

F10

RESIDÊNCIA MÉDICA

Áreas de Atuações

Psiquiatria da Infância e da Adolescência



PROCESSO SELETIVO – EDITAL COREME/FM/Nº 01/2024

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo F10**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: **2 horas**. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente após decorridas **1 hora** de prova. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
6. Após a autorização do fiscal da sala, verifique se o caderno está completo. Ele deve conter **40** questões objetivas, com 4 alternativas cada. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
7. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
8. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

**Declaração**

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

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

TABELA DE ABREVIÇÕES E VALORES LABORATORIAIS DE REFERÊNCIA

LISTA DE ABREVIÇÕES	ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)	
<p>AA – Ar ambiente                      AU – Altura Uterina                      AAS – Ácido Acetilsalicílico                      BCF – Batimentos Cardíacos Fetais                      BEG – Bom Estado Geral                      bpm – Batimentos por Minuto                      BRNF – Bulhas Rítmicas Normofonéticas                      Cr – Creatinina                      DU – Dinâmica Uterina                      DUM – Data da Última Menstruação                      FA – Fosfatase Alcalina                      FC – Frequência Cardíaca                      FR – Frequência Respiratória                      GGT - Gamaglutamiltransferase                      Hb – Hemoglobina                      Ht – Hematócrito                      HPMA – História Progressiva da Moléstia Atual                      IC<sub>95%</sub> – Intervalo de Confiança de 95%                      IMC – Índice de Massa Corpórea                      ipm – Incursões por Minuto                      IRT – Tripsina Imunoreativa Neonatal                      IST – Infecção Sexualmente Transmissível                      mmHg – Milímetros de Mercúrio                      MMII – Membros Inferiores                      MV – Murmúrios Vesiculares                      P – Pulso                      PA – Pressão Arterial                      pCO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de CO<sub>2</sub>                      PEEP – Pressão Expiratória Final Positiva                      pO<sub>2</sub> – Pressão Parcial de O<sub>2</sub>                      POCUS – Ultrassom <i>point-of-care</i>                      PS – Pronto-Socorro                      PSA – Antígeno Prostático Específico                      REG – Regular Estado Geral                      RHZE – R (rifampicina), H (isoniazida),                      Z (pirazinamida) e E (etambutol)                      RN – Recém-nascido                      Sat. – Saturação                      Temp. – Temperatura axilar                      TGO/AST – Transaminase Oxalacética/Aspartato                      Aminotransferase                      TGP/ALT – Transaminase Piruvática/Alanina                      Aminotransferase                      TPO – Tireoperoxidase                      TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH                      TSH – Hormônio tireo-estimulante                      TTGO – Teste de Tolerância a Glicose Oral                      U – Ureia                      UBS – Unidade Básica de Saúde                      USG – Ultrassonografia                      UTI – Unidade de Terapia Intensiva                      VHS – Velocidade de Hemossedimentação</p>	<p><b>Sangue (bioquímica e hormônios):</b>                      Albumina = 3,5 a 5,5 g/dL                      Bilirrubina Total = 0,3 a 1,0 mg/dL                      Bilirrubina Direta = 0,1 a 0,3 mg/dL                      Bilirrubina Indireta = 0,2 a 0,7 mg/dL                      Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/L                      Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL                      Relação abuminúria/creatinina urinária = até 30 mg/g de creatinina                      Desidrogenase Láctica = menor que 240 U/L                      Ferritina: homens = 22 a 322 ng/mL                      mulheres = 10 a 291 ng/mL                      Ferro sérico: homens = 70 a 180 µg/dL                      mulheres = 60 a 180 µg/dL                      Fósforo = 2,5 a 4,8 mg/dL ou 0,81 a 1,55 mmol/L                      Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dL                      LDL (maior ou igual a 20 anos) = desejável de 100 a 129 mg/dL                      HDL (maior de 20 anos) = desejável maior que 40 mg/dL                      Triglicérides (maior de 20 anos) = desejável menor que 150 mg/dL                      Glicemia em jejum = 70 a 99 mg/dL                      Lactato = 5 a 15 mg/dL                      Magnésio = 1,8 a 3 mg/dL                      Potássio = 3,5 a 5,0 mEq/L                      Proteína Total = 5,5 a 8,0 g/dL                      PSA = menor que 4 ng/mL                      Sódio = 135 a 145 mEq/L                      TSH = 0,51 a 4,3 mUI/mL                      Testosterona Livre = 2,4 a 32,0 pmol/L                      Estradiol = 1,2 a 23,3 ng/dL (fase folicular)                      Hormônio Luteinizante (LH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)                      Hormônio Folículo Estimulante (FSH) = até 12,0 UI/L (fase folicular)                      Prolactina (PRL) = até 29 µg/L (não gestante)                      Proteína C Reativa (PCR) = 0,3 a 1,0 mg/dL                      Amilase = 28 a 100 U/L                      Lipase = inferior a 60 U/L                      Ureia = 10 a 50 mg/dL                      GGT: homens: 12 a 73 U/L                      mulheres = 8 a 41 U/L                      Fosfatase Alcalina: homens = 5,5 a 22,9 U/L                      mulheres pré-menopausa = 4,9 a 26,6 U/L                      mulheres pós-menopausa = 5,2 a 24,4 U/L                      Antígeno Carcinoembrionário (CEA) = até 5 ng/mL (não fumantes)                      até 10 ng/mL (fumantes)                      Índice Líquido Amniótico (ILA) = 8 a 18 cm</p>	
<p><b>VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA                      PARA CRIANÇAS</b>                      Recém-Nascido = 15 a 19 g/dL                      2 a 6 meses = 9,5 a 13,5 g/dL                      6 meses a 2 anos = 11 a 14 g/dL                      2 a 6 anos = 12 a 14 g/dL                      6 a 12 anos = 12 a 15 g/dL</p>	<p><b>Sangue (hemograma e coagulograma):</b>                      Hemoglobina = 11,7 a 14,9 g/dL                      Hemoglobina Glicada = 4,3 a 6,1%                      Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM) = 31 a 36 g/dL                      Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32 pg                      Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fL                      Amplitude de Distribuição dos Glóbulos Vermelhos (RDW) = 10 a 16%                      Leucócitos = 5.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>                      Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/mm<sup>3</sup>                      Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm<sup>3</sup>                      Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/mm<sup>3</sup>                      Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/mm<sup>3</sup>                      Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup> ou µL                      Reticulócitos = 0,5 a 2,0%                      Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%                      Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R = até 1,2                      Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos</p>	
<p><b>Doppler de artéria:</b>                      Umbilical fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34                      semanas = 0,5 a 0,99                      Cerebral média fetal, índice de pulsatilidade (PI) para 34                      semanas = 1,35 a 2,43</p>	<p><b>Gasometria Arterial:</b>                      pH = 7,35 a 7,45                      pO<sub>2</sub> = 80 a 100 mmHg                      pCO<sub>2</sub> = 35 a 45 mmHg                      Base Excess (BE) = -2 a 2                      HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 22 a 28 mEq/L                      SpO<sub>2</sub> &gt; 95%</p>	<p><b>Líquor (punção lombar):</b>                      Células = até 4/mm<sup>3</sup>                      Lactato = até 20 mg/dL                      Proteína = até 40 mg/dL                      Líquido pleural ADA = até 40 U/L                      Líquido sinovial = leucócitos até 200 células/mL</p>

## 01

Qual das intervenções a seguir tem a melhor evidência científica de benefício no tratamento ambulatorial de Anorexia Nervosa (AN) em adolescentes?

- (A) Terapia familiar baseada no modelo *Family-Based Treatment* (FBT).
- (B) Terapia individual baseada em Terapia Dialética Comportamental (*Dialectical Behaviour Therapy*, DBT).
- (C) Antipsicóticos atípicos, principalmente Olanzapina.
- (D) Terapia psicodinâmica em grupo.

## 02

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

- (A) Em crianças, de acordo o DSM-5, o diagnóstico de anorexia só pode ser feito se houver manifestação de medo intenso de ganhar peso ou de engordar.
- (B) As taxas de prevalência de anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar em adolescentes são atualmente estimadas em 7%, 8% e 10% respectivamente. E a idade média de início dos sintomas é estimada em 15 anos de idade.
- (C) Os estudos indicam que jovens de minorias sexuais apresentam taxas menores de comportamentos alimentares não saudáveis e de controle de peso desordenado do que jovens heterossexuais.
- (D) Crianças e adolescentes pré-púberes ou no início da puberdade com diagnóstico de anorexia nervosa podem apresentar alterações no desenvolvimento, incluindo retardo de crescimento, baixa estatura e atraso puberal.

## 03

Assinale a alternativa correta em relação aos Transtornos Alimentares (TA):

- (A) Os antipsicóticos atípicos são eficazes para a redução de psicopatologia específica da Anorexia Nervosa (AN) entre adolescentes e adultos jovens, mas não ajudam no ganho ponderal.
- (B) A lisdexanfetamina é aprovada para tratar Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) em adultos, mas não existem estudos suficientes para seu uso em menores de 18 anos.
- (C) Recusa alimentar aguda e alteração no eletrocardiograma não são considerados critérios para internação hospitalar de crianças e adolescentes com Anorexia Nervosa (AN).
- (D) O transtorno alimentar restritivo/evitativo é um transtorno que se manifesta pela falta aparente de interesse na alimentação, esquiva baseada nas características sensoriais do alimento e preocupação acerca de consequências aversivas da alimentação que podem ou não interferir nas necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas.

## 04

Assinale a alternativa correta em relação às complicações clínicas relacionadas ao baixo peso nos transtornos alimentares.

- (A) Lanugo, pele seca e coloração amarela na pele relacionada à hiperuricemia são algumas das alterações dermatológicas mais comuns.
- (B) Os níveis de fator de crescimento semelhante à insulina 1 (IGF-1) são geralmente altos.
- (C) A Síndrome do eutireoideo doente é a alteração tireoidiana mais comum, apresentando redução dos níveis de T3 e aumentando a conversão de T4 para T3 reverso.
- (D) Gastroparesia, elevação de transaminases hepáticas e elevação dos tempos de coagulação podem ocorrer como consequência da desnutrição e costumam necessitar de tratamento com medicação específica para normalização.

## 05

Em relação ao diagnóstico de Transtorno da Personalidade *Borderline* na adolescência (TPB), assinale a alternativa correta.

- (A) O diagnóstico de TPB na adolescência tem validade e confiabilidade semelhantes ao diagnóstico em adultos.
- (B) O diagnóstico de TPB na adolescência não pode ser feito em pacientes que apresentam transtorno bipolar.
- (C) Ideação paranoide é um sintoma que sugere que o diagnóstico de TPB seja menos provável.
- (D) De acordo com o DSM-5, para o diagnóstico de TPB na adolescência, é necessário que os sintomas estejam presentes por pelo menos 6 meses.

## 06

A respeito do Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), assinale a alternativa correta.

- (A) Na literatura, há evidências de que a Terapia Focada na Transferência (*Transference Focused Psychotherapy*, TFP) e a terapia psicanalítica de longa duração são eficazes para tratamento de adolescentes com TPB.
- (B) A terapia baseada na mentalização (*Mentalization Based Treatment*, MBT) é eficaz para o tratamento de TPB em adultos. Mas ainda não foi adaptada para o tratamento de adolescentes.
- (C) Devido à alta reatividade emocional e às dificuldades no relacionamento interpessoal apresentadas por pacientes com TPB, intervenções psicossociais em grupo são contraindicadas.
- (D) Bom manejo clínico (*General Psychiatric Management*, GPM) é um tratamento para pacientes com TPB que já foi adaptado para adolescentes (GPM-A) e que pode ser ensinado ao clínico generalista por meio de programas de treinamento padronizados.

## 07

A respeito do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), assinale a alternativa correta.

- (A) Em crianças com diagnóstico de TAG, os sintomas podem se manifestar através de preocupações excessivas, incluindo preocupações com eventos catastróficos como terremotos ou guerra nuclear.
- (B) A prevalência do TAG tem seu pico na adolescência e decresce na idade adulta.
- (C) Para o tratamento de crianças e adolescentes com TAG, o tratamento com a combinação de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e sertralina não se mostrou superior ao tratamento com TCC isoladamente.
- (D) Em amostras clínicas, cerca de 20% dos pacientes com TAG apresentam comorbidade com outro transtorno mental, sendo mais frequente a comorbidade com outros transtornos ansiosos ou com transtorno depressivo.

## 08

Daniela, paciente de 14 anos de idade com diagnóstico prévio de Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) desde os 13 anos de idade, foi levada ao pronto-socorro após ter apresentado comportamento autolesivo. Durante a avaliação, paciente contou que nas últimas semanas estava sentindo-se bem, mas há 2 dias, o namorado decidiu terminar o relacionamento. Desde então, ela tentou falar diversas vezes com o ex-namorado que se recusou a conversar. Com isso, sentiu-se muito angustiada, fez uso de álcool e cortou-se duas vezes. Embora tenha histórico de tentativas de suicídio prévias, nesta ocasião, negou ter tido intenção de cometer suicídio. Expressou, no entanto, estar sentindo-se culpada pela briga e sentindo ódio de seu corpo. Acha que o namorado terminou o relacionamento porque é gorda. Disse ainda que sua mãe a trouxe ao hospital, mas que não quer ajuda, pois “não há nada de bom em sua vida e não merece ficar bem”. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Para pacientes com TPB, a intervenção em situações de crise deve ser baseada em uma análise do problema e deve se concentrar principalmente na solução de problemas concretos.
- (B) Para pacientes com quadros graves, a internação psiquiátrica pode ser necessária. Nesses casos, a internação longa (> 3 meses) deve ser indicada. Pois, trata-se de um padrão de personalidade que demora para ser modificado.
- (C) No caso descrito, o início precoce dos sintomas é um fator de gravidade. Pois, o diagnóstico categorial de TPB na adolescência apresenta alta estabilidade e não há evidência sobre a eficácia dos tratamentos passa essa faixa etária.
- (D) No caso descrito, os sentimentos de culpa e desvalia caracterizam um quadro depressivo comórbido. Há portanto, indicação de introdução de um Inibidor Seletivo da Recaptação da Serotonina (ISRS).

## 09

Pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB) podem apresentar comportamentos suicidas e autolesão não suicida. Sobre este comportamento nesta população, assinale a alternativa correta.

- (A) Pacientes com TPB tem um alto índice de tentativas de suicídio, mas baixo risco de suicídio, já que as tentativas têm pouca intencionalidade suicida.
- (B) O uso de benzodiazepínicos está relativamente contraindicado para pacientes com TPB e comportamentos autolesivos não suicidas.
- (C) Os antipsicóticos de segunda geração e os estabilizadores de humor são a primeira linha de tratamento para as autolesões não suicidas.
- (D) A presença de autolesão não suicida não aumenta o risco de suicídio, já que se trata de mecanismos de regulação emocional e ajudam o paciente a se acalmar no curto prazo.

## 10

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

- (A) Crianças e adolescentes que estão em uso da risperidona precisam monitorar regularmente os níveis de prolactina, pois sua elevação pode causar alterações clínicas como amenorreia, galactorreia e diminuição da densidade óssea.
- (B) A síndrome velocardiofacial é uma das principais síndromes genéticas que pode cursar com esquizofrenia. Logo, todas as crianças com diagnóstico de esquizofrenia devem realizar exame exoma com o objetivo de excluir essa causa.
- (C) Em pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e esquizofrenia, o principal sintoma psicótico é a desorganização do discurso e do comportamento. De acordo com o DMS-5, alucinações e delírios podem não estar presentes.
- (D) A risperidona é o antipsicótico com mais estudos clínicos na infância e adolescência. De acordo com guidelines, seu uso deve ser indicado como a primeira linha de tratamento farmacológico da esquizofrenia de início precoce e muito precoce.

## 11

Tem sido frequente a busca por diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) de jovens e adultos. Geralmente, são pacientes com sintomas mais brandos cujo quadro passou despercebido na infância. Qual diagnóstico diferencial que pode melhor justificar sintomas que se assemelham ao TEA? Assinale a alternativa correta.

- (A) Ansiedade social.
- (B) Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) comórbido com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).
- (C) Dislexia comórbido com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).
- (D) Transtorno específico de linguagem.

## 12

A respeito da psicose na infância e adolescência, assinale a alternativa correta.

- (A) O transtorno afetivo bipolar e o transtorno do espectro do autismo não são diagnósticos diferenciais da esquizofrenia de início precoce.
- (B) O uso de maconha está associado à ocorrência de sintomas psicóticos em jovens. Os estudos apontam que o risco para psicose varia de acordo com características individuais, como a presença de fatores genéticos que conferem maior vulnerabilidade. Em contrapartida, os estudos não encontram um efeito dose-dependente com o consumo de maconha.
- (C) Na avaliação de crianças e adolescentes com primeiro episódio psicótico, alguns exames são obrigatórios: como o hemograma, perfil lipídico, hormônios tireoidiano, ceruloplasmina, eletroencefalograma, ressonância magnética de encéfalo e liquor.
- (D) Entender o neurodesenvolvimento é fundamental para realizar um diagnóstico preciso na psiquiatria da infância e adolescência. Crianças e adolescentes podem apresentar alucinações e não ter como diagnóstico a esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos.

## 13

Sobre o tratamento farmacológico da esquizofrenia de início precoce, assinale a alternativa correta.

- (A) Em crianças com neutrófilos normais, o controle hematológico após a introdução da clozapina deve ser feito semanalmente por 30 semanas. O controle é mais prolongado que no adulto, pois, a agranulocitose é mais comum nessa população.
- (B) O risco de convulsão aumenta quando doses de clozapina maiores que 600 mg/dia são atingidas. Logo, se a criança ou adolescente apresentar mioclonia, a diminuição da clozapina deve ser considerada.
- (C) O uso do betabloqueador para controle da taquicardia secundária ao uso dos antipsicóticos deve ser iniciada concomitantemente ao antipsicótico escolhido, já que a taquicardia é um efeito adverso bastante comum em crianças e adolescentes.
- (D) Pelo risco de agranulocitose, o uso da clozapina é contraindicado para crianças e adolescentes com neutropenia étnica benigna.

## 14

Sobre o Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS), assinale a alternativa correta.

- (A) O TAS não ocorre em adultos.
- (B) O pico de início do TAS é de 4 anos de idade.
- (C) Em crianças, o TAS é uma causa frequente de recusa escolar.
- (D) Para se fazer o diagnóstico de TAS, o medo, a ansiedade ou a esquiva é persistente com duração de pelo menos 3 meses.

## 15

Em relação ao transtorno de sintomas somáticos, assinale a alternativa correta.

- (A) Na infância, a somatização é um sintoma comum. Nessa faixa etária, fadiga e dores musculoesqueléticas e torácicas são as queixas mais comuns, seguido por outras alterações neurológicas.
- (B) Meta-análise demonstrou a eficácia do uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina no tratamento de transtorno de sintomas somáticos em crianças e adolescentes. De forma que seu uso é recomendado caso a criança/adolescente permaneça sintomática após intervenção psicoterápica.
- (C) Em relação ao transtorno de sintomas somáticos na infância e adolescência, são descritos fatores de risco individuais como maior sensibilidade à dor, alterações no sistema autonômico e fatores de risco ambientais como exposição a eventos adversos.
- (D) Para o diagnóstico de um transtorno de sintomas somáticos é necessário descartar a presença de doenças clínicas. Pois, de acordo com o DSM-5, o diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos não pode ser feito em pacientes com um diagnóstico clínico orgânico.

## 16

Sobre os aspectos genéticos do Transtorno do Espectro Autista (TEA), assinale a alternativa correta.

- (A) Em relação à genética, tanto variantes comuns como variantes raras contribuem para a etiologia do TEA. As mutações *de novo* conferem, relativamente, um risco maior. Mas, populacionalmente, explicam uma parcela pequena dos casos de TEA.
- (B) O TEA é reconhecido como um distúrbio do neurodesenvolvimento moderadamente hereditário. Até hoje, cerca de 30 genes e regiões genômicas já foram associados com segurança ao autismo.
- (C) Pacientes com TEA do sexo feminino com deficiência intelectual ou com convulsões apresentam uma chance menor de apresentarem mutações de novo identificadas em testes genéticos do que outros pacientes com TEA.
- (D) Estudos de associação do genoma completo (*Genome-Wide Association Studies, GWAS*) já identificaram variantes genéticas comuns associadas ao autismo. Essas alterações apresentam uma sobreposição com variantes genéticas associadas à eficiência intelectual e esquizofrenia. No entanto, não foram identificadas sobreposições com alterações associadas a outros transtornos mentais.

**17**

Os Transtornos do Neurodesenvolvimento (TND) são um grupo de condições que tipicamente se manifestam cedo no desenvolvimento, em geral antes da criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional. Sobre os TNDs, assinale a alternativa correta.

- (A) De acordo com o DSM-5, o atraso global do desenvolvimento é um diagnóstico que pode ser feito em crianças a partir de 5 anos de idade, quando as crianças já são capazes de passar por avaliações sistemáticas do funcionamento intelectual.
- (B) De acordo com o DSM-5, indivíduos com Deficiência Intelectual (DI) apresentam déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato, juízo e aprendizagem. Mas, esses indivíduos não apresentam prejuízos sociais e conseguem perceber, com precisão, pistas sociais dos pares.
- (C) Em revisões sistemáticas, a prevalência mundial de TEA foi estimada em menos de 1%. No entanto, as estimativas da prevalência do autismo em diferentes estudos variam. Esta variabilidade pode estar relacionada a aspectos metodológicos, incluindo a definição de TEA, a amostragem, o método de avaliação em estudos populacionais e o uso de dados de base administrativa.
- (D) Os TNDs já foram associados com fatores de risco que ocorrem nas etapas iniciais do desenvolvimento. Em relação ao TEA, já foram identificadas associações significativas do transtorno com complicações no parto, como trabalho de parto prolongado e ruptura prematura de membranas, entre outros fatores.

**18**

Em relação ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), assinale a alternativa correta.

- (A) Em pacientes com TDAH, a presença de condições comórbidas é frequente e está associada a maior gravidade dos sintomas de TDAH e à ocorrência de desfechos negativos, como morte prematura.
- (B) Os estudos mostram que complicações durante a gravidez, o parto ou logo após o nascimento (por exemplo, baixo peso ao nascer, hipóxia perinatal e idade paterna avançada) estão associados a um aumento moderado a alto no risco para TDAH.
- (C) Estudos indicam que a gravidade dos sintomas diminui durante a adolescência e somente um quarto dos pacientes com TDAH mantêm sintomas prejudiciais na idade adulta em níveis clínicos ou subliminares.
- (D) Já existem ensaios clínicos randomizados demonstrando a eficácia dos agonistas  $\alpha 2$ -adrenérgicos para o tratamento de crianças pré-escolares com TDAH. No entanto, os estudos encontram um tamanho de efeito menor comparado aos estimulantes.

**19**

Os pais do André, 6 anos de idade, relatam que o filho desde pequeno é agitado, não consegue participar das atividades de maneira tranquila, tem dificuldade de aguardar sua vez, gosta de correr e escalar móveis e por isso, frequentemente, se acidenta. De acordo com relato de professores, André tem dificuldade de permanecer sentado, não participa das atividades de modo adequado, fala fora de hora, tem dificuldade de tolerar frustração e, por vezes, é agressivo com colegas. Além disso, pais relatam que no último ano o paciente passou a apresentar alterações motoras caracterizadas como movimentos rápidos e repetitivos. André costumava piscar os olhos e hoje faz movimentos com a cabeça. O pai ficou preocupado com o início precoce e a duração prolongada do quadro. Atualmente, os movimentos ocorrem diariamente, várias vezes por dia. Apesar disso, os pais não notam prejuízos funcionais significativos. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) No caso descrito, está indicado o uso de risperidona, medicamento indicado como primeira linha de tratamento para o transtorno de tique e eficaz para tratamento das alterações comportamentais apresentadas por André.
- (B) De acordo com a literatura, em pacientes com transtorno de Tourette os tiques geralmente têm início na idade pré-escolar, atingem seu pico por volta dos 10 anos de idade e costumam diminuir durante a adolescência. No entanto, podem persistir até a idade adulta.
- (C) Em relação a ocorrência de comorbidades, os estudos indicam que aproximadamente 10% dos pacientes com diagnóstico de transtorno de tique também tem o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), como ocorre no caso de André.
- (D) No caso descrito, o uso de metilfenidato para tratamento de sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) está contraindicado, uma vez que as evidências demonstram que o uso desta medicação causa piora dos tiques.

**20**

Qual das alternativas a seguir contém a segunda mais prevalente função psicológica da autolesão não suicida em adolescentes e adultos jovens?

- (A) Reforçamento negativo automático. Por exemplo, para aliviar emoções negativas e para aliviar a sensação de vazio.
- (B) Reforçamento social negativo. Por exemplo, para evitar escola, trabalho ou outras atividades.
- (C) Reforçamento positivo automático. Por exemplo, para autopunição e para sentir algo mesmo que dor.
- (D) Reforçamento social positivo. Por exemplo, para ganho de atenção de familiares e amigos.

## 21

Sobre o Transtorno Afetivo Bipolar (TAB), assinale a alternativa correta.

- (A) O TAB é uma condição altamente hereditária. Estudos mostraram que a maioria (> 60%) dos filhos de pais com TAB atendeu aos critérios para TAB. Assim, o antecedente familiar de TAB deve ser sempre pesquisado.
- (B) Como em adultos, estudos indicam que os sintomas mais comuns de TAB na infância e adolescência foram: grandiosidade (77%), diminuição da necessidade de sono (70%), fuga de ideias (68%), riso inadequado (65%) e irritabilidade (40%).
- (C) Até o momento, não há estudos sobre o benefício do uso de intervenções psicossociais isoladamente ou em associação com medicamentos para tratamento de crianças e adolescentes com transtorno bipolar.
- (D) A lurasidona, medicamento aprovado pela FDA para tratamento de depressão bipolar em adultos, já apresentou resultados positivos para tratamento de depressão em crianças e adolescentes com TAB.

## 22

A internação psiquiátrica infantil faz parte da rede de cuidado em saúde mental. Sobre este tema, assinale a alternativa correta.

- (A) Embora, na última década, tenha havido uma tendência de aumento da prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes, na literatura não há evidência de aumento em internações psiquiátricas em indivíduos menores de 18 anos de idade.
- (B) Devido às necessidades específicas de crianças e adolescentes, os leitos de saúde mental em enfermaria especializada em Hospitais Gerais (HG) não podem receber pacientes com menos de 18 anos de idade. De modo que estes pacientes devem ser encaminhados para unidades de internação psiquiátrica específicas para crianças e adolescentes.
- (C) Considerando o impacto que uma internação psiquiátrica pode ter na rotina de uma criança/adolescente, a internação hospitalar deve ter caráter excepcional. No Brasil, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ela deve ser somente indicada se houver risco a vida do paciente ou de terceiros que impossibilite o tratamento ambulatorial.
- (D) De acordo com o Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS), unidades de internação psiquiátrica específicas para crianças e adolescentes devem ter a necessária estrutura que atenda especificidades em conformidade com o ECA, entre elas: acompanhamento presencial por responsável legal durante todo período de permanência e procedimentos realizados, privacidade, sigilo e medidas que assegurem a proteção da integridade da criança e adolescente.

## 23

Sobre o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) na infância, assinale a alternativa correta.

- (A) Uma frase copiada de um desenho que se repete sempre com mesma entonação não é qualificada como ecolalia se for usada de forma funcional.
- (B) Se a criança faz o ato de apontar, mesmo que apenas para solicitar objetos de interesse ou ter suas necessidades atendidas, a hipótese de TEA deve ser afastada, uma vez que ela é capaz de fazer o compartilhamento de atenção.
- (C) Em crianças com TEA nível 3 de suporte, o diagnóstico de deficiência intelectual é necessariamente comórbido e não um diagnóstico diferencial.
- (D) Uma criança TEA nível 1 de suporte que desenvolve brincar simbólico, frequentemente, terá como característica um brincar estereotipado, com pouca evolução de cenas para formar uma história e mantém dificuldade de compartilhar a brincadeira com o outro, aceitando pouco as ideias trazidas pelos demais.

## 24

Os Determinantes Sociais da Saúde (*Social Determinants Of Health*, SDOH) são “condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem” e que podem afetar os resultados de saúde, inclusive o bem-estar mental, cognitivo e físico. Sobre este tema, assinale a alternativa correta.

- (A) A pobreza já foi associada a piores condições de saúde física e mental. Por outro lado, já existem evidências de que a participação da família em programa de transferência de renda durante a infância pode ter efeitos positivos sobre a saúde mental.
- (B) Os estudos mostram que o racismo está relacionado a problemas emocionais na adolescência, período do desenvolvimento em que ocorre o estabelecimento da identidade do indivíduo. No entanto, na literatura não há evidência de que o racismo tenha impacto negativo na saúde mental de crianças pré-púberes.
- (C) Atualmente, as manifestações de estigma são classificadas em somente duas categorias: o estigma público, que se refere a atitudes negativas e discriminatórias em relação aos indivíduos com transtornos mentais; e o estigma por associação, que se refere ao estigma sofrido por familiares ou profissionais de saúde mental.
- (D) O uso de critérios diagnósticos baseados em manuais como o DSM-5 garante um diagnóstico isento de vieses culturais. No entanto, disparidades raciais e diferenças culturais podem interferir no acesso ao tratamento e na qualidade do atendimento.

**25**

Em relação à exposição ao trauma e/ou aos maus-tratos na infância e adolescência, assinale a alternativa correta.

- (A) A coocorrência de diferentes tipos de maus-tratos é a regra e não a exceção. As evidências sobre essa polivitimização enfatizam a importância das estratégias de prevenção secundária na proteção da criança.
- (B) Como a infância constitui um período sensível para o desenvolvimento, a maioria das crianças e adolescentes que vivenciou ou testemunhou um evento potencialmente traumático evolui com o desenvolvimento de Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), com manifestação de sintomas prolongados.
- (C) A exposição ao trauma não interpessoal está associada a uma taxa significativamente maior de TEPT do que a exposição ao trauma interpessoal.
- (D) A literatura aponta que os maus-tratos na infância podem alterar o desenvolvimento cerebral, podendo levar à hiporresponsividade da amígdala com menor reação frente às ameaças como um efeito protetor, o que pode contribuir para a ocorrência de comportamentos de risco.

**26**

Os pais contam que Carlos, 10 anos de idade, desde pequeno é agitado, impulsivo e irritado. Apresenta explosões de raiva que acontecem de forma desproporcional diante de pequenas frustrações. Quando tinha cinco anos de idade, Carlos recebeu diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiante (TOD). Na época, os pais tiveram medo de dar qualquer tipo de medicação por ele ser muito novo. Ao longo do tempo, Carlos manteve sintomas de impulsividade e explosões de raiva intensas e frequentes. Há cerca de 2 anos, estas explosões ocorrem quase que diariamente e são acompanhadas de agressões verbais e físicas. O pai descreve que filho também é ranzinza e que se sente “pisando em ovos”. Nos últimos meses, os pais notam que Carlos tem se mostrado mais triste e se queixado de ter poucos amigos. Apresenta falas negativas sobre si, como “eu sou burro, ninguém gosta de mim”. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) No caso de Carlos, recomenda-se a utilização de medicamentos não-estimulantes para tratamento do TDAH, uma vez que a presença de sintomas de irritabilidade contraindica o uso de medicamentos estimulantes.
- (B) Os estudos apontam que a irritabilidade na infância está associada a diversos desfechos negativos ao longo da vida, incluindo ideação suicida e tentativa de suicídio.
- (C) Irritabilidade na infância já foi associada ao TDAH e à depressão. Estudos genéticos no entanto, encontraram associação significativa somente entre irritabilidade na infância e Escore de Risco Poligênico (ERP) para depressão. Não havendo evidência de associação entre irritabilidade na infância e ERP para TDAH.
- (D) No caso de Carlos, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-5, deve-se fazer os diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositor Desafiante (TOD) e Transtorno Disruptivo de Desregulação do Humor (TDDH).

**27**

Eduarda, 12 anos de idade, iniciou acompanhamento ambulatorial em serviço terciário por fugas frequentes de casa. A adolescente vive atualmente com a mãe e no início deste ano, contou na escola que vinha sofrendo episódios de abuso sexual de seu padrasto desde os 10 anos de idade. Houve a denúncia do agressor e ele foi preso. A genitora acolheu sua filha, mas evoluiu com episódio depressivo, com sentimento intenso de culpa devido aos acontecimentos. A paciente iniciou o acompanhamento ambulatorial com manifestação de apatia, irritabilidade, dificuldade para iniciar o sono e com pesadelos recorrentes de conteúdo violento. Além disso, relatou sobre taquicardia ao ver homens com características semelhantes às do agressor. Queixou-se também de que enxergava vultos durante a noite. Ao ser questionada sobre as fugas, explicou que fazia isso por sentir desconforto ao estar em casa. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Negligência é a falha em fornecer um ambiente apropriado para o desenvolvimento. Neste caso, considera-se negligência a incapacidade que a genitora teve em proteger a criança, por não ter supervisionado adequadamente sua filha, podendo resultar em medidas de afastamento com abrigo como medida provisória.
- (B) Há um consenso de que experiências de maus-tratos na infância podem contribuir para o início de sintomas psicóticos. Dessa forma, no caso descrito, o tratamento precoce com antipsicótico de segunda geração é indicado para o controle do quadro psicóticos da adolescente e das alterações comportamentais.
- (C) A Terapia Cognitivo Comportamental Focada no Trauma (TCC-FT) é a intervenção mais eficaz para o tratamento de TEPT na infância e adolescência. No entanto, a TCC-FT tem pouca eficácia em relação aos pesadelos persistentes associados. Assim, neste caso, há indicação de tratamento medicamentoso com prazosin, que apresenta alto nível de evidência para redução de pesadelos em adolescentes.
- (D) No caso descrito, transtorno de conduta não é a principal hipótese diagnóstica. Adolescentes vítimas de trauma podem ter aumento de agressividade, reações disruptivas e comportamentos de risco como parte do quadro de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT).



## 28

Sobre o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), assinale a alternativa correta.

- (A) Além de fatores como sexo feminino e baixo nível socioeconômico, variáveis relacionadas à experiência do evento e ao pós-trauma, como baixo apoio social, retraimento social e problema psicológico comórbido, também são descritos como fatores de risco para a ocorrência de TEPT na infância e adolescência.
- (B) Diferentemente dos critérios diagnósticos aplicados a crianças mais velhas e adultos, o testemunho de um evento traumático apenas em mídia eletrônica, televisão ou fotografias é suficiente para configurar exposição a trauma em crianças menores de 6 anos. Tal particularidade se deve ao fato de que as crianças, nos primeiros anos de vida, ainda não apresentam a capacidade de distinção das apresentações midiáticas e a experiência real e/ou pessoal.
- (C) Sintomas depressivos podem se sobrepor ou serem semelhantes às alterações negativas de cognição e humor que compõem o diagnóstico de TEPT. Como os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS) não se mostraram eficazes em crianças e adolescentes com TEPT, o tratamento de um quadro depressivo associado deve ser realizado somente pela intervenção psicoterápica nesses casos.
- (D) Estudos longitudinais observacionais permitiram excluir a hipótese de um efeito do tipo dose-resposta em relação à exposição a eventos traumáticos e o risco de desenvolvimento de TEPT na infância e adolescência.

## 29

Em relação aos transtornos ansiosos, assinale a alternativa correta.

- (A) Os estudos mostram que crianças pequenas que apresentam inibição comportamental com tendência de se afastar de situações, indivíduos ou ambientes desconhecidos e que reagem com apreensão diante de novidades, apresentam um risco maior de apresentarem transtornos ansiosos ao longo da vida.
- (B) Os transtornos ansiosos são atualmente a primeira causa de incapacidade entre adolescentes de 15 a 19 anos, seguido por transtorno de conduta, transtornos relacionados ao uso de substâncias e transtornos depressivo.
- (C) Transtornos ansiosos dos pais estão associados a um risco maior de seus filhos desenvolverem transtornos ansiosos. No entanto, os estudos não encontram associação entre depressão parental e transtornos ansiosos na prole, sugerindo que fatores genéticos estão associados, especificamente, aos transtornos ansiosos.
- (D) A acomodação familiar é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos ansiosos. No entanto, até o momento, intervenções voltadas para a redução da acomodação familiar não se mostraram eficazes para o tratamento de transtornos ansiosos.

## 30

Jovens transgêneros incluem crianças e adolescentes que apresentam uma incongruência entre o gênero designado no nascimento e sua identidade de gênero. Sobre este tema, assinale a alternativa correta.

- (A) Atualmente, prevalência da disforia de gênero em crianças e adolescentes é estimada em 8-10% e varia de acordo com a seleção da amostra, da idade e do método de investigação.
- (B) A abordagem afirmativa para crianças e adolescentes transgêneros propõe que aqueles que expressam o desejo de passar por uma transição social (que pode incluir a mudança de nomes, pronomes, roupas, estilos de cabelo, etc.) podem fazê-lo, sem requisitos de idade mínima.
- (C) A etiologia da incongruência de gênero e da disforia de gênero permanecem indefinidas. Os estudos sugerem que exista uma combinação de fatores biológicos, como fatores hormonais e psicossociais. No entanto, não há evidência de que fatores genéticos estejam envolvidos.
- (D) Crianças e adolescentes com disforia de gênero apresentam mais psicopatologia internalizantes, incluindo ansiedade e depressão. Mas não são observadas diferenças em relação aos transtornos externalizantes ou às taxas de suicídio quando comparados à população em geral.

## 31

Em relação à assistência de crianças e adolescentes com transtornos mentais, assinale a alternativa correta.

- (A) Estudos já demonstraram a eficácia de intervenções psicossociais breves realizadas por profissionais não especializados e membros da comunidade, indicando que esses profissionais podem atuar em colaboração com o atendimento especializado e contribuir para a ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental.
- (B) No SUS, a assistência à saúde mental é realizada através da rede de atenção psicossocial que é composta por três eixos: a atenção básica, realizada pelas unidades básicas de saúde, a atenção psicossocial, realizada pelos CAPS e a rede de atenção hospitalar que inclui leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos.
- (C) Atualmente, no Brasil, existem somente cerca de 800 CAPS infante juvenis, distribuídos de forma desigual no território, o que deixa claro as limitações da rede pública para atender as crianças e adolescentes com transtorno mental.
- (D) No Brasil, a assistência a pessoas com transtornos mentais é oferecida de maneira gratuita através do SUS. No entanto, o acesso ao atendimento ainda é limitado. Em estudos realizados no Brasil, somente cerca de 60% de crianças e adolescentes com transtorno mental haviam recebido atendimento em saúde mental no último ano.

**32**

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

- (A) A identificação dos sintomas pré-mórbidos auxilia na elucidação diagnóstica e também é um marcador de prognóstico.
- (B) Os sintomas negativos (afeto hipomodulado, diminuição da fluência verbal) surgem no curso crônico da doença, não sendo observados nas fases iniciais.
- (C) O pensamento mágico e ideias de referência são sintomas psicóticos positivos comumente observados em crianças com esquizofrenia.
- (D) Na infância e adolescência, os delírios são estruturados e as alucinações visuais são mais prevalentes do que as auditivas. Os critérios diagnósticos são os mesmos dos adultos.

**33**

Os pais de Bruno, 7 anos de idade, contam que o filho foi adotado aos 5 anos de idade. Os pais não têm informações sobre a história gestacional. Mas, sabem que o paciente foi encaminhado para abrigo com menos de 1 ano de idade devido situação de negligência grave e vulnerabilidade social. Na consulta, os pais demonstram preocupação com o comportamento de Bruno. Em relação ao caso apresentado, assinale a alternativa correta.

- (A) De acordo com a teoria do apego, o apego pode ser classificado em 4 categorias: seguro, evitativo (inseguro), ansioso/ambivalente (inseguro) e desorganizado (inseguro). Os estudos mostram que crianças com apego inseguro na infância têm uma probabilidade maior de desenvolver transtornos internalizantes durante a vida, mas não encontram associação com a ocorrência de transtornos externalizantes.
- (B) Somente a partir do segundo ano de vida, é possível avaliar e classificar a qualidade do apego da criança pequena com seu cuidador. Isso pode ser feito por meio de um paradigma conhecido como “situação estranha” em que se observa o comportamento da criança durante episódios de separações e encontro entre a criança, seu cuidador e um adulto desconhecido.
- (C) Evidências de estudos em animais e humanos indicam que fatores epigenéticos (como metilação do DNA, modificações pós-traducionais de histonas e pequenos RNAs não codificantes) podem ter um papel importante no efeito do cuidado parental sobre o desenvolvimento cerebral.
- (D) Crianças que sofreram um padrão de extremos de cuidado insuficiente podem apresentar o transtorno de interação social desinibida, que se caracteriza por: um padrão de comportamento no qual a criança aborda e interage com os adultos conhecidos com discrição reduzida ou ausente; comportamento físico excessivamente próximo com seus cuidadores, diminuição ou ausência de retorno ao cuidador após se aventurar e hesitação acentuada para sair com desconhecidos.

**34**

Os pais de Fernanda, 4 anos de idade, trazem a filha para consulta de puericultura. Os pais estão preocupados porque Fernanda tem um amigo imaginário com quem interage durante brincadeiras. Além disso, eventualmente, tem comportamentos agressivos com colegas e episódios de birras com os pais em momentos de frustração. Os pais também contam que conseguiram realizar o desfralde durante o dia, mas a paciente ainda faz xixi na cama cerca de duas vezes por semana. Durante a consulta, o pediatra além de investigar alterações clínicas, também avaliou a presença de atrasos no desenvolvimento. Considerando o caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) Nesta idade, é esperado que Fernanda saiba dizer frases com 4 palavras, nomear ao menos 4 cores e desenhar uma pessoa com 3 partes do corpo.
- (B) Comportamentos agressivos e episódios de birra são esperados nessa faixa etária, pois as funções executivas e o controle inibitório começam a se desenvolver somente a partir dos 6 anos de idade.
- (C) Ter um amigo imaginário não é esperado nessa faixa etária e o pediatra deve encaminhar a paciente para uma avaliação especializada.
- (D) O pediatra deve comunicar o diagnóstico de enurese noturna aos pais e realizar orientações.

**35**

Em relação ao tratamento da depressão na infância e adolescência, assinale a alternativa correta.

- (A) Ensaio clínico randomizado já demonstraram a eficácia da eletroconvulsoterapia para tratamento de depressão resistente em adolescentes. Assim o ECT pode ser recomendado para adolescentes com quadros graves e resistentes ao tratamento.
- (B) Considerando a importância do tratamento precoce, os *guidelines*, como o do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), recomendam tratamento psicoterápico como tratamento inicial para pacientes com depressão leve e contraindicam a observação atenta (*watchful waiting*).
- (C) A combinação de fluoxetina e psicoterapia já se mostrou eficaz para tratamento de depressão moderada na infância e adolescência, mas caso não haja uma resposta adequada, deve-se considerar a troca para outro inibidor da receptação de serotonina.
- (D) Até o momento, não há estudos comparando a eficácia entre diferentes abordagens psicoterápicas para o tratamento de depressão em crianças e adolescentes. Assim a escolha da abordagem deve se basear na preferência da família.

**36**

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

- (A) A depressão é aproximadamente duas vezes mais comum em meninas do que em meninos. Essa diferença é observada tanto entre as crianças pré-púberes, como após a puberdade.
- (B) Adolescentes com depressão apresentam alterações do controle cognitivo *top down*, que está relacionado ao sintoma de anedonia e à hipoativação do estriado ventral e do sistema de recompensa.
- (C) Estudos indicam que aqueles que tiveram depressão na adolescência apresentam um risco quase três vezes maior de apresentarem depressão na idade adulta, em comparação com aqueles que não tiveram depressão na adolescência.
- (D) Estudos em países de baixo ou média renda já mostram que as estratégias de prevenção com intervenções em escolas realizadas por professores são eficazes para reduzir sintomas depressivos em adolescentes com tamanho de efeito moderado.

**37**

Os maus-tratos na infância constituem um importante fator de risco para psicopatologia ao longo da vida. A respeito desse tema, assinale a alternativa correta.

- (A) De acordo com o Art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os casos de suspeita de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente devem ser, obrigatoriamente, comunicados à Vara da Infância e Juventude e ao Ministério Público.
- (B) A experiência de maus-tratos na infância por parte dos pais é um preditor de maus-tratos na infância. Isso ilustra um ciclo vicioso de maus-tratos. No entanto, isso não significa que as experiências de maus-tratos estão condenadas a se repetir entre gerações.
- (C) Nos casos de maus-tratos em que os próprios cuidadores são os perpetradores, observam-se efeitos negativos significativos em relação ao desenvolvimento socioemocional. No entanto, os estudos não encontram efeitos negativos em escores cognitivos ou no desenvolvimento da linguagem.
- (D) Sobre a definição de maus-tratos, deve-se atentar para duas particularidades referentes à infância e adolescência: o abuso sexual é reconhecido somente quando o agressor tem mais de 18 anos de idade; a negligência ocorre apenas quando há recursos razoáveis disponíveis para a família ou cuidador da criança ou do adolescente.

**38**

A agitação psicomotora e o comportamento agressivo em crianças e adolescentes no pronto-socorro ou em Unidades de Internação podem necessitar de manejo medicamentoso. Sobre este tema, assinale a alternativa correta.

- (A) Os medicamentos usados para o manejo da agitação psicomotora devem buscar abordar a causa da agitação, como ansiedade, delírio ou psicose e quaisquer síndromes psiquiátricas subjacentes.
- (B) Em um quadro de agitação, devido à necessidade de efeito rápido, deve-se dar preferência para a administração de medicamentos por via intramuscular em relação a via oral.
- (C) Devido à necessidade de um tratamento rápido e eficaz, caso uma dose inicial de medicamento não seja efetiva, deve-se dar preferência para o uso de um segundo medicamento de potência maior.
- (D) Devido ao risco de hipotensão, o uso de alfa 2 agonistas é contraindicado no manejo de agitação psicomotora.

**39**

Em relação aos transtornos disruptivos, assinale a alternativa correta.

- (A) A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) focada na criança é a intervenção não-farmacológica de maior eficácia para tratamento de transtorno opositor desafiante em crianças pré-escolares.
- (B) De acordo com o DSM-5 para se realizar o diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial, o indivíduo deve ter no mínimo 18 anos. Os sintomas podem surgir na idade adulta, mas 60% dos indivíduos já apresentam sintomas na adolescência.
- (C) As crianças são capazes de demonstrações de empatia e emoções como culpa e remorso somente a partir da idade escolar. Nessa faixa etária, é importante avaliar estes aspectos, pois a presença de limitada emoção pró-social (*callous unemotional traits*) é um fator de risco para a ocorrência de comportamentos antissociais mais graves.
- (D) Estudos indicam a associação entre problemas de conduta, uso de álcool na gestação, maus-tratos infantis, baixo nível socioeconômico e envolvimento com comportamentos desviantes.

## 40

Sobre a avaliação e tratamento do Transtorno do Espectro Autista (TEA), assinale a alternativa correta.

- (A) De acordo com *guidelines*, para todos os pacientes diagnosticados com TEA deve-se solicitar: o exoma completo para investigação de alterações genéticas e o eletroencefalograma devido ao risco aumentado de epilepsia.
- (B) Para pacientes que tem diagnóstico de TEA e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), há evidências de que o tratamento de curto prazo com metilfenidato ou atomoxetina reduzem sintomas de TDAH.
- (C) Na avaliação de pacientes com TEA, é necessário investigar a presença de comorbidades. Condições psiquiátricas e de desenvolvimento concomitantes são comuns. Por exemplo, cerca de 60% dos pacientes com TEA apresentam comorbidade com TDAH e cerca de 50% apresentam comorbidade com deficiência intelectual.
- (D) As evidências mostram que as terapias comportamentais para crianças em idade escolar e adolescentes com TEA são eficazes para reduzir os sintomas centrais do autismo, incluindo os prejuízos na comunicação social e os padrões de comportamento repetitivos e restritos.



