

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA-IPUB/UFRJ  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA – QUARTO ANO  
SELEÇÃO 2024

## GABARITO DA PROVA

**GABARITO DAS QUESTÕES OBJETIVAS DE 01 A 10 SÃO (0,5 PONTO CADA) :**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
C	B	D	D	ANULADA

<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
A	A	C	C	A

***GABARITO DAS QUESTÕES DISCURSIVAS DE 11 A 15 SÃO (1,0 PONTO CADA):***

***Descrevemos abaixo os principais indicadores que orientaram a correção para cada questão.***

***QUESTÃO 11:***

Indicações: Extremo baixo peso: em adultos IMC <15, ou rápida e contínua perda de peso >20% em seis semanas ou mais de 1kg por semana); em crianças e adolescentes IMC <p3 ou abaixo de 75% do esperado para idade e sexo, ou perda de peso maior que 1kg por semana por duas semanas consecutivas; Complicações clínicas agudas: desnutrição grave, desidratação, distúrbio hidroeletrólítico grave, bradicardia, taquicardia, hipotensão, hipotermia, prolongamento de intervalo QT, arritmia cardíaca, crise convulsiva; incapacidade de reduzir ou interromper comportamento purgativo e/ou restritivos durante tratamento ambulatorial; Ideação suicida ou tentativa de suicídio recente; Recusa alimentar grave; Automutilação grave; Falta de suporte social ou familiar; Presença de sintomas psicóticos; Falha de tratamento ambulatorial; Risco para o feto no caso de pacientes gestantes com TA

Objetivos: Estabilização clínica: monitorar e tratar as consequências graves da desnutrição, como edema, arritmia e desidratação; renutrição criteriosa; cessar comportamentos compensatórios e/ou purgativos; psicoeducação; terapia cognitivo comportamental; tratamento de comorbidades psiquiátricas; tratamento baseado na família para crianças e adolescentes principalmente.

Referência: Appolinário JC, Nunes MA, Cordás TA. Transtorno Alimentares:

## GABARITO DA PROVA

Diagnóstico e Manejo. Porto Alegre, Artmed, 2022. – Capítulo 13, páginas 190-192

### **QUESTÃO 12:**

“A persistência de padrões infantis de organização mental na vida adulta implica que o passado está se repetindo no presente. Talvez o exemplo mais convincente disso seja o conceito psicodinâmico central de transferência, em que o paciente experiencia o médico como uma figura importante de seu passado. Qualidades dessa figura do passado são atribuídas ao médico; e os sentimentos associados à figura serão experienciados da mesma maneira com o médico. O paciente reencena, inconscientemente, a relação do passado, em vez de lembrá-la, e, assim, introduz ao tratamento uma grande variedade de informações sobre suas relações passadas.” (Gabbard GO. *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2016, p 25)

Os principais indicadores para esta questão são: a) trata-se de uma reencenação ou uma repetição do passado, a partir da atribuição de características ou qualidades à figura do terapeuta ou do médico, b) esta atribuição é radicalmente inconsciente, ou seja, ela não depende de mecanismos cognitivos habituais para ser acessada como lembrança c) ela pode ter qualidades afetivas diversas tais como afetos ternos ou amorosos (muitas vezes denominada de transferência positiva) bem como impulsos agressivos ou hostis (muitas vezes denominada de transferência negativa), sendo todas estas qualidades fontes importantes de informação e trabalho d) na psicoterapia psicodinâmica, especialmente na psicanálise, é através da transferência que o trabalho psicoterápico se torna possibilitador de transformação psíquica e) em outras formas de psicoterapia e na prática psiquiátrica ela pode ser fonte permanente de informação e de trabalho para definir a qualidade do vínculo que se estabelece com o tratamento, para nos fazer compreender a intensidade de adesão ao tratamento ou garantir a melhor forma de continuidade do cuidado, para repensar hipóteses diagnósticas, entre outras aplicações.

Referência: Gabbard GO. *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2016

### **QUESTÃO 13:**

A principal hipótese diagnóstica para Arthur é Transtorno do Espectro Autista. Arthur apresenta déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado pelo que se segue: déficits na reciprocidade socioemocional, déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para a interação social, déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Tais déficits podem ser exemplificados pelo fato de que Arthur não olhou para os pais ao balbuciar durante seu primeiro ano e, até hoje, manifesta contato visual ruim, tendo dificuldade para sustentar o olhar durante uma conversa. Além disso, os pais de Arthur dizem que desde cedo ele apresentava uma gama limitada de expressões faciais. Seus pais observam que, desde criança, ele parecia menos emocionalmente expressivo e “mais

## GABARITO DA PROVA

difícil de ler” do que seus irmãos.

Arthur, ainda, não gostava de brincar de jogos imaginativos. Ele não buscava elogios de seus pais quando fazia construções elaboradas com seus blocos de Lego. Ele nunca demonstrou empatia por crianças que se machucavam enquanto brincavam ou que estavam chateadas, e nunca fez nenhum esforço para confortá-las. Quando entrou no colégio aos 4 anos, Arthur se comportava de forma agressiva com os colegas de classe quando eles invadiam seu espaço físico. Ele não participava de brincadeiras em grupo, como esconde-esconde, e não participava quando as outras crianças fingiam ser super-heróis. No recreio, ele geralmente ficava sozinho. Ele parecia não entender como se envolver com outras crianças em conversas ou brincadeiras. Associados aos déficits na comunicação social, Arthur apresenta uma adesão inflexível a rotinas, exemplificado pelo fato de que Arthur não se sai bem se houver mudanças em sua rotina. Ele fica chateado, por exemplo, se sua mãe nem sempre dirige no mesmo caminho e fica furioso se ela muda o horário do seu lanche da tarde. Ademais, Arthur demonstra interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco: Arthur gosta muito de carros e o seu interesse nesse assunto parece se intensificar cada vez

mais. Arthur também não tolera ambientes barulhentos e com grande intensidade de estímulos, como o parquinho da escola. Dessa forma, pode-se perceber uma hiperreatividade a estímulos ambientais. Os sintomas de Arthur estão presentes precocemente no seu neurodesenvolvimento, causam prejuízos significativos no seu funcionamento e não podem ser mais bem explicados por outros transtornos mentais ou condições médicas.

Referência: Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2013.

### ***QUESTÃO 14:***

Nessa categoria, tem-se o uso contínuo e recorrente de uma substância (que deve ser especificada no diagnóstico) mantido apesar de problemas significativos que dele decorrem. O indivíduo apresenta:

1. dificuldade importante ou baixo controle sobre tal uso;
2. prejuízos psicossociais e sociais evidentes;
3. riscos físicos e psicológicos;
4. fenômenos farmacológicos como tolerância e abstinência.

A categoria "transtorno por uso de substâncias" vem substituir, no DSM-5, noção mais restrita de "dependência química" (que é fenômeno farmacológico, podendo ou não estar rigorosamente presente nesses transtornos). O baixo controle sobre o uso é um elemento básico desses transtornos. Ele se expressa pelo fracasso em relação a tentativas de reduzir ou regular o consumo. O indivíduo pode gastar muito tempo para obter a droga, e

## GABARITO DA PROVA

grande parte (se não todas) das atividades diárias gira em torno da substância. Há, em geral, fissura (forte desejo ou necessidade intensa de usar a droga) para o uso, normalmente desencadeada por um ambiente onde a droga foi consumida ou obtida anteriormente.

O prejuízo psicossocial ou social se verifica pelas dificuldades em cumprir as obrigações nos estudos, no trabalho ou em casa, bem como pelo abandono de importantes atividades sociais, profissionais, estudantis e recreacionais em virtude do uso da substância. O indivíduo continua a usar a droga apesar dos problemas interpessoais e sociais relacionados ao consumo. Além disso, o uso envolve riscos à integridade física e/ou psicológica da pessoa. O indivíduo, apesar de tais riscos, não consegue manter-se abstinente.

Por fim, pode haver também critérios farmacológicos que caracterizam o transtorno por uso de substâncias (mas que não são necessários para o diagnóstico, pelo DSM-5): a tolerância e a abstinência.

A tolerância se verifica pela necessidade de doses acentuadamente maiores da substância para obter o efeito desejado, ou o efeito da substância nas mesmas doses é acentuadamente reduzido com o passar do tempo. Algumas drogas, como álcool, opioides e benzodiazepínicos, revelam com frequência o fenômeno da tolerância.

Já a abstinência, ou síndrome de abstinência, pode ocorrer quando a concentração da droga no organismo da pessoa diminui, e o indivíduo passa a apresentar sintomas como tremores, ansiedade, sudorese, insônia ou sonolência (os sintomas específicos dependem muito do tipo específico de substância). A abstinência ocorre com frequência em relação a álcool, opioides, cafeína, tabaco, estimulantes (como cocaína, anfetamínicos), sedativos (como benzodiazepínicos).

Referencia: Dalgarrondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais, 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2018

### **QUESTÃO 15:**

- a) rivastigmina (VO ou adesivo transdérmico), galantamina, donepezila e . memantina.
- b) Fase leve:anticolinesterásico, fase moderada:anticolinesterásico e memantina, fase avançada: memantina(podendo manter ou suspender anticolinesterásico).

Referencia: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Artmed Editora; 2016; Taylor DM, Barnes TR, Young AH. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry. John Wiley & Sons; 2021