



CONCURSO PÚBLICO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
2017

CADERNO DE QUESTÕES OBJETIVAS

MÉDICO PSIQUIATRIA

ATENÇÃO

1. A prova terá duração de 3 (três) horas, considerando, inclusive, a marcação do **CARTÃO-RESPOSTA**.
2. A prova deverá ser feita, obrigatoriamente, a caneta esferográfica, **fabricada em material incolor e transparente**, de tinta azul ou preta, não sendo permitido o uso de régua, lápis, lapiseira, marca texto, corretivo e/ou borracha.
3. É de responsabilidade do candidato a conferência deste caderno que **contém 60 (sessenta) questões de múltipla escolha**, cada uma com **4 (quatro) alternativas (A,B,C e D)**, distribuídas da seguinte forma:

QUESTÕES	
Língua Portuguesa	de 01 a 10
SUS	de 11 a 20
Específico do cargo / Especialidade médica a que concorre	de 21 a 60

4. Transcreva a frase abaixo, para o espaço determinado no **CARTÃO-RESPOSTA**, com caligrafia usual, para posterior exame grafológico:

“Infelicidade é uma questão de prefixo”

5. Em hipótese alguma haverá substituição do **CARTÃO-RESPOSTA** por erro do candidato.
6. O telefone celular deverá permanecer desligado e acondicionado em saco de segurança devidamente lacrado, desde o momento da entrada na sala de prova até a saída do candidato do estabelecimento de realização da prova.
7. Os relógios de pulso serão permitidos, desde que não sejam digitais e permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.
8. Durante a prova não será admitida qualquer espécie de consulta ou comunicação entre os candidatos, tampouco será permitido o uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico.
9. Somente após decorrida **1 (uma) hora do início da prova**, o candidato, ainda que tenha desistido do concurso, poderá entregar o **caderno de questões, o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita** e retirar-se do recinto.
10. O candidato que terminar a prova **antes dos 30 minutos finais**, entregará, obrigatoriamente, ao fiscal de sala, o caderno de questões, e o cartão-resposta devidamente assinado e com a frase transcrita, sob pena de exclusão do certame.
11. Não será permitida, em hipótese alguma, a cópia das marcações efetuadas no **CARTÃO-RESPOSTA**.
12. O candidato somente poderá retirar-se do local de realização das provas levando o caderno de questões no decurso dos últimos 30 minutos anteriores ao horário determinado para o término da prova.
13. Os três últimos candidatos deverão permanecer em sala, sendo liberados somente quando todos tiverem concluído a prova ou o tempo tenha se esgotado, sendo indispensável o registro dos seus nomes e assinaturas na ata de aplicação de prova.
14. **Não será permitido o uso de sanitários por candidatos que tenham terminado a prova.**
15. O FISCAL DE SALA NÃO ESTÁ AUTORIZADO A ALTERAR QUAISQUER DESSAS INSTRUÇÕES.
16. O gabarito da prova será publicado no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro - D.O. Rio, no segundo dia útil após a realização da prova, estando disponível também, no site <http://www.rio.rj.gov.br/web/portaldeconcursos>

Boa Prova!

LÍNGUA PORTUGUESA

A arte de envelhecer

Achei que estava bem na foto. Magro, olhar vivo, rindo com os amigos na praia. Quase não havia cabelos brancos entre os poucos que sobreviviam. Comparada ao homem de hoje, era a fotografia de um jovem.

Tinha cinquenta anos naquela época, entretanto, idade em que me considerava bem distante da juventude. Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.

O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção: o feto de seis meses é muito mais velho do que o embrião de cinco dias.

Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação. Não há animal capaz de criar soluções diante da adversidade como nós, de sobreviver em nichos ecológicos que vão do calor tropical às geleiras do Ártico.

Da mesma forma que ensaiamos os primeiros passos por imitação, temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.

A adolescência é um fenômeno moderno. Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários. Nas comunidades agrárias, o menino de sete anos trabalhava na roça e as meninas cuidavam dos afazeres domésticos antes de chegar a essa idade.

A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial. Bem mais cedo, nossos avós tinham filhos para criar.

A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais. Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética, os costumes e os padrões de comportamento característicos dessa faixa etária tem o efeito perverso de insinuar que o declínio começa assim que essa fase se aproxima do fim.

A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados. Sócrates tomou cicuta aos setenta anos, Cícero foi assassinado aos 63, Matusalém sabe-se lá quantos anos teve, mas seus contemporâneos gregos, romanos ou judeus viviam em média trinta anos. No início do século XX, a expectativa de vida ao nascer, nos países da Europa mais desenvolvida, não passava dos quarenta anos.

A mortalidade infantil era altíssima, epidemias de peste negra, varíola, malária, febre amarela, gripe e tuberculose dizimavam populações inteiras. Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas. Que sentido haveria em pensar na velhice, quando a probabilidade de morrer era tão alta? Seria como hoje preocupar-nos com a vida aos cem anos de idade, que pouquíssimos conhecerão.

Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta. Se assim for, é preciso sabedoria para aceitar que nossos atributos se modificam com o passar dos anos. Que nenhuma cirurgia devolverá, aos sessenta, o rosto que tínhamos aos dezoito, mas que envelhecer não é sinônimo de decadência para aqueles que se movimentam, não fumam, comem com parcimônia, exercitam a cognição e continuam atentos às transformações do mundo.

Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre. Julgar, aos oitenta anos, que os melhores foram aqueles dos quinze aos 25 é não levar em conta que a memória é editora autoritária, capa de suprimir por conta própria as experiências traumáticas e relegar ao esquecimento as inseguranças, medos, desilusões afetivas, riscos necessários e as burradas que fizemos nessa época.

Nada mais ofensivo para o velho do que dizer que ele tem

“cabeça de jovem”. É considerá-lo mais inadequado do que o rapaz de vinte anos que se comporta como criança de dez.

Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.

Drauzio Varella

VARELLA, Drauzio. *Palavra de médico: ciência, saúde e estilo de vida*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. p. 93-95.

01. “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” (4º parágrafo). A palavra em destaque indica, nesse contexto, a qualidade daquilo que é
 - (A) inelutável
 - (B) incoercível
 - (C) insofismável
 - (D) inextinguível
02. “Confinar aos jovens a publicidade dos bens de consumo, exaltar a estética...” (8º parágrafo). A palavra em destaque está empregada com o sentido de:
 - (A) absorver
 - (B) restringir
 - (C) demarcar
 - (D) aproximar
03. No decorrer do texto, certas ideias essenciais são reiteradas. Assim, uma afirmação contida em uma frase pode ser reforçada e ampliada por outra, mais adiante, tal como se verifica em:
 - (A) “Os que estão vivos agora têm boa chance de passar dos oitenta.” / “Considerar a vida um vale de lágrimas no qual submergimos de corpo e alma ao deixar a juventude é torná-la experiência medíocre.”
 - (B) “Lidar com a inexorabilidade desse processo exige uma habilidade na qual somos inigualáveis: a adaptação.” / “Nossos ancestrais passavam da infância à vida adulta sem estágios intermediários.”
 - (C) “A adolescência é um fenômeno moderno.” / “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu nas sociedades industrializadas depois da Segunda Guerra Mundial.”
 - (D) “A ideia de envelhecer aflige mulheres e homens modernos muito mais do que afligia nossos antepassados.” / “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.”
04. De acordo com o 11º parágrafo, são atributos essenciais de quem sabe envelhecer:
 - (A) rigor e flexibilidade
 - (B) frugalidade e obstinação
 - (C) comedimento e sobriedade
 - (D) discernimento e intemperança
05. “Nossos ancestrais viveram um mundo devastado por guerras, enfermidades infecciosas, escravidão, dores sem analgesia e a onipresença da mais temível das criaturas.” (10º parágrafo). A expressão grifada substitui outra mais chocante, suavizando a ideia que ela traz. Recurso expressivo semelhante ocorre na seguinte frase:
 - (A) De forte constituição, não teve quase nenhuma doença de menino.
 - (B) Pare de se preocupar com coisas fúteis, liberte-se da doença do consumo.
 - (C) O paciente foi submetido a exame para detecção de doença do trato digestivo.
 - (D) Antigamente, as pessoas com doença de pele eram afastadas do convívio social.

06. “Ainda que maldigamos o envelhecimento, é ele que nos traz a aceitação das ambiguidades, das diferenças, do contraditório e abre espaço para uma diversidade de experiências com as quais nem sonhávamos anteriormente.” (último parágrafo) A oração destacada guarda, com o restante do período, a mesma relação expressa na seguinte frase:
- (A) Mesmo que se aceite a ideia, a velhice tem sabor assaz amargo.
- (B) Temos de aceitar com resignação a velhice, até porque não nos resta outra saída.
- (C) Já que a vida era tão curta, nossos ancestrais não se preocupavam com a senectude.
- (D) À medida que envelhecemos, vamos aceitando as contradições e ambiguidades do mundo.
07. “Se me for dado o privilégio de chegar aos noventa em pleno domínio da razão, é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo) A palavra semelhante, que nessa frase é um adjetivo, tem a possibilidade de assumir outro significado e classe gramatical quando anteposta ao substantivo. Essa mesma possibilidade caracteriza a palavra destacada na seguinte frase:
- (A) A memória suprime por conta própria experiências traumáticas.
- (B) A criatura temível era onipresente em nossas vidas.
- (C) Havia probabilidade elevada de morrer cedo.
- (D) Aprender a viver é adquirir luz própria.
08. “A exaltação da juventude como o período áureo da existência humana é um mito das sociedades ocidentais.” (8º parágrafo). O adjetivo em destaque é empregado no sentido figurado. O mesmo ocorre na seguinte frase:
- (A) O estranho objeto espalhava por toda a praia uma luz argêntea.
- (B) O projeto prevê a construção de uma estufa de paredes vítreas.
- (C) A exposição a fluidos corpóreos oferece riscos a profissionais da saúde.
- (D) Os direitos individuais e coletivos constituem cláusula pétrea de nossa constituição.
09. Está destacado um pronome relativo no seguinte fragmento do texto:
- (A) “Achei que estava bem na foto.” (1º parágrafo)
- (B) “O envelhecimento é sombra que nos acompanha desde a concepção...” (3º parágrafo)
- (C) “...é possível que uma imagem de agora me cause impressão semelhante.” (2º parágrafo)
- (D) “... temos que aprender a ser adolescentes, adultos e a ficar cada vez mais velhos.” (5º parágrafo)
10. “A figura do adolescente que mora com os pais até os trinta anos, sem abrir mão do direito de reclamar da comida à mesa e da camisa mal passada, surgiu...” (7º parágrafo) A palavra mal assume, nesse fragmento, o mesmo valor semântico que tem na seguinte frase:
- (A) A comida não ficou boa, pois a carne estava mal cozida.
- (B) Pouco se me dá que falem mal de mim.
- (C) Ele tratava muito mal os empregados.
- (D) Mal saiu de casa, começou a chuva.

SUS

11. O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Trata-se de uma resposta institucional às demandas da sociedade brasileira, no que se refere à saúde pública como direito do cidadão e dever do Estado. No plano normativo, regionalização, hierarquização, descentralização, participação dos cidadãos e complementariedade do setor privado compõem um conjunto de princípios constitucionais que:
- (A) regem a organização do SUS
- (B) fundamentam a doutrina do SUS
- (C) podem ser considerados pelo gestor local de saúde
- (D) podem ser considerados pelo gestor municipal, estadual e federal
12. De acordo com os princípios constitucionais, não há hierarquia entre os entes federados; o que há é a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, apresenta as Comissões Intergestoras como lócus de pactuação consensual entre os entes federativos para a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. A Comissão Intergestora Bipartite (CIB) pode ser definida como:
- (A) instância com a finalidade de desenvolver atividades ou implementar projetos comuns a grupos de municípios, racionalizando a aplicação de recursos financeiros e materiais
- (B) colegiado composto por secretários municipais de saúde com a função de formular e propor políticas, promover o intercâmbio de experiências, apoiar os municípios e representá-los na CIT
- (C) fórum para o processo de descentralização das ações de saúde; nesse espaço, representantes do governo estadual e dos municípios articulam-se e realizam as suas pactuações
- (D) conselho constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço; tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município
13. A aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000 determinou a vinculação de percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141 (LC 141), Capítulo III, Seção I, artigos 6º e 7º fixou para os Municípios o percentual mínimo de:
- (A) 7%
- (B) 12%
- (C) 15%
- (D) 22%
14. Indicadores de saúde são medidas sínteses que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde dos indivíduos e populações, bem como do desempenho do sistema de saúde. Segundo a Resolução CIT nº 2, de 16 de agosto de 2016, que dispõe sobre os 29 indicadores constantes do processo nacional de pactuação interfederativa, os indicadores podem ser classificados em dois tipos, a saber:
- (A) ampliado ou restrito
- (B) universal ou específico
- (C) primário ou secundário
- (D) tradicional ou inovador

15. O Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão são instrumentos de planejamento do SUS que devem se interligar sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento com vistas à operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Dentre esses instrumentos, o Plano de Saúde se destaca por ser o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Já a Programação Anual de Saúde se caracteriza por ser um instrumento de planejamento que:
- operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo atualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados no ano de referência
 - faz parte da análise situacional, contendo as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera
 - consiste no balanço da execução, do acompanhamento, da avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção
 - subsidiar os gestores do SUS na prestação de contas quadrimestral das ações do Plano de Saúde operacionalizadas
16. Nas etapas de confecção do Plano de Saúde, após a elaboração da análise situacional é possível avançar no estabelecimento das diretrizes e prioridades que o nortearão. É importante lembrar que as diretrizes expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias que são estabelecidas visando responder às necessidades de saúde da população identificadas na análise situacional. Objetivos e metas no Plano de Saúde devem expressar, respectivamente:
- os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e os parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta
 - os resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações; e os parâmetros adotados para aferir o alcance dos objetivos
 - as medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores ou órgãos afins; e as características epidemiológicas, da organização dos serviços, do sistema de saúde e dos marcos da Política de Saúde
17. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, a qualidade na prestação de serviços de saúde é um dos objetivos fundamentais da Rede de Atenção à Saúde. Segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, a qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida considerando seis dimensões, a saber:
- suficiência, efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e simplicidade
 - segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e equidade
 - impessoalidade; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência e bondade
 - efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, liberdade de escolha e acesso
18. A fim de fortalecer as ações de transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, a Lei Complementar nº 141/2012 dispõe sobre a obrigatoriedade dos órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios de dar ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, às prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade. A prestação de contas realizada pelo município no Relatório Anual de Gestão (RAG), deverá ocorrer mediante:
- a apresentação do RAG na Comissão Intergestora Tripartite para aprovação
 - a apresentação do RAG em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores
 - o envio do RAG ao COSEMS, até o dia 30 de setembro do ano seguinte ao da execução financeira
 - o envio do RAG ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, cabendo a este emitir parecer conclusivo
19. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS. Segundo a referida portaria, uma das razões para se organizar a rede de atenção à saúde é que:
- a informatização dos serviços é fundamental, assim como o uso de computador em todos os pontos de atenção à saúde
 - as regiões mais desenvolvidas devem ser priorizadas para implantação de ferramentas de micro gestão de serviços de saúde
 - o quadro sanitário atual e o perfil epidemiológico da população permitem a simplificação do cuidado em saúde
 - o modelo de atenção à saúde vigente tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e futuros
20. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, **NÃO** é atribuição específica dos médicos:
- ser responsável pelo monitoramento da utilização dos recursos federais da Atenção Básica transferidos aos municípios
 - realizar consultas e procedimentos clínicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.)
 - encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo a coordenação do cuidado
 - contribuir, realizar e participar das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe

PSIQUIATRIA

21. Paciente masculino, 10 anos de idade, interessa-se por desenhos e é muito hábil com os traços. Tem muita dificuldade com habilidades sociais, não aceita muito o contato de outras pessoas, se autoagride quando contrariado, fala de forma estereotipada, poucas frases e palavras. A hipótese diagnóstica mais provável é:
- autismo infantil
 - síndrome de Asperger
 - esquizofrenia de início precoce
 - transtorno de hiperatividade e déficit de atenção

22. O transtorno bipolar de início juvenil pode ter uma apresentação atípica com sintomas psicóticos, tentativas de suicídio e comportamento atuante sério. O tratamento preconizado, para crianças e adolescentes, com essas características é a atenção psicossocial e suporte medicamentoso, com as drogas de primeira linha:
- topiramato e antipsicóticos na mania aguda
 - lítio e divalproato de sódio e antipsicóticos na mania aguda
 - oxicarbamazepina e antipsicóticos na mania aguda
 - lítio e topiramato e antipsicóticos na mania aguda
23. Com relação aos transtornos depressivos e ansiosos na infância e adolescência e o tratamento medicamentoso, pode-se afirmar que:
- dentre os antidepressivos a fluoxetina, a sertralina e a clomipramina estão aprovadas pela FDA para a depressão e TOC
 - dentre os antidepressivos somente a fluoxetina está aprovada pela FDA para uso no transtorno depressivo maior e TOC
 - dentre os antidepressivos a fluoxetina e a sertralina estão aprovadas pela FDA e para o TOC somente a fluoxetina está aprovada
 - dentre os antidepressivos somente a fluoxetina está aprovada pela FDA e para o TOC, além da fluoxetina, estão aprovadas a sertralina e a clomipramina
24. O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade -TDAH é o diagnóstico psiquiátrico mais frequente na infância. Dados do Ministério da Saúde indicam que o Brasil se tornou o segundo mercado mundial no consumo do metilfenidato, com cerca de dois milhões de caixas vendidas, em 2010. Discussões técnicas apontam o excesso de falso positivos de TDAH. Para que o diagnóstico e o tratamento medicamentoso de tal transtorno sejam feitos de forma criteriosa, evitando a medicalização desnecessária, a alternativa que descreve os procedimentos mais corretos é:
- anamnese detalhada, observando história pré e perinatal é crucial para o diagnóstico de TDAH. Os sintomas de desatenção e/ou hiperativo-impulsivos devem estar presentes em diversas situações de vida
 - anamnese detalhada, observando história pré e perinatal é crucial para o diagnóstico de TDAH. Os sintomas de desatenção e/ou hiperativo-impulsivos devem ser incapacitantes e presentes em diversas situações de vida
 - anamnese detalhada, observando história pré e perinatal e obtenção de informação de várias fontes é crucial para o diagnóstico de TDAH, principalmente, os funcionários da escola e cuidadores. Os sintomas de desatenção e/ou hiperativo-impulsivos devem estar presentes em diversas situações de vida
 - anamnese detalhada, observando história pré e perinatal e obtenção de informação de várias fontes é crucial para o diagnóstico de TDAH, principalmente, os funcionários da escola e cuidadores. Os sintomas de desatenção e/ou hiperativo-impulsivos devem ser incapacitantes e presentes em diversas situações de vida
25. Sobre o tratamento medicamentoso do TDAH, a única alternativa que **NÃO** apresenta opções farmacológicas corretas é:
- ritalina e concerta são considerados de primeira linha
 - considere a clonidina como primeira linha para o tratamento do TDAH com tiques moderados
 - todos os antidepressivos tricíclicos são considerados de segunda linha
 - considere os antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina e ziprasidona) quando a maioria dos outros medicamentos são ineficientes
26. Crianças com deficiência mental não, necessariamente, precisarão de suporte nos serviços de saúde mental. Entretanto, estima-se que de 30 a 70% delas venham a sofrer de algum transtorno psiquiátrico. Dentre esses transtornos pode-se encontrar, **EXCETO**:
- os da aprendizagem
 - os de humor e ansiedade
 - os de déficit de atenção e hiperatividade
 - os mentais causados por condições médicas gerais
27. Os sintomas de primeira ordem de Kurt Schneider indicam, segundo descrição de Dalgallarrondo, que o doente vivencia a perda do controle sobre si mesmo, a invasão do mundo sobre seu ser íntimo. Sobre esses sintomas e sua definição, a única afirmativa **INCORRETA** é:
- eco do pensamento - paciente ouve seus pensamentos repetidos seguidamente
 - percepção delirante - paciente tem uma percepção normal que recebe uma significação delirante
 - roubo do pensamento - paciente tem a sensação de que seu pensamento é inexplicavelmente extraído de sua mente
 - difusão do pensamento - paciente acredita que seus pensamentos são ouvidos ou percebidos com clareza pelos demais
28. Sobre as alterações do reconhecimento e identificações de origem delirante, pode-se afirmar que:
- na síndrome de Capgras inversa, o sujeito acredita que houve transformação radical em si mesmo e que ele próprio é um impostor
 - na síndrome de Frégoli, o paciente afirma que uma pessoa próxima e familiar é um sócio quase idêntico
 - na síndrome de Capgras, o paciente identifica falsamente uma pessoa estranha como se fosse alguém de seu círculo pessoal
 - na síndrome de Frégoli inversa, há a crença de que as pessoas não podem mais reconhecer o paciente
29. Considerando a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as modalidades de atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e, sendo esses serviços fundamentais para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a alternativa que **NÃO** se encontra de acordo com as suas principais diretrizes clínicas é:
- busca-se a integração dos CAPS com a rede básica de saúde
 - o atendimento ambulatorial é prioritário no trabalho clínico nos CAPS
 - os CAPS, por terem papel estratégico na reforma do modelo assistencial, devem constituir-se como espaços de formação
 - a participação mais efetiva dos familiares nos CAPS e a realização de atividades com familiares é tarefa cotidiana dos serviços
30. Interconsulta é o principal instrumento do apoio matricial na atenção primária sendo, por definição, uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado. Dentre suas modalidades tem-se, **EXCETO**:
- consulta conjunta
 - discussão de caso
 - visitas domiciliares conjuntas
 - discussão de caso em contrarreferência

31. A Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. São funções e atribuições desses núcleos de apoio, **EXCETO**:
- como equipes especializadas, devem estabelecer avaliações criteriosas dos casos identificados pelas Equipes de Saúde da Família - ESF, realizando atendimento individual e continuado
 - não se constituem em porta de entrada do sistema e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF
 - a responsabilização compartilhada, entre as equipes ESF e NASF, na comunidade, prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência
 - devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes de Saúde da Família - ESF
32. No processo de integração da saúde mental à atenção primária, na realidade brasileira, um modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. O apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária. Sobre o matriciamento ou apoio matricial pode-se afirmar corretamente que:
- é uma discussão de caso e de atendimento individual pelo psiquiatra ou psicólogo matriciador
 - é uma construção de intervenções psicossociais coletivas a serem realizadas pelas equipes matriciadoras
 - é um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica
 - é um encaminhamento qualificado ao especialista, a partir de uma discussão prévia do caso e construção do projeto terapêutico
33. A Portaria nº 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004, redefiniu e ampliou a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e estabeleceu que o programa de atenção integral a estes usuários tenha como principais diretrizes, **EXCETO**, o componente:
- da atenção básica
 - da atenção hospitalar de referência
 - de trabalho conjunto com entidades da justiça terapêutica
 - da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil)
34. É importante que o psiquiatra conheça os fatores de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia. Dentre eles, se inclui:
- o uso de tabaco
 - o hipertireoidismo
 - o isolamento social
 - a inteligência acima da média
35. Estima-se que 30% dos indivíduos com esquizofrenia apresentam a forma refratária. Contudo, antes de ser diagnosticada, é necessário que se verifique se o indivíduo já recebeu tratamento em doses ajustadas por um período adequado, com pelo menos:
- um antipsicótico
 - dois antipsicóticos
 - três antipsicóticos
 - quatro antipsicóticos
36. Uma das teorias relacionadas à fisiopatologia dos sintomas psicóticos é a da saliência aberrante. Ela propõe que um aumento da atividade dopaminérgica alteraria a percepção dos estímulos, promovendo uma exacerbação de certos esquemas cognitivos gerando, por exemplo, sintomas psicóticos. Um dos componentes desta teoria é o de que a alteração da regulação dopaminérgica:
- ocorre em nível pré-sináptico dos receptores D2
 - é secundária a uma diminuição da atividade anticolinérgica
 - é evidenciada em áreas subcorticais excetuando-se as regiões límbicas
 - está relacionada somente à esquizofrenia e não a outros transtornos psicóticos
37. Ao se atender um indivíduo com sintomas depressivos, é importante que o psiquiatra cogite a possibilidade de se tratar de um transtorno bipolar do humor. As características da depressão bipolar são:
- choro fácil, insônia inicial e ideação suicida
 - insônia terminal, anedonia e redução do apetite
 - fadiga, ideias de culpa e pouca noção de morbidade
 - retardo psicomotor, aumento do apetite e alucinações
38. É importante que o psiquiatra conheça o transtorno factício para que o identifique em sua prática clínica. As características deste transtorno são:
- motivação consciente, produção inconsciente de sintomas e finalidade de ser admirado
 - motivação consciente, produção consciente de sintomas e finalidade de obter um ganho externo
 - motivação inconsciente, produção inconsciente de sintomas e finalidade de solucionar um conflito psíquico
 - motivação inconsciente, produção consciente de sintomas e finalidade de permanecer na posição de doente
39. Medo e ansiedade são sentimentos muito comuns. A ansiedade patológica ocorre quando esta emoção passa a:
- levar ao choro com facilidade
 - ser caracterizada como queixa
 - trazer prejuízos sociofuncionais
 - ter remissão com o uso de inibidores seletivos de recaptção de serotonina
40. As características do transtorno obsessivo compulsivo associadas aos tiques são:
- predominância em homens, início precoce e comorbidade com TDAH
 - predominância em mulheres, início tardio e comorbidade com transtornos de personalidade
 - predominância em mulheres, início precoce e comorbidade com TAG
 - predominância em homens, início tardio e comorbidade com transtornos psicóticos
41. Em situações de abstinência alcoólica, não é raro a ocorrência de convulsões. O pico de sua incidência se dá entre:
- 0 e 12 horas
 - 13 e 24 horas
 - 25 e 37 horas
 - 38 e 49 horas

42. As substâncias psicoativas cujas abstinências cursam com hiperatividade autonômica, tremores, insônia, náuseas ou vômitos, alucinações ou ilusões transitórias, principalmente, visuais, táteis e olfativas, agitação psicomotora, ansiedade e convulsões são:
- (A) os opioides
 - (B) as anfetaminas
 - (C) as bebidas alcoólicas
 - (D) os benzodiazepínicos
43. O tabagismo é um importante problema de saúde pública. Dentre as substâncias, abaixo, a que tem demonstrado efeitos mais relevantes no tratamento desta condição é:
- (A) o aripiprazol
 - (B) a vareniclina
 - (C) a agomelatina
 - (D) o milnaciprano
44. A fisiopatogenia dos transtornos de personalidade é um campo vasto, porém existem importantes avanços em sua compreensão. O transtorno de personalidade no qual estudos demonstram alterações volumétricas no corpo caloso, no hipocampo e na amígdala cerebral é o:
- (A) paranoide
 - (B) antissocial
 - (C) anancástico
 - (D) emocionalmente instável
45. O modelo 5-fatorial, em inglês *Big Five*, é muito utilizado em avaliações de personalidade. Com ele, consegue-se avaliar da personalidade:
- (A) o caráter
 - (B) a morbidez
 - (C) o temperamento
 - (D) as características
46. O transtorno alimentar, caracterizado por ingestão de grande quantidade de alimentos, em um curto período, com a sensação de perda de controle e compensações inadequadas para o controle do peso como vômitos autoinduzidos, automedicação e exercícios físicos exagerados, definido como:
- (A) bulimia nervosa
 - (B) anorexia nervosa
 - (C) bulimia nervosa atípica
 - (D) anorexia nervosa atípica
47. Para lidar com situações de agitação psicomotora, o psiquiatra dispõe de uma variedade de fármacos para o uso intramuscular. Contudo, a absorção errática pode constituir um problema, principalmente, quando se trata:
- (A) da olanzapina
 - (B) da ziprasidona
 - (C) do zuclopentixol
 - (D) da clorpromazina
48. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), o termo demência foi substituído por:
- (A) transtorno amnésico
 - (B) doença de Alzheimer
 - (C) doença neurocognitiva
 - (D) transtorno neurocognitivo maior
49. A depressão é uma síndrome que afeta cerca de 35% dos parkinsonianos. Seu diagnóstico e tratamento representam um desafio especial mesmo para clínicos mais experientes, já que sintomas comuns a ambos transtornos, frequentemente, se sobrepõem. Existem evidências de que a depressão apresenta um impacto negativo sobre o funcionamento cognitivo de pacientes com doença de Parkinson. Sobre a prevalência de demência associada à doença de Parkinson, pode-se afirmar que apresenta:
- (A) ampla variação tanto em estudos nacionais quanto internacionais
 - (B) variação pequena tanto em estudos nacionais quanto internacionais
 - (C) pequena variação em estudos nacionais e ampla variação em estudos internacionais
 - (D) pequena variação em estudos internacionais e ampla variação em estudos nacionais
50. Nem sempre é simples diferenciar depressão e doença de Parkinson. Sobre a utilização de escalas estruturadas para auxiliar no diagnóstico, é correto afirmar que:
- (A) o diagnóstico de depressão é fundamentalmente clínico e deve ser realizado com os critérios do DSM-IV. O uso de escalas como a da depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) não auxiliam aos clínicos e demanda muito tempo
 - (B) embora o diagnóstico de depressão seja fundamentalmente clínico e deva ser realizado com os critérios da CID-10, o uso de escalas como a da depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) apresentam não apenas boa acurácia, como também boa correlação com o diagnóstico clínico de depressão
 - (C) embora o diagnóstico de depressão seja fundamentalmente clínico e deva ser realizado com os critérios do DSM-V, o uso de escalas como a da depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) apresenta acurácia ruim e péssima correlação com o diagnóstico clínico de depressão
 - (D) escalas como a da depressão de Montgomery-Asberg (MADRS) e o Inventário de Depressão de Beck (IDB) são suficientes para a realização de diagnóstico diferencial entre depressão e doença de Parkinson, dispensando a avaliação clínica mais apurada
51. Sobre o suicídio em idosos, pode-se afirmar que:
- (A) são frequentemente impulsivos e comunicados
 - (B) a religiosidade não se mostrou eficiente como fator protetor
 - (C) o abuso de substâncias psicoativas e transtorno de personalidade é comum
 - (D) são com maior frequência planejados e envolvem métodos com alta letalidade
52. Depressão em diabéticos têm particularidades importantes. É correto afirmar:
- (A) a depressão está associada ao pior controle dos índices metabólicos e também ao aumento da mortalidade
 - (B) pacientes com depressão e diabetes mellitus apresentam redução da produtividade laboral e aumento da adesão a comportamentos de autocuidado
 - (C) depressão é mais prevalente entre diabéticos do que na população geral. No entanto, diabetes mellitus não aumenta a incidência de depressão
 - (D) os pacientes diabéticos com depressão utilizam menos os serviços de saúde quando comparados aos diabéticos sem depressão

53. O olho por possuir um rico suprimento sanguíneo e reduzida massa tecidual exibe uma elevada suscetibilidade aos efeitos tóxicos dos medicamentos usados, via sistêmica. Além disso, a menor depuração hepática e renal das medicações no idoso, também favorece toxicidade nessa faixa etária. A droga utilizada em diversos transtornos psiquiátricos que pode causar halos e embaçamento ocular, causando alteração irreversível na coloração da conjuntiva, da esclera e da pele (pálpebra e face), após o uso prolongado, é a:
- (A) fluoxetina
 - (B) risperidona
 - (C) imipramina
 - (D) clorpromazina
54. Os distúrbios labirínticos e psiquiátricos são comorbidades frequentes na população. Dentre as drogas, abaixo, a que provavelmente, causa menos tonturas, instabilidades, bem como quedas, mesmo com a função labiríntica preservada é:
- (A) betaistina
 - (B) memantina
 - (C) furosemida
 - (D) donepezila
55. A característica essencial do *delirium* é uma perturbação da atenção ou da consciência, acompanhada de uma mudança na cognição basal, que não pode ser mais bem explicada por algum transtorno neurocognitivo preexistente ou em desenvolvimento. A perturbação aparece durante curto período de tempo, em geral de horas a alguns dias, com tendência a oscilar ao longo do dia. O período do dia que, geralmente, há piora do *delirium* é:
- (A) pela manhã, quando há muita claridade
 - (B) na hora do almoço, quando o paciente está com fome
 - (C) na hora do café da manhã, quando o dia está com pouca claridade
 - (D) ao entardecer e à noite, quando diminuem estímulos externos de orientação
56. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), dois diagnósticos foram inseridos em transtornos de ansiedade:
- (A) transtorno de pânico e agorafobia
 - (B) transtorno de ansiedade de separação e mutismo seletivo
 - (C) ataques de pânico e agorafobia
 - (D) transtorno de estresse pós-traumático e mutismo seletivo.
57. Sobre transtorno de pânico e agorafobia no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), pode-se afirmar que:
- (A) foram removidos de transtornos de ansiedade
 - (B) trata-se da mesma patologia, visto que estão sempre associados
 - (C) transtorno de pânico, ataques de pânico e agorafobia estão sempre associados
 - (D) são dois transtornos distintos, o ataque de pânico pode estar presente em diversos transtornos
58. O DSM-5 adicionou novo capítulo de transtornos: transtorno obsessivo compulsivo e transtornos relacionados. Dentre os transtornos, abaixo relacionados, o que não faz parte desse grupo é o:
- (A) mutismo seletivo
 - (B) tricotilomania
 - (C) transtorno de acumulação
 - (D) transtorno dismórfico corporal
59. As características essenciais do transtorno disfórico pré-menstrual são: a expressão de labilidade do humor, irritabilidade, disforia e sintomas de ansiedade que ocorrem, repetidamente, durante a fase pré-menstrual do ciclo e remitem por volta do início da menstruação ou logo depois. Esses sintomas podem ser acompanhados de outros comportamentais e físicos. Sobre o transtorno disfórico pré-menstrual é correto afirmar que:
- (A) o impacto em atividades laborativas e sociais não é relevante para a realização do diagnóstico
 - (B) não foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)
 - (C) os sintomas supracitados devem ter ocorrido na maioria dos ciclos menstruais, durante o último ano e ter um efeito adverso no trabalho ou no funcionamento social
 - (D) os sintomas supracitados devem ter ocorrido na maioria dos ciclos menstruais, durante os últimos 6 meses e não prejudicar o funcionamento social
60. A característica essencial do transtorno psicótico breve consiste em uma perturbação que envolve o aparecimento repentino, de pelo menos, um dos seguintes sintomas psicóticos positivos: delírios, alucinações, discurso desorganizado ou comportamento psicomotor, grosseiramente, desorganizado, anormal, incluindo catatonia. Sobre o transtorno psicótico breve, é correto afirmar que:
- (A) tem duração de três dias a um mês
 - (B) dura mais de um dia e remete em um mês
 - (C) tem duração variável, podendo chegar a dois meses
 - (D) a duração não é importante para a realização do diagnóstico