

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA-IPUB/UFRJ
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA – QUARTO ANO
SELEÇÃO 2025**

GABARITO DA PROVA

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

1	2	3	4	5
A	B	D	B	C

6	7	8	9	10
A	C	B	C	D

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

Indicadores de correção das questões discursivas. É importante ressaltar que tais indicadores não são uma forma de gabarito, mas simplesmente consistem em parâmetros que orientam a correção.

Questão 11

A principal hipótese diagnóstica é deficiência intelectual. Marcos apresenta déficits em funções intelectuais (muita dificuldade em aprender, não sabe ler e escrever mesmo com 10 anos de idade), associado a déficits em funções adaptativas que tiveram início durante o período do desenvolvimento.

Marcos nitidamente apresenta déficits nas habilidades práticas de autocuidado, visto que ele ainda não amarra o seu sapato, não se veste sozinho e ainda não come sozinho. O fato de Marcos ter tido um período de anóxia no momento do parto é um fator de risco para a deficiência intelectual.

Bibliografia utilizada

Ke X, Liu J. Deficiência Intelectual. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (edição em Português; Dias Silva F, ed; Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Questão 12

- . Presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar objetivos
- . Presença de comportamentos compensatórios para prevenir ganho de peso

GABARITO DA PROVA

- . Frequência dos episódios de compulsão alimentar e dos mecanismos compensatórios deve ocorrer em média 1x na semana nos últimos 3 meses
- . Preocupação excessiva/sobrevalorização de peso e forma

Bibliografia utilizada

Appolinário JC, Nunes MA, Cordás TA. Transtorno Alimentares: Diagnóstico e Manejo. Porto Alegre, Artmed, 2022. – Capítulo 2, páginas 15-16 e 19-20

Questão 13

a) Demência na doença de Alzheimer. Predomínio de memória, curso insidioso e progressivo, com perda de funcionalidade. Diferenciais: demência vascular (não há sinais focais ou indícios de fatores de risco cardiovasculares importantes), demência com corpos de Lewy (não há nenhum dos sintomas centrais nesta história), demência fronto-temporal (não há importante alteração comportamental ou de linguagem na história), pseudodemência depressiva (não há sintomas depressivos proeminentes).

b) Para Demência na doença de Alzheimer, começar sempre com psicoeducação do paciente e familiares, supervisão do paciente, medidas não-farmacológicas (exercícios físicos, socialização, treinamento cognitivo, controle de fatores de risco modificáveis, etc). Prescrição de anticolinesterásico (caso não haja contraindicação). Serão aceitos tanto a menção a anticolinesterásico (como classe medicamentosa) quanto a menção às medicações desta classe especificamente, caso estejam corretas.

Bibliografia utilizada

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Artmed Editora; 2016.

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

Questão 14

Simulação é a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos motivada por incentivos externos, como evitar trabalho, o serviço militar obrigatório, obter compensação financeira ou escapar de processo criminal, etc.

Dissimulação é a tentativa de ocultação ou minimização de sintomas ou transtornos existentes. Nesse caso o indivíduo simula que não tem sintomas, apesar destes estarem presentes.

Metassimulação é a persistência, de forma intencional, da apresentação de sintomas e sinais após cessado o transtorno real, que de fato existiu.

Supersimulação é o exagero dos sinais e sintomas por parte de um indivíduo realmente doente ou a criação de novos sintomas não decorrentes da doença.

Bibliografia utilizada

GABARITO DA PROVA

Abdalla-Filho E, Chalub M, Telles LEB. *Psiquiatria Forense de Taborda*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. Pp 569-571

Questão 15

a) Associação livre (ou livre associação). Serão consideradas (de algum modo) respostas que indiquem a relevância do respeito às associações espontâneas do sujeito como método de investigação e de intervenção, mesmo que estas não recorram à expressão “associação livre”. Isto, evidentemente, se tais respostas não repetirem, automaticamente, o enunciado da questão.

b) Enquanto a técnica da associação livre dá protagonismo ao sujeito atendido quanto a procurar livremente a origem de seu mal estar, a anamnese psiquiátrica parte daquilo que já é conhecido pela psiquiatria como forma de produção de mal estar. A abordagem psicanalítica parte do princípio que só o próprio sujeito sabe (mesmo que fora de sua consciência) sobre as ligações entre seus sintomas, suas experiências e as palavras que os representam. A anamnese psiquiátrica parte do pressuposto de que ao apresentar corretamente perguntas pertinentes de modo objetivo, o sujeito saberá reconhecer se aquilo que está sendo perguntado ocorre ou não com ele. A associação livre encontra sua justificativa no pressuposto de que o que está fora da consciência é resultado de um conflito psíquico que leva a consciência a resistir aos “complexos inconscientes” se tornarem conscientes. Supõe-se que ao respeitar a associação dos sujeitos, geralmente encontrando caminhos colaterais, haja diminuição da resistência no encontro dos “complexos inconscientes”. A anamnese psiquiátrica não trabalha com o conceito de resistência psicodinâmica e supõe que diante de perguntas feitas de forma correta, o sujeito será capaz de identificar aspectos de seus sintomas, o que permitirá uma classificação psiquiátrica adequada. Além dos aspectos acima serão também considerados na correção, outros critérios de diferenciação entre as duas abordagens discutidos por Gabbard (bibliografia abaixo, cap 3)

Bibliografia utilizada

Freud, S, *Cinco Lições de Psicanálise*. In Freud, S *Obras Completas*, vol 9, São Paulo, Cia das Letras, 2013 [1910]

Gabbard GO. *Psiquiatria Psicodinâmica na Prática Clínica*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2016, (cap 3).