

LEGISLAÇÃO DO SUS

01. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, publicou em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde. São ações prioritárias dessa Política:

- A) incentivo à amamentação, campanha de prevenção as DST/aids, prevenção e controle do tabagismo
- B) alimentação saudável, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito
- C) redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, estímulo a atividade física e redução de gravidez na adolescência
- D) promoção do desenvolvimento sustentável, controle da obesidade infanto-juvenil, redução da mortalidade infantil

02. O financiamento das ações básicas de saúde se dá pelo Piso de Atenção Básica (PAB), composto por uma parte fixa e outra variável. Os investimentos aplicados por meio do PAB variável têm por objetivo:

- A) estimular a implantação de estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde
- B) ampliar o montante de recursos destinados à qualificação da média e da alta complexidade
- C) financiar ações de saúde em municípios de pequeno porte
- D) assegurar a autonomia dos municípios na sua utilização

03. A estratégia de Saúde da Família tem como objetivo central a reorientação da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. São princípios dessa estratégia:

- A) ter caráter complementar em relação à atenção básica, realizar cadastramento das famílias e atuar de forma intersetorial
- B) desenvolver atividades com base no diagnóstico situacional, ter como foco o indivíduo e buscar parcerias para as ações de saúde
- C) dirigir as ações aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, priorizar as ações recuperadoras e manter postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população
- D) atuar no território, ofertar cuidado longitudinal e ser um espaço de construção da cidadania

Sobre as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, publicadas pelo Ministério da Saúde no ano de 2006, responda às questões de números 4 a 7

04. É uma diretriz e uma ação do Pacto em Defesa do SUS, respectivamente:

- A) expressar os compromissos entre gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira; implantar serviços de atenção domiciliar
- B) desenvolver e articular ações que visem assegurar o SUS como política pública; publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS
- C) garantir financiamento de acordo com as necessidades do SUS; apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas
- D) articular e apoiar a mobilização social pela promoção da cidadania; reorganizar o processo de acolhimento nas unidades de saúde

05. “O Pacto pela Vida é o compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.” São prioridades pactuadas:

- A) saúde bucal; controle do câncer do colo de útero e da mama; fortalecimento da atenção básica
- B) redução da mortalidade infantil e materna; controle da dengue, tuberculose e malária; controle de hipertensão e diabetes
- C) promoção da saúde; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias; saúde do idoso
- D) aumento da produção de imunobiológicos; redução da transmissão vertical do HIV; atenção às doenças negligenciáveis

06. É diretriz para o trabalho da Educação na Saúde:

- A) ampliar a compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades
- B) capacitar recursos humanos do SUS para a difusão de informações sobre prevenção de doenças e auto-cuidado
- C) considerar a Educação Continuada como a estratégia de formação e de desenvolvimento de trabalhadores para o setor
- D) centrar o planejamento e o acompanhamento das atividades educativas em saúde com vistas à aquisição de conhecimentos e mudança de hábitos

- 07.** Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde oferecidos para um determinado território, é objetivo da:
- descentralização
 - universalização
 - regionalização
 - hierarquização
- 08.** De acordo com a Lei 8.142/90, o segmento que tem representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos participantes dos Conselhos e das Conferências de Saúde é o dos:
- profissionais de saúde
 - usuários
 - representantes do governo
 - prestadores de serviço
- 09.** O significado da expressão “concepção ampliada de saúde”, que marca conceitualmente a Política Nacional de Promoção de Saúde, é o de que:
- a saúde e o adoecimento refletem as escolhas individuais, mais que o acesso aos cuidados e as tecnologias médicas
 - a saúde e a doença são um binômio inseparável, determinando necessidades curativas
 - a saúde envolve tanto aspectos físicos como os processos mentais, singulares em cada sujeito
 - o processo saúde-doença não é somente resultante da vontade dos sujeitos e/ou comunidades, mas expressa o contexto da própria vida
- 10.** De acordo com a Lei 8.080/90, pode-se afirmar que é competência da direção nacional do SUS:
- executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária
 - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde
 - participar na formulação e na implementação de políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho
 - acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada

ESPECÍFICO DO CARGO

- 11.** De acordo com a lei 10.216, uma pessoa com transtorno mental deverá ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Isso significa que:
- internações psiquiátricas só podem acontecer em hospitais gerais
 - a pessoa terá o direito de ser atendida em sua residência, caso necessário
 - qualquer atendimento em saúde mental deverá acontecer apenas na rede substitutiva representada pelos CAPS
 - a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes
- 12.** A alternativa que descreve critérios diagnósticos para autismo infantil, segundo o CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde, 10ª ed. _ é:
- retardo mental e agitação psicomotora
 - desenvolvimento anormal ou alterado a partir dos 5 anos de idade e perturbações na interação social
 - perturbações na interação social, comunicação e comportamento repetitivo
 - presença de alucinações auditivas e comportamento bizarro
- 13.** Com relação ao curso clínico-evolutivo da esquizofrenia, é correto afirmar que:
- alterações vivenciais do eu - despersonalização, alterações da experiência corporal, alterações da consciência das próprias ações - costumam anteceder em muito tempo o aparecimento de sintomas psicóticos
 - alucinações auditivas verbais de caráter imperativo, vivências de influência e alterações formais do pensamento estão entre as primeiras manifestações clínicas
 - sintomas prodrômicos são raros e, quando aparecem, costumam anteceder em uma ou duas semanas as manifestações clínicas completas
 - cerca de 50% dos casos de esquizofrenia costumam apresentar um início agudo, caracterizado por idéias delirantes de cunho persecutório

14. Sobre a prática clínica de um psiquiatra que trabalha em um serviço territorial como um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), afirma-se que:
- a idéia de doença mental que orienta as suas ações não precisa levar em consideração os modos de operar no mundo dos pacientes
 - deve levar em consideração que fatores relacionados ao meio sócio-cultural influenciam a expressão clínica e a evolução dos transtornos mentais
 - a avaliação psicopatológica dos casos deve se ater à presença ou ausência de alterações observáveis de comportamento, tais como delírios, alucinações, comportamentos bizarros
 - devem ser completamente dissociados reabilitação psicossocial e tratamento do período da crise.
15. A opção que apresenta o manejo clínico mais adequado para pacientes com transtornos de somatização é:
- o paciente deve ser encaminhado para um serviço de psiquiatria após passar por uma extensa bateria de exames complementares e os sintomas devem ser tratados farmacologicamente com antidepressivos
 - o paciente deve ser atendido exclusivamente por psiquiatra, em consultas rápidas e agendadas com intervalos longos entre elas e a terapêutica é sintomática, visando à queixa do paciente
 - a principal referência terapêutica do paciente é o médico generalista, que deve recebê-lo em consultas regulares, entendendo suas queixas como uma forma de comunicação emocional
 - as principais referências terapêuticas do paciente são os diferentes especialistas consultados, que devem conduzir investigações diagnósticas extensas, não evitando procedimentos invasivos
16. São considerados fatores de risco para o suicídio:
- idade inferior a 30 anos; sexo masculino; estado civil solteiro, divorciado ou viúvo; desemprego; diagnóstico de transtorno de personalidade
 - idade acima de 75 anos; sexo feminino; estado civil casado; história de perdas recentes; diagnóstico de depressão
 - idade acima de 50 anos; sexo feminino; minoria étnica; migrante; desemprego
 - idade acima de 50 anos; sexo masculino; estado civil solteiro, divorciado ou viúvo; desemprego; história familiar de suicídio
17. Uma mulher de 33 anos resolveu procurar tratamento depois que leu em uma revista feminina uma matéria sobre hipocondria. Nos últimos três anos já havia procurado inúmeras vezes ajuda em serviços de emergência pensando que estava tendo um ataque cardíaco. Na primeira vez, estava fazendo ginástica e subitamente começou a sentir o seu coração batendo mais rápido e mais forte. Sentiu dores no peito e dificuldades para respirar, começou a tremer e a suar, sentiu-se tonta, teve sensações de formigamento nos braços e nos dedos das mãos. Ficou apavorada, com vontade de sair correndo dali, achando que ia morrer do coração. Conseguiu ir até uma emergência, onde foi examinada e se constatou que o seu coração ia muito bem. Desde então, estes ataques, que duram alguns minutos, têm se repetido algumas vezes por mês. Com o tempo, passou a ter medo de que esses ataques acontecessem longe de casa ou quando estivesse em situações de onde não pudesse sair facilmente para obter ajuda. Por isso, passou a evitar dirigir ou sair de casa sozinha, exceto nos arredores imediatos de sua residência, também evitava lugares muito cheios como *shopping-centers*, cinemas etc. Descreve-se como uma pessoa “quieta e nervosa”, frequentemente tensa e apreensiva em situações com as quais não está habituada. Sempre foi acanhada e sensível a críticas, relutante em envolver-se com pessoas que não conhece muito bem. Desde pequena tem medo de situações que envolvam algum risco, tendo até hoje pavor de avião e enfrentado dificuldades para aprender a dirigir e tirar carteira de motorista. Sua autoconfiança sempre foi baixa e tem uma tendência a sentir-se inferior às outras pessoas.
- Assinale a opção que contém hipóteses diagnósticas que podem se aplicar ao caso:
- transtorno hipocondríaco, transtorno de personalidade ansiosa, transtorno de somatização
 - transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de personalidade ansiosa
 - fobia social, fobia específica, transtorno de somatização
 - transtorno de pânico, transtorno hipocondríaco, fobia social
18. Quanto aos riscos do uso de psicofármacos na gravidez pode-se afirmar que:
- benzodiazepínicos podem ser usados sem riscos ao longo de toda a gestação
 - não há evidência de risco com o uso do valproato de sódio, mas estudos humanos adequados podem ainda não ter sido realizados
 - existem evidências positivas de risco (defeitos do tubo neural) com o uso de carbamazepina no primeiro trimestre da gravidez
 - O risco não pode ser afastado (taquicardia fetal) com o uso de inibidores seletivos da recaptção da serotonina

19. São conseqüências do tabagismo:
- A) o tabagismo constitui um relevante problema de saúde pública, sendo a terceira causa de mortes evitáveis no mundo
 - B) 50% dos casos de câncer de pulmão estão relacionados ao tabagismo
 - C) a exposição passiva à fumaça dos cigarros não tem relação com câncer de pulmão em não fumantes
 - D) o número de mortes associadas ao tabagismo são maiores do que a soma de mortes provocada por AIDS, heroína, cocaína, álcool e acidentes de trânsito

20. São riscos do uso crônico da *cannabis*:
- A) produzir quadros de bronquite, sendo raras as complicações clínicas sérias
 - B) produzir mais dependência que o álcool e o tabaco
 - C) produzir alterações do hipocampo sem prejuízos aos comportamentos aprendidos
 - D) aumentar a incidência da esquizofrenia

21. De acordo com a lei 10.216 há três tipos de internação psiquiátrica: voluntária, involuntária e compulsória. Com base nesse dado, analise a seguinte situação:

“Domingo à noite, psiquiatra de plantão atende paciente muito agitado, com atividade alucinatória e pensamento desagregado. Histórico de abandono tratamento há seis meses. Os familiares pedem a internação. O psiquiatra avalia a necessidade de uma internação curta para possibilitar a retomada do tratamento. O paciente não consegue se comunicar claramente com o psiquiatra, pois se encontra hipervigil, apresenta um discurso desconexo e incompreensível naquele momento e parece não entender o que falam diretamente com ele. Contudo, ele não resiste ao atendimento e a ficar na internação”.

Assinale a opção que aponta o tipo de internação e o procedimento correto:

- A) a internação psiquiátrica será voluntária. Os familiares do paciente deverão assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optaram por esse regime de tratamento
- B) a internação psiquiátrica será involuntária. O psiquiatra deverá preencher o Termo de Comunicação de Internação Involuntária e o Ministério Público Estadual deverá ser notificado, em até 72 horas, pelo responsável técnico do estabelecimento
- C) a internação psiquiátrica será involuntária. O psiquiatra precisará justificar clinicamente a internação no prontuário do paciente
- D) a internação psiquiátrica será voluntária. O paciente poderá assinar o termo de consentimento sobre a internação quando estiver melhor clinicamente

22. Segundo o Relatório de Gestão 2003-2006 / Saúde Mental no SUS do Ministério da Saúde, o grande salto empreendido pela rede de atenção psicossocial nesse período é diretamente atribuído:

- A) ao avanço das ações de intervenção cultural, o que culminou em maior aceitação do portador de transtorno mental
- B) à chamada reforma psicofarmacológica, uma vez que novas drogas psiquiátricas e mais eficazes possibilitaram aos pacientes um melhor e mais duradouro convívio social
- C) à redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS
- D) ao financiamento extrateto para os municípios que implantaram seus serviços de saúde mental

23. Segundo o artigo 26 do Código Penal é inimputável todo aquele que “[...] por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Sobre a questão da inimputabilidade e a atribuição de medidas de segurança, caso o juiz decida pela inimputabilidade do réu, é correto afirmar que o réu será:

- A) considerado culpado e fica sujeito a medidas de segurança fundamentadas na suposição da periculosidade do sujeito e que são de natureza preventiva, apenas aplicáveis a sujeitos inimputáveis ou semi-responsáveis
- B) absolvido, mas fica sujeito a medidas de segurança fundamentadas no grau de culpa do sujeito e na gravidade do seu ato e que são de natureza retributiva, apenas aplicáveis a sujeitos inimputáveis ou semi-responsáveis
- C) absolvido, mas fica sujeito a medidas de segurança fundamentadas na suposição da periculosidade do sujeito e que são de natureza preventiva, apenas aplicáveis a sujeitos inimputáveis ou semi-responsáveis
- D) considerado culpado e fica sujeito a medidas de segurança fundamentadas no grau de culpa do sujeito e na gravidade do seu ato e que são de natureza retributiva, apenas aplicáveis a sujeitos inimputáveis ou semi-responsáveis

24. São características da Síndrome de Gilles de la Tourette, **EXCETO**:
- os tiques vocais são, com frequência, múltiplos com vocalizações explosivas, pigarros, grunhidos, podendo haver uso de palavras ou frases obscenas
 - os tiques motores antecedendo os tiques vocais acontecem comumente
 - os sintomas, frequentemente, pioram na adolescência e comumente a síndrome persiste na vida adulta
 - os tiques motores e vocais nunca desaparecem durante o sono ou conseguem ser suprimidos voluntariamente, ainda que por curtos períodos
25. Sobre a fisiopatologia e a correlação anátomo-clínica dos transtornos da memória é correto afirmar que:
- a síndrome de Korsakoff de origem carencial (avitaminose B12) apresenta lesões nos corpos mamilares do hipocampo
 - lesões anóxicas atingindo os dois hipocampos podem originar síndromes amnésticas próximas à síndrome de Korsakoff, mas sem fabulação e anosognosia
 - destruições corticais difusas não apresentam conseqüências para o bom funcionamento mnêmico
 - lesões corticais circunscritas produzem déficits específicos de memória, como déficits de memória verbal conseqüentes a lesões occipitais
26. Entre os fármacos e doenças somáticas que podem estar associados à sintomatologia depressiva poderíamos incluir:
- anticoncepcionais esteroidais, anfetamina, hipoparatiroidismo, hepatite medicamentosa, esclerose múltipla, apnéia do sono
 - antipsicóticos fenotiazínicos, sífilis terciária, lupus eritematoso, hipoparatiroidismo, anticolinérgicos, tumor cerebral
 - abstinência de álcool e de sedativos/hipnóticos, doença de Addison, hepatite viral, lupus eritematoso, doença de Parkinson, mononucleose infecciosa
 - toxoplasmose, hepatite medicamentosa, anfetamina, doença de Cushing, anemia perniciosa, efedrina
27. Sobre o emprego de psicofármacos na terapêutica dos episódios depressivos, afirma-se que:
- o uso de placebo tem cerca de 30% de eficácia em ensaios clínicos ambulatoriais
 - depressões atípicas respondem melhor ao uso de antidepressivos tricíclicos do que ao uso de inibidores seletivos da recaptação da serotonina
 - antidepressivos tricíclicos e mirtazapina são as substâncias menos problemáticas com relação a ganho de peso
 - pacientes com história de epilepsia são tratados com mais segurança com a bupropiona
28. São efeitos colaterais da clozapina:
- agranulocitose, insônia, tremores, enurese noturna e boca seca
 - bradicinesia, sedação, acatisia, agranulocitose e retenção urinária
 - hipotensão ortostática, ganho de peso, rigidez, convulsão e insônia
 - sedação, convulsão, hipersalivação, leucopenia e enurese noturna
29. A Redução de Danos é considerada uma estratégia que:
- foi desenvolvida entre usuários de drogas injetáveis, onde tem indicação comprovada, mas não deve ser utilizada para outras drogas
 - facilita o acesso e a adesão do usuário aos serviços de saúde por outras portas que não a das emergências
 - mostra ao usuário os danos que a droga lhe produz, a necessidade de buscar redução e a eliminação do uso, utilizando ações de educação em saúde
 - busca minimizar danos de natureza biológica, psicossocial e econômica e, a longo prazo, promover a redução ou mesmo o abandono do consumo
30. Sobre os transtornos associados ao uso de drogas é correto afirmar, **EXCETO** que:
- a intoxicação por antiparkinsonianos produz quadro confusional, síndrome anticolinérgica e rash em face e pescoço
 - efeitos cardíacos e gastrintestinais estão entre os sintomas mais sérios associados ao abuso de anfetaminas
 - a retirada do hidrocarboneto e do MDMA produz abstinência grave com sintomas tais como tremores, sudorese, calafrios, dentre outros
 - quadro de abstinência aos opióides pode levar até 7 dias para desaparecer e sintomas residuais como insônia podem persistir meses

- 31.** A avaliação da cobertura da rede CAPS deve levar em conta a população residente nos estados e municípios brasileiros. Nos últimos quatro anos a relação CAPS / habitantes sofreu revisões e reformulações que culminaram, atualmente, nos seguintes indicadores:
- CAPSI I, II, III, CAPS Ad, CAPSi / 100.000 habitantes
 - CAPS I / 50.000 habitantes, CAPS II, CAPSi, CAPS Ad / 100.000 habitantes, CAPS III / 150.000 habitantes
 - CAPS I, II / 100.000 habitantes, CAPS Ad / 200.000 habitantes, CAPSi e CAPS III / 50.000 habitantes
 - CAPS I / 100.000 habitantes, CAPS II, CAPSi, CAPS Ad / 50.000 habitantes, CAPS III / 150.000 habitantes
- 32.** São características clínicas e epidemiológicas mais comuns nas depressões bipolares:
- mais freqüente no sexo feminino, idade de início entre 15 e 30 anos, início insidioso, hipersonia mais comum que insônia, agitação psicomotora, poucos episódios
 - mais freqüente no sexo masculino, idade de início entre 30 e 50 anos, início abrupto, insônia mais comum que hipersonia, retardo psicomotor, poucos episódios
 - igual distribuição entre os sexos, idade de início entre 30 e 50 anos, início insidioso, insônia mais comum que hipersonia, agitação psicomotora, muitos episódios
 - igual distribuição entre os sexos, idade de início entre 15 e 30 anos, início abrupto, hipersonia mais comum que insônia, retardo psicomotor, muitos episódios
- 33.** No que diz respeito aos portadores do diagnóstico de Transtorno de Personalidade tipo borderline, assinale a afirmativa correta:
- correspondem a cerca de 10% dos portadores de transtornos de personalidade
 - o risco de suicídio aumenta com o avançar da idade
 - apresentam um risco elevado para episódios depressivos maiores, abuso ou dependência de substância e bulimia
 - tem igual prevalência entre homens e mulheres
- 34.** Sobre os padrões de uso do álcool - uso, abuso e dependência - é correto afirmar que:
- a perda de controle de consumo de álcool é uma das características da dependência
 - o abuso é um padrão de uso problemático tendo relação específica com a quantidade e com a freqüência
 - o uso define-se pelo consumo de pequenas quantidades, em âmbito social, não prejudicial e não cotidiano
 - o consumo de várias doses de bebida, num curto período de tempo, associado a acidentes de trânsito é uma das características da dependência
- 35.** São aspectos clínico – evolutivos dos quadros de Delirium:
- é muito freqüente em pacientes internados em hospitais gerais, aparecendo em cerca de 70% dos casos
 - o tipo hiperativo de Delirium caracteriza-se por hiperatividade psicomotora, hipervigilância, irritabilidade, distraibilidade, alterações da sensopercepção e do juízo de realidade, correspondendo à cerca de 40% dos casos
 - o tipo hipoativo de Delirium caracteriza-se por inibição psicomotora, sonolência, letargia, apatia, discurso lentificado, correspondendo à cerca de 55% dos casos
 - cerca de 80% dos pacientes com doenças terminais desenvolvem Delirium próximo à morte
- 36.** Sobre os sistemas classificatórios vigentes em Psiquiatria (CID 10 e DSM IV) podemos afirmar que:
- privilegiam as experiências subjetivas dos doentes, em detrimento da descrição objetiva de comportamentos
 - são exclusivamente descritivos, tendo eliminado quaisquer termos avaliativos dos critérios operacionais propostos
 - ênfaticam a fidedignidade do diagnóstico, deixando em segundo plano a validade
 - oferecem categorias diagnósticas concebidas como modos particulares de ser-no-mundo
- 37.** Em relação à história e evolução dos conceitos em Psicopatologia, é correto afirmar que:
- Jaspers foi o primeiro autor a propor uma abordagem descritiva para a psicopatologia que privilegiasse a descrição de comportamentos objetivos em detrimento de vivências subjetivas
 - Minkowski considera a “perda do contato vital com a realidade” o transtorno fundamental na esquizofrenia
 - Bonhoeffer propôs que a expressão “reação exógena aguda” fosse substituída por Delirium
 - Bleuler considerava o autismo e a ambivalência como sintomas primários da esquizofrenia

- 38.** São fatores de risco para Transtorno Depressivo Maior:
- sexo feminino, status sócio-econômico mais favorecido, estado civil solteiro, habitante de área rural, jovem
 - sexo masculino, status sócio-econômico mais favorecido, estado civil casado, habitante de área urbana, idoso
 - sexo feminino, status sócio-econômico menos favorecido, estresse crônico, habitante de área urbana, história de perda parental precoce
 - sexo masculino, status sócio-econômico menos favorecido, estresse crônico, habitante de área rural, sem história de perda parental precoce
- 39.** A Síndrome de Frégoli se caracteriza clinicamente pela presença predominante de:
- falso desconhecimento delirante
 - delírio de ciúme
 - delírio somático
 - falso reconhecimento delirante
- 40.** Um homem de 72 anos de idade começou a apresentar, há uma semana, um quadro clínico onde predominavam ideação de caráter persecutório, suspicácia, irritabilidade e heteroagressividade. Em atendimento médico foi prescrita tioridazina, 150mg/dia. Há três dias seu estado mental se agravou, com agitação psicomotora, insônia, confusão mental, não reconhecendo mais os seus familiares e experienciando falsas percepções. A medida mais sensata a ser tomada, no que concerne à medicação é:
- associar um antipsicótico típico de alta potência
 - interromper a medicação psiquiátrica
 - trocar por um inibidor da colinesterase
 - associar um anticolinérgico
- 41.** São características do uso do *crack*:
- pode ocorrer fissura ou *craving* tanto imediatamente após o uso da droga quanto no período de abstinência
 - fumado misturado com maconha, na forma de baseado, potencializa os sentimentos de perseguição e paranóia
 - é um estimulante do sistema nervoso central assim como as anfetaminas, o ecstasy, a cafeína, a nicotina e os anabolizantes
 - fumado "na lata" produz menos casos de intoxicações pulmonares sendo menos prejudicial
- 42.** J.C é um paciente com diagnóstico de esquizofrenia e está em tratamento num CAPS II. Apresenta alucinação auditiva persistente. A frequência as atividades terapêuticas o ajudam a cuidar de si e a lidar com o sofrimento produzido por tal sintomatologia. No último mês J.C tem feito uso abusivo de álcool e produzido problemas no serviço porque convida outros pacientes a beberem em sua companhia. Nesta situação a melhor conduta a tomar é:
- interná-lo em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, ou na ausência desta, em comunidade terapêutica, com o propósito de interromper o uso abusivo de álcool, garantido o seu retorno depois da desintoxicação
 - interná-lo em enfermaria psiquiátrica em hospital geral, ou na ausência desta em comunidade terapêutica para a interrupção do uso abusivo de álcool, transferindo-o após a alta para CAPS Ad, lugar indicado para tais quadros de comorbidade
 - discutir a situação com o paciente, esclarecendo que tal comportamento é inaceitável e prejudicial a sua saúde, suspendê-lo por alguns dias esclarecendo que a abstinência é condição para retomar o tratamento
 - discutir a situação com o paciente, identificar se o álcool é utilizado como medicamento para reduzir o mal estar produzido pelos sintomas, observar a necessidade de intensificar o cuidado
- 43.** São características clínicas dos transtornos mentais em pessoas idosas:
- quadros confusionais agudos têm pouca ou nenhuma relação com doenças somáticas e consumo abusivo de medicamentos
 - a estigmatização e discriminação não influem no acesso desta clientela ao tratamento
 - depressão e demência não são parte do processo natural de envelhecimento
 - o estresse do cuidador é freqüente e não afeta pacientes com demência
- 44.** São aspectos relevantes nos quadros demenciais:
- a idade é o principal fator de risco pra a maioria das formas de demência
 - os inibidores da colinesterase devem ser prescritos se o diagnóstico de demência é confirmado
 - o aparecimento da doença de Alzheimer depois dos 65 anos sugere causa genética
 - o estilo de vida e os fatores genéticos contribuem para o aparecimento precoce da doença de Alzheimer

- 45.** São características dos serviços residenciais terapêuticos:
- moradores devem receber a bolsa do programa de volta para casa e estar em acompanhamento no CAPS mais próximo da residência
 - o receio de pacientes moradores saírem do hospital é entrave relevante à sua expansão
 - 60% das pessoas internadas hoje no Brasil são potenciais candidatos à moradia nos SRT
 - no cenário internacional iniciativas semelhantes são também recentes, há aproximadamente 20 anos
- 46.** Aprovado no concurso você foi lotado num ambulatório e observou que aproximadamente 50% dos pacientes que atende são usuários crônicos de benzodiazepínicos e a sua tarefa em relação a eles tem sido repetir receitas. Para enfrentar este problema você decide:
- iniciar uso de uma das drogas a seguir – carbamazepina, valproato, imipramina, trazodona - porque são eficazes na manutenção da retirada e evitam síndrome de abstinência
 - reduzir a dose utilizada pelos pacientes porque doses menores em longo prazo estão livres de prejuízos físicos e cognitivos
 - reduzir a dose utilizada pelos pacientes porque doses menores em longo prazo têm retirada mais fácil
 - construir estratégia com psicóloga porque a dependência física não é mais relevante que a “adição comportamental”, justificando a associação de abordagens psicológicas
- 47.** A implementação de “Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental” tem relação com:
- a formação de equipes de saúde da família com o apoio referencial de profissionais de saúde mental
 - a presença de equipes de saúde mental lotadas nos ambulatórios da rede pública
 - a presença de psiquiatras e psicólogos nas equipes do Programa de Saúde da Família
 - a presença de equipes de saúde mental nas emergências dos hospitais gerais
- 48.** Os princípios para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil incluem:
- a regionalização da assistência, a fim de facilitar o acesso ao tratamento
 - a garantia de atendimento para os familiares e / ou responsáveis, uma vez que são esses os únicos que podem dar informações fidedignas sobre o quadro clínico da criança e /ou adolescente
 - a intersetorialidade como uma ação fundamental na construção do cuidado em saúde mental
 - a garantia de atendimento individual para a criança e / ou adolescente e de aconselhamento para os familiares
- 49.** Uma menina de 06 anos chega para atendimento numa emergência acompanhada dos seus pais. Ela relata ter muito medo de tudo e, por isso, não consegue mais dormir, ir para a escola ou brincar com seus brinquedos e amigos. Não aceita fazer qualquer nova atividade proposta pelos pais e tem medo de qualquer pessoa estranha. Apresenta-se, ao exame, hipervigil e hipotenaz, com o afeto muito ansioso. Os pais referem o início dos sintomas desde os 05 anos de idade, com uma piora progressiva, culminando com o isolamento e retraimento social. As possíveis hipóteses diagnósticas para o caso são:
- distúrbios da atividade e da atenção / distúrbio de ansiedade social da infância
 - transtorno fóbico ansioso da infância / distúrbio de ansiedade social da infância
 - distúrbio de conduta / distúrbios da atividade e da atenção
 - distúrbio de conduta / transtorno fóbico ansioso da infância
- 50.** L.R.S. , 10 anos, comparece para avaliação em um CAPSi trazido por seus pais adotivos. Eles relatam que L.R.S. é muito agitado, não aceita limites, frequentemente fica agressivo, xinga-os e rouba dinheiro e objetos dentro de casa. Os pais adotivos chegam a dizer que se arrependem de tê-lo adotado. No atendimento individual, L.R.S. ameaça agredir o terapeuta, xinga-o, mas de repente começa a chorar e diz que preferia morrer. Revela ter insônia, perda do apetite, não querer mais brincar, ir para escola e diz ter medo que seus pais adotivos o abandonem. Sobre o caso, assinale a alternativa correta:
- a criança apresenta um transtorno de conduta caracterizado, principalmente, pelos furtos e pela atitude manipuladora do menino
 - a criança apresenta um episódio depressivo grave caracterizado pelo desejo de morrer
 - a criança apresenta um transtorno de ansiedade de separação na infância, provavelmente ligado ao medo do abandono
 - a criança apresenta um quadro misto de conduta e emoções, que pode ser classificado como transtorno de conduta depressivo