



ESTADO DO PIAUÍ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE OEIRAS  
EDITAL 01/2022



Realização:



# CADERNO DE QUESTÕES

CARGO:  
MÉDICO PSIQUIATRA

DATA: 27/03/2022

HORÁRIO: das 14 às 18 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O CADERNO DE QUESTÕES**

- ☒ Verifique se este CADERNO contém um total de 50 (cinquenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de resposta cada, das quais, apenas uma é correta. Se o caderno não estiver completo, solicite ao fiscal de sala um outro caderno. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ☒ As questões estão assim distribuídas:
  - LÍNGUA PORTUGUESA: 01 a 10
  - LEGISLAÇÃO DO SUS: 11 a 20
  - CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS: 21 a 50
- ☒ O candidato não poderá entregar o **caderno de questões** antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ☒ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta escrita grossa**.
- ☒ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

## LÍNGUA PORTUGUESA

Leia o texto a seguir e responda às questões de 01 a 10.

**Por que é tão difícil admitir que estamos errados? A psiquiatria explica**

01 Teimosia, falta de empatia, polarização política. Nós costumamos encontrar diversas justificativas para  
02 quando não conseguimos convencer outra pessoa de que ela está errada, mesmo quando todos os fatos  
03 apontam que está. E, quando alguém finalmente muda de ideia — seja ao se convencer de que a Terra é  
04 redonda, de que o distanciamento social é sim uma medida eficaz contra o novo coronavírus ou de que  
05 determinado post foi ofensivo nas redes sociais —, é difícil vê-lo publicizando seu arrependimento.

06 Mudar de opinião e falar sobre isso não é simples, e há décadas a psicologia vem tentando entender  
07 por que costumamos ser tão cabeças-duras. Mais recentemente, a neurociência também entrou nessa área,  
08 principalmente com os estudos do laboratório britânico Affective Brain Lab, da UCL (University College  
09 London). O **TAB** conversou com a diretora, Tali Sharot, e com o psiquiatra brasileiro Rodrigo Martins Leite,  
10 diretor de relações institucionais do IPq USP (Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo) para  
11 entender quais são as raízes científicas desse problema e como ele se manifesta socialmente.

12 **Por que é difícil admitir que erramos?** Para Sharot, a pergunta deve ser outra. "O problema não é  
13 necessariamente que a gente saiba que está errado e não admita. Na verdade, não percebemos que estamos  
14 errados", explica ela. A neurocientista pesquisa, há quase 20 anos, como o nosso cérebro reage à chegada de  
15 novas informações e descobriu que ele não grava tão bem aquelas que vão contra o que acreditamos —  
16 principalmente quando são negativas. "Há maneiras de saber quais mudanças de atividade cerebral  
17 deveríamos observar quando você recebe uma informação nova. Conseguimos ver que há menos 'gravação'  
18 acontecendo quando a informação não é desejável ou é contrária ao que você acredita", explica a  
19 neurocientista. "Isso ocorre principalmente nas regiões frontais, mas elas estão conectadas a regiões  
20 subcorticais que estão envolvidas com emoção, motivação, memória etc." E o problema não para por aí.

21 **Só acredita quem quer.** Além de literalmente guardar menos os fatos que contrariam nossas crenças,  
22 nós nem vamos atrás deles, afirma a pesquisadora. "Descobrimos que as pessoas são mais propensas a  
23 procurar informações desejáveis e mais propensas a acreditar e reforçar suas crenças quando recebem  
24 informações desejáveis", relata. Sharot e sua equipe conseguiram enxergar, no cérebro, o funcionamento do  
25 que conhecemos hoje como vieses cognitivos.

26 **Vieses, sempre eles.** Há registros de ao menos 120 vieses cognitivos, mas o mais famoso é, sem  
27 dúvida, o viés de confirmação, segundo o qual procuramos e aceitamos com mais facilidade informações que  
28 confirmam aquilo em que já acreditamos. "Isso significa que você tem menos chances de encontrar  
29 informações que vão contra o que você acredita", reforça Sharot. Um teste desenvolvido em 2015, pelo New  
30 York Times, envergonha muita gente que acredita estar imune ao viés de confirmação. Quando confrontados  
31 com uma informação que desbanca aquilo em que acreditamos — principalmente numa discussão acalorada  
32 —, entram em jogo as emoções para "proteger" nossas posições. "Quando estamos tomados por alguma  
33 emoção forte, fica mais difícil ainda a dialética da conversa, porque as pessoas não estão debatendo ideias, e  
34 sim paixões", explica Leite, da USP. "Isso fortalece a sua opinião prévia sobre o assunto."

35 **Só sei que nada sei.** Outro viés bastante popular para explicar a nossa dificuldade em reconhecer  
36 uma crença errada é o efeito Dunning-Kruger, lembra Leite. Os dois pesquisadores que dão nome ao efeito  
37 realizaram, em 1999, um estudo demonstrando que as pessoas que possuem pouco conhecimento sobre um  
38 assunto costumam ser mais confiantes e acreditam saber mais que a média. Isso se dá porque elas não têm  
39 conhecimento suficiente para serem capazes de perceberem e admitirem seus próprios erros. Por outro lado,  
40 aqueles que são gabaritados em determinado tema também têm uma visão distorcida sobre seu próprio nível  
41 de conhecimento. Essas pessoas acham que os outros estão tão bem informados quanto elas, então tendem  
42 a subestimar suas habilidades. "Quanto menos formação você tem em um assunto, menos preparo cognitivo,  
43 mais você acredita piamente na sua opinião sobre ele", resume Leite.

44 **Isso é desculpa para teimosia?** Não. A ideia é ter consciência dos vieses comportamentais para  
45 tentar evitá-los ou, pelo menos, lembrar que todos encaramos os fatos de um ponto de vista bastante pessoal.  
46 Leite lembra que costumamos debater dentro de bolhas, vendo nossas opiniões amplificadas por discursos  
47 semelhantes, imaginando que estamos consumindo conteúdo "novo". "A sociedade vem dialogando cada vez  
48 menos, acho que é uma tendência geral. Cada vez menos pensando no bem comum. Há sempre uma  
49 primazia da opinião individual, de pequenos grupos, nunca pensando numa perspectiva mais sistemática e  
50 globalizante", avalia ele.

51 **Impressão minha, ou estamos discutindo mais?** O psiquiatra se lembra do sociólogo Zygmunt  
52 Bauman para defender que as redes sociais amplificam nossa necessidade de expor opiniões online. "A gente  
53 publiciza nossa vida privada de uma forma nunca antes vista. E essa avalanche de opiniões privadas

54 colocadas em público acaba sofrendo manipulações — seja pelos algoritmos ou pela amplificação dos robôs",  
 55 observa Leite. "Isso acaba contagiando muitas pessoas que eventualmente nem tinham uma opinião formada  
 56 sobre o tema, mas é tamanho o bombardeio de mensagens e notícias que muitas vezes supera a capacidade  
 57 do indivíduo de ter um filtro crítico sobre essas informações." Em consequência, todo mundo sente a  
 58 necessidade de opinar — mesmo sem conhecer um assunto a fundo — e, como já vimos antes, ecoar vozes  
 59 semelhantes às suas.

60 **Alguma dica para fazer alguém admitir um erro?** "Quando as opiniões são afetivas, refratárias a  
 61 dados, não adianta discutir. É análogo, na psiquiatria, a um paciente que tenha um delírio. Delírio é  
 62 grosseiramente uma ideia irremovível, é uma convicção muito profunda", explica. Tanto o psiquiatra quanto a  
 63 neurocientista afirmam que reabrir um diálogo e diminuir a polarização é um trabalho social conjunto, pois não  
 64 há tipos de personalidades mais suscetíveis à teimosia e à dificuldade em admitir erros. Estamos todos tão  
 65 propensos a isso quanto os que criticamos. A dica, segundo eles, é fazer a sua parte e, ativamente, procurar  
 66 informações contrárias àquilo que você acredita. E estar aberto ao diálogo — mesmo que os assuntos mais  
 67 espinhosos precisem ficar de lado, opina Leite. "Precisa ser um princípio geral encontrar pautas que girem em  
 68 torno do interesse comum. Mas a politização está tão grave que a gente fala em ecologia, por exemplo, que é  
 69 algo do bem comum, e já se fala que é uma pauta de esquerda. Precisamos voltar a procurar identidade entre  
 70 as pessoas. A politização enfraquece muito nosso senso de comunidade."

(POLLO, Luiza. Por que é tão difícil admitir que estamos errados? A psiquiatria explica. *TAB Uol*, 13 jun. 2020. Com adaptações. Disponível em: <  
<https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2020/06/13/como-neurociencia-e-psiquiatria-explicam-nossa-dificuldade-em-admitir-erros.htm>>

01. A partir da leitura e da interpretação do texto, é possível afirmar que seu objetivo é:
- (A) Tecer críticas às pessoas que são incapazes de mudar de ideia, mesmo quando percebem que estão erradas.
  - (B) Noticiar descobertas científicas relacionadas à influência das emoções na mudança de ideias.
  - (C) Evidenciar dados científicos que buscam explicar por que as pessoas têm dificuldades em perceber e admitir quando estão erradas.
  - (D) Fazer propaganda do método de debate propagado pelo laboratório britânico que desenvolveu estudos na área de psiquiatria.
  - (E) Alertar sobre as consequências sociais e emocionais de as pessoas não admitirem quando estão erradas.
02. Indique, dentre as afirmações a seguir, a única que é condizente com as informações apresentadas no texto:
- (A) Pessoas que são gabaritadas em um tema são mais confiantes e menos propensas a admitir os próprios erros.
  - (B) Mais informações são gravadas nos cérebros das pessoas quando refutam o que essas pessoas acreditam.
  - (C) As emoções fortes, ao fazer com que as pessoas defendam um tema com afinco, facilitam o debate de ideias.
  - (D) As pessoas tendem a buscar e aceitar mais facilmente informações que reafirmem suas crenças.
  - (E) Quando mudam de ideia, as pessoas sentem necessidade de tornar público o seu arrependimento.
03. Dentre os substantivos compostos a seguir, indique o único cuja flexão para o plural é feita da mesma forma que em “cabeças-duras” (linha 07):
- (A) Beija-flor
  - (B) Guarda-roupa
  - (C) Cachorro-quente
  - (D) Alto-falante
  - (E) Recém-formado
04. Indique, dentre as palavras a seguir, a única que está sendo usada, no texto, com sentido denotativo:
- (A) avalanche (linha 53)
  - (B) bombardeio (linha 56)
  - (C) raízes (linha 11)
  - (D) espinhosos (linha 67)
  - (E) dados (linha 61)

05. A palavra “piamente” (linha 43) pode ser substituída, de maneira a manter o sentido do trecho em que ocorre, por:
- (A) convictamente (D) falsamente  
 (B) francamente (E) caridosamente  
 (C) sobriamente
06. Por ocasião da vigência do Novo Acordo Ortográfico, algumas palavras perderam o acento agudo, a exemplo de “ideia” (linha 03). Dentre as palavras a seguir, a única em que esta alteração NÃO ocorreu e, portanto, está grafada INCORRETAMENTE é:
- (A) paranoico (D) assembleia  
 (B) heroi (E) joia  
 (C) asteroide
07. Dentre as palavras a seguir, presentes no texto, indique a única que contém prefixo que expressa sentido de negação:
- (A) irremovível (linha 62) (D) ideia (linha 03)  
 (B) informações (linha 15) (E) impressão (linha 51)  
 (C) imaginando (linha 47)
08. Considere o período “A neurocientista pesquisa, há quase 20 anos, como o nosso cérebro reage à chegada de novas informações e descobriu que ele não grava tão bem aquelas que vão contra o que acreditamos — principalmente quando são negativas” (linhas 14 a 16). Julgue as seguintes afirmações sobre sua construção sintática:
- I. Uma das posições que “há quase 20 anos” pode ocupar no período é após a conjunção “e”.  
 II. Há duas orações conectadas por “e” que compartilham o mesmo sujeito.  
 III. As duas ocorrências do pronome relativo “que” marcam a introdução de oração com valor adjetivo.  
 IV. A oração subordinada “como o nosso cérebro reage à chegada de novas informações” exerce função de objeto direto e possui, em sua composição, um objeto indireto.
- (A) Somente os itens I e II estão corretos. (D) Somente os itens II, III e IV estão corretos.  
 (B) Somente os itens II e IV estão corretos. (E) Somente os itens III e IV estão corretos.  
 (C) Somente os itens I, II e III estão corretos.
09. Tendo em vista as estratégias de retomada referencial usadas na construção de sentidos do texto, é possível afirmar, EXCETO:
- (A) “Diversas justificativas” (linha 01) retoma “Teimosia, falta de empatia, polarização política” (linha 01).  
 (B) “Ele” (linha 15) retoma “o nosso cérebro” (linha 14).  
 (C) Em “deles” (linha 22), o pronome “ele” retoma “os fatos que contrariam nossas crenças” (linha 21).  
 (D) O pronome “os”, presente em “evitá-los” (linha 45) retoma “os vieses comportamentais” (linha 44).  
 (E) “Essas pessoas” (linha 41) retoma “as pessoas que possuem pouco conhecimento sobre um assunto” (linhas 37 e 38).
10. Julgue os itens a seguir, que tratam da utilização das vírgulas no texto:
- I. Em “Teimosia, falta de empatia, polarização política” (linha 01), as vírgulas estão sendo utilizadas para separar elementos de uma enumeração.  
 II. Em “Isso ocorre principalmente nas regiões frontais, mas elas estão conectadas a regiões subcorticais que estão envolvidas com emoção, motivação, memória etc.” (linhas 19 e 20), as três vírgulas utilizadas marcam separação de orações subordinadas.  
 III. Em “Delírio é grosseiramente uma ideia irremovível, é uma convicção muito profunda [...]” (linhas 61 e 62), a palavra “grosseiramente” poderia estar entre vírgulas sem prejuízo ao significado do trecho em que ocorre.  
 IV. A oração “principalmente quando são negativas” (linha 16) poderia estar isolada por vírgula em vez de travessão, sem prejuízo ao significado do trecho em que ocorre.
- (A) Somente os itens I e III estão corretos. (D) Somente os itens I, III e IV estão corretos.  
 (B) Somente os itens II, III e IV estão corretos. (E) Somente os itens II e IV estão corretos.  
 (C) Somente o item III está correto.

**LEGISLAÇÃO DO SUS**

11. O gestor do município de Esperança está bastante atento com a saúde de sua população. Em 2019, intensificou a busca ativa por novos casos de hipertensão e recrutou todas as equipes de saúde para o trabalho. Somente naquele ano, foram cadastrados 500 novos casos. O número total de casos (novos e antigos) foi de 5.000 no último dia do ano. Sabendo que a população total era de 20.000 habitantes, a prevalência de hipertensão em Esperança para o ano de 2019 foi de
- (A) 15%
  - (B) 20%
  - (C) 22,5%
  - (D) 25%
  - (E) 27,5%
12. No que diz respeito à incidência de hipertensão nesse mesmo município, considerando o mesmo quantitativo populacional e o mesmo período, podemos dizer que a incidência foi de
- (A) 2,5%
  - (B) 5%
  - (C) 7,5%
  - (D) 10%
  - (E) não é possível calcular devido à insuficiência de dados.
13. A epidemiologia, no processo de entender como se dão as manifestações de saúde/doença nas populações, utiliza duas medidas principais: *incidência* e *prevalência*. Em se tratando da importância das taxas de prevalência e incidência em uma população, podemos dizer:
- (A) Incidência e prevalência são medidas de frequência de doenças que identificam onde ocorrem mais casos de uma determinada doença ou agravo.
  - (B) A medida mais simples de prevalência é a frequência absoluta ou a contagem dos casos de uma doença em um determinado tempo e lugar.
  - (C) A prevalência refere-se ao total de casos de uma doença em uma região, enquanto a incidência considera apenas os casos novos ou ocorridos recentemente.
  - (D) A incidência traduz a ideia de doentes ou de casos novos que vão acontecendo ao longo do tempo e prevalência dá a ideia de um número de casos (novos e antigos) contados em um tempo limitado.
  - (E) Todas as opções anteriores estão corretas.
14. Bárbara Starfield (2002) menciona alguns atributos da atenção primária à saúde. Um deles implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Estamos tratando do atributo da
- (A) atenção ao primeiro contato.
  - (B) longitudinalidade.
  - (C) integralidade.
  - (D) coordenação da atenção.
  - (E) universalidade.
15. Quando mencionamos um elemento que envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender e o grau de tolerância para consultas não-agendadas, estamos tratando de
- (A) acesso.
  - (B) acessibilidade.
  - (C) variedade de serviços.
  - (D) população eletiva.
  - (E) continuidade.

16. De acordo com a Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 que trata da consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, foram definidas políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da Saúde. Assim a opção que menciona uma dessas políticas é:
- (A) Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).
  - (B) Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública.
  - (C) Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência.
  - (D) Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.
  - (E) Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC).
17. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), são princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica, respectivamente:
- (A) Universalidade e equidade.
  - (B) Territorialização e população adscrita.
  - (C) Integralidade e cuidado centrado na pessoa.
  - (D) Longitudinalidade e coordenação do cuidado.
  - (E) Regionalização e hierarquização.
18. O Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) compreende várias funções, dentre elas:
- (A) Cadastro do estabelecimento de saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada.
  - (B) Cadastro dos usuários por equipe e estabelecimento de saúde.
  - (C) Cadastro de hipertensos e diabéticos de um território adscrito a um estabelecimento de saúde.
  - (D) Cadastro de gestantes por equipe e estabelecimento de saúde.
  - (E) Cadastro de todos os pacientes pertencentes ao território adscrito ao estabelecimento de saúde independente da sua condição de saúde ou agravo relacionado.
19. Quando mencionamos “reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas”, estamos tratando da diretriz da Atenção Básica:
- (A) Regionalização.
  - (B) Longitudinalidade do cuidado.
  - (C) Coordenar o cuidado.
  - (D) Ordenar as redes.
  - (E) Integralidade.
20. A Vigilância em Saúde está incluída no campo de ação do SUS e desenvolve programas relevantes de prevenção e controle, devendo ser utilizada para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática, em várias áreas. A vigilância sanitária é uma delas e tem como competência:
- (A) Realizar um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
  - (B) Desencadear um conjunto de atividades relativas às zoonoses e questões sanitárias ligadas ao meio ambiente e riscos à saúde (água, ar e solo), com ações integradas com as subprefeituras e outras secretarias, devendo participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico.
  - (C) Realizar um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos. Trabalha com doenças sexualmente transmissíveis agudas e crônicas; doenças transmissíveis agudas; doenças transmissíveis crônicas; doenças imunopreveníveis; investigações e respostas a casos e surtos e epidemias; doenças emergentes; agravos inusitados; inclui também o Programa Nacional de Imunização (PNI), descentralizado aos municípios.
  - (D) Desenvolver as atividades relacionadas com os imunobiológicos e sua adequada utilização.
  - (E) Nenhuma das alternativas anteriores.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DO CARGO**

21. Para a prática clínica, é desejável que o psiquiatra utilize roteiro de avaliação padronizado de entrevista para diagnóstico psicopatológico. Dalgalarondo (2019) sugere o uso de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com diretrizes do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DMS-IV) e da Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID-10). O instrumento que tem por base perguntas-chaves no início de cada capítulo, que orientam a investigação mais aprofundada ou a mudança de capítulo, que proporciona entrevista diagnóstica rápida (25 a 45 minutos) e foi validado para a versão brasileira é o:
- (A) *Present State Examination*.
  - (B) *The Standard for Clinicians' Interview in Psychiatry* (SCIP).
  - (C) *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI).
  - (D) *The Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN).
  - (E) *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* (M.I.N.I. plus).
22. A matriz proposta pelo *Research Domain Criteria* (RDoC) propõe para a psiquiatria, sob o modelo da medicina de precisão, eximir a subjetividade do diagnóstico clínico. Sobre o RdoC, assinale a opção CORRETA.
- (A) O RDoC tem como ideia central a existência de mecanismos neurobiológicos e biocomportamentais subjacentes às doenças mentais.
  - (B) O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) é uma consequência das ideias propostas pelo RDoC, desde a polarização na psiquiatria.
  - (C) O *National Institute of Mental Health* (NIMH) argumenta que o RDoC apresenta diagnósticos que não representam síndromes compatíveis com pacientes reais.
  - (D) O uso do RDoC permite ao psiquiatra analisar sintomas, permitindo uma intervenção preventiva eficaz e favorecendo o alívio dos sintomas.
  - (E) A estrutura do RDoC é uma matriz com construtos referentes à dimensão funcional do comportamento que organiza uma classificação biológica dos transtornos mentais.
23. Documentos médico-legais são instrumentos fornecidos pelo médico para esclarecimentos à justiça. Nesses documentos constam informações médicas e não médicas que tenham interesse judicial. Sobre os documentos médico-legais é CORRETO afirmar:
- (A) Há cinco tipos de documentos médico-legais: os relatórios, os pareceres, as receitas, os atestados e os depoimentos orais.
  - (B) No relatório médico-legal é narrada de forma detalhada a perícia médica, com emissão de juízo valorativo, sendo exigência descrita no Código Penal.
  - (C) O parecer médico-legal apresenta sete partes: preâmbulo, quesitos, histórico, descrição, discussão, conclusão, resposta aos quesitos.
  - (D) No atestado médico é escrito o estado de sanidade do paciente e suas consequências, sendo um compromisso legal descrito no Art. 302 do Código Penal.
  - (E) No depoimento, o perito esclarece quesitos sobre os demais documentos médico-legais, contendo duas partes importantes: quesitos e resposta aos quesitos.
24. Transtornos por uso de substâncias (TUS) são generalizados e endêmicos entre adolescentes, apresentando alto risco de continuar na vida adulta. A triagem é um processo importante de identificação de TUS em adolescentes. Diretrizes indicam o uso da triagem CRAFFT que:
- (A) é aplicada em adolescentes com suspeita de ter consumido álcool, maconha ou tabaco nos últimos 12 meses.
  - (B) deve ser realizada anualmente, geralmente começando aos 15 anos de idade, para triar o uso de álcool, tabaco e outras drogas.
  - (C) apresenta 6 perguntas de triagem, sendo que três ou mais respostas indicam positividade para TUS.
  - (D) preconiza perguntas como “você já usou drogas ou álcool para relaxar?” ou “você já usou sozinho?”.
  - (E) evita abordar perguntas que envolvam os grupos de amigos e o ambiente familiar, por ter como foco o próprio adolescente.

25. É critério do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) para transtorno neurocognitivo maior:
- (A) O declínio cognitivo leve a moderado no domínio da aprendizagem e memória.
  - (B) A necessidade de assistência em atividades simples da vida diária.
  - (C) O déficit cognitivo não ocorrer exclusivamente no contexto de um delírio.
  - (D) O declínio cognitivo não ocorrer na vigência de outro transtorno mental.
  - (E) A apresentação de baixo nível de desempenho em domínios como linguagem e cognição social.
26. A patogênese da esquizofrenia é desconhecida, porém hoje é considerada como uma síndrome em que a fisiopatologia procede da complexa interação entre fatores genéticos e ambientais. Evidências atuais dos fatores genéticos NÃO indicam que:
- (A) a taxa de concordância da esquizofrenia entre gêmeos monozigóticos (40% a 50%) é maior que entre gêmeos dizigóticos (10% a 15%).
  - (B) os loci genéticos identificados em estudos de associação genômica ampla (GWAS) correlacionam sistemas neurotransmissores dopaminérgicos e glutamatérgicos com a esquizofrenia.
  - (C) os genes do complexo principal de histocompatibilidade (MHC), que expressam o alelo A do componente 4 do complemento (C4A), apresentam maior risco de esquizofrenia.
  - (D) os genes COMT, DAOA/G30, DISC1, DTNBP1, GABRB2, NRG1, ZNF804A foram identificados como envolvidos na etiologia da esquizofrenia.
  - (E) a avaliação das variantes do número de cópias (CNVs) demonstrou que a deleção do braço longo do cromossomo 22 (22q11) apresenta maior associação com a esquizofrenia.
27. Em paciente pós-parto eutímica, com maior risco de desenvolver depressão maior pós-parto devido a um histórico anterior de depressão, que não foi tratada com sucesso com antidepressivos no passado. A melhor abordagem a ser sugerida, é:
- (A) farmoterapia com antidepressivos.
  - (B) espera vigilante.
  - (C) terapia cognitivo-comportamental.
  - (D) intervenção psicossocial.
  - (E) monitoramento rigoroso.
28. Criança de 6 anos apresenta quadro de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e não apresenta boa aceitação à terapia cognitivo-comportamental. Como terapia medicamentosa adjuvante, está autorizado o uso de:
- (A) duloxetina, na dose inicial de 30mg.
  - (B) escitalopram, na dose inicial de 10mg.
  - (C) fluoxetina, na dose inicial de 10mg.
  - (D) fluvoxamina, na dose inicial de 25mg.
  - (E) sertralina, na dose inicial de 25mg.
29. Mulher, 55 anos, casada, dona de casa, procurou atendimento psiquiátrico por indicação de amiga, mas não queria vir. Refere que há 5 anos, vem sentindo-se envelhecida e que o “marido não a procura mais”. Não sente vontade de cuidar da casa, e que não “serve mais para nada”, pois os filhos já estão crescidos e não precisam dela. Há 2 anos, engordou muito, e “para piorar” teve que comprar roupas mais folgadas. Refere que às vezes “esquece o café no fogão”, e que quase “tocou fogo na casa”. Espera que não “viva tanto quanto sua mãe”, que faleceu aos 90 anos, pois nem dormir “direito”, consegue mais. Chora “sem motivo” e perdeu o interesse em bordado, que gostava de fazer. Diante desse quadro clínico, seguindo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5), é possível diagnosticar que a paciente apresenta:
- (A) transtorno depressivo persistente.
  - (B) transtorno depressivo unipolar.
  - (C) transtorno distímico.
  - (D) transtorno disfórico pré-menstrual.
  - (E) transtorno de ansiedade.



30. Mulher de 26 anos, casada, católica, agente de saúde, sob internação, recebeu diagnóstico de transtorno factício imposto a si mesmo. Cinco dias antes da admissão apresentou artralgia em múltiplas articulações, artrite e temperatura de 40°C. Hipertensa, usa hidroclorotiazida e propranolol sob prescrição médica. Adotada, há 2 anos ficou órfã da mãe, assumindo responsabilidades pelos irmãos menores e tendo atritos frequentes com o pai etilista. Apresentou labilidade emocional e tristeza intensa, tendo sido indicado uso de amitriptilina após diagnóstico psiquiátrico de depressão, porém abandonou o tratamento. Presença de enfisema subcutâneo ao raio-X nas diversas articulações, confirmado por ultrassonografia, sem alteração articular. Foram localizados, durante a internação, locais de punção nas articulações, descarte das medicações prescritas no hospital, presença de seringas descartáveis em seus pertences. O fator de risco apresentado pela paciente para o diagnóstico realizado MENOS provável epidemiologicamente foi:
- (A) ser mulher. (D) ter diagnóstico psiquiátrico prévio.  
 (B) estar casada. (E) estar em conflito familiar com o pai.  
 (C) ser agente de saúde.
31. Paciente de 41 anos, caminhoneiro, apresenta medo persistente, irracional e intenso a poeira, o que dificulta o seu trabalho e que o fez procurar atendimento psiquiátrico. Na descrição da alteração fóbica do paciente, deve ser escrito no prontuário que ele possui:
- (A) amatofofia. (D) fobofobia.  
 (B) belonofobia. (E) gefirofobia.  
 (C) fasmofobia.
32. Mulher, 35 anos, casada, estudante do último semestre de direito, queixa-se ao psiquiatra que ultimamente não faz nada certo. O término do curso a preocupa e come compulsivamente, o que ocasionou o ganho de 10kg em 6 meses. Não consegue manter sono regular à noite e está sempre cansada. Não concentra mais no estudo e tem irritação constante com o esposo, afetando a vida conjugal. Fez acompanhamento com psicólogo mas não lhe agradou a abordagem, abandonando o tratamento. Diante desse quadro clínico, a melhor conduta como monoterapia inicial é o uso de:
- (A) diazepam. (D) pregabalina.  
 (B) buspirona. (E) mirtazapina.  
 (C) sertralina.
33. Mulher, 58 anos, empregada doméstica, antecedentes depressivos, encaminhada ao Serviço de Psiquiatria por comportamento alterado, predominando exagerada e particular religiosidade, englobando tópicos como “predestinação de ser santa”, amplificado há 6 meses. Alterou suas vestes, usando apenas roupas brancas, chapéu branco de abas largas. História de síncope há cerca de 10 anos, não usa álcool nem outras drogas. Apresenta-se vigil, orientada temporoespacialmente e colaborante, com discurso pouco espontâneo, porém calmo e organizado. Eutímica. Descreve experiências recentes de êxtase com sentimentos de bem-aventurança. Apresenta distorção da memória, compatível com *déjà vu*. Sem aparentes sinais neurológicos focais. *Mini Mental State Examination*, pontuação 30. Diante desse quadro clínico, a melhor conduta individual inicial é:
- (A) prescrever benzodiazepínico.  
 (B) iniciar terapia cognitivo-comportamental.  
 (C) solicitar eletroencefalograma.  
 (D) promover intervenção psicossocial.  
 (E) introduzir inibidor seletivo da recitação da serotonina.
34. O Transtorno Dissociativo de Identidade (TDI) é uma condição complexa e crônica com ruptura na memória autobiográfica e no sentido de ter uma identidade unificada. Epidemiologicamente encontra-se que:
- (A) sua prevalência é estimada em aproximadamente 10% em estudos baseados na comunidade.  
 (B) sua prevalência é menor entre os pacientes que recebem cuidados de saúde mental, mas com grande variação.  
 (C) há baixa comorbidade com o subtipo dissociativo do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).  
 (D) nos estudos em ambientes mistos (internação, ambulatório e comunidade) os pacientes apresentam média etária em torno dos 50 anos.  
 (E) há alta correlação com história de trauma grave e crônico na infância, geralmente abuso físico ou sexual, começando antes dos seis anos.

35. Na avaliação dos transtornos do sono, é importante o estudo do estagiamento neurofisiológico. Esse estagiamento segue períodos de 30 segundos (denominados de “épocas”). Os indivíduos idosos podem apresentar sono mais superficial, com aumento dos estágios:
- (A) N1 e N2. (D) N1 e N3.  
 (B) N2 e N3. (E) N2 e REM.  
 (C) N3 e REM.
36. Entre os critérios clínicos que exige para o diagnóstico clínico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) NÃO preconiza que o paciente:
- (A) tenha sido exposto direta ou indiretamente a um evento traumático e apresente manifestações que causem sofrimento significativo.  
 (B) apresente no mínimo 2 sintomas de intrusão, como ter memórias recorrentes, involuntárias e ter sonhos perturbadores recorrentes do evento.  
 (C) tenha manifestações que prejudiquem significativamente o funcionamento social ou ocupacional, não sendo atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância.  
 (D) apresente no mínimo 2 sintomas de reatividade e excitação alteradas, como dificuldade para dormir e hipervigilância.  
 (E) tenha relato de no mínimo 2 efeitos negativos sobre a cognição e o humor, como estado emocional negativo persistente.
37. A Deficiência Intelectual (DI) é um transtorno do neurodesenvolvimento com múltiplas etiologias. As causas da DI são extensas e incluem anormalidades genéticas, que podem ser identificada em mais de 50% dos indivíduos. Recomenda-se como teste de primeira linha para a maioria dos pacientes com DI, a menos que tenha características sugestivas de um distúrbio específico, a realização de:
- (A) análise de microarranjo cromossômico.  
 (B) análise de cariótipo de banda G.  
 (C) hibridização *in situ* de fluorescência subtelomérica.  
 (D) hibridização genômica comparativa de matriz.  
 (E) cariotipagem espectral.
38. Medicamentos, com ou sem intervenções comportamentais, são a terapia de primeira linha para crianças em idade escolar e adolescentes que atendem aos critérios diagnósticos para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). A farmacoterapia para TDAH tem três etapas: titulação, manutenção e término. A fase de titulação normalmente dura de:
- (A) 01 a 03 meses. (D) 07 a 09 meses.  
 (B) 03 a 05 meses. (E) 09 a 11 meses.  
 (C) 05 a 07 meses.
39. À medida que a população envelhece, a carga geral de demência está aumentando em todo o mundo. Com o envelhecimento da população é necessário que se teste o comprometimento cognitivo. A modificação intensiva dos fatores de risco, especialmente na meia-idade, pode retardar ou prevenir casos de demência. A Comissão Lancet relaciona a combinação de nove fatores de risco potencialmente modificáveis na meia-idade, entre eles:
- (A) a depressão precoce. (D) a obesidade.  
 (B) a perda visual. (E) o estresse.  
 (C) o etilismo.
40. No atendimento de emergências, alterações psicomotoras no comportamento variam da dificuldade subjetiva de pensar claramente a conteúdo de pensamento anormal, estados de consciência deprimida e agitação. Na abordagem de causas médicas de comportamento anormal, os fatores históricos incluem:
- (A) diagnóstico psiquiátrico conhecido.  
 (B) idade precoce de início (<40 anos).  
 (C) ausência de sintomas de início súbito e que se mantém ao longo do dia.  
 (D) ausência de uso de drogas psicoativas ou medicamentos psicotrópicos.  
 (E) diabetes mellitus preexistente.

41. Delirium e estados confusionais estão entre os transtornos mentais mais comuns encontrados em pacientes com doenças médicas. Entre as cinco características principais que caracterizam o delirium, descritas pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, encontram-se distúrbios:
- (A) comportamentais psicomotores, como hipoatividade, hiperatividade com atividade simpática aumentada e prejuízo na duração e arquitetura do sono.
  - (B) emocionais variáveis, incluindo medo, depressão, euforia ou perplexidade.
  - (C) explicáveis por outro transtorno neurocognitivo preexistente, em evolução ou estabelecido, ocorrendo em situação de excitação severamente reduzida como o coma.
  - (D) adicionais na cognição (déficit de memória, desorientação, linguagem, habilidade visuoespacial ou percepção).
  - (E) desenvolvidos em longo período de tempo, com mudança da linha de base, podendo flutuar ao longo do dia, das semanas e dos meses.
42. Transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente da alimentação que prejudica a saúde ou o funcionamento psicossocial. Entre os instrumentos de triagem para identificá-los, o SCOFF, por ser curto, permite ser usado em ambiente de atenção primária. Entre as cinco questões em que consiste este teste, encontra-se:
- (A) Você está satisfeito com seus padrões alimentares?
  - (B) Você já comeu em segredo?
  - (C) Você diria que a comida domina sua vida?
  - (D) Algum membro de sua família sofreu com algum distúrbio alimentar?
  - (E) Seu peso afeta a maneira como você se sente sobre si mesmo?
43. O Transtorno de Personalidade Antissocial (TEAP) é definido como um padrão de comportamento socialmente irresponsável, explorador e sem culpa, que começa na infância ou no início da adolescência e se manifesta por distúrbios em muitas áreas da vida. Comportamentos típicos incluem criminalidade e não conformidade com a lei. Sobre o tratamento desse transtorno, assinale a opção CORRETA.
- (A) Medicamentos não são úteis no tratamento de comportamento agressivo grave em pacientes com TEAP.
  - (B) O carbonato de lítio é o medicamento de escolha para uso em pacientes com TEAP.
  - (C) A fenitoína e outros anticonvulsivantes não demonstram redução do comportamento agressivo de pacientes com TEAP.
  - (D) Uso de terapia cognitivo-comportamental como psicoterapia para pacientes com TEAP tem demonstrado ser positivo.
  - (E) Pacientes com TEAP não devem ser tratados rotineiramente com medicação para o transtorno, pois nenhum medicamento é considerado eficaz no seu tratamento.
44. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu Art. 6º, parágrafo único, III, é apresentada a internação compulsória como um dos 3 tipos de internação psiquiátrica. Sobre esse tipo de internação é CORRETO afirmar:
- (A) A autorização familiar é necessária para que ocorra a internação.
  - (B) O juiz competente é quem a determina.
  - (C) O pedido formal de internação deve ser feito por médico psiquiatra.
  - (D) O Ministério Público Estadual deve ser comunicado até 72 horas após sua ocorrência.
  - (E) A internação involuntária evolui naturalmente para a compulsória.
45. A perícia indireta ocorre quando o perito analisa exclusivamente documentos acostados a um processo ou a um prontuário. O Código de Ética Médica (CEM), em seu Art. 92, veda ao médico: “Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal caso não tenha realizado pessoalmente o exame”. No caso do perito médico psiquiatra, a perícia médica indireta:
- (A) é vedada, pois não há como analisar o paciente por meio de documentos;
  - (B) é permitida, em caso de óbito do paciente;
  - (C) é vedada, se o médico perito não atendeu o paciente;
  - (D) é permitida, quando tiver autorização do Conselho de Medicina;
  - (E) é vedada, se os documentos analisados não foram redigidos pelo próprio psiquiatra.

46. A eletroconvulsoterapia (ECT) utiliza uma pequena corrente elétrica que produz uma convulsão cerebral generalizada sob anestesia geral. É usada principalmente para tratar a depressão grave. Administrada por uma equipe que inclui psiquiatra, anestesista e enfermeiro, aborda em seu protocolo:
- (A) o monitoramento do paciente após a convulsão por aproximadamente 60 a 120 minutos.
  - (B) a aplicação de anestésico, bloqueador neuromuscular e analgésicos.
  - (C) a confirmação da identidade do paciente e se não comeu ou bebeu previamente.
  - (D) o registro dos sinais vitais, duração da convulsão e configurações do eletrocardiograma.
  - (E) o equipamento compreendendo *continuous positive airway pressure* (CPAP) e suprimento de oxigênio.
47. A intoxicação aguda por etanol (álcool etílico) está associada a inúmeras complicações, incluindo acidentes de trânsito, violência doméstica, homicídio e suicídio. O etanol apresenta imensa capacidade de difusão e distribuição em todos os fluidos e tecidos corporais, exercendo efeitos diretamente no coração, no fígado, na tireóide e no sistema nervoso central. Há vários mecanismos de ação do álcool no sistema nervoso central que ocorre por:
- (A) bloqueio dos sistemas opióide e dopaminérgico, reduzindo a função dos receptores beta opióides, que liberam dopamina.
  - (B) ativação direta das vias serotoninérgicas, ao bloquear os receptores 5-HT<sub>3</sub>, 5-HT<sub>1B</sub> e 5-HT<sub>2C</sub>.
  - (C) aumento da expressão dos receptores CB<sub>1</sub> do sistema endocanabinóide, ampliando a transdução do sinal referente à proteína G.
  - (D) inibição da abertura dos canais de Ca<sup>2+</sup> dependentes de voltagem, tornando neurônios menos excitáveis e inibindo liberação de neurotransmissores.
  - (E) inibição dos canais K de retificação interna acoplados à proteína G (GIRK), provocando desacoplamento neuronal.
48. Perícia é todo e qualquer ato propedêutico ou exame realizado por médico, com a finalidade de contribuir com as autoridades administrativas, policiais ou judiciárias na formação de juízos a que estão obrigadas. Sobre a perícia médica psiquiátrica, é CORRETA a opção:
- (A) O exame médico-pericial busca o enquadramento nas situações legais, o pronunciamento conclusivo sobre condições de saúde e a avaliação da capacidade laborativa.
  - (B) É impedido ao profissional, sob o ponto de vista ético-legal, desempenhar seu papel de médico assistente e exercer a função de médico perito ao mesmo tempo, pois naquela há necessidade de um estreito vínculo “médico-paciente”, e nesta assume o papel de “juiz”.
  - (C) A perícia médica administrativa é o meio de prova realizada por profissional legalmente habilitado com finalidade de avaliar incapacidade laborativa e prever processos sobre a Seguridade Social, reconhecendo incapacidades e exceções.
  - (D) O médico nomeado perito deve executar e cumprir o encargo a ele destinado, no prazo que lhe for determinado, mantendo-se atento às responsabilidades ética, administrativa, penal e civil, não podendo escusar-se desse encargo.
  - (E) A perícia médica é uma espécie de auditoria médica, incluindo atividades e ações de fiscalização, controle e avaliação do processo e procedimentos adotados, bem como do atendimento prestado, objetivando verificar a responsabilidade do paciente em suas ações.
49. O Código Penal Brasileiro, art. 96, I e II, prevê que a medida de segurança pode ocorrer na forma de internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, sendo a cessação da periculosidade averiguada por meio de perícia médica (exame de verificação de cessação de periculosidade - EVCP) realizada por perito oficial médico psiquiatra. A ausência de claras diretrizes para orientar o procedimento psiquiátrico levou a criação de instrumentos como o *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) que utiliza um *checklist* de 20 itens, com pontuação de 0 a 2 cada item. Entre os 20 elementos que compõem a escala PCL-R, NÃO se encontra:
- (A) auto-estima inflada.
  - (B) mentira patológica.
  - (C) metas de longo prazo.
  - (D) estilo de vida parasitário.
  - (E) falta de remorso ou culpa.
50. O Código de Ética Médica (CEM), Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, em seu Capítulo IX, estabelece as vedações referentes ao sigilo profissional. Nesse capítulo o CEM veda ao profissional médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo:
- (A) seja de conhecimento público.
  - (B) o paciente tenha falecido.
  - (C) na investigação de suspeita de crime.
  - (D) em depoimento como testemunha em juízo.
  - (E) por motivo justo.