

CONCURSO PÚBLICO PARA MÉDICO E MÉDICO PLANTONISTA - PREFEITURA DE SANTANA DE PARNAÍBA, SP.

EDITAL N.º 05/2026.

PROVA OBJETIVA.

ESPECIALIDADE: MÉDICO PSIQUIATRA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.

Leia atentamente as INSTRUÇÕES:

1. Não será permitido ao candidato realizar as provas usando óculos escuros, (exceto para correção visual, ou fotofobia, desde que informe no ato da inscrição), ou portando aparelhos eletrônicos, (mesmo desligados), celular, qualquer tipo de relógio, chaves, carteira, bolsa, acessórios que cubram o rosto, a cabeça, ou parte desta.
2. Será eliminado deste Concurso Público, o candidato que fizer uso do celular e/ou aparelho eletrônico, no local onde está ocorrendo o mesmo; o candidato cujo celular e/ou aparelho(s) eletrônico(s), mesmo desligado(s), emitir(em) qualquer som, durante a realização das provas. No decorrer de todo o tempo em que permanecer no local, onde ocorre o Concurso Público, o candidato deverá manter o celular desligado, sendo permitido ativá-lo, somente após ultrapassar o portão de saída do prédio.
3. **Sob pena de ser eliminado deste Concurso Público**, o candidato poderá manter em cima da sua carteira apenas lápis, borracha, caneta, um documento de identificação, lanche, (exceto líquido). **Outros pertences**, antes do início das provas, o candidato deverá acomodá-los **embaixo de sua cadeira**, sob sua guarda e responsabilidade.
4. Confira se sua prova tem **30 questões**, cada qual com **04 alternativas**.
5. Verifique seus dados no cartão-resposta, (nome, número de inscrição e o cargo para o qual se inscreveu), **ASSINE** o mesmo.
6. Preencha toda a área do cartão-resposta correspondente à alternativa de sua escolha, com caneta esferográfica, (tinta azul, ou preta), sem ultrapassar as bordas. As marcações duplas, rasuradas, ou marcadas diferentemente, do modelo estabelecido no cartão-resposta, serão anuladas.
7. Observe as orientações apresentadas no cartão-resposta. O mesmo não será substituído, salvo se contiver erro de impressão.
8. Aguarde a autorização do fiscal para abrir o caderno de provas. Ao receber a ordem, confira-o com muita atenção. Nenhuma reclamação sobre o total de questões, ou falha de impressão, será aceita depois de iniciada a prova. Caberá apenas ao candidato a interpretação das questões, o fiscal não poderá fazer nenhuma interferência.
9. A Prova Objetiva terá duração máxima de **3h, (três horas)**, incluso o tempo destinado ao preenchimento do cartão-resposta.
10. O candidato poderá retirar-se do local da prova somente **1h, (uma hora)**, após seu início, levando o caderno de prova.
11. Ao terminar sua prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o cartão-resposta preenchido, assinado e retirar-se do recinto, onde está ocorrendo a mesma, não lhe sendo mais permitido o uso do banheiro e bebedouro.
12. Os **3, (três)**, candidatos que terminarem a prova por último, deverão permanecer na sala, só poderão sair juntos, após o fechamento do envelope, contendo os cartões-respostas dos candidatos presentes e ausentes, assinarem no referido envelope, atestando que este foi devidamente lacrado.

BOA PROVA!

POLÍTICAS DE SAÚDE.

1. Uma mulher de 58 anos, com hipertensão e diabetes, procura uma Unidade Básica de Saúde por perda de peso, tosse persistente e sudorese noturna há 3 semanas. O médico considera tuberculose pulmonar, neoplasia pulmonar e infecção bacteriana como diagnósticos diferenciais. Sobre a atuação do SUS nesse caso, assinale a alternativa correta.

- a) A universalidade determina que pacientes com maior risco epidemiológico tenham prioridade absoluta, independentemente, da gravidade clínica apresentada.
- b) A universalidade restringe o acesso aos serviços especializados aos pacientes, previamente, acompanhados pela Atenção Primária.
- c) A equidade estabelece que todos os pacientes devem receber exatamente os mesmos recursos diagnósticos e terapêuticos, independentemente de suas necessidades.
- d) A integralidade permite articular ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento, considerando-se as necessidades individuais da paciente e os diferentes níveis de atenção.

2. Uma equipe de Saúde da Família identifica aumento de internações por descompensação de insuficiência cardíaca em seu território. Ao analisar os prontuários, percebe baixa adesão ao tratamento, dificuldade de acesso aos medicamentos e ausência de acompanhamento após as altas hospitalares. A equipe decide reorganizar seu processo de trabalho.

Qual conduta melhor caracteriza a lógica da Estratégia Saúde da Família?

- a) Realizar campanhas educativas gerais sobre insuficiência cardíaca, sem necessidade de estratificação de risco, pois ações coletivas devem ser priorizadas pela Estratégia Saúde da Família.
- b) Priorizar consultas individuais para os pacientes com maior número de internações, mantendo o encaminhamento para a atenção especializada como principal estratégia de redução das hospitalizações.
- c) Utilizar dados do território para identificar vulnerabilidades, organizar busca ativa e acompanhamento longitudinal dos pacientes, articulando o cuidado com outros pontos da rede de atenção.
- d) Concentrar as ações nos pacientes já cadastrados pela equipe, pois a adesão territorial limita o atendimento de pessoas pertencentes a outras áreas.

3. Uma mulher de 52 anos, assintomática, apresenta história familiar de câncer colorretal em um irmão diagnosticado aos 48 anos. Após avaliação individualizada de risco, a equipe orienta a realização periódica de colonoscopia, antes da idade habitualmente indicada para a população geral.

Essa intervenção corresponde à:

- a) Prevenção primária, por reduzir a probabilidade de desenvolvimento futuro de câncer colorretal.
- b) Prevenção secundária, por buscar identificar precocemente uma doença em fase inicial, antes do surgimento de manifestações clínicas.
- c) Prevenção quaternária, por evitar complicações relacionadas ao diagnóstico tardio de neoplasias.
- d) Prevenção terciária, por reduzir a mortalidade associada ao câncer colorretal em indivíduos de maior risco.

4. Um município de pequeno porte apresenta dificuldade para ofertar determinados procedimentos ambulatoriais especializados à sua população. Em discussão regional, os gestores definem que parte desses serviços será disponibilizada em um município de referência, mantendo-se a responsabilidade local pelas ações de atenção básica e pelo acompanhamento dos usuários.

Considerando-se a NOAS-SUS 01/02, essa organização está relacionada, principalmente, ao

princípio de:

- a) Municipalização integral da assistência, pela qual cada município deve assegurar diretamente todos os serviços necessários à sua população, independentemente, de sua capacidade instalada.
- b) Regionalização da assistência, com organização de redes hierarquizadas e estabelecimento de referências intermunicipais para garantir acesso aos diferentes níveis de atenção.
- c) Autonomia municipal plena, segundo a qual a definição dos fluxos assistenciais deve ocorrer, exclusivamente, dentro dos limites territoriais de cada município.
- d) Descentralização administrativa, que determina a transferência da totalidade dos serviços especializados para os municípios de maior porte.

5. Em determinado município, a equipe de saúde identifica aumento de casos de diarreia em diferentes bairros. A análise demonstra concentração dos casos em áreas com abastecimento irregular de água. A gestão decide integrar informações epidemiológicas, ações de saneamento, educação em saúde e acompanhamento da ocorrência dos casos. Essa abordagem representa uma característica central do modelo de Vigilância em Saúde por quê?

- a) Concentra a atuação sobre doenças transmissíveis mediante identificação dos casos e adoção de medidas específicas após a confirmação diagnóstica.
- b) Prioriza a assistência individual aos indivíduos sintomáticos, utilizando os atendimentos realizados nos serviços de saúde como principal fonte para organização das ações.
- c) Fundamenta-se na oferta programada de consultas e procedimentos segundo a demanda espontânea identificada nos estabelecimentos assistenciais.
- d) Articula diferentes ações e setores a partir da análise do território e dos determinantes do processo saúde-doença, buscando intervir sobre riscos, danos e condições de vida.

CLÍNICA MÉDICA - COMUM A TODOS OS CARGOS.

6. Um homem de 58 anos, com hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e fração de ejeção reduzida, é internado por descompensação volêmica. Faz uso de Furosemida, Espironolactona e Carvedilol. Após 4 dias de tratamento, apresenta palpitações e episódio de pré-síncope. Ao exame, está consciente, PA 104/68 mmHg e FC 54 bpm. O ECG demonstra ritmo sinusal, ondas T de baixa amplitude, discreto infradesnívelamento difuso do segmento ST e ondas U proeminentes nas derivações precordiais, com aparente prolongamento do intervalo QT. Exames laboratoriais: $K^+ = 2,3 \text{ mEq/L}$, $Mg^{2+} = 1,4 \text{ mg/dL}$, $Na^+ = 137 \text{ mEq/L}$ e creatinina = $1,4 \text{ mg/dL}$. O paciente não apresenta diarreia ou vômitos. Tendo em vista o conjunto clínico-eletrocardiográfico, qual das alternativas melhor explica o achado do ECG e o risco arritmico desse paciente?

- a) A hipocalemia, potencializada pela hipomagnesemia, promove alterações da repolarização com ondas U proeminentes e pode produzir aparente prolongamento do QT; nesse contexto, há risco aumentado de extrassístoles ventriculares, taquicardia ventricular e torsades de pointes.
- b) O aparente prolongamento do QT, praticamente, exclui distúrbio relacionado ao potássio, devendo-se considerar como hipótese principal síndrome do QT longo congênito, precipitada pelo uso de betabloqueador.
- c) A hipocalemia produz, predominantemente, atraso da condução intraventricular, justificando o infradesnívelamento do ST e o prolongamento verdadeiro do QT, sendo a bradicardia o principal marcador de risco de fibrilação ventricular.
- d) A presença de ondas U proeminentes associada à bradicardia é mais característica de hipercalemia moderada, enquanto o valor reduzido do potássio representa, provavelmente, uma alteração laboratorial sem relação causal com o ECG.

7. Homem, 69 anos, previamente independente, é levado pela esposa por apresentar, há aproximadamente 2 anos, dificuldade progressiva para administrar as próprias finanças, esquecer compromissos e repetir perguntas. Nos últimos 8 meses, passou a apresentar episódios nos quais permanece aparentemente “desligado”, alternando momentos de maior lucidez com períodos de importante desatenção. A esposa relata ainda alucinações visuais bem formadas, nas quais o paciente descreve pessoas e animais dentro de casa, além de sonhos muito vívidos nos quais ele grita e movimentava intensamente os braços e as pernas. Ao exame neurológico, apresenta bradicinesia e rigidez, sem tremor de repouso significativo. Não há história de acidente vascular cerebral prévio, déficits neurológicos focais ou início abrupto dos sintomas. A ressonância magnética evidencia apenas alterações involutivas discretas.

Com base na apresentação clínica, qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Demência frontotemporal, variante comportamental.
- b) Doença de Alzheimer.
- c) Demência vascular.
- d) Demência com corpos de Lewy.

8. Mulher de 74 anos, hipertensa e independente para as atividades diárias, é internada para correção eletiva de fratura de colo de fêmur. Na avaliação pré-operatória, encontra-se afebril, hemodinamicamente estável e sem queixas urinárias. Nega disúria, urgência, polaciúria, dor suprapúbica ou lombar. O exame de urina revela leucocitúria e bacteriúria. A urocultura, coletada, posteriormente, apresenta crescimento de Escherichia coli em concentração significativa. A equipe solicita avaliação para definir a necessidade de antibioticoterapia antes da cirurgia. Sobre esse caso, assinale a conduta mais adequada.

- a) Adiar, obrigatoriamente, a cirurgia até que a urocultura se torne negativa, pois a bacteriúria assintomática aumenta, substancialmente, o risco de infecção da prótese ortopédica.
- b) Não tratar a bacteriúria com antimicrobianos, pois a paciente não apresenta sintomas urinários e será submetida a uma cirurgia ortopédica que não envolve manipulação do trato urinário.
- c) Iniciar antimicrobiano empírico para cistite, pois a leucocitúria na ausência de sintomas urinários é suficiente para estabelecer o diagnóstico de infecção urinária.
- d) Iniciar antimicrobiano direcionado à Escherichia coli, pois a presença de bacteriúria significativa associada à leucocitúria em uma paciente idosa indica infecção urinária e aumenta o risco de complicações pós-operatórias.

9. Homem de 64 anos, com hipertensão arterial e doença renal crônica estágio 3, procura atendimento por dor intensa e edema no joelho direito, iniciados, subitamente, durante a madrugada. Relata que, aproximadamente há 2 anos, apresentou episódio semelhante no primeiro pododáctilo direito, com resolução espontânea após alguns dias. Faz uso de Hidroclorotiazida há 8 anos. Ao exame, apresenta joelho intensamente edemaciado, quente e eritematoso, com importante limitação da mobilidade. Temperatura axilar de 36,8 °C, sem alterações do estado geral. A artrocentese demonstra líquido sinovial inflamatório, com predomínio de neutrófilos. Na microscopia sob luz polarizada, são identificados cristais intracelulares alongados, que apresentam birrefringência negativa. Considerando-se o quadro clínico, os achados da análise do líquido sinovial e as opções terapêuticas disponíveis, assinale a alternativa correta.

- a) O diagnóstico mais provável é artrite séptica; a intensidade do processo inflamatório articular justifica tratamento antimicrobiano empírico e investigação complementar para identificação do agente etiológico.
- b) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de urato monossódico; para o episódio agudo, deve-se escolher tratamento anti-inflamatório levando em consideração a função renal, após o controle da crise avaliar a indicação de terapia para redução sustentada da concentração sérica de ácido úrico.

- c) O diagnóstico mais provável é artrite reumatoide; após o controle da manifestação articular, deve-se iniciar tratamento modificador da doença para prevenir novas manifestações articulares.
- d) O diagnóstico mais provável é artrite por deposição de pirofosfato de cálcio; para o episódio agudo, deve-se instituir tratamento anti-inflamatório e, após a resolução da crise, investigar condições associadas à deposição desses cristais.

10. Homem de 67 anos, com hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, apresenta insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 28%. Após tratamento da congestão, encontra-se em classe funcional II, sem dispneia em repouso, sem edema e com pressão arterial de 112/70 mmHg. Frequência cardíaca de 68 bpm, em ritmo sinusal. Exames laboratoriais mostram creatinina de 1,4 mg/dL, taxa de filtração glomerular estimada de 48 mL/min/1,73 m² e potássio de 4,6 mEq/L.

Atualmente, utiliza Enalapril e Carvedilol em doses baixas. Não apresenta hipotensão sintomática, hipercalemia ou outras contraindicações relevantes ao tratamento farmacológico. Tendo em conta as terapias capazes de modificar o prognóstico na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, qual é a estratégia mais adequada?

- a) Manter o tratamento atual e acrescentar Digoxina como principal medida para redução da mortalidade, deixando os demais medicamentos para uma etapa posterior, caso persistam sintomas.
- b) Manter o betabloqueador, introduzir um antagonista do receptor mineralocorticoide e um inibidor do cotransportador de sódio-glicose tipo 2 e, quando possível, substituir o inibidor da enzima conversora da angiotensina por Sacubitril/Valsartana, com monitorização da função renal, pressão arterial e potássio.
- c) Priorizar a elevação do Enalapril até a dose máxima tolerada antes da introdução das demais terapias, pois a otimização de uma classe deve ser concluída antes do início de outra.
- d) Suspender o Carvedilol e manter apenas o Enalapril associado ao diurético de alça, pois a utilização simultânea de múltiplas classes capazes de reduzir a pressão arterial aumenta o risco de descompensação.

11. Um homem de 62 anos, com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2, apresenta Taxa de Filtração Glomerular estimada, (TFGe), de 38 mL/min/1,73 m², mantida em duas avaliações realizadas com intervalo de 4 meses. A relação albumina/creatinina urinária é de 180 mg/g, também persistente nesse período. Considerando-se os critérios atuais para classificação da Doença Renal Crônica, (DRC), aponte a alternativa correta.

- a) O paciente apresenta DRC G4 A2, pois uma TFGe inferior a 60 mL/min/1,73 m² caracteriza doença renal crônica avançada.
- b) O paciente apresenta DRC G3a A2, pois valores de TFGe entre 30 e 59 mL/min/1,73 m² são classificados como G3a.
- c) O paciente apresenta DRC G3b A2, caracterizada por redução moderada a importante da TFGe e albuminúria moderadamente aumentada.
- d) O paciente apresenta DRC G2 A2, pois a classificação da DRC é determinada, principalmente, pela presença de albuminúria, independentemente da TFGe.

12. Um homem de 64 anos procura atendimento por cansaço progressivo, língua dolorosa e sensação de formigamento nos pés, com evolução de aproximadamente 7 meses. Refere que passou a apresentar dificuldade para caminhar em ambientes escuros e episódios de desequilíbrio. Nega perda de sangue, etilismo e uso de medicamentos. Ao exame, apresenta palidez cutaneomucosa, glossite e redução da sensibilidade vibratória nos membros inferiores. O hemograma mostra hemoglobina de 8,7 g/dL, hematócrito de 26%, VCM de 116 fL, leucócitos de 3.400/mm³ e plaquetas de 118.000/mm³. No esfregaço periférico, observam-se hemácias aumentadas de tamanho e neutrófilos com cinco ou mais segmentos. A contagem de reticulócitos está reduzida. Bilirrubina indireta e LDH estão elevadas. TSH, creatinina e provas

hepáticas são normais. Diante desse quadro, qual é a melhor abordagem diagnóstica?

- a) Solicitar apenas dosagem de folato, pois alterações hematológicas semelhantes são mais, frequentemente, provocadas pela deficiência dessa vitamina.
- b) Solicitar dosagem de vitamina B12 e folato, considerando, especialmente, a possibilidade de deficiência de vitamina B12 diante da associação entre alterações hematológicas e manifestações neurológicas.
- c) Solicitar ferritina e saturação de transferrina como investigação inicial, pois a deficiência de ferro é a principal causa nutricional de anemia.
- d) Solicitar, imediatamente, mielograma e biópsia de medula óssea, pois a presença simultânea de anemia, leucopenia e plaquetopenia indica doença primária da medula óssea.

13. Puérpera de 24 anos, no terceiro dia após parto vaginal, relata dor intensa nos mamilos durante as mamadas e refere que o recém-nascido permanece longos períodos ao seio, mas parece insatisfeito após algumas mamadas. Durante a observação de uma mamada, o bebê encontra-se voltado para a mãe, porém, mantém o pescoço discretamente rodado. A boca está parcialmente aberta, com pequena porção da aréola visível acima e abaixo dos lábios. O lábio inferior encontra-se evertido, mas o queixo não toca a mama. Durante a sucção, são observados movimentos rápidos e superficiais, com estalos ocasionais. Tendo em vista as recomendações para avaliação da técnica de amamentação, assinale a alternativa correta.

- a) A mamada deve ser interrompida e a pega refeita, buscando posicionar o bebê de frente para a mãe, com cabeça e tronco alinhados, corpo próximo ao materno, boca bem aberta e maior parte da aréola dentro da boca, especialmente sua porção inferior, permitindo que o queixo se aproxime da mama.
- b) A mãe deve oferecer, inicialmente, apenas o mamilo, aguardando que o bebê realize movimentos de sucção para, posteriormente, introduzir a aréola, pois a entrada precoce de grande quantidade de tecido mamário pode dificultar a sucção.
- c) A mãe deve manter a posição atual e realizar ordenha manual da mama antes de cada mamada, pois a dor inicial e a sucção superficial são esperadas durante os primeiros dias após o parto.
- d) A mãe deve comprimir a mama com os dedos formando um formato semelhante a um “C” próximo ao mamilo durante toda a mamada, pois essa manobra facilita a entrada do mamilo e da aréola na boca do bebê.

14. Uma menina de 2 anos e 6 meses é levada ao pronto-socorro por recusa em apoiar o membro inferior esquerdo. A responsável informa que a criança havia caído de um sofá, aproximadamente 24 horas antes e que, desde então, passou a mancar. Ao exame, observa-se equimose discreta em região lateral da coxa e dor à mobilização do membro. A radiografia evidencia fratura diafisária do fêmur esquerdo. Durante a avaliação, a criança permanece retraída e evita contato físico com a responsável. Ao revisar os registros anteriores, o médico identifica três atendimentos nos últimos 10 meses: no primeiro, por traumatismo craniano sem perda de consciência; no segundo, por fratura de rádio; no terceiro, por queimadura superficial no dorso da mão. As circunstâncias descritas pelos acompanhantes foram distintas em cada episódio. Não há história conhecida de doença óssea, alteração do desenvolvimento ou uso prolongado de medicamentos. Após estabilização clínica, a equipe discute a necessidade de investigação complementar e de medidas de proteção. Dentre as alternativas escolha a melhor conduta para o caso.

- a) Realizar exame físico direcionado, exclusivamente, ao membro acometido e documentar as lesões relacionadas ao episódio atual, evitando registrar informações referentes a atendimentos anteriores que não tenham sido, previamente, classificados como casos de violência.
- b) Manter a investigação de causas médicas de fragilidade óssea quando clinicamente indicada, mas, paralelamente, considerar a possibilidade de violência, realizar exame físico completo em busca de outras lesões, registrar objetivamente os achados, relatos obtidos e proceder à notificação compulsória

diante da suspeita, independentemente de confirmação definitiva da autoria ou do mecanismo.

c) Priorizar a investigação de doenças associadas à fragilidade óssea, antes de qualquer comunicação aos órgãos de proteção, uma vez que fraturas na primeira infância apresentam amplo diagnóstico diferencial e a notificação precoce pode resultar em intervenção familiar indevida.

d) Realizar a notificação apenas após confirmação de que a queda relatada não seria, biomecanicamente, suficiente para produzir a fratura, pois a discrepância entre o mecanismo informado e a lesão constitui o principal critério objetivo para caracterização de violência física.

15. Uma mulher de 42 anos apresenta, há aproximadamente 10 meses, episódios recorrentes de prurido, ardor e descamação nas mãos. As manifestações inicialmente eram discretas, mas passaram a ocorrer com maior frequência nos últimos meses. Refere piora durante os dias de trabalho e melhora parcial em períodos prolongados afastada de suas atividades habituais. Ao exame, observam-se áreas eritematosas e descamativas, com fissuras superficiais e algumas pequenas vesículas, predominando nas regiões laterais dos dedos e no dorso das mãos. Não há lesões semelhantes nos pés, couro cabeludo, cotovelos ou joelhos. A paciente relata também episódios ocasionais de eczema nas pálpebras, sem alterações sistêmicas. Usa regularmente sabonete líquido, creme hidratante e luvas durante o trabalho. Já utilizou corticosteroide tópico de média potência em períodos de piora, com melhora transitória e posterior recorrência. Baseado no quadro clínico, qual o melhor diagnóstico dentre as alternativas?

a) Considerar dermatite de contato como hipótese principal e realizar investigação dirigida dos possíveis agentes de exposição com teste de contato, quando houver suspeita de sensibilização relevante.

b) Considerar dermatofitose como hipótese principal e iniciar antifúngico sistêmico, mesmo sem acometimento dos pés ou evidência micológica, devido à recorrência após corticosteroide tópico.

c) Considerar dermatite atópica como hipótese principal e solicitar dosagem sérica de IgE total para confirmar o diagnóstico, antes de modificar o tratamento tópico.

d) Considerar psoríase palmoplantar como hipótese principal e realizar biópsia cutânea, pois a presença de vesículas e fissuras é característica dessa apresentação.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.

16. Uma menina de 11 anos é levada ao pronto-socorro após apresentar, há 12 horas, comportamento muito agitado, fala desconexa e dizer que “há pessoas escondidas na parede”. A família relata que ela estava previamente bem. Nas últimas horas, alterna períodos de intensa agitação com sonolência, não consegue manter a atenção e apresenta desorientação temporal. Está febril, taquicárdica e com discreta rigidez de nuca. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

a) Transtorno de estresse pós-traumático com sintomas dissociativos.

b) Episódio maníaco com sintomas psicóticos.

c) Delirium secundário à condição médica aguda.

d) Transtorno psicótico primário de início precoce.

17. Uma adolescente de 15 anos apresenta, há cerca de 2 anos, relações interpessoais intensas e instáveis, medo persistente de ser abandonada, impulsividade e episódios recorrentes de automutilação. Esses padrões ocorrem em diferentes ambientes e não estão restritos a episódios de alteração do humor. Qual é o diagnóstico mais resumível?

a) Transtorno de Personalidade Borderline.

b) Transtorno de Personalidade Esquiva.

- c) Transtorno de Personalidade Antissocial.
- d) Transtorno Bipolar.

18. Um menino de 10 anos passou a lavar as mãos repetidamente e a verificar várias vezes se portas estão trancadas. Fica muito ansioso quando tenta interromper os comportamentos e reconhece que seus pensamentos são excessivos. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Transtorno do espectro autista.
- b) Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva.
- c) Transtorno obsessivo-compulsivo.
- d) Transtorno de ansiedade generalizada.

19. Um menino de 9 anos apresenta desatenção, impulsividade e dificuldade para permanecer sentado desde os 6 anos. Os sintomas ocorrem tanto em casa quanto na escola e prejudicam seu desempenho acadêmico e suas relações. Não há episódios definidos de alteração persistente do humor ou redução da necessidade de sono. Qual é o diagnóstico mais provável?

- a) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade.
- b) Transtorno do espectro autista.
- c) Transtorno de ansiedade generalizada.
- d) Transtorno opositor desafiante.

20. Uma criança de 9 anos apresenta diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, com prejuízo acadêmico e comportamental persistente. Após avaliação clínica, opta-se por tratamento farmacológico. Considerando os principais medicamentos utilizados no TDAH, assinale a alternativa que relaciona corretamente o fármaco ao seu mecanismo de ação.

- a) Guanfacina — bloqueia seletivamente o transportador de noradrenalina, aumentando sua concentração na fenda sináptica.
- b) Metilfenidato — inibe a recaptação de dopamina e noradrenalina, aumentando a disponibilidade desses neurotransmissores nas fendas sinápticas.
- c) Atomoxetina — estimula diretamente receptores $\alpha 2$ -adrenérgicos pré-sinápticos, reduzindo a liberação de noradrenalina.
- d) Metilfenidato — atua principalmente como agonista direto dos receptores dopaminérgicos D2 no córtex pré-frontal.

21. Adolescente de 15 anos, previamente com bom desempenho escolar, apresenta há 8 meses queda importante nas notas, dificuldade de concentração, cansaço, isolamento social e dificuldade para iniciar e terminar tarefas. Os pais relatam que ele permanece grande parte do tempo no quarto e abandonou atividades esportivas. O adolescente refere preocupação excessiva com provas, medo de decepcionar os pais e ansiedade intensa antes de apresentações escolares. Diz que sua concentração piora principalmente quando está preocupado. Nega uso de substâncias, episódios de euforia ou irritabilidade persistente, redução da necessidade de sono, alterações perceptivas ou ideias delirantes. Considerando-se os diagnósticos diferenciais e os princípios da psicofarmacologia na adolescência, qual é a melhor conduta?

- a) Diagnosticar TDAH predominantemente desatento, pois a dificuldade de concentração e a queda do rendimento escolar são suficientes para estabelecer o diagnóstico, iniciando-se tratamento com estimulante.
- b) Considerar transtorno de ansiedade como hipótese principal, reconhecendo que a ansiedade pode causar prejuízo secundário da concentração e do desempenho escolar; deve-se evitar o diagnóstico de TDAH apenas pelos sintomas atuais, pois não há evidências de sintomas antes dos 12 anos, o

tratamento deve ser direcionado inicialmente ao transtorno ansioso.

c) Diagnosticar transtorno depressivo maior, pois isolamento social, fadiga, alteração do sono e queda do rendimento escolar são suficientes para estabelecer o diagnóstico, devendo-se iniciar antidepressivo.

d) Diagnosticar simultaneamente TDAH e transtorno depressivo, iniciar estimulante associado a antidepressivo, pois a presença de desatenção, ansiedade e sintomas vegetativos indica provável comorbidade.

22. Adolescente de 17 anos apresenta crises súbitas e recorrentes de medo intenso, palpitações, tremores, falta de ar e sensação de morte iminente. Após as crises, passa a evitar sair sozinho e teme constantemente que elas ocorram novamente. Não há uso de substâncias ou história de mania. Qual alternativa apresenta, corretamente, o mecanismo de ação do tratamento farmacológico indicado?

a) Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina: bloqueiam o transportador SERT, reduzindo a recaptação pré-sináptica de serotonina e aumentando sua disponibilidade na fenda sináptica.

b) Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina: atuam como agonistas diretos dos receptores 5-HT_{1A}, produzindo aumento imediato da transmissão serotoninérgica e alívio rápido dos sintomas.

c) Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina: bloqueiam, predominantemente, os receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A}, reduzindo a atividade serotoninérgica excessiva responsável pelos ataques.

d) Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina: inibem principalmente a enzima monoaminoxidase, reduzindo a degradação de serotonina, noradrenalina e dopamina no neurônio pré-sináptico.

23. Adolescente de 16 anos é encaminhado após conflitos frequentes na escola. Desde os 13 anos, demonstra necessidade intensa de reconhecimento, afirma ser mais inteligente que os colegas e reage com raiva quando é contrariado. Costuma desvalorizar colegas que considera “inferiores”, mas busca aproximação com estudantes populares. Quando recebe críticas, passa rapidamente da postura de superioridade para vergonha intensa e afirma que “ninguém reconhece seu potencial”. Apresenta pouca consideração pelos sentimentos dos outros. Não há uso de substâncias, episódios de mania, psicose, automutilação ou medo persistente de abandono. O padrão ocorre em casa, na escola e nas relações sociais.

Qual é a interpretação diagnóstica mais apropriada?

a) A presença de um padrão persistente de grandiosidade, necessidade de admiração, hipersensibilidade à crítica e baixa empatia, iniciado no desenvolvimento e presente em múltiplos contextos, favorece Transtorno de Personalidade Narcisista, desde que se confirme que os comportamentos não representam apenas características transitórias da adolescência.

b) O quadro deve ser considerado necessariamente parte normal da adolescência, pois transtornos de personalidade não podem ser diagnosticados antes dos 18 anos.

c) A instabilidade entre sentimentos de superioridade e vergonha indica Transtorno de Personalidade Borderline, mesmo na ausência de medo de abandono, impulsividade ou instabilidade importante nos relacionamentos.

d) A tentativa de aproximação com estudantes populares e a necessidade de atenção indicam Transtorno de Personalidade Histriônica, sendo a grandiosidade apenas uma manifestação secundária.

24. Adolescente de 16 anos, apresenta desde os 12 anos comportamento persistente de agressividade, mentiras frequentes, furtos e destruição deliberada de objetos. Na escola, intimida colegas e já agrediu fisicamente um professor. Em casa, desrespeita regras

repetidamente e demonstra pouca preocupação com as consequências de seus atos. Aos 14 anos, foi apreendido após participar de um roubo. A avaliação não identifica episódios de mania, psicose ou uso de substâncias que expliquem o comportamento. Os responsáveis relatam que esses comportamentos ocorrem em diferentes ambientes e vêm se intensificando progressivamente.

Qual é a alternativa que melhor caracteriza esse quadro?

- a) A presença de agressividade, furtos e ausência de preocupação com as consequências indicam Transtorno Bipolar, mesmo na ausência de episódios definidos de mania ou hipomania.
- b) O quadro é mais compatível com Transtorno de Oposição Desafiante, pois agressividade e comportamento desafiador são suficientes para explicar a violação repetida de direitos e a prática de atos criminosos.
- c) O padrão é compatível com Transtorno de Conduta, a presença de manifestações persistentes de violação dos direitos dos outros e das normas sociais exigem avaliação longitudinal; o diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial não deve ser estabelecido antes dos 18 anos.
- d) O diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial já pode ser estabelecido, pois a presença de roubo, agressividade e mentira persistente antes dos 18 anos são suficientes para o diagnóstico.

25. Menino de 11 anos é encaminhado à unidade de saúde por queda no rendimento escolar, irritabilidade e isolamento progressivo. A mãe relata que, após a separação dos pais e mudança de residência, ele passou a faltar às aulas e permanecer sozinho em casa. A escola informa que o aluno apresenta bom desempenho quando comparece, mas tem dificuldade para retornar à rotina. A família possui dificuldades financeiras e pouco acesso a serviços especializados. Não há sintomas psicóticos, uso de substâncias ou história prévia de transtorno psiquiátrico.

Considerando os princípios da psiquiatria social e comunitária na infância e adolescência, qual é a conduta mais adequada?

- a) Realizar avaliação biopsicossocial, considerando fatores individuais, familiares, escolares e socioeconômicos, fortalecer a rede de apoio e articular o cuidado entre família, escola e serviços de saúde, evitando reduzir o sofrimento da criança, exclusivamente, a um diagnóstico individual.
- b) Priorizar, exclusivamente, o tratamento medicamentoso, pois fatores sociais e familiares podem influenciar o quadro, mas não possuem papel relevante na definição da intervenção psiquiátrica.
- c) Orientar a família a resolver inicialmente as dificuldades financeiras e familiares, adiando a avaliação em saúde mental até que os fatores sociais estejam estabilizados.
- d) Encaminhar, imediatamente, para internação psiquiátrica, pois isolamento social e queda do rendimento escolar indicam alto risco de transtorno mental grave, independentemente da avaliação do contexto familiar.

26. Menino de 6 anos com TEA apresenta prejuízo importante na comunicação social, dificuldade de adaptação a mudanças e comportamentos repetitivos. Na escola, apresenta crises de irritabilidade com gritos e agressividade quando sua rotina é modificada. A família solicita tratamento medicamentoso para “tratar o autismo”. Qual é a conduta mais indicada?

- a) Utilizar antidepressivo como tratamento de primeira linha para os déficits de comunicação social, pois a modulação serotoninérgica reduz diretamente os sintomas nucleares do TEA.
- b) Priorizar intervenções comportamentais e do desenvolvimento individualizadas, com participação da família e da escola. Medicamentos não tratam os déficits nucleares do TEA, mas podem ser considerados quando sintomas associados, como irritabilidade grave e agressividade, causam prejuízo significativo.
- c) Iniciar antipsicótico, imediatamente, pois o tratamento farmacológico é capaz de reduzir os déficits centrais de comunicação social e os comportamentos repetitivos característicos do TEA.
- d) Iniciar estimulante como tratamento principal, pois a hiperatividade e a dificuldade de adaptação presentes no TEA, devem ser tratadas farmacologicamente antes das intervenções comportamentais.

27. Menino de 9 anos apresenta há 8 meses comportamento frequente de discutir com adultos, recusar regras, provocar deliberadamente colegas e culpar outras pessoas pelos próprios erros. Em casa e na escola, mostra-se facilmente irritável e perde a calma com frequência. Apesar disso, não há agressões físicas graves, furtos, destruição de propriedade ou crueldade com animais. Os sintomas causam prejuízo familiar e escolar. Não há episódios de mania, psicose ou uso de substâncias.

Qual é a conduta mais propícia?

- a) O quadro indica Transtorno de Conduta, sendo necessário iniciar antipsicótico para reduzir imediatamente o comportamento desafiador.
- b) O tratamento de primeira linha deve ser um antidepressivo, pois a irritabilidade persistente demonstra alteração primária da serotonina.
- c) O tratamento inicial deve ser realizado com estimulante, mesmo sem sintomas de TDAH, pois a redução da atividade dopaminérgica diminui diretamente a oposição e a irritabilidade.
- d) O quadro é compatível com Transtorno Opositor Desafiante, devendo-se priorizar intervenções psicossociais, treinamento parental e estratégias comportamentais; medicamentos não constituem tratamento de primeira linha para o transtorno isoladamente.

28. Adolescente de 14 anos apresenta queda progressiva do rendimento escolar, esquece trabalhos, perde materiais, inicia atividades e não as conclui e frequentemente parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra. Os professores relatam que precisa de supervisão constante. Em casa, é desorganizado e perde objetos com frequência. A mãe, entretanto, relata que desde os 7 anos ele já apresentava dificuldade para terminar tarefas, esquecia materiais e precisava de repetidas orientações. Os sintomas estão presentes tanto em casa quanto na escola. Não há uso de substâncias, sintomas psicóticos ou episódios de alteração persistente do humor.

Qual alternativa apresenta a interpretação mais razoável?

- a) A melhora espontânea da hiperatividade ao longo do desenvolvimento exclui TDAH, pois o transtorno, necessariamente, desaparece quando a criança entra na adolescência.
- b) A ausência de hiperatividade motora importante na adolescência torna improvável o TDAH, sendo necessário que os sintomas hiperativos permaneçam com a mesma intensidade observada na infância.
- c) O diagnóstico de TDAH é sustentado pela presença de sintomas persistentes de desatenção desde a infância, com início antes dos 12 anos, ocorrência em mais de um contexto e prejuízo funcional significativo; na adolescência, a avaliação deve considerar também comorbidades e possíveis fatores que possam mimetizar ou agravar os sintomas.
- d) A presença de prejuízo acadêmico e dificuldade de concentração permite diagnosticar TDAH mesmo quando os sintomas começaram durante a adolescência, desde que estejam presentes em mais de um ambiente.

29. Adolescente de 16 anos é levado ao pronto atendimento após a mãe encontrar mensagens nas quais dizia que “não aguenta mais” e que “seria melhor desaparecer”. Durante a entrevista, relata tristeza persistente, isolamento e queda do rendimento escolar. Afirma que, há duas semanas, começou a pensar em morrer, nos últimos dias, passou a imaginar como faria isso. Diz ter pesquisado na internet métodos para morrer, mas nega tentativa prévia. Quando questionado diretamente, admite que atualmente acredita que poderia agir contra si mesmo caso permanecesse sozinho. A família inicialmente interpreta as falas como “uma forma de chamar atenção”. O adolescente não apresenta intoxicação, delirium ou sintomas psicóticos.

Qual é a conduta mais adequada?

- a) Realizar avaliação imediata e estruturada do risco suicida, investigando ideação atual, intenção, existência e especificidade de plano, acesso aos meios, comportamento preparatório, tentativas anteriores, impulsividade, uso de substâncias, transtornos psiquiátricos e fatores de proteção; diante da presença de intenção atual e planejamento, a prioridade é garantir segurança, restringir o acesso aos

meios letais e estabelecer supervisão adequada, sem deixar o adolescente sozinho.

b) Evitar perguntas diretas sobre suicídio, pois investigar detalhadamente métodos e intenção podem aumentar a possibilidade de comportamento suicida em adolescentes vulneráveis.

c) Realizar apenas avaliação do diagnóstico depressivo, pois o risco suicida pode ser determinado pela gravidade do episódio de humor, não sendo necessário investigar planejamento, acesso a meios ou intenção suicida separadamente.

d) Tranquilizar a família, pois a ausência de tentativa prévia indica baixo risco, sendo suficiente encaminhar o adolescente para acompanhamento ambulatorial e reavaliá-lo posteriormente.

30. Menina de 8 anos apresenta bom desempenho escolar e relacionamento adequado com colegas. Nos últimos meses, passou a demonstrar maior preocupação com a opinião dos outros, comparar suas habilidades com as dos colegas e evitar atividades nas quais acredita que possa fracassar. Em casa, os pais percebem que ela se mostra mais independente, mas ainda busca aprovação e segurança diante de situações novas. Não apresenta atraso cognitivo, alterações importantes de linguagem ou prejuízo global do funcionamento.

Considerando-se o desenvolvimento psíquico esperado nessa faixa etária, qual alternativa apresenta a interpretação mais indicada?

a) Nessa fase, ocorre progressivo aumento da capacidade de avaliar-se em comparação com os pares, maior internalização de regras e valores e ampliação da autonomia, enquanto a necessidade de aprovação e segurança dos adultos ainda pode permanecer, não sendo essas características, isoladamente, indicativas de psicopatologia.

b) A tendência de evitar atividades nas quais possa fracassar caracteriza alteração patológica da autoestima, uma vez que crianças em desenvolvimento normal nessa idade já apresentam percepção estável e independente de suas próprias capacidades.

c) A preocupação crescente com a avaliação dos colegas indica, necessariamente, início da adolescência, pois a construção da identidade e a comparação social tornam-se características predominantes somente após a puberdade.

d) A busca por aprovação dos pais nessa idade indica imaturidade emocional significativa, pois o desenvolvimento esperado exige independência afetiva praticamente completa a partir do início da escolarização.

RASCUNHO.