



**GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO**

Colégio
00001

Sala
0001

Ordem
0001

Dezembro/2018

**Concurso Público para Provimento de Cargos de
2º Tenente – QOMPS – Médico Psiquiatra**

Nome do Candidato

Caderno de Prova 'P06', Tipo 001

Nº de Inscrição

MODELO

Nº do Caderno

TIPO-001

Nº do Documento

000000000000000000

ASSINATURA DO CANDIDATO

PROVA

**Língua Portuguesa
Conhecimentos Específicos**

**Língua Portuguesa / Conhec. Específicos
Cargo ou opção P06 - 2º TENENTE - QOMPS MÉDICO PSIQUIATRA
Tipo gabarito 1**

001 - B	011 - A	021 - B	031 - A	041 - E
002 - D	012 - D	022 - A	032 - C	042 - B
003 - C	013 - D	023 - C	033 - B	043 - C
004 - B	014 - C	024 - E	034 - E	044 - D
005 - E	015 - B	025 - D	035 - E	045 - E
006 - C	016 - E	026 - C	036 - D	046 - D
007 - A	017 - D	027 - D	037 - A	047 - B
008 - E	018 - D	028 - B	038 - B	048 - A
009 - D	019 - A	029 - E	039 - C	049 - C
010 - A	020 - C	030 - D	040 - A	050 - A

Língua Portuguesa

Atenção: Para responder às questões de números 1 a 5, considere o texto abaixo.

1. *Coisa singular, a tal da crônica, esse patinho feio da literatura. Ao contrário do que se passa com o romance, com a novela, com o conto, ela quase nunca resulta de um longo processo de elaboração. Nem poderia. É algo que precisa ser escrito, haja ou não assunto, e escrito para já, sob a pressão dos prazos de fechamento do jornal ou da revista. Embora em certos casos não fosse má ideia, não vale entregar à redação duas ou três laudas em branco. Dane-se a falta de condições ideais, dos largos períodos de maturação de que dispõe um ficcionista. Aquilo tem que sair, haja o que houver. [...]*
2. *Diffícil imaginar que no mais das vezes tenham sido escritas no sufoco. Quase podemos ver Rubem Braga, por exemplo, o autodenominado Velho Braga, o maior de todos, bufando à máquina de escrever, enquanto ali ao lado se impacienta o moço que a redação encarregou de recolher em domicílio aquele palmo de prosa para a qual, não menos urgente, há um espaço aberto na edição de amanhã.*
3. *No dia seguinte, sem os rabiscos, sem as emendas apressadas que o autor teve ainda tempo de fazer no seu original, antes de passá-la às mãos do estafeta, lá estará a crônica, não raro espremida entre anúncios ou noticiário cuja data de validade haverá de caducar em poucas horas. Perdida nessa vizinhança prosaica e efêmera, lá estará o que foi escrito às pressas, de olho no relógio, e que ainda assim, por se tratar de arte, atravessará os tempos, sem uma ruga, capaz de seguir falando a leitores que ainda nem sequer nasceram.*

(WERNECK, Humberto. "Encantos de um patinho feio". Disponível em: <https://cronicabrasileira.org.br>)

1. De acordo com o texto:
 - (A) A crônica pode optar entre duas esferas conceituais ligadas à produção escrita, seja a mais voltada para a literatura, de caráter pretensamente atemporal, seja a transitória, integrada por anúncios e noticiário.
 - (B) Ao contrário do romance e da novela, gêneros supostamente mais belos que a crônica, esta nem por isso se equipara à efemeridade dos anúncios, uma vez que também é considerada arte.
 - (C) Ao dizer que não seria má ideia entregar duas ou três laudas em branco, o autor chama atenção para a efemeridade da crônica, que vez ou outra, em sua opinião, sequer merecia ser escrita.
 - (D) Apesar dos erros que acompanham a crônica em sua publicação, mercê da pressa com que precisa ser escrita, a crônica, embora ficcional, mereceria ser burilada como os outros gêneros literários.
 - (E) Os prazos apertados para a composição da crônica terminam por estabelecer também o lugar que ela ocupa nos veículos de comunicação, qual seja, ao lado do noticiário e dos anúncios, levando-os consigo, muitas vezes, para a posteridade.

2. O elemento sublinhado deve sua flexão ao termo destacado em:
 - (A) ...antes de passá-la às mãos do **estafeta**, lá estará a crônica... (3º parágrafo)
 - (B) Ao contrário do que se passa com o **romance**... (1º parágrafo)
 - (C) É algo que precisa ser escrito, haja ou não **assunto**... (1º parágrafo)
 - (D) ...falando a **leitores** que ainda nem sequer nasceram. (3º parágrafo)
 - (E) ...se impacienta o **moço** que a redação encarregou... (2º parágrafo)

3. As afirmações abaixo referem-se à pontuação do texto.
 - I. Em *É algo que precisa ser escrito, haja ou não assunto, e escrito para já* (1º parágrafo), as vírgulas podem ser corretamente substituídas por travessões.
 - II. Em *Diffícil imaginar que no mais das vezes tenham sido escritas no sufoco* (2º parágrafo), o segmento sublinhado pode ser isolado por vírgulas, sem prejuízo do sentido e da correção.
 - III. Em *...cuja data de validade haverá de caducar em poucas horas* (3º parágrafo), pode-se acrescentar uma vírgula após "validade" sem incorrer em erro gramatical, uma vez que o verbo "haver" não admite sujeito.

Está correto o que consta APENAS de

 - (A) I e III.
 - (B) I.
 - (C) I e II.
 - (D) II e III.
 - (E) II.



4. ...aquele palmo de prosa para a qual, não menos urgente, há um espaço aberto na edição de amanhã. (2º parágrafo)
 ...cuja data de validade haverá de caducar... (3º parágrafo)
 ...capaz de seguir falando a leitores que ainda nem sequer nasceram. (3º parágrafo)
- Os termos sublinhados acima referem-se, respectivamente, a:
- (A) espaço – data de validade – arte
 (B) prosa – noticiário – leitores
 (C) edição – noticiário – leitores
 (D) prosa – data de validade – leitores
 (E) espaço – noticiário – arte

5. Tem sentido causal o segmento sublinhado em:
- (A) Embora em certos casos não fosse má ideia, não vale entregar à redação duas ou três laudas em branco. (1º parágrafo)
 (B) ...o autodenominado Velho Braga, o maior de todos, bufando à máquina de escrever... (2º parágrafo)
 (C) É algo que precisa ser escrito, haja ou não assunto, e escrito para já... (1º parágrafo)
 (D) Perdida nessa vizinhança prosaica e efêmera, lá estará o que foi escrito às pressas... (3º parágrafo)
 (E) ... de olho no relógio, e que ainda assim, por se tratar de arte, atravessará os tempos... (3º parágrafo)

Atenção: Para responder às questões de números 6 a 9, considere o texto abaixo.

1. *Na planície pedregosa, à noitinha, mulheres e crianças fugitivas escondem-se num buraco. São a escória do mundo. Foi assim que o diretor Andrea de Rosa, no Festival Verdi, de Parma, concebeu o início da ópera Attila, de Giuseppe Verdi. Attila, o rei dos hunos, encarna a barbárie e a tirania.*
2. *Wagner e Verdi nasceram em 1813. Tiveram trajetórias paralelas. Tornaram-se gigantes da ópera. Não podiam ser mais diferentes, porém. Wagner construiu para seu uso próprio a imagem de gênio ao qual a humanidade deve tudo. Encontrou no rei Luís 2º da Bavária um protetor que financiou a construção de seu teatro e de seu magnífico palácio com jardins.*
3. *Verdi lutou com a indústria da ópera de seu tempo. Viveu com o que lhe rendiam seus trabalhos. Comprou um sítiozinho perto de Parma, mantendo-se fiel à região onde nasceu. Ergueu um asilo em Milão para os velhos músicos, legando-lhe toda a renda de seus direitos autorais, e pediu para ser enterrado ali. Escreveu: "Das minhas obras, a que mais me agrada é a casa que fiz construir para acolher os velhos artistas do canto que não foram favorecidos pela fortuna ou que não possuíram, na juventude, a virtude da poupança". Aqui, o humanismo é comovente: os que dilapidaram seus ganhos não são culpados. Velhos, pobres e frágeis, são sempre nossos irmãos.*
4. *Quem é maior, Verdi ou Wagner? A essa pergunta, clássica e incômoda, é melhor dar a resposta prudente de Mário de Andrade: não se mede altura entre altíssimos.*
5. *Wagner exige do ouvinte uma longuíssima passividade, uma embriaguez de ópio: seu O Anel do Nibelungo se desdobra por cerca de 15 horas. O esforço para ouvi-lo é elemento importante dessa estética e de sua sacralização.*
6. *Verdi, ao contrário, estimula emoções violentas com efeitos breves. Sua música é ativa, cheia de melodias boas de cantar e de lembrar. Esse material popular faz parte de sua estética. E aqui está uma grande dificuldade: um grande número de críticos desdenha essa facilidade de superfície, sem perceber que Verdi criou um mundo sonoro e reflexivo de infinita profundidade.*
7. *Sua música, além do papel militante que teve nas lutas pela unificação da Itália, põe em cena tiranos autoritários, mas ainda prostitutas, ciganos, escravos, para melhor nos revelar a humanidade dos excluídos. Verdi é um iluminista para quem a fraternidade constitui o mais forte dos valores. Sua obra nos dá ânimo para lutar por um mundo mais justo.*

(Adaptado de: COLI, Jorge. Disponível em: www1.folha.uol.com.br)

6. Considerando as relações de sentido estabelecidas no texto, afirma-se corretamente:
- (A) O papel militante da música de Verdi, destacado no último parágrafo, é assinalado como causa para que parte da crítica ficasse alheia à profundidade de sua obra.
 (B) O segmento *O esforço para ouvi-lo...* (5º parágrafo) é uma reprovação à dificuldade imposta pela longa duração das óperas wagnerianas, a qual atua como empecilho para que sejam fruídas pelo público leigo.
 (C) No segmento *Wagner exige do ouvinte uma longuíssima passividade, uma embriaguez de ópio: seu O Anel do Nibelungo se desdobra por cerca de 15 horas...* (5º parágrafo), o sinal de dois-pontos pode ser substituído por vírgula seguida de "haja vista que", sem prejuízo da correção e do sentido.
 (D) O segmento sublinhado em *...mas ainda prostitutas, ciganos, escravos...* (último parágrafo) pode ser substituído por "não obstante".
 (E) Com a frase *Não podiam ser mais diferentes, porém.* (2º parágrafo) levanta-se uma hipótese a ser refutada, conforme indicado pelo termo "porém".



7. Considere as afirmações abaixo.

- I. O segmento *Aqui, o humanismo é comovente...* (3º parágrafo) alude ao caráter social da música de Verdi, cuja altivez contrapõe-se ao despojamento das composições de Wagner.
- II. Ao comparar as obras de Verdi e Wagner, ambos grandes expoentes da ópera, o autor assinala diferenças de ordem estética entre as duas, como, por exemplo, o fato de a obra de Verdi, cuja melodia é *boa de cantar*, pode ser fruída com facilidade, diferentemente da de Wagner.
- III. O autor recorre à citação de Mário de Andrade (4º parágrafo) a fim de explicitar que seria irrelevante julgar a superioridade artística da obra de Wagner frente à de Verdi e vice-versa.
- IV. No texto, o autor relata alguns fatos da biografia de Verdi, destacando o caráter fraterno e generoso do artista.

Está correto o que consta APENAS de

- (A) II, III e IV.
- (B) I e II.
- (C) I, III e IV.
- (D) II e III.
- (E) I e IV.

8. *Viveu com o que lhe rendiam seus trabalhos.* (3º parágrafo)

... legando-lhe toda a renda de seus direitos autorais... (3º parágrafo)

Sua música, além do papel militante que teve nas lutas pela unificação da Itália... (último parágrafo)

Os elementos sublinhados acima referem-se, respectivamente, a:

- (A) Verdi – asilo – música
- (B) trabalhos – renda – música
- (C) Verdi – velhos músicos – música
- (D) trabalhos – velhos músicos – papel militante
- (E) Verdi – asilo – papel militante

9. Sem prejuízo das relações de sentido estabelecidas no texto, o verbo que pode ser corretamente flexionado em uma forma do plural, sem que nenhuma outra modificação seja feita na frase, está em:

- (A) *Ergueu um asilo em Milão para os velhos músicos...* (3º parágrafo)
- (B) *... estimula emoções violentas com efeitos breves.* (6º parágrafo)
- (C) *Das minhas obras, a que mais me agrada é a casa...* (3º parágrafo)
- (D) *... um grande número de críticos desdenha essa facilidade...* (6º parágrafo)
- (E) *Sua música é ativa, cheia de melodias boas de cantar e de lembrar.* (6º parágrafo)

10. Está correta a **redação** da seguinte frase adaptada do texto:

- (A) O rendimento advindo dos direitos autorais das obras de Verdi foi destinado a um asilo que ele próprio construiu em Milão para abrigar músicos idosos, o mesmo local onde pediu para ser enterrado.
- (B) Por meio da música de Verdi, inspira-se emoções fortes, e com ela eclode melodias fáceis de cantar, apesar de alguns estarem alheios à profundidade sonora e reflexiva criada por ele.
- (C) Verdi enfrentou a indústria da ópera de seu tempo e uma vez que, tenha vivido de modo simples e despojado em um pequeno sítio perto de Parma, manteve-se atrelado a região em que nasceu.
- (D) Tanto Wagner como Verdi nasceram em 1813, traçaram histórias paralelas, tornando-se gigantes da ópera, conquanto Wagner tenha atribuído em si mesmo o mito de um gênio, em cuja imagem a humanidade deve se curvar.
- (E) Na primeira cena de *Attila*, o rei dos hunos, aquele que, encarna a barbárie e a tirania, conforme concebido por Andrea de Rosa, vê-se, ao cair da noite, mulheres e crianças escondendo-se em um buraco.

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**

11. O financiamento do Sistema Único de Saúde ocorre, de acordo com a Lei nº 141/2012, por meio da vinculação de recursos, com vistas à melhoria da saúde da população. Para que o gasto corresponda ao que foi planejado, orçado e executado, são definidas funções da gestão orçamentária-financeira do sistema, realizadas pelos seguintes instrumentos:
- (A) Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual e Fundo de Saúde.
 - (B) Plano Plurianual, Relatório de Gestão, Relatório das Diretrizes do Conselho de Saúde, Relatório de Gestão Fiscal, Plano de Saúde.
 - (C) Relatório Resumido de Execução Orçamentária, Plano de Saúde, Balancete Orçamentário, Programação Pactuada e Integrada.
 - (D) Plano de Saúde Plurianual, Fundo de Saúde, Plano Diretor, Plano Regional de Investimentos, Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde.
 - (E) Plano Diretor de Informática, Plano de Cargos e Salários, Plano de Gestão por Resultados, Relatório de Gestão, Balancete Patrimonial.
-
12. Na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, reafirmou-se a promoção e proteção da saúde dos povos como fundamento do contínuo desenvolvimento econômico-social, qualidade de vida e para a paz. O evento deu divulgação internacional ao conceito de “*cuidados primários de saúde*” como conceito-chave que permitiria que todos os povos atingissem um melhor nível de saúde. Pode-se dizer que o Sistema Único de Saúde, originariamente, se apoia nesse conceito operacionalizando uma atenção primária mais combativa, em que a correlação entre condições de saúde e classe social ficavam explícitas, em que enfermidade e pobreza não podiam mais ser dissociadas, na medida em que a desigualdade social se configurava em desigualdade de acesso aos serviços. Dessa forma, a concepção de saúde estava marcada pela compreensão da relação, no mundo contemporâneo, entre o modo de produção capitalista e a saúde, cenário que tornou possível reconhecer e admitir de maneira direta e por menorizada que a saúde deve ser compreendida como decorrente
- (A) de um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.
 - (B) da ausência de doença, como um conceito essencialmente positivo de saúde.
 - (C) do bem-estar social, como requisito a ser combinado com o acesso oportuno a medicamentos.
 - (D) da determinação social do processo saúde-doença.
 - (E) da produção com tecnologia apropriada e consumo racional de medicamentos acessíveis, eficazes e genéricos.
-
13. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) é implementada no âmbito do Sistema Único de Saúde tendo como fundamento o seguinte conceito de “assistência farmacêutica”, expresso na Resolução nº 338, de 6/5/2004, do Conselho Nacional de Saúde:
- (A) Os pacientes devem receber o medicamento apropriado para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo para as empresas e sua comunidade.
 - (B) Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade ou por entidades representativas do setor industrial farmacêutico.
 - (C) Abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança administrativa e a eficácia.
 - (D) Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional.
 - (E) Acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o estímulo à automedicação.
-
14. Ao se considerar a necessidade de aprimorar o denominado “Controle Social” da Saúde no âmbito nacional e as demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais, a Resolução nº 453/2012, do Conselho Nacional de Saúde, estabelece diretrizes para a atuação dos conselhos de saúde. De acordo com uma dessas diretrizes, cabe a um conselho de saúde, seja na esfera nacional, estadual ou municipal
- (A) integrar todos os cidadãos numa corrente de apoio à política de saúde implantada pela Secretaria de Saúde.
 - (B) executar a política de saúde em nível do território de saúde organizado pela Secretaria de Saúde e sua equipe de planejamento.
 - (C) propor, discutir, acompanhar, deliberar, avaliar e fiscalizar a implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.
 - (D) elaborar e organizar o processo orçamentário da Secretaria de Saúde, encaminhando-o ao Legislativo para aprovação.
 - (E) definir os procedimentos técnico-científicos a serem seguidos para o atendimento na atenção básica e na média e alta complexidade em saúde.

15. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) integram as estruturas organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de organizarem a produção de informações compatíveis com as necessidades dos diferentes níveis de atenção à saúde, assegurando uma avaliação permanente das ações executadas e dos seus efeitos sobre a situação de saúde. Integram os SIS, no âmbito da produção assistencial, os seguintes sistemas:
- (A) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema Nacional de Regulação (SISREG).
 - (B) Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).
 - (C) Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) e Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS).
 - (D) Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM).
 - (E) Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) e Sistema de Informação em Mortalidade (SIM).
-
16. Inspirada na Carta de Ottawa, a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 aponta que deve haver *“acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. Assim, a promoção da saúde é o conceito-chave nos quais os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem dar ênfase. Tradicionalmente, espera-se que os serviços de saúde em geral pratiquem promoção da saúde
- (A) reconhecendo que a atenção básica deve ser a orientadora do cuidado com foco na estratégia de saúde da família, em especial em assentamentos rurais e comunidades quilombolas.
 - (B) advogando um compromisso político claro em relação à saúde e à inequidade e agindo contra todas as desigualdades, em todos os setores.
 - (C) centrando sua atenção em antigos temas de saúde pública, como as doenças infectocontagiosas, que ainda assolam o país, pela dupla carga de doença específica do perfil epidemiológico brasileiro.
 - (D) reconhecendo as empresas e as forças armadas como o principal recurso para a saúde dando-lhes apoio necessário para a qualificação dos serviços do SUS.
 - (E) atuando pela diminuição do fosso existente, quanto às condições de saúde, entre diferentes sociedades e distintos grupos sociais, bem como lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta mesma sociedade.
-
17. Segundo a denominada *“nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)”*, instituída em 2017, uma equipe de saúde da família para populações ribeirinhas (eSFR) será composta por, no mínimo:
- (A) 2 (dois) médicos, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 2 (dois) enfermeiros, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 a 2 (um a dois) auxiliares ou técnicos de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.
 - (B) 2 (dois) médicos, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 2 (dois) auxiliares ou técnicos de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.
 - (C) 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 2 (dois) enfermeiros, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 a 2 (um a dois) auxiliares ou técnicos de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.
 - (D) 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.
 - (E) 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 2 (dois) cirurgiões-dentistas, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 a 2 (um a dois) técnicos ou auxiliares em saúde bucal.



18. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH, 2004), uma das atividades de humanização em saúde que pode ser realizada no nível da atenção secundária, especialmente na urgência e emergência, nos prontos-socorros e nos pronto-atendimentos é
- (A) orientar o paciente para busca de serviços hospitalares de forma individual, através de receituário médico disponibilizado ao término da consulta.
 - (B) comprometer-se com a referência e a contrarreferência, diminuindo o acesso à estrutura hospitalar e assim como a transferência insegura por atendimento pré-hospitalar, muitas vezes, precário.
 - (C) definir protocolos administrativos, garantindo a eliminação de ações gerenciais que não apresentem diretamente implicações no paciente garantindo sua segurança.
 - (D) acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
 - (E) avaliar as condições do paciente ao término das atividades de atendimento, exames complementares e observação para orientar outras intervenções médicas possíveis para o problema do paciente com a finalidade de viabilizar um cuidado ampliado.
-
19. Na perspectiva de operacionalizar o conceito ampliado de saúde, diversas ações e serviços que transcendem a assistência direta ao paciente são realizações do Sistema Único de Saúde, conforme disposto no Art. 200 da Constituição Federal. Nesse sentido, considera-se uma dessas atribuições:
- (A) Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
 - (B) Participar da formulação da política e da execução das ações de segurança pública.
 - (C) Executar as edições de legislações sobre o direito ao trabalho e à saúde do trabalhador.
 - (D) Fiscalizar e inspecionar alimentos e financiar as ações de propaganda antitabagismo.
 - (E) Fiscalizar a produção de produtos psicoativos e reordenar a cadeia produtiva de drogas lícitas.
-
20. Um aspecto importante do perfil de profissionais que trabalham com atenção primária à saúde é a capacitação para o trabalho com as famílias. Assim, existe a necessidade de os profissionais de saúde incorporarem atividades em saúde com base nos contextos de vida dos sujeitos e nos saberes destas famílias. Por exemplo, ao pensar na abordagem de uma família nuclear com uma criança de 7 anos com uma doença crônica de longa duração e dois irmãos mais novos, deve-se considerar a possibilidade:
- (A) A criança portadora de doença crônica na família influencia positivamente nas relações com irmãos e pais, uma vez que seu estado tende a atenuar conflitos de papéis e fortalecer a união conjugal.
 - (B) A criança, ainda que em situação de fragilidade, não tende a construir um novo funcionamento familiar. As doenças crônicas pediátricas por exemplo (leucemia, diabetes, hipertensão, obesidade, doenças psiquiátricas etc.) não são um fator de risco para os membros da família, sendo improvável que gerem sua desregulação.
 - (C) Haverá uma probabilidade maior, por parte do cuidador mais próximo (seja a mãe ou o pai), pela busca por "prazeres imediatos" desde a compensação por meio de doces e guloseimas (que geram obesidade, cárie etc.) até o uso de drogas (lícitas ou ilícitas).
 - (D) O pai ou a mãe provavelmente acumularão o estresse com a situação de cronicidade do filho de 7 anos, protegendo os demais membros, em especial os outros filhos para que não adoçam.
 - (E) A condição crônica da criança implicará despesas com medicamentos e cuidados domiciliares com grande impacto na dinâmica familiar, melhorando o ajuste social e diminuindo, assim, as dificuldades relacionadas com trabalho e emprego.



Atenção: Para responder às questões de números 21 a 23, considere o caso clínico abaixo com base no DSM-5.

B.A.S., 25 anos, sexo masculino, procura um psiquiatra, após alguns anos de sofrimento, em decorrência de sentir uma incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e suas características sexuais primárias e secundárias, além de forte desejo de se livrar de suas próprias características sexuais e de pertencer ao outro gênero. Isso tem lhe causado prejuízos no seu funcionamento social e profissional.

21. O principal diagnóstico para B.A.S. é de

- (A) transexualismo.
- (B) disforia de gênero.
- (C) orientação sexual egodistônica.
- (D) fetichismo.
- (E) transtorno de maturação sexual.

22. É INCORRETO afirmar, com relação a essa condição clínica, que

- (A) abordagens terapêuticas específicas para o transtorno em crianças (sem um transtorno do desenvolvimento sexual associado) estão claramente relacionadas a taxas de persistência a longo prazo, com redução do transtorno no decorrer do tempo.
- (B) o gênero experimentado pode incluir identidades de gêneros alternativas além dos estereótipos binários. Em consequência, o sofrimento não se limita ao desejo de simplesmente pertencer ao outro gênero, podendo incluir também o desejo de ser de um gênero alternativo, desde que diferente do designado.
- (C) as taxas de persistência do transtorno (sem um transtorno do desenvolvimento sexual associado) da infância até a adolescência ou a fase adulta variam. Em indivíduos do sexo masculino ao nascimento, a persistência varia de 2,2 a 30%. Em indivíduos do sexo feminino ao nascimento, a persistência varia de 12 a 50%.
- (D) para indivíduos do sexo masculino ao nascimento, a prevalência varia de 0,005 a 0,014%; para indivíduos do sexo feminino ao nascimento, de 0,002 a 0,003%, sendo provável que essas taxas estejam modestamente subestimadas.
- (E) as diferenças de sexo em relação às taxas de encaminhamento para clínicas especializadas variam de acordo com o grupo etário. Em crianças, as proporções entre meninos em comparação com meninas variam de 2:1 a 4,5:1. Em adolescentes, essa proporção se aproxima da paridade.

23. Com relação aos seus fatores de risco e prognóstico,

- (A) não parece haver contribuição genética e grau de herdabilidade do transtorno.
- (B) entre indivíduos com o transtorno (sem um transtorno do desenvolvimento sexual associado), é mais comum que homens com essa condição (na infância e na adolescência) tenham irmãos mais novos do que homens sem a condição.
- (C) não foram encontradas anormalidades endógenas sistêmicas nos níveis dos hormônios sexuais em indivíduos 46,XY, enquanto parecem ocorrer níveis aumentados de andrógenos (na faixa encontrada em mulheres hirsutas, porém muito abaixo dos níveis masculinos normais) em indivíduos 46,XX.
- (D) para indivíduos com o transtorno (sem um transtorno do desenvolvimento sexual associado), o comportamento de gênero atípico entre pessoas com essa condição clínica de início precoce se desenvolve após o início da idade escolar.
- (E) em indivíduos 46,XY com um transtorno de desenvolvimento sexual, parece haver uma taxa mais elevada do transtorno e de mudança de gênero iniciada pelo paciente do gênero masculino designado para o feminino do que do gênero feminino designado para o masculino.

24. De acordo com a CID-10, o transvestismo de duplo papel:

- (A) É comumente relatada uma história de transvestismo de duplo papel por transexuais como uma fase precoce e provavelmente representa um estágio no desenvolvimento de transexualismo em tais casos.
- (B) Ocorre o uso de roupas do sexo oposto durante parte da existência, para desfrutar a experiência temporária de ser membro do sexo oposto, com excitação sexual acompanhando a troca de roupas.
- (C) Há forte desejo de uma mudança de sexo mais permanente ou de redesignação sexual cirúrgica associada.
- (D) O indivíduo sente forte desejo de tirar a roupa assim que o orgasmo ocorre e a excitação sexual declina.
- (E) Inclui, na sua categoria diagnóstica, o transtorno de identidade sexual da adolescência ou da idade adulta, tipo não transexual.



25. De acordo com o DSM-5, é correto afirmar quanto aos critérios diagnósticos para o transtorno de tique motor ou vocal persistente (crônico):
- (A) A perturbação pode ser atribuível à doença de Huntington.
 - (B) Os tiques podem aumentar e diminuir em frequência, mas persistiram por mais de 6 meses desde o início do primeiro tique.
 - (C) O início ocorre antes dos 12 anos de idade.
 - (D) Tiques motores ou vocais únicos ou múltiplos estão presentes durante o quadro, embora não ambos.
 - (E) Devem ser preenchidos critérios para transtorno de Tourette.
-
26. NÃO é um dos sintomas constantes no critério diagnóstico "A" do DSM-5 para transtorno psicótico breve:
- (A) Alucinações.
 - (B) Delírios.
 - (C) Sintomas negativos (p.ex., expressão emocional diminuída ou avolia).
 - (D) Discurso desorganizado (p.ex., descarrilamento ou incoerência frequentes).
 - (E) Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
-
27. É correto afirmar com relação ao transtorno bipolar tipo II, com base no DSM-5:
- (A) É elevado o risco de suicídio no transtorno bipolar tipo II. Cerca de um quarto dos indivíduos com o transtorno relata história de tentativa de suicídio ao longo da vida.
 - (B) O episódio depressivo maior deve ter duração de, pelo menos, duas semanas, e o hipomaníaco, de, no mínimo, três dias, para que sejam satisfeitos os critérios diagnósticos.
 - (C) Sintomas depressivos durante um episódio hipomaníaco ou sintomas hipomaniacos durante um episódio depressivo são comuns em indivíduos com transtorno bipolar tipo II e são mais comuns no sexo masculino, especialmente hipomania com características mistas.
 - (D) Comparados com indivíduos com transtorno bipolar tipo I, os que apresentam transtorno bipolar tipo II têm maior cronicidade da doença e passam, em média, mais tempo na fase depressiva, que pode ser grave e/ou incapacitante.
 - (E) A prevalência em 12 meses do transtorno bipolar tipo II, internacionalmente, é de 1%. Nos Estados Unidos, a prevalência em 12 meses é 1,2%.
-
28. Com relação à encoprese, considere:
- I. Estima-se que, aproximadamente, 1% das crianças de 5 anos de idade tenham encoprese, e o transtorno é mais comum no sexo masculino do que no feminino.
 - II. A eliminação repetida de fezes em locais inapropriados deve ser sempre involuntária, nunca intencional
 - III. É preciso que a eliminação repetida de fezes em locais inapropriados ocorra, no mínimo, três vezes por mês, durante, pelo menos, 6 meses.
 - IV. A encoprese não é diagnosticada até a criança ter chegado a uma idade cronológica mínima de 4 anos (ou, no caso de crianças com atraso no desenvolvimento, uma idade mental de, no mínimo, 4 anos).
- Com base no DSM-5, está correto o que consta APENAS de
- (A) II e III.
 - (B) I e IV.
 - (C) I, II e IV.
 - (D) I e III.
 - (E) II e IV.
-
29. De acordo com o DSM-5, a porcentagem dos pacientes ambulatoriais com transtorno dissociativo de identidade que tentaram suicídio é
- (A) em torno de 15%.
 - (B) cerca de 50%.
 - (C) entre 20 a 30%.
 - (D) menor do que de 10%.
 - (E) maior do que de 70%.

30. Considere as afirmativas abaixo relacionadas às “questões diagnósticas relativas ao gênero”, em diferentes condições clínicas, descritas no DSM-5:
- I. Os ataques de pânico são mais comuns em indivíduos do sexo feminino do que nos do masculino, mas as características clínicas dos sintomas dos ataques de pânico não diferem entre os gêneros.
 - II. Indivíduos do sexo masculino, em geral, têm mais propensão do que os do sexo feminino para receber diagnóstico de formas moderadas (razão média masculino/feminino 1,6:1) e graves (razão média masculino/feminino 1,2:1) de deficiência intelectual.
 - III. O transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é mais frequente no sexo masculino do que no feminino na população em geral, com uma proporção de cerca de 2:1 nas crianças e de 1,6:1 nos adultos. Há maior probabilidade de pessoas do sexo feminino se apresentarem primariamente com características de desatenção na comparação com as do sexo masculino.
 - IV. Indivíduos do sexo feminino com transtorno bipolar tipo I ou tipo II têm maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos, e apresentam risco menor ao longo da vida de transtorno por uso de álcool do que os indivíduos do sexo masculino, embora tenham uma probabilidade maior de transtorno por uso de álcool do que indivíduos do sexo feminino na população em geral.

Com base no DSM-5, está correto o que consta APENAS de

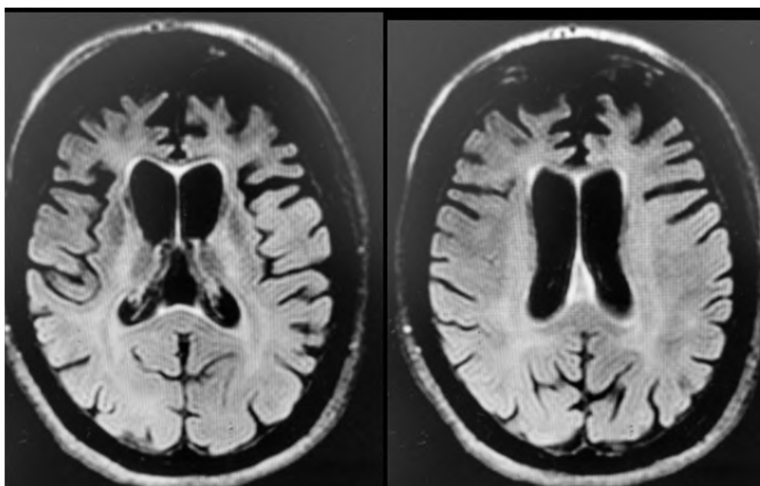
- (A) I e IV.
 - (B) II, III e IV.
 - (C) II e III.
 - (D) I, II e III.
 - (E) I, II e IV.
-
31. De acordo com o DSM-5, nos marcadores diagnósticos do transtorno pedofílico, medidas psicofisiológicas do interesse sexual podem, algumas vezes, ser úteis quando a história do indivíduo sugere a possível presença de transtorno pedofílico, mas ele nega atração forte ou preferencial por crianças. Entre essas medidas, a mais pesquisada e usada há mais tempo é:
- (A) Pletismografia peniana.
 - (B) Pressão de oclusão das artérias cavernosas.
 - (C) Arteriografia pudenda seletiva com fármaco-ereção.
 - (D) Índice pressórico pênis-braço.
 - (E) Teste da fármaco-ereção.
-
32. No critério diagnóstico “B” do DSM-5 para narcolepsia, consta a presença de polissonografia do sono noturno demonstrando latência do sono REM inferior ou igual a **I** minutos ou teste de latência múltipla do sono demonstrando média de latência do sono inferior ou igual a **II** minutos e dois ou mais períodos de REM no início do sono.
- As lacunas **I** e **II** são preenchidas, correta e respectivamente, por
- (A) 16 e 4.
 - (B) 12 e 6.
 - (C) 15 e 8.
 - (D) 10 e 5.
 - (E) 14 e 6.
-
33. C.W.S., 8 anos, sexo masculino, foi levado para avaliação com psiquiatra infantil por apresentar deficiências qualitativas na interação social recíproca e padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados. Não possui nenhum atraso ou retardo global no desenvolvimento cognitivo ou de linguagem. Após a avaliação, a médica chegou ao diagnóstico de Síndrome de Asperger (CID-10: F84.5), que, na referida classificação de transtornos mentais e de comportamento, inclui:
- (A) Transtorno autista.
 - (B) Transtorno esquizoide da infância.
 - (C) Transtorno esquizotípico.
 - (D) Transtorno de vinculação na infância.
 - (E) Síndrome de Heller.
-
34. Nas diretrizes diagnósticas da CID-10 para anorexia nervosa (CID-10: F50.0), consta que o peso corporal se mantenha, pelo menos, 15% abaixo do esperado (tanto perdido quanto nunca alcançado) ou que o índice da massa corporal de Quetelet se mantenha menor ou igual a
- (A) 18,5 kg/m².
 - (B) 20 kg/m².
 - (C) 15 kg/m².
 - (D) 16,5 kg/m².
 - (E) 17,5 kg/m².



35. São sinais ou sintomas apresentados no critério diagnóstico "C" do DSM-5 para intoxicação por estimulantes, e que podem ser desenvolvidos durante ou logo após o uso dessas substâncias:
- (A) Convulsões e sonhos vívidos e desagradáveis.
 - (B) Miose e vômito.
 - (C) Insônia e confusão.
 - (D) Aumento do apetite e arritmias cardíacas.
 - (E) Retardo psicomotor e evidências de perda de peso.

Atenção: Para responder às questões de números 36 a 38, considere o caso clínico abaixo.

F.E.A, 64 anos, casada, superior completo, professora do ensino fundamental. Segundo os familiares, até 5 anos atrás a paciente tinha funcionalidade preservada, bom rendimento no trabalho, frequentava a igreja e atividades sociais. Nesses 5 anos começou a ficar mais retraída, reduziu contato social e permanecia mais em casa. Inicialmente pensaram que essas alterações estavam relacionadas à aposentadoria, mas com o passar do tempo começou a recusar ver filhos e netos, além de apresentar comportamento mais desinibido, sem prejuízo da necessidade de sono ou aceleração psíquica. Na avaliação clínica, verificou-se prejuízo visuoespacial e de função executiva significativos, associados a comprometimento da cognição social e pensamento lógico. Memória relativamente preservada. Funcionalidade prejudicada, com declínio das atividades instrumentais de vida diária. Ao exame físico, apresentava regular estado geral, algo descuidada, sinais vitais dentro dos parâmetros de normalidade. O exame neurológico apresentou grasping positivo, sem outras alterações. Exames gerais, EEG e líquor dentro dos parâmetros de normalidade. O exame de ressonância do crânio revelou a seguinte imagem:

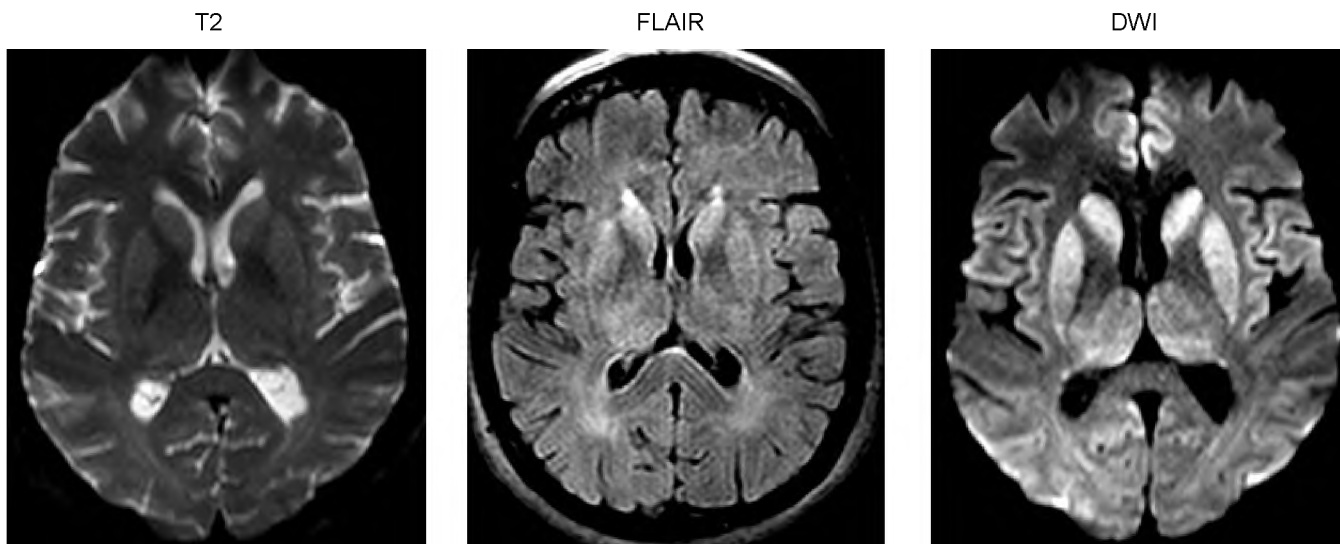


36. O diagnóstico mais provável do presente quadro é
- (A) Demência de Creutzfeldt jakob.
 - (B) Transtorno neurocognitivo menor.
 - (C) Demência vascular.
 - (D) Demência Fronto Temporal.
 - (E) Encefalite límbica anti NMDA.
37. São possibilidades adequadas para o tratamento da paciente:
- (A) trazodona, inibidor seletivo de recaptura da serotonina, manejo comportamental.
 - (B) anticolinesterásico, eletroconvulsoterapia, internação em hospital geral.
 - (C) memantina, quetamina, reabilitação de memória.
 - (D) lítio, ácido valpróico, manejo das atividades de vida diária.
 - (E) corticoide, topiramato, manejo dos fatores cardiovasculares.
38. Considerando os sintomas descritos, o diagnóstico diferencial mais provável a ser feito pelo psiquiatra é:
- (A) Síndrome do ninho vazio.
 - (B) Transtorno Afetivo Bipolar.
 - (C) Transtorno de Personalidade.
 - (D) Parafrenia.
 - (E) Epilepsia lobo temporal.



Atenção: Para responder às questões de números 39 a 41, considere o caso clínico abaixo.

J.P., 58 anos, foi levado ao hospital com prejuízo cognitivo de início há 3 meses, com evolução progressiva, envolvendo atenção, praxia, planejamento, orientação temporoespacial, função executiva e memória. Realizado minixame do estado mental com 12/30 pontos. Avaliação funcional evidenciou prejuízos significativos de atividades instrumentais e básicas de vida diária. A família relata que há 6 meses vem apresentando desequilíbrio e quedas frequentes. O exame neurológico revelou presença de mioclonias frente a estímulos sensoriais. Os exames de sangue gerais solicitados vieram dentro do padrão de normalidade, descartando infecções ou distúrbios hidroeletrólíticos. EEG demonstrou padrão periódico de ondas trifásicas sobre atividade de fundo atenuada. Realizou exame de ressonância de crânio (T2, FLAIR e DWI) que mostrou as seguintes imagens:



39. O diagnóstico mais provável do presente quadro é
- (A) Demência de Alzheimer.
 - (B) Transtorno neurocognitivo menor.
 - (C) Doença de Creutzfeldt Jakob.
 - (D) Demência Fronto Temporal.
 - (E) Hidrocefalia de pressão normal.
-
40. No exame de líquido, o teste a ser pedido e que é um importante biomarcador para a confirmação diagnóstica é:
- (A) Pesquisa da proteína 14-3-3.
 - (B) Pesquisa de beta amiloide.
 - (C) Pesquisa de anticorpos anti NMDA.
 - (D) Tap test.
 - (E) Pesquisa de FTABS.
-
41. De acordo com a imagem apresentada no caso clínico, o principal achado que auxiliaria a confirmação diagnóstica é:
- (A) Dilatação dos ventrículos laterais e IV ventrículo sem sinais de hipertensão intracraniana na sequência DWI e FLAIR.
 - (B) Atrofia de áreas frontotemporais com preservação relativa de áreas parieto occipitais observada em T2 e FLAIR.
 - (C) Atrofia de áreas temporais e límbicas, principalmente na região hipocampal desproporcional ao restante do parênquima observável na sequência FLAIR e DWI.
 - (D) Hiperintenso em T2 envolvendo substância branca subcortical – caracterizando Fazekas 2 na sequência FLAIR.
 - (E) Hiperintenso em T2 em gânglios da base e córtex cerebral, associado à presença de restrição à difusão das moléculas de água na sequência DWI.



Atenção: Para responder às questões de números de 42 a 44, considere o caso clínico abaixo.

A.X.S, 24 anos, solteira, foi levada ao serviço de emergência por ter sido encontrada deambulando pelas ruas após ter desaparecido de casa há 1 semana. A paciente apresenta prejuízo importante dos cuidados pessoais e higiene, emagrecida (IMC 17 kg/m²), com atitude desconfiada e hostil. Por vezes, agressiva com a equipe médica e policiais que a levaram ao hospital. O serviço social localizou a família, que informou que a paciente vinha apresentando períodos de agressividade e hostilidade com os irmãos e primos há 6 meses, referindo que estes a estavam envenenando e preocupada com o que poderia comer, ficando, por ocasiões, dias sem se alimentar. Os familiares referem que a mesma ficava no seu quarto mais isolada, falando sozinha e, quando era abordada, gritava e jogava objetos contra eles. Também informam que antes de 6 meses era funcional, e relacionam a piora do comportamento a ter terminado um relacionamento após ter ido numa festa e feito uso de maconha e lança perfumes. Referem que o comportamento da paciente foi piorando ao longo dos meses, tendo por vezes ficado deitada na cama por dias sem se levantar e tomar banho. Alimentava-se apenas quando muito estimulada. Ao exame psíquico, encontrava-se consciente, hipervigil, atitude agressiva em relação ao entrevistador, equipe e família, crítica do estado mórbido prejudicada e discurso com conteúdo persecutório e auto referente, evidências de sinais alucinatórios indiretos. A paciente recusa permanecer no hospital (ser internada) e fica solicitando continuamente alta médica.

42. O diagnóstico inicial da paciente a ser realizado no serviço de emergência é:

- (A) Transtorno dissociativo (CID 10 F50).
- (B) Transtorno Psicótico a esclarecer (CID 10 F29).
- (C) Transtorno alimentar (CID 10 F49).
- (D) Transtorno de dependência de múltiplas drogas (CID 10 F10).
- (E) Transtorno Esquizoafetivo (CID 10 F20).

43. A paciente deseja ir embora, porém a equipe médica acredita que deva permanecer internada. A conduta a ser tomada é

- (A) internação involuntária com recusa do responsável legal.
- (B) internação compulsória com consentimento da defensoria pública.
- (C) internação involuntária com consentimento do responsável legal.
- (D) alta médica involuntária pela recusa do paciente.
- (E) internação involuntária a pedido judicial.

44. NÃO é exame a ser solicitado para essa paciente, no serviço de emergência:

- (A) toxicológico para drogas.
- (B) neuroimagem.
- (C) hemograma.
- (D) litemia.
- (E) sorologias .

Atenção: Para responder às questões de números 45 a 47, considere o caso de perícia médica abaixo.

F.M.A apresenta relatórios e atestados médicos informando ser portador de transtorno psiquiátrico há 15 anos, tendo nesse período recebido diagnósticos compatíveis com CID-10 F31, F29 e mais recentemente F20. Em sua história, apresenta antecedente de tentativa de suicídio na qual pulou de uma ponte e passou meses internado pelas fraturas. Ao exame psíquico, F.M.A apresenta-se consciente, orientado no tempo e espaço, memória e atenção preservadas. Afeto algo embotado, com latência de resposta às questões do médico perito. Apresenta também dificuldade de flexibilidade mental – identificada nas mudanças de temas, na qual o periciando tendia a manter a temática anterior. Juízo delirante, crítica prejudicada em relação ao seu estado mórbido, impactando em sua aderência a tratamento, o que resultou em diversas internações ao longo desses 15 anos. Sinais indiretos de presença de alucinação auditiva. Na avaliação de funcionalidade, apresenta prejuízo de função executiva e prejuízo nas atividades instrumentais da vida diária. Está em uso de ácido valproico 1.000 mg/dia, clorpromazina 200 mg/dia e sertralina 100 mg/dia.

45. Como médico perito, o documento a ser entregue ao Juiz é:

- (A) a súmula pericial.
- (B) o parecer técnico pericial.
- (C) o atestado médico pericial.
- (D) o relatório médico pericial.
- (E) o laudo pericial.



46. Considerando o presente caso como perito judicial, a conclusão é de que F.M.A seja
- (A) involuntário para tomada de decisão.
 - (B) capaz de tomada de decisão.
 - (C) voluntário para tomada de decisão.
 - (D) incapaz de tomada de decisão.
 - (E) responsável para tomada de decisão .
-
47. O perito judicial, no processo de perícia, NÃO pode fazer ou incluir no documento médico legal a ser encaminhado:
- (A) resposta aos quesitos do advogado das partes no documento médico legal.
 - (B) sugestão de manejo terapêutico na presença do examinando.
 - (C) considerações sobre o presente caso no documento médico legal.
 - (D) conclusão da perícia no documento médico legal.
 - (E) preâmbulo resumindo o caso no documento médico legal.
-
48. Sobre psicofarmacologia, considere:
- I. O *ginkgo-biloba* possui efeito inibidor da agregação plaquetária; dessa forma, quando associado a outras medicações de efeito antiagregante plaquetário ou anticoagulante, pode aumentar o risco de sangramento.
 - II. O ciprofloxacino pode aumentar os níveis séricos da clozapina pois trata-se de um potente inibidor da enzima CYP1A2.
 - III. O ácido valpróico reduz o nível sérico da lamotrigina, necessitando de doses mais elevadas da mesma.
 - IV. A carbamazepina é um importante inibidor das enzimas CYP2D6, aumentando o nível sérico da fluoxetina ao ser administrada em conjunto.
- Está correto o que consta APENAS de
- (A) I e II.
 - (B) II e III.
 - (C) I e III.
 - (D) II e IV.
 - (E) III e IV.
-
49. Fármaco a ser usado para tratamento nos quadros de demências, com principal mecanismo de ação de modulador glutamatérgico (NMDA) que age como antagonista dos receptores de glutamato, indicado na Demência da Doença de Alzheimer:
- (A) Donepezila.
 - (B) Rivastigmina.
 - (C) Memantina.
 - (D) Galantamina.
 - (E) Quetamina.
-
50. Quadro com início em geral agudo (48 horas) e resolução breve (2 semanas), que apresenta vários tipos de alucinação ou delírios, variando em tipo e intensidade ao longo do tempo, instabilidade emocional, caracterizado pela CID 10 em F23.0. Trata-se de:
- (A) Transtorno polimórfico agudo.
 - (B) Esquizofrenia aguda.
 - (C) Transtorno Esquizoafetivo.
 - (D) Transtorno bipolar – mania psicótica.
 - (E) Transtorno delirante persistente.