentam qualquer respaldo científico, tendo seu uso desencorajado na Psiquiatria independentemente do contexto clínico e perfil do paciente. Tais aplicativos devem ter uso restrito ao cenário de pesquisa.
- (C) A realização de consulta de primeira vez em telemedicina só é permitida quando realizada no mesmo município de residência do paciente. Dessa forma, caso o profissional julgue a realização de exame presencial indispensável, deverá agendá-lo em até 7 dias, para complementar o atendimento.
- (D) Ainda que o atendimento presencial seja considerado referência, é permitida a realização de consulta de primeira vez por telemedicina. A emissão de medicamento de controle especial pode ser feita por intermédio de assinatura por certificação digital, e o uso de aplicativos validados é compatível com as boas práticas vigentes.
- (E) A adesão à telemedicina é compulsória aos médicos inscritos no Conselho Federal de Medicina, não cabendo ao profissional recusar atendimento nessa modalidade, ainda que julgue o exame presencial indispensável; nesse caso, deverá encaminhar o paciente ao serviço local apenas para realização do exame físico, cujo resultado lhe será enviado por escrito.

76

Adolescente de 16 anos é levado, pelos pais, para consulta com psiquiatra. Os pais estão preocupados porque o adolescente está “excessivamente questionador” e “se afastando dos valores da família”, e passou a questionar os papéis de gênero, tradicionalmente importantes para sua família, e se aproximando de jovens de outra classe socioeconômica com os quais compartilha interesses musicais.

Considerando os aspectos biológicos, cognitivos e psicossociais do desenvolvimento, conforme as teorias de Erikson e Piaget, assinale a opção que descreve mais adequadamente o quadro manifestado.

- (A) O quadro é compatível com o estágio de confiança básica *versus* desconfiança, no qual a formação da identidade depende primariamente do vínculo com a figura materna, sendo o afastamento dos valores familiares um marcador de vínculo inseguro durante a primeira infância.
- (B) O quadro é compatível com o estágio de formação de identidade *versus* confusão de papéis; o questionamento de valores familiares, religiosos e socioeconômicos integra o processo normal de individuação, sustentado pelo pensamento operatório-formal já estabelecido.
- (C) O quadro reflete estágio de moralidade pré-convencional, no qual o adolescente ainda não é capaz de raciocínio abstrato sobre valores e crenças, sendo o questionamento observado uma imitação do comportamento do novo grupo de amigos.
- (D) O quadro é compatível com a fase de latência, na qual predomina a ausência de conflitos psicosssexuais relevantes; o interesse do adolescente por outro grupo social e o distanciamento religioso são fenômenos incomuns nesse período, indicando necessidade de investigação para transtorno do espectro do autismo.
- (E) O quadro configura transtorno de conduta, uma vez que o questionamento de valores familiares e o afastamento das práticas religiosas dos pais representam violação de normas sociais estabelecidas, sendo indicado tratamento psicoterapêutico, a fim de evitar comportamentos.

77

Uma metanálise em rede de ensaios clínicos duplo-cegos e randomizados, comparando 21 antidepressivos no tratamento agudo do transtorno depressivo maior em adultos, incluiu 522 estudos, totalizando 116.477 participantes. Em termos de chance de resposta, todos os antidepressivos avaliados foram estatisticamente superiores ao placebo.

Considere OR= *odds ratio* e IC 95%= intervalo de confiança de 95%.

Os dois fármacos que exibiram maior razão de chance de resposta comparados ao placebo foram: Amitriptilina (OR: 2,13; IC 95%: 1,89-2,41) e mirtazapina (OR: 1,89; IC 95% 1,64-2,20). Na comparação cabeça a cabeça, a razão de chance de resposta da amitriptilina comparada à mirtazapina foi de 0,97 (IC 95%: 0,77-1,21).

Analisando-se criticamente as razões de chance de resposta ao tratamento do transtorno depressivo maior em adultos, é correto concluir que

- (A) a comparação direta entre amitriptilina e mirtazapina revelou que a chance de resposta ao tricíclico é estatisticamente superior à mesma chance com a mirtazapina.
- (B) na comparação direta entre amitriptilina e mirtazapina, não houve diferença estatisticamente significativa, uma vez que o intervalo de confiança de 95% (0,77-1,21) inclui o valor 1,0, indicativo de que não há diferença estatisticamente significativa entre os dois tratamentos.
- (C) pela análise do resultado obtido na comparação direta entre amitriptilina e mirtazapina, conclui-se que a ausência de significância estatística demonstra que os dois fármacos podem ser considerados bioequivalentes.
- (D) a razão de chance de resposta da amitriptilina comparada à mirtazapina, de 0,97, significa que a probabilidade de um paciente tratado com amitriptilina responder é 3% menor do que a probabilidade de resposta com a mirtazapina.
- (E) como, na comparação indireta pelo placebo, a amitriptilina apresentou razão de chance maior do que a mirtazapina, podemos concluir com segurança que a chance de resposta ao tricíclico é estatisticamente superior à da mirtazapina.

78

Paciente, de 35 anos, sexo masculino, com diagnóstico prévio de esquizofrenia, é levado ao pronto-socorro por sua irmã, durante episódio de agudização dos sintomas psicóticos. O paciente se recusa a permanecer no hospital e nega qualquer alteração em seu estado mental. A irmã informa que, há dois dias, o paciente tem negado se alimentar, pois, acredita que a comida tenha sido envenenada; apresenta desorganização do comportamento e negligência no autocuidado.

Ela solicita, formalmente, a internação do irmão, mesmo sem consentimento dele. Após avaliação, o médico psiquiatra plantonista, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), emite laudo médico documentando os riscos clínicos observados que justificam a internação, e a admissão hospitalar é realizada.

Com base na Lei nº 10.216/2001, assinale a afirmativa correta sobre a modalidade de internação indicada e a conduta legalmente obrigatória nesse caso.

- (A) Trata-se de internação involuntária, sendo seu término condicionado exclusivamente à alta determinada pelo médico assistente, não sendo válida a solicitação de alta pelo familiar ou responsável legal que requereu a internação.
- (B) Trata-se de internação compulsória, pois o paciente não consente com a internação. Essa modalidade dispensa laudo médico específico, sendo suficiente a solicitação da família, e deve ser comunicada ao Conselho Regional de Medicina em até 72 horas.
- (C) Trata-se de internação compulsória, pois qualquer internação psiquiátrica realizada contra a vontade do paciente exige determinação judicial prévia, não sendo permitida, em nenhuma hipótese, a internação a pedido da família sem decisão do juiz competente.
- (D) Trata-se de internação involuntária, pois ocorre sem o consentimento do paciente e a pedido de terceiro (familiar); deve ser autorizada por médico registrado no CRM e comunicada ao Ministério Público Estadual em até 72 horas, tanto na admissão quanto na alta.
- (E) Trata-se de internação voluntária, uma vez que o médico assistente considera a internação necessária e benéfica ao paciente. Nessa modalidade, a assinatura da declaração de concordância pode ser substituída pela assinatura do familiar responsável, sem necessidade de comunicação a órgãos externos.

79

Paciente com transtorno bipolar do humor, 42 anos, encontra-se em curatela judicialmente instituída, restrita aos atos de natureza patrimonial e negocial, devido a episódios recorrentes de dilapidação de patrimônio durante fases maníacas. Em razão de incapacidade temporária para o exercício de sua atividade profissional, esse paciente recebe auxílio-doença pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Durante uma consulta de acompanhamento, um familiar questiona se, por estar em curatela, o paciente também estaria impedido legalmente de consentir com um procedimento médico ou de se casar.

Considerando o Estatuto da Pessoa com Deficiência, assinale a afirmativa correta.

- (A) A existência de diagnóstico psiquiátrico associado a documentação que prove a dilapidação patrimonial justifica a instituição de curatela, pelo juiz, dispensando o paciente de perícia médica, segundo o preceito da prodigalidade.
- (B) A curatela torna o paciente incapaz para todos os atos da vida civil, sendo necessária a anuência do curador tanto para consentir com tratamentos médicos quanto para contrair casamento, conforme previsto no Código Civil de 2002.
- (C) A tomada de decisão apoiada e a curatela são institutos jurídicos equivalentes e intercambiáveis, ambos pressupondo o reconhecimento judicial de incapacidade relativa do requerente para a prática dos atos patrimoniais e negociais da vida civil.
- (D) A curatela restringe-se aos atos de natureza patrimonial e negocial, não alcançando direitos existenciais como consentimento para tratamento médico e casamento. A incapacidade laborativa reconhecida pelo INSS, independe da existência de curatela.
- (E) O reconhecimento de incapacidade laborativa pela perícia médica do INSS, constitui fundamento jurídico suficiente para a instituição de curatela, uma vez que ambos os institutos avaliam a mesma capacidade de discernimento do indivíduo para os atos da vida civil e laboral.

80

Paciente do sexo masculino, 28 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, é avaliado por meio do instrumento estruturado HCR-20 *Assessing Risk for Violence*, durante internação por agitação psicomotora em contexto de exacerbação de sintomas psicóticos. O escore total resultante da avaliação classifica o paciente em nível de risco baixo. Entretanto, o item histórico H1 (violência prévia) recebe pontuação máxima, em razão de uma condenação por lesão corporal há 5 anos, e o item clínico C3 (sintomas ativos de doença mental importante) também recebe pontuação máxima, em função dos delírios persecutórios e alucinações de comando presentes no momento do exame.

Diante desse resultado, assinale a afirmativa correta a respeito da conduta que reflete a interpretação adequada do instrumento, segundo a literatura de validação brasileira do HCR-20.

- (A) O escore total do HCR-20 é o principal parâmetro para a tomada de decisões clínicas, devendo ser desconsideradas as pontuações em itens isolados, se o somatório final resultar em risco baixo.
- (B) O HCR-20 é um instrumento desenvolvido e validado apenas para população norte-americana, carecendo de validação em população psiquiátrica forense brasileira, o que limita sua aplicabilidade clínica no Brasil.
- (C) Uma vez definida a classificação de risco pelo HCR-20 (baixo, moderado ou alto), esse risco se aplicará àquele indivíduo, independentemente de mudanças no contexto, quadro clínico ou tempo decorrido desde a avaliação.
- (D) A avaliação de psicopatia (PCL-R) e a avaliação do risco de violência (HCR-20) são instrumentos constituídos por 20 itens que abarcam quatro dimensões: afetiva, interpessoal, comportamental e antissocial.
- (E) Mesmo com escore total baixo, a pontuação alta em itens isolados pode indicar risco individual relevante. A conclusão da avaliação deve considerar a combinação de itens, variabilidade de risco no tempo, contexto e condição clínica.

Realização

