



## 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 F17**. 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**

Memória é a capacidade de registrar, manter e evocar informações. Podemos classificar o processo mnésico conforme sua duração, nos seguintes tipos:

- (A) Memória imediata, memória recente, memória de trabalho e memória explícita.
- (B) Memória imediata, memória de trabalho e memória de longo prazo.
- (C) Memória imediata, memória declarativa, memória de longo prazo e implícita.
- (D) Memória episódica, memória de fixação e evocação, memória remota e memória de longo prazo.

**02**

Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é uma designação utilizada para caracterizar o estágio de transição entre o envelhecimento cognitivo normal e as manifestações iniciais das demências, assumindo-se um maior risco de evolução para este desfecho nos anos subsequentes ao seu diagnóstico. Em relação ao CCL, pode-se afirmar:

- (A) Seu diagnóstico é definido sempre que o exame de imagem molecular (PET amiloide) for positivo. Esse exame pode ser substituído por exame de imagem por ressonância magnética com estudo volumétrico da formação hipocampal.
- (B) Biomarcadores líquóricos indicando aumento das concentrações do peptídeo beta-amiloide e da proteína TAU (total e hiperfosforilada) confirmam o diagnóstico de CCL.
- (C) O diagnóstico do CCL é eminentemente clínico e independe dos resultados de biomarcadores líquóricos ou de imagem molecular. Exames laboratoriais e de imagem cerebral são recomendáveis para fins de diagnóstico diferencial, a partir do diagnóstico sintomático de CCL ou de demência.
- (D) Biomarcadores plasmáticos devem ser considerados sempre que houver dúvida em relação à etiologia do CCL; quando positivos, são suficientes para fechar o diagnóstico de demência. Se os biomarcadores forem positivos, a avaliação neuropsicológica torna-se dispensável.

**03**

Homem de 75 anos de idade apresenta início gradual de déficit cognitivo, que é flutuante, juntamente com quedas, alucinações visuais e parkinsonismo de início há aproximadamente 12 meses. Assinale a alternativa que apresenta o mais provável diagnóstico.

- (A) Demência por múltiplos infartos.
- (B) Doença de Alzheimer.
- (C) Demência com corpos de Lewy.
- (D) Demência frontotemporal.

**04**

Pode-se afirmar que são alterações do âmbito instintivo e neurovegetativo nas síndromes depressivas:

- (A) Anedonia; cansaço fácil; fadiga; hipobulia; desânimo; alterações de sono e apetite; redução da libido; constipação; palidez; pele fria.
- (B) Desânimo; cansaço; fadiga, anedonia; alterações de sono e apetite; prejuízo cognitivo-atencional; palidez; pele fria; desânimo, aumento da latência de resposta.
- (C) Cansaço; fadiga; alterações de sono e apetite; pele fria; palidez; crença de falência corporal; aumento da latência de respostas; prejuízo de libido.
- (D) Desânimo; ruminações; anedonia; alterações de sono e apetite; déficit de atenção e concentração; hipobulia; ideias de menos-valia e incapacidade.

**05**

Uma mulher de 80 anos de idade com diagnóstico recente de doença de Alzheimer (demência leve) é levada à consulta médica por sua filha, que se mudou para a casa da mãe para cuidar dela em tempo integral. A filha quer ajudar a paciente a preservar uma relativa autonomia e mantê-la confortável no dia a dia. Assinale a alternativa que apresenta a recomendação mais apropriada para dizer à filha com relação a essa preocupação.

- (A) Evitar explicar mudanças na rotina ou no ambiente para não confundir a paciente.
- (B) Evitar visitas frequentes de familiares ou amigos para minimizar a estimulação.
- (C) Estabelecer uma rotina de atividades diárias para que a paciente se sinta mais orientada e segura.
- (D) Manter o quarto do paciente silencioso, escuro e privado para minimizar a estimulação.

**06**

Em relação ao tratamento das demências, assinale a alternativa correta.

- (A) As medicações com efeitos na modulação de neurotransmissores são a base do tratamento da demência vascular.
- (B) Quando as alucinações e a agitação na demência com corpos de Lewy exigem tratamento medicamentoso, recomenda-se o uso de antipsicóticos de alta potência como o haloperidol.
- (C) O tratamento de primeira linha para demência frontotemporal em pacientes mais jovens inclui medicamentos ansiolíticos como os benzodiazepínicos.
- (D) O tratamento farmacológico atual para a doença de Alzheimer inclui inibidores da colinesterase e um antagonista parcial de receptores N-metil-D-aspartato.

**07**

Os transtornos de ansiedade em idosos estão associados à desregulação de respostas fisiológicas ao estresse e também a fatores psicossociais. Pode-se afirmar:

- (A) A incidência de transtornos de ansiedade aumenta com a idade, em função de privações sociais, perdas cognitivas e comorbidades, fazendo com que os transtornos de ansiedade em idosos se tornem mais prevalentes do que em fases mais precoces da vida.
- (B) Embora os transtornos de ansiedade sejam, em geral, menos frequentes em idosos quando comparados aos adultos jovens, destacam-se o transtorno de ansiedade generalizada e as fobias específicas como as apresentações mais frequentes nessa fase da vida.
- (C) Pelas peculiaridades de sua apresentação, a identificação dos transtornos de ansiedade de início tardio depende criticamente da utilização de instrumentos de diagnóstico como a Escala de Hamilton para Ansiedade.
- (D) Fobia social, transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada e fobias são os mais comumente encontrados em idosos.

**08**

Um homem de 78 anos de idade, com demência consistente com a doença de Alzheimer (apresentação típica, em estágio inicial), é submetido a uma Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET Amiloide) para avaliar a carga de amiloide cerebral. Assinale a alternativa que apresenta a área que provavelmente mostraria positividade amiloide em estágio inicial da doença.

- (A) Núcleo caudado e conexões.
- (B) Córtex occipitotemporal.
- (C) Pré-cuneus.
- (D) Giro temporal superior.

**09**

Lesões do lobo frontal produzem alterações psíquicas e comportamentais relevantes para a apreensão da psicopatologia em pacientes idosos. As síndromes frontais podem ser subclassificadas em: síndrome orbitofrontal, frontomedial e da convexidade frontal, cujas características estão relacionadas a seguir. Assinale a alternativa que relaciona cada subsíndrome com suas manifestações clínicas, respectivamente.

- (A) Indiferença afetiva; desinibição e dificuldade de sequenciamento; perseverações.
- (B) Indiferença afetiva; irritabilidade; dificuldades de sequenciamento.
- (C) Desinibição; perda do tato social; síndrome da impulsividade e agressividade.
- (D) Desinibição; indiferença afetiva; dificuldades em planejamento e solução de problemas.

**10**

Funcionária do correio de 63 anos de idade foi encaminhada para avaliação médica porque, no último ano, vem cometendo lapsos no trabalho (“erros bobos”, conforme relato da paciente), com a impressão de que o problema está piorando progressivamente. Ela relata que sente “como se estivesse esquecendo como ler”, ou com “dificuldade para compreender o que vê”. O exame físico é inocente e apresenta acuidade e campos visuais normais; porém, quando submetida à avaliação cognitiva, mostra-se incapaz de narrar o que está acontecendo na figura do teste do “roubo de biscoitos”, concentrando-se em apenas uma pequena área de cada vez e não conseguindo conectar os componentes isolados. Seu exame neurológico é normal. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico mais provável?

- (A) Demência com corpos de Lewy.
- (B) Doença de Alzheimer, forma atípica (atrofia cortical posterior).
- (C) Hidrocefalia de pressão normal.
- (D) Envelhecimento normal.

**11**

Uma mulher de 65 anos de idade com hipertensão arterial, gota e osteoartrite de joelho foi levada ao pronto-socorro devido às alterações comportamentais e recusa alimentar nas últimas 3 semanas. A paciente relatou ouvir vozes e estar desconfiada em relação aos próprios familiares. Tornou-se socialmente retraída, recusando comida e mostrando-se cada vez mais incapaz de cuidar de si mesma. Deixou de usar o aparelho auditivo por acreditar que esse poderia ser o causador das vozes. Ao exame, estava alerta e orientada, mas mostrava descuido pessoal (despenteada, com roupas desalinhadas). Mostrava-se inquieta e ocasionalmente murmurava para si mesma. Seu discurso era bastante tangencial e incoerente: disse que as pessoas estavam tentando matá-la, envenenando sua comida. Exame físico sem achados significativos. A anamnese com os familiares não revelou eventos recentes significativos e a paciente não estava tomando nenhum medicamento novo. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa correta.

- (A) A testagem cognitiva não é necessária neste momento, devendo ser priorizado o tratamento medicamentoso da psicose.
- (B) Trata-se de quadro de psicose de início tardio, o que dispensa a investigação de possíveis etiologias orgânicas.
- (C) Corrigir déficits visuais e auditivos pode ajudar no quadro.
- (D) A psicose explica a perda de funcionalidade, portanto, doença neurodegenerativa não é uma hipótese diagnóstica.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 12 A 14

Homem de 81 anos de idade, engenheiro aposentado, previamente hígido do ponto de vista psiquiátrico. Há 3 meses, vem relatando preocupações e ansiedade com relação à sua situação financeira. Tem algumas dívidas em crédito consignado, mas quer “resolvê-las” o mais breve possível: liga para os familiares pedindo empréstimos, com o intuito de investir em ativos financeiros mais atraentes. Está intransigente e não aceita opiniões contrárias, quando se tenta explicar os maiores riscos dessa estratégia. Segundo o filho, tais comportamentos são incompatíveis com a sua personalidade habitual, pois sempre foi pessoa flexível, criterioso quanto à tomada de riscos e nunca foi de expor suas dificuldades à família. O paciente exibe grande otimismo com a sua estratégia financeira e fica bastante irritado quando os familiares tentam coibir. Chegou a agredir fisicamente a esposa e o filho, mostrou-se arrependido depois. À noite, fica acordado até as 2 horas da manhã, pensando em novos empreendimentos e acorda cedo para colocar todos os seus projetos em prática. Contudo, o filho observa que ele não avança de maneira assertiva com nenhum projeto. Seu pensamento está acelerado, com preservação dos nexos associativos entre ideias. Nesse período, passou a ingerir álcool em maior quantidade, cerca de quatro vezes por semana. Não tem alterações de apetite ou do padrão alimentar. Não há sintomas psicóticos e não há queixas cognitivas. Sua crítica sobre seu estado mental é pobre; recusa-se a tomar qualquer medicação psiquiátrica. MoCA 26 pontos (perde 1 ponto na fluência verbal; 1 ponto na vigilância em erro por comissão; 2 pontos na evocação tardia, com benefício de pistas); testes específicos não mostraram alterações em cognição social. Ao exame neurológico, apresenta parkinsonismo de predomínio nos membros inferiores. Comorbidades: hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, ex-tabagista (carga de 50 anos-maço), doença arterial coronariana (angioplastia prévia), doença renal crônica (estágio IV). Medicamentos em uso: valsartana, hidroclorotiazida, anlodipino, atorvastatina, insulino terapia, metformina e glicazida).

**12**

Assinale a alternativa que apresenta a principal hipótese diagnóstica e uma possível etiologia subjacente.

- (A) Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG); uso patológico de álcool.
- (B) Transtorno bipolar devido a outra condição médica; doença cerebrovascular.
- (C) Transtorno por uso de substâncias (álcool); doença cerebrovascular.
- (D) Variante comportamental da Demência Frontotemporal (DFTvc); degeneração lobar frontotemporal.

**13**

A respeito do caso descrito, assinale a alternativa correta em relação aos aspectos neuropsiquiátricos e cognitivos.

- (A) O domínio cognitivo que está mais prejudicado é dependente da rede do córtex pré-frontal córtico-subcortical.
- (B) A bateria breve de rastreio cognitivo poderia ajudar a discriminar transtornos psiquiátricos primários de causas secundárias.
- (C) O fato de o paciente ter tido benefício de pistas na evocação tardia sugere comprometimento do circuito de Papez.
- (D) O julgamento pobre para tomada de decisões tipicamente reflete lesões em pré-cuneus e cíngulo posterior.

**14**

Considerando o caso descrito, assinale a alternativa que contém uma conduta/proposta de tratamento apropriada para esse paciente neste momento.

- (A) Tratamento ambulatorial/haloperidol.
- (B) Internação hospitalar/olanzapina e lítio.
- (C) Tratamento ambulatorial/olanzapina e naltrexona.
- (D) Internação hospitalar/quetiapina e divalproato.

**15**

Mulher de 66 anos de idade, aposentada, queixa-se de dificuldades de memória há cerca de 3 meses. Comparece desacompanhada à consulta. Mora sozinha, organiza a casa sem ajuda e controla as próprias finanças. Refere ter como antecedente médico apenas hipotireoidismo e está fazendo uso de levotiroxina. Passou no geriatra recentemente, fez vários exames que constatou que o nível de TSH está normal. Além da queixa de memória, diz que o sono tem estado ruim neste período, demorando uma hora para adormecer e acordando várias vezes durante a noite. Queixa-se de perda de peso recente, mas não aferiu. Diz que gostava de ir à igreja e ao clube, onde costumava jogar cartas com as amigas, mas parou de fazer isso há alguns meses. Diz sentir-se mais cansada e que esses sintomas a atrapalham bastante. O escore no mini-exame do estado mental é de 28. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para o caso descrito.

- (A) Prescrever donepezila.
- (B) Ajustar a levotiroxina.
- (C) Introduzir escitalopram.
- (D) Realizar ultrassonografia de tireoide.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 16 E 17

Mulher, 67 anos de idade, psicóloga, viúva há 10 anos, procura atendimento médico devido a sintomas de desconforto emocional iniciados há 2 meses. Refere choro fácil, tristeza, sensação de ansiedade, principalmente quando vê notícias de acidentes na televisão. Conta que seu primo faleceu há cerca de 3 meses num acidente de motocicleta. Nega pensamentos de morte, alteração de sono ou apetite. Desde então, sente dificuldade para conseguir manter atenção durante seus atendimentos clínicos e teve um evento recente de esquecer a panela no fogo. Apesar disto, tem conseguido realizar suas atividades habituais, sem necessitar de auxílio de terceiros. Nega tratamentos psiquiátricos prévios. Antecedentes clínicos de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, fazendo uso de maleato de enalapril 40 mg/dia e sinvastatina 20 mg/dia. Realizou diversos exames laboratoriais que estavam dentro dos padrões da normalidade. Em testagem cognitiva com o MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) pontuou 25 em 30 pontos. Perdeu um ponto no teste de trilhas, um ponto na cópia do cubo, dois pontos no subtestes de atenção e um ponto em evocação tardia (porém conseguiu evocar corretamente com auxílio da pista de categoria).

**16**

Considerando os dados disponíveis, quais seriam as hipóteses diagnósticas mais prováveis para o caso?

- (A) Comprometimento cognitivo leve amnésico (único domínio) e episódio depressivo maior (transtorno depressivo unipolar de início tardio).
- (B) Comprometimento cognitivo leve não-amnésico (múltiplos domínios) e transtorno de adaptação.
- (C) Comprometimento cognitivo leve amnésico (múltiplo domínio) e transtorno de adaptação.
- (D) Demência leve de predomínio amnésico e transtorno de luto prolongado.

**17**

Após instituição das condutas terapêuticas, a paciente atingiu a remissão do quadro clínico citado, com restabelecimento de um desempenho normal nos testes cognitivos; manteve-se estável nos anos seguintes. Retorna após 9 anos acompanhada do filho, que relata perceber, no último ano, algumas dificuldades para executar tarefas do dia a dia. Diz que, antes a mãe era uma cozinheira notável, mas não consegue mais preparar as refeições como fazia. Percebeu uma diminuição na elaboração dos pratos, necessitando de auxílio para o planejamento e organização de almoços em família, inclusive para a compra de alimentos. Também está com dificuldade para realizar pagamentos das contas de consumo e às vezes confunde-se no uso das medicações. Bateu o carro em 3 ocasiões no período. A paciente nega sofrimento ou qualquer sintomatologia. Foi avaliada pelo mini-exame do estado mental (MEEM), obtendo escore de 26 pontos em 30, com as seguintes perdas de pontuação: dois pontos em atenção, um ponto no desenho (cópia dos pentágonos) e um ponto em orientação espacial. Foram

realizados exames laboratoriais, que não mostraram alterações significativas. Exame de imagem cerebral por ressonância magnética permite inferir escore de Fazekas de 2 e pontuação na escala de Scheltens (MTA) de 2 bilateralmente. Considerando o histórico da paciente e os achados em sua avaliação, qual a hipótese diagnóstica mais pertinente no momento?

- (A) Demência vascular.
- (B) Demência frontotemporal.
- (C) Demência na doença de Alzheimer.
- (D) Comprometimento cognitivo leve não amnésico, com múltiplos domínios acometidos.

**18**

Mulher, 62 anos de idade, solteira, 6 anos de escolaridade, sem filhos, em tratamento de um quadro depressivo crônico (há mais de 20 anos), sem melhora dos sintomas. Ao longo da vida sempre foi mais retraída socialmente, porém nunca teve outras alterações comportamentais significativas. Apresenta perda auditiva desde jovem. Há 8 meses, começou a apresentar alterações comportamentais, desconfiando e dizendo que os vizinhos têm observado suas ações e até comentam sobre seus pensamentos. No exame mostrava-se desconfiada, orientada, algo irritada, ideia delirante de cunho persecutório sem alterações do curso do pensamento. A avaliação cognitiva revelou comprometimento cognitivo discreto, com desempenho no mini-exame do estado mental de 29 pontos. Foi realizada RM de crânio que evidenciou atrofia compatível com a faixa etária. Não apresentava alterações da funcionalidade, mantendo-se autônoma para atividades básicas e instrumentais da vida diária. Assinale a alternativa que melhor representa o diagnóstico e tratamento para o caso descrito.

- (A) Transtorno delirante de início tardio – antipsicótico.
- (B) Doença de Alzheimer – anticolinesterásico.
- (C) Depressão bipolar – lítio.
- (D) Demência por Corpos de Lewy – anticolinesterásico.

**19**

Em relação à variante comportamental da Demência Frontotemporal (DFTvc), é correto afirmar:

- (A) Os inibidores das colinesterases são indicados para o tratamento farmacológico, com evidência de melhora significativa da disfunção executiva e da impulsividade.
- (B) O diagnóstico diferencial entre DFTvc e transtornos psiquiátricos (como TAB, TOC e transtornos da personalidade) pode ser feito com o auxílio dos biomarcadores liquóricos.
- (C) Na maioria dos casos existe componente vascular, que pode ser diagnosticado por meio de exames de imagem cerebral (ressonância magnética ou 18F-FDG-PET).
- (D) Como ainda não existe tratamento farmacológico específico, a abordagem medicamentosa dos quadros com alterações comportamentais importantes deve ser feita sintomaticamente com o uso de psicofármacos.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 20 E 21

Homem de 60 anos de idade, professor aposentado, cujos filhos relatam mudanças do comportamento há 15 dias. Está dormindo menos, agitado, com certa euforia, muitas ideias ao mesmo tempo e “sem filtro”. Estão preocupados com gastos excessivos e suspeitam que ele está se relacionando com várias mulheres. Fez tratamento para episódio depressivo há 16 anos, após falecimento da esposa. Nega uso de substâncias psicoativas. Não há histórico de traumatismo cranioencefálico ou crises convulsivas. Hipertenso e com antecedente de infarto agudo do miocárdio há 5 anos. Nega história familiar de doenças psiquiátricas. Faz uso de enalapril 10 mg/dia, AAS 100 mg/dia, sertralina 50 mg/dia e clonazepam 0,5 mg/noite. Exame psíquico: vigil, parcialmente orientado em espaço e tempo, hipotenaz, humor eufórico, afeto expansivo, pensamento acelerado, discurso taquilálico com fuga de ideias, conteúdo grandioso. PA de 150x83mmhg FC de 82 bpm.

**20**

Assinale a alternativa que apresenta a melhor hipótese diagnóstica para o caso descrito.

- (A) O diagnóstico de Demência Frontotemporal, variante comportamental (DFTvc) não deve ser considerado, pois o paciente não tem história familiar de demência.
- (B) Transtorno bipolar tipo II é o diagnóstico mais provável.
- (C) Transtorno bipolar de início tardio, pois teve início aos 60 anos de idade.
- (D) Transtorno bipolar é um diagnóstico possível, já que o episódio atual preenche critérios para a mania.

**21**

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.

- (A) Iniciar risperidona suspender sertralina e reavaliar em curto prazo.
- (B) Iniciar, aripiprazol, suspender sertralina e solicitar exame de neuroimagem.
- (C) Iniciar divalproato de sódio, suspender sertralina, solicitar exames laboratoriais e neuroimagem estrutural e reavaliar em curto prazo.
- (D) Iniciar olanzapina, suspender sertralina e solicitar exames laboratoriais.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 22 E 23

Mulher de 77 anos de idade, com diagnósticos de demência na doença de Alzheimer (FAST 5), transtorno bipolar do tipo I (início aos 30 anos de idade, em remissão nos últimos seis anos), hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, dislipidemia, constipação crônica, osteoartrose de joelho, presbiacusia moderada bilateral (teve indicação de prótese auditiva). Há uma semana, ficou internada durante três dias em leito de UTI por sepse de foco urinário com injúria renal aguda (KDIGO 2). Com a antibioticoterapia e medidas de suporte clínico, evoluiu com melhora dos parâmetros

infecciosos e da função renal. A paciente foi transferida para leito de enfermaria, onde se encontra atualmente. A paciente tem oscilado entre períodos de confusão mental, agitação psicomotora, delírios persecutórios e períodos de sonolência e apatia. A investigação inicial para distúrbios hidroeletrólíticos, desidratação, infecções, desequilíbrios metabólicos foi negativa. A dosagem sérica de creatinofosfoquinase foi de 362 U/L (valor de referência: < 140 U/L) e a paciente se mantém afebril, estável hemodinamicamente e com boa saturação de oxigênio em ar ambiente. A paciente está contida mecanicamente no leito e pouco cooperativa com o exame clínico devido à sonolência, o que compromete a avaliação cognitiva. Força e reflexos tendinosos preservados nos quatro membros, sem alterações de nervos cranianos ou movimentos discinéticos. Prescrição atual: carbonato de lítio 900 mg/dia, divalproato de sódio 1.000 mg/dia, cloridrato de sertralina 50 mg/dia, ceftriaxone, bisacodil, rosuvastatina, levotiroxina, losartana, dipirona a critério médico. Para o manejo da agitação, está prescrito resgates com haloperidol 2,5 mg e prometazina 50 mg por via intramuscular, que têm sido administrados 1-2 vezes/dia com boa resposta, apesar de apresentar sonolência nas horas seguintes.

**22**

Em relação à investigação semiológica e exames complementares, assinale a alternativa correta.

- (A) Investigação com tomografia de crânio está indicada neste momento; caso esse exame não permita a elucidação etiológica, prosseguir com dosagem de lítio e valproatemia.
- (B) A avaliação clínica de dor e do hábito intestinal devem fazer parte da investigação do quadro clínico.
- (C) A investigação com eletroencefalograma e análise do líquido cefalorraquidiano devem fazer parte da investigação etiológica inicial do quadro.
- (D) A revisão da prescrição faz parte da boa prática clínica; porém, nenhuma das medicações em uso é tipicamente considerado um fator de piora.

**23**

Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que contém uma medida não-farmacológica e uma medida farmacológica adequadas para o tratamento do quadro clínico atual dessa paciente.

- (A) Verificar uso correto da prótese auditiva; suspender a prometazina por poder piorar o quadro clínico atual.
- (B) Descontenção mecânica; suspender a sertralina por poder descompensar o transtorno psiquiátrico de base.
- (C) Parâmetros ambientais para orientação temporal; suspender prometazina, prescrever aripiprazol e clorpromazina para resgate de crises de agitação.
- (D) Eletroconvulsoterapia; suspender haloperidol e prometazina, prescrever clonazepam para controle de rigidez e agitação.

**24**

Homem de 70 anos de idade com histórico de depressão recorrente. Estava bem com tratamento à base de venlafaxina e mirtazapina, teve recaída do quadro há 6 meses. Nesse período, fez uso de aripiprazol, escitalopram, lítio, duloxetine e nortriptilina, mas sem melhora significativa. No momento, está medicado com nortriptilina 75 mg. Apresenta sintomas depressivos importantes, com insônia terminal e perda de peso. Tem pensamentos recorrentes de morte, embora não elabore ideiação suicida. Diz acreditar que “está morto por dentro” e, por essa razão, não tem esperanças de melhorar com o tratamento. Não há evidências de episódios de mania ou hipomania prévios. Tem hipertensão arterial sistêmica e hiperplasia prostática benigna, ambos controlados. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Encaminhar para eletroconvulsoterapia.
- (B) Associar lamotrigina.
- (C) Combinar estimulação magnética transcraniana ao tratamento com antidepressivo.
- (D) Associar sertralina para potencializar o tratamento antidepressivo.

---

TEXTO PARA AS QUESTÕES 25 E 26

Mulher de 73 anos de idade fazia acompanhamento regular com geriatra e há 2 anos iniciou com alterações comportamentais, irritabilidade e insônia. Estava em uso de quetiapina 100mg/dia com melhora parcial dos sintomas. Familiares reforçam que paciente sempre foi muito reservada; porém, nos últimos 6 meses, tem apresentado mudanças comportamentais. Apresenta insônia, com vários despertares noturnos e perambulação. No mês anterior, ficou indiferente com a morte da irmã e, durante o sepultamento, para surpresa de todos, revelou de forma jocosa algumas intimidades da irmã falecida para os presentes no funeral. Durante a investigação do caso foi detectado declínio cognitivo, principalmente nos domínios da atenção e funções executivas. Não há sinais de doença cerebrovascular e não apresenta comorbidades médicas importantes. Exame físico sem alterações. Exame neurológico: *grasping* e *snout* positivos, sem outras alterações. Imagem por ressonância magnética evidenciou atrofia do lobo frontal bilateralmente e atrofia menos acentuada do lobo temporal bilateralmente.

**25**

Considerando os dados do caso apresentado, qual a principal hipótese diagnóstica?

- (A) Demência frontotemporal, variante comportamental.
- (B) Demência por corpos de Lewy.
- (C) Transtorno afetivo bipolar.
- (D) Transtorno obsessivo-compulsivo.

**26**

Em relação ao caso descrito, quais medicamentos são mais indicados para o tratamento?

- (A) Inibidor seletivo de recaptura de serotonina, memantina, inibidor das colinesterases, neuroléptico.
- (B) Inibidor seletivo de recaptura de serotonina ou inibidor dual, neuroléptico e memantina.
- (C) Inibidor seletivo de recaptura de serotonina ou inibidor dual, antipsicótico de segunda geração.
- (D) Inibidor seletivo de recaptura de serotonina ou inibidor dual, inibidor das colinesterases e neuroléptico.

**27**

Mulher de 64 anos de idade, professora aposentada há 2 anos. Comparece à consulta acompanhada dos filhos. Contam que há cerca de 3 anos, a mãe iniciou com falas inapropriadas, com palavras de baixo calão, e por repetidas vezes chegou a desrespeitar colegas de trabalho. Filhos descrevem que a mãe sempre teve uma personalidade dócil e costumava ser afável com todos. Pontuam que, ao longo dos últimos anos, passou a ficar mais repetitiva, e a não se lembrar de encontros sociais em família nos dias subsequentes, mesmo estando presente nesses eventos. Também apresentou dificuldade para lidar com senhas dos cartões bancários e para organizar o pagamento das contas da casa. Passou a fazer uso de bebidas alcoólicas, hábito não presente no passado. Durante a consulta, observou-se que a paciente tinha movimentos repetitivos de levar a mão à boca, sem motivo aparente. Mostra-se lacônica no contato, desenvolvendo pouco as respostas às perguntas que lhe são feitas pelo examinador, com frases curtas. Do ponto de vista clínico, refere-se uso regular de atorvastatina 10 mg/dia; metformina 850 mg/dia. Realizada investigação laboratorial, estando os resultados dentro dos padrões de normalidade. Exame de imagem por ressonância magnética de crânio, feito 2 anos antes, mostrava discreta atrofia em regiões frontais e temporais (escalas de Fazekas: 1, MTA: 1 bilateralmente). Filhos dizem que a mãe foi aposentada por “demência não especificada” e questionam ativamente se há meios de saber a causa do problema. Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável, uma hipótese diferencial e um exame que pode auxiliar na distinção destas condições, respectivamente.

- (A) Demência Frontotemporal (DFT), variante comportamental; demência na Doença de Alzheimer (DA), variante frontal; dosagem de biomarcadores no líquido.
- (B) Demência Frontotemporal (DFT), variante comportamental; demência vascular; avaliação neuropsicológica.
- (C) Afasia progressiva primária; demência vascular; PET com 18F-FDG.
- (D) Afasia progressiva primária; depressão unipolar; avaliação neuropsicológica.



**28**

Homem de 81 anos de idade, economista aposentado, mora com esposa. Relata que tem notado dificuldade para se recordar de detalhes das notícias que lê no jornal e do cenário político-econômico atual, assunto de seu interesse. Sempre foi ativo em discussões informais, mas isso tem atrapalhado a suas conversas com amigos, ficando inseguro para manifestar suas opiniões. Demora para recuperar nomes dos atuais ministros e outras informações, como valor do câmbio corrente e mudanças na taxa de juros que acompanha. Sente-se constrangido nestes momentos por necessitar buscar as informações na internet, usando o celular. Conta que consegue cuidar das contas da casa de forma autônoma, prepara pequenos lanches, faz pequenos preparos e faz uso do fogão para fazer o próprio café. Esposa cita que marido nunca se interessou por cozinhar e sempre foi ela que cuidou destas questões dentro de casa. Faz tratamento para depressão desde final da quinta década, com dificuldade de descontinuar a medicação. Sem queixas depressivas atualmente. Tem diabetes melito e hipotireoidismo. Faz uso de escitalopram 10 mg pela manhã; metformina 850 mg 1 vez ao dia; levotiroxina 75 µg em jejum pela manhã; AAS 100 mg uma vez ao dia. Na triagem cognitiva com o teste MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*), pontuou 28/30 (perdeu 1 ponto em atenção e 1 ponto em evocação tardia). Já no mini-exame do estado mental, obteve pontuação máxima. Considerando as queixas e sintomas cognitivos, qual a principal hipótese diagnóstica para este paciente, neste momento?

- (A) Comprometimento cognitivo leve amnésico múltiplos domínios.
- (B) Síndrome demencial a esclarecer.
- (C) Declínio cognitivo subjetivo.
- (D) Comprometimento cognitivo leve amnésico único domínio.

**29**

Homem de 62 anos de idade, engenheiro civil, casado. Há 2 anos, vem apresentando queixas cognitivas (principalmente esquecimentos), tem feito uso das medicações de forma irregular, preocupações excessivas com a saúde dos filhos, perda de apetite (chegou a emagrecer 6 kg), dores inespecíficas, insônia e prejuízo no autocuidado. Nega quadro semelhante ao longo da vida. Ao exame psíquico apresentava autocuidado prejudicado, hipotenaz, humor ansioso e hipotímico, curso de pensamento lentificado, sem alterações da forma e conteúdo do pensamento, sem alterações sensoriais e crítica prejudicada em relação a sua morbidade. Foi realizado exame de imagem cerebral por ressonância magnética que evidenciou leucoencefalopatia discreta. Assinale a alternativa que se aplica ao caso.

- (A) Depressão bipolar.
- (B) Comprometimento cognitivo leve.
- (C) Episódio depressivo maior.
- (D) Demência vascular.

**30**

Mulher de 65 anos de idade refere ter tido o seu celular hackeado há 9 meses por algum desconhecido, que fica lhe enviando vários tipos de notificações. Acredita ser colegas de trabalho que fizeram isso, pois sempre tiveram inveja dela. E agora conseguem mandar mensagens inoportunas e ler tudo que ela escreve. Diz que essas pessoas também conseguiram conectar o telefone fixo de sua casa e o aparelho de televisão. Não consegue explicar como elas fizeram isso. Já chamou vários técnicos de informática para resolver esses problemas e todos dizem não ter achado nada anormal nos aparelhos. É psicóloga, continua trabalhando normalmente. Mora com o marido e tem uma filha. Marido nega perda de funcionalidade em atividades instrumentais da vida diária. Não tem histórico de doenças. Sem outras queixas. Feita hipótese diagnóstica de transtorno psicótico de início tardio. Em relação ao caso descrito, é correto afirmar:

- (A) Não é necessária a investigação complementar, pois o diagnóstico já está definido.
- (B) O uso de anticolinesterásicos está indicado nesse caso.
- (C) O uso de lamotrigina está indicado.
- (D) Esse diagnóstico, nessa idade, é mais comum em mulheres.

**31**

Homem de 78 anos de idade, advogado aposentado. Está em tratamento para quadro depressivo, sem resposta, há três anos. Familiares têm percebido que o paciente está indiferente com as pessoas próximas e tem apresentado diminuição do interesse, motivação, desatenção e prejuízo nas atividades instrumentais de vida diária. Tem insuficiência cardíaca, é hipertenso e tem diabetes de difícil controle. Não apresentava alteração significativa no exame físico geral, porém, no exame neurológico é observada bradicinesia bilateral. No exame de rastreio cognitivo (MoCA), apresentou dificuldade na realização dos subtestes de trilhas, desenho do relógio e fluência verbal. A ressonância magnética de crânio mostrou discreta redução volumétrica dos hipocampus bilateralmente (MTA 1) e lesão lacunar em região frontal direita, representando infarto isquêmico agudo. Lesões confluentes de hipersinal em T2 na substância branca periventricular e bilateralmente (Fazekas 3). Sobre o caso clínico descrito, qual o diagnóstico provável do paciente?

- (A) Demência na doença de Alzheimer.
- (B) Demência frontotemporal.
- (C) Demência vascular.
- (D) Demência mista (componente vascular associado a demência degenerativa primária do tipo Alzheimer).

**32**

Homem de 72 anos de idade, com diagnóstico de doença de Alzheimer em estágio demencial avançado, apresenta agitação psicomotora intensa há 4 meses. Tem agredido fisicamente a cuidadora, quando esta tenta lhe dar banho e medicamentos (chegou a empurrá-la e puxar seu cabelo). Não há sintomas psicóticos evidentes. Parece não compreender o contexto desses cuidados e não os aceita. Investigação com exame físico, exames laboratoriais e de neuroimagem recentes não identificaram anormalidades que pudessem justificar esses sintomas. O paciente está em uso de donepezila 10 mg/dia, memantina 10 mg duas vezes ao dia e sertralina 50 mg/dia. Assinale a alternativa que apresenta a melhor opção de ajuste terapêutico neste momento.

- (A) Manter as medicações atuais e interromper atividades de manejo não-farmacológico.
- (B) Suspende donepezila gradualmente.
- (C) Introduzir risperidona e reforçar medidas de manejo não-farmacológico.
- (D) Introduzir clonazepam para sedação.

---

TEXTO PARA AS QUESTÕES 33 E 34

Homem com trissomia completa do cromossomo 21, de 46 anos de idade, alfabetizado. Trabalhou como *office boy* em escritório e como empregado em uma cafeteria. Atualmente, trabalha na empresa da mãe registrado como ajudante geral. Faz aulas de natação e participa de grupo de teatro. Sempre fez uso autônomo de suas medicações, mas recentemente a mãe tem percebido sobremedicação no *blister*, sugerindo falhas na continuidade do uso. Nunca maneja dinheiro ou fez compras sem a presença de um acompanhante. Era capaz de utilizar transporte público, embora o fizesse esporadicamente; na última vez que andou de ônibus desacompanhado passou do ponto em que deveria descer. Ultimamente tem esquecido orientações dadas pela mãe e demonstra estar com maior dificuldade nas leituras do grupo de teatro (não consegue decorar as falas nas peças de teatro de que participa). Mãe refere percebê-lo mais quieto, retraído, com menos disposição para participar de atividades sociais, e acredita que está ouvindo pior. Ocorrem variações do humor, com tendência à irritabilidade. Dorme com facilidade, mas tem despertado algumas vezes durante a noite. Apresenta roncos noturnos intermitentes há cerca de 5 anos, a depender da posição que dorme. Pausas respiratórias são notadas nesse período. Os despertares que ocorrem durante a noite parecem estar associados à noctúria (1-2 vezes por noite). Não são referidos comportamentos anormais ou agitação durante o sono. Apresenta propensão a engasgos, de longa data, mas com piora nos últimos 2 anos, principalmente associados à ingestão de alimentos sólidos. Apresenta hipotireoidismo, dislipidemia, deficiência de vitamina D, e aterosclerose de carótida. Faz uso de levotiroxina 75 µg/dia, AAS 100 mg 1x/dia, rosuvastatina 10 mg/dia, vitamina D 5000 1x/semana. Nega doenças neurológicas e psiquiátricas na família. Ao exame psíquico, demonstra discurso coerente, porém com dificuldades de fluência e expressão; conteúdos repetitivos (conta várias vezes a mesma história).

**33**

Considerando-se o processo de envelhecimento nas pessoas com Síndrome de Down (SD), é correto afirmar:

- (A) As manifestações clínicas relatadas sugerem o início do processo de transição demencial na SD, sendo a doença de Alzheimer a etiologia mais provável.
- (B) A presença de deficiência intelectual não permite avaliar as perdas cognitivas nesta população.
- (C) Déficits auditivos, distúrbios da tireoide, depressão e apneia obstrutiva do sono devem ser tratados em função do risco cardíaco, mas não têm relação com os déficits cognitivos em pessoas SD.
- (D) O principal componente da fisiopatologia da demência na SD é a coexistência de doença cerebrovascular.

**34**

Diante da hipótese de transição demencial na SD, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser adotada no caso descrito.

- (A) Solicitar ressonância magnética de crânio e iniciar tratamento com fluoxetina.
- (B) Solicitar exames laboratoriais e polissonografia e iniciar tratamento com amitriptilina.
- (C) Solicitar exames laboratoriais e iniciar tratamento com sertralina e quetiapina.
- (D) Solicitar exames laboratoriais, polissonografia, audiometria e ressonância magnética de crânio e iniciar tratamento com escitalopram.

---

TEXTO PARA AS QUESTÕES 35 E 36

A Srª A., 67 anos de idade tem uma síndrome demencial com importante flutuação cognitiva, alucinações visuais vívidas, transtorno comportamental de sono REM e sensibilidade a neurolepticos. Mas não tem parkinsonismo.

**35**

A principal hipótese diagnóstica para essa paciente é demência

- (A) Frontotemporal.
- (B) Na doença de Alzheimer atípica.
- (C) Por corpos de Lewy.
- (D) Vascular.

**36**

Em relação ao caso clínico apresentado, pode-se afirmar:

- (A) Levodopa deve ser introduzida preventivamente.
- (B) Pode apresentar sensibilidade aos neurolepticos.
- (C) Não tem nenhum tratamento medicamentoso indicado.
- (D) Haloperidol deve ser introduzido para o tratamento da psicose.

**37**

Homem, 72 anos de idade, casado, metalúrgico aposentado, 11 anos de escolaridade, sem antecedentes psiquiátricos. Tem apresentado mudanças de hábitos e comportamentos há cerca de 4 anos, quando decidiu parar de dirigir seu automóvel e de consumir cerveja com álcool. Cortou o consumo de pão e reduziu a ingesta alimentar em geral. Afirmava que estes alimentos poderiam fazer mal à saúde e ficava preocupado de forma desproporcional sobre os possíveis malefícios que os alimentos poderiam lhe causar. Passou a apresentar discurso de que tinha perdido todos os bens e que iria ficar sem condições de comprar alimentos e pagar as contas, rejeitando as evidências do contrário. Foi levado ao geriatra, que iniciou tratamento com escitalopram. Após uma semana, foi levado ao pronto-socorro com quadro de mal-estar, sendo constatada hiponatremia. O medicamento foi interrompido e feita a correção do distúrbio eletrolítico. Após avaliação com psiquiatra, foram tentados outros medicamentos como olanzapina, risperidona, quetiapina e venlafaxina. Porém, apresentou sintomas extrapiramidais com os três antipsicóticos e a família relatou “ausência de resposta” com o antidepressivo, que era administrado de forma macerada. O paciente evoluiu com piora do quadro, passando a recusar, quase totalmente, a ingerir líquidos e alimentos. Dizia que não tinha mais forças para se alimentar, para tomar banho e até mesmo para urinar. Perdeu aproximadamente 30 kg em um ano e meio até a internação hospitalar. Durante a internação foram realizados exames laboratoriais e ressonância magnética do encéfalo, sem a identificação de alterações significativas. Foi submetido à testagem cognitiva, pontuando abaixo do esperado para sua escolaridade: 22 pontos no mini-exame do estado mental, fluência verbal semântica 7 e fonêmica 5. Apresentava também prejuízo funcional em suas AIVDs. Em relação ao caso apresentado, qual a melhor conduta?

- (A) Suspender antidepressivo, iniciar estabilizador de humor (lítio ou valproato) em associação com antipsicótico.
- (B) Manter antidepressivo (otimizar) e iniciar tratamento com Eletroconvulsoterapia (ECT).
- (C) Insistir no uso de antipsicótico e associar anticolinesterásico.
- (D) Suspender antidepressivo e iniciar Estimulação Magnética Transcraniana (EMT).

**38**

A depressão de início tardio, em comparação com a de início precoce, apresenta com maior frequência

- (A) associação com lesões cerebrais vasculares subcorticais.
- (B) sintomas de humor evidentes.
- (C) melhor resposta aos antidepressivos.
- (D) maior possibilidade de ser um transtorno afetivo bipolar em episódio depressivo.

**TEXTO PARA AS QUESTÕES 39 E 40**

Mulher, 72 anos de idade, viúva, aposentada, vive sozinha em seu apartamento situado no mesmo prédio em que seu filho reside. História de episódios de humor instável, alternando entre períodos de euforia, aumento da energia e atividade (mania) e períodos de depressão profunda. Filho relata períodos em que se sente "no topo do mundo", com aumento da fala, gastos excessivos e envolvimento em atividades de risco, como investimentos financeiros impulsivos. Em outros momentos, sente-se extremamente desanimada, com baixa energia, dificuldade de concentração e pensamentos suicidas. Hipertensão arterial controlada com medicação. Não há histórico de uso de substâncias psicoativas.

**39**

Em relação ao tratamento de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) no idoso, assinale a alternativa correta.

- (A) Divalprato de sódio é primeira linha para o tratamento de mania e depressão.
- (B) Antidepressivos inibidores da recaptura de serotonina (ISRS) podem ser usados em combinação com estabilizador de humor, para tratamento de depressão.
- (C) ECT deve ser evitado, pois não é uma opção segura em idosos pelos efeitos na cognição.
- (D) Quetiapina e aripiprazol são primeira linha para tratamento de depressão bipolar.

**40**

Considerando o impacto do TAB no idoso sobre a cognição, é correto afirmar:

- (A) Não há tratamento farmacológico comprovado para comprometimento cognitivo associado ao transtorno bipolar, embora estudos sugiram possível efeito protetor do lítio em relação ao risco de demência em pacientes com TAB.
- (B) Nos casos de TAB, o comprometimento cognitivo só está presente nas fases de alteração do humor (mania e/ou depressão).
- (C) Os únicos fatores de risco comprovadamente associados ao comprometimento cognitivo em pessoas com TAB são os vasculares.
- (D) Idosos com TAB não apresentam maior risco de demência quando comparados com indivíduos sem TAB.

