

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2022-2023

5

PROVA DE FARMÁCIA

INSTRUÇÕES

01. Antes de ler as instruções, verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** é o mesmo no **CARTÃO DE CONFIRMAÇÃO** e na **FOLHA DE RESPOSTAS**. Verifique também se a Área está correta.
02. Esta prova compõe-se de 50 (cinquenta) questões de escolha múltipla.
03. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
04. A maneira correta de marcar a resposta encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize a caneta azul ou preta**. Assine a folha de respostas **NA ÁREA CORRETA**. **NÃO rasure a folha de respostas**.
05. A prova terá a duração de **02 horas**.
06. Ao ser dado o sinal para o início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo**.
07. Os últimos 03 (três) candidatos a terminar a prova só poderão retirar-se da sala juntos.
08. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
09. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE REPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

QUESTÕES 01 A 20 – Políticas Públicas em Saúde, SUS.

01. As Redes de Atenção à Saúde apresentam três elementos constitutivos, são eles:

- a) a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde;
- b) os usuários, os profissionais e os gestores do Sistema Único de Saúde;
- c) a atenção primária à saúde, a atenção secundária e a atenção terciária;
- d) a estrutura logística e de governança, a avaliação/monitoramento e o financiamento.

02. A Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Pode-se afirmar que é diretriz da AD:

- a) ser estruturada de acordo com os princípios de prioridade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva exclusiva da Atenção Primária à Saúde – APS;
- b) estar incorporada ao sistema de regulação da APS, desarticulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- c) adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, ampliando a divisão da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais;
- d) estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

03. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/ 2017), é uma responsabilidade comum a todas as esferas de governo:

- a) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica;
- b) apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
- c) programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população;
- d) articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica.

04. Quanto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando a infraestrutura, ambiência e funcionamento, pode-se afirmar, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que estas deverão:

- a) considerar a previsão de espaços físicos e ambientes adequados para a formação exclusivamente de estudantes e trabalhadores de nível superior multiprofissional em saúde;
- b) garantir o atendimento qualificado dos indivíduos, famílias e comunidade restritamente do território adscrito da unidade;
- c) assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas;
- d) ter um ambiente adequado, sendo recomendado contemplar entre outros: conforto térmico, acústico e recepção com grades para facilitar a comunicação privativa e a segurança dos profissionais que ali atuam.

05. No debate sobre promoção da saúde, especial destaque deve ser dado às políticas públicas saudáveis. O processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores, pode ser definido como:

- a) interdisciplinaridade;
- b) **intersetorialidade;**
- c) institucionalidade;
- d) integralidade.

06. A pandemia por COVID-19 é um desafio para a ciência e sociedade que exigiu planos de gerenciamento de risco em níveis nacional, estadual, municipal e local. Na Atenção Primária à Saúde - APS o fortalecimento da atuação no território, foi central na atuação oportuna para o controle da pandemia, estabelecida em quatro eixos:

- a) infraestrutura das unidades; formação e educação permanente dos profissionais; mapeamento de problemas de saúde; e financiamento;
- b) ações de promoção da Saúde; transporte sanitário; material e equipamentos de segurança; e atendimento aos usuários acometidos pela COVID-19;
- c) vigilância sanitária ao território; educação em saúde para usuários; atendimento as urgências e emergências sanitárias; e retaguarda a ações coordenadas no território;
- d) **vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS.**

07. Sob a influência do ideário da Conferência de Alma Ata e, a partir da Constituição de 1988 - Saúde como direito de cidadania, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a construção de um novo modelo assistencial foi materializado na Atenção Primária à Saúde - APS, pelo Programa Saúde da Família. A singularidade deste modelo, em relação as experiências em outros países, é:

- a) a territorialização;
- b) a vigilância em saúde;
- c) **o agente comunitário de saúde na equipe;**
- d) a responsabilidade sanitária.

08. Ao comparar a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2011 e 2017, pode-se verificar mudanças relativas aos princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica ou APS. Na PNAB 2017 desaparece dos princípios enunciados a:

- a) equidade;
- b) descentralização;
- c) **humanização;**
- d) participação social.

09. Nas propostas dos Governos Temer e Bolsonaro para o Sistema Único de Saúde, pode-se identificar como características comuns:

- a) **financiamento reduzido e privatização;**
- b) participação da sociedade civil nos colegiados;
- c) ampliação da estratégia saúde da família nos grandes centros;
- d) recuperação da farmácia popular.

10. A contrarreforma da Saúde, iniciada no governo Temer e implementada no governo Bolsonaro, pode ser caracterizada por medidas que desresponsabiliza o Estado pela garantia do direito à saúde, a integralidade e universalidade, entre elas:

- a) a aquisição de aparelhos de Eletro-Convulso Terapia (ECT), 12 por unidades de públicas de saúde;
- b) o reconhecimento de práticas manicomiais como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do SUS;
- c) a exclusão do HIV/AIDS da nomenclatura do DDCCI como forma de ocultar a visibilidade da doença e a extinção do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs;
- d) a municipalização da Política de Atenção à Saúde Indígena.

11. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É de competência exclusiva da Comissão Intergestores Tripartite a pactuação de:

- a) diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos referentes a contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- b) responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- c) referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção a saúde para o atendimento da integralidade da assistência;
- d) critérios para o planejamento das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão.

12. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Xangai (em 2016), com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, coloca um desafio de forte articulação intersetorial da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando quatro pilares:

- a) mobilização social; alimentação saudável; exercício físico; e financiamento;
- b) cidades saudáveis; bom governo; alfabetização em saúde; e mobilização social;
- c) exercício físico; atenção integral a saúde; escolarização; e cultura;
- d) prevenção do tabagismo; da violência; controle de doenças transmissíveis; e educação em saúde.

13. Estudos sobre o perfil sanitário da população brasileira, analisados no período de existência do SUS (1990 e 2015) aponta que ocorreram importantes mudanças (positivas) na saúde/doença da população e na redução da desigualdade, observados nos indicadores de saúde entre Estados da Federação, como verificado:

- a) no aumento das taxas de mortalidade por causas externas, violência e na redução da expectativa de vida;
- b) na redução das demandas por atendimento especializado e no aumento das mortes por AVC;
- c) na queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, no aumento da expectativa de vida e em anos de vida saudáveis;
- d) na ampliação do acesso aos serviços de alta complexidade e mortalidade neonatal.

14. Desde sua criação em 1988, a expansão do SUS não foi acompanhada do aporte de recursos requeridos para implementar plenamente o seu desenho constitucional. Esse subfinanciamento crônico levam a persistentes desigualdades regionais e sociais. Estas desigualdades são agravadas por medidas político-econômicas desfavoráveis, como:

- a) Política Nacional de Atenção Básica - PNAB – Portaria nº 2488/2011;
- b) Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC95);
- c) Política de Assistência Farmacêutica – “Farmácia Popular”;
- d) Normas operacionais Básica/1996.

15. A conquista da participação social na gestão SUS é fundamental para sustentabilidade e continuidade de um sistema de saúde universal, igualitário e equânime. São consideradas instâncias colegiadas do SUS:

- a) conferências e conselhos de saúde, em cada esfera de gestão do SUS;
- b) conselhos de saúde no âmbito municipal e estadual;
- c) conselhos de saúde nas esferas municipais e conferências nacionais de saúde;
- d) conselhos de saúde em todas as esferas de gestão do SUS .

16. Não faz parte do rol das competências do SUS, nos termos da lei:

- a) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, com exceção da área de saúde do trabalhador;
- b) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- c) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- d) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

17. Segundo previsto no artigo 6º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, **NÃO** se inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a:

- a) execução de ações: de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- b) participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- c) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- d) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

18. **ANULADA** A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para efeitos de cálculo ponderado **NÃO** considera:

- a) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na ESF e na equipe de Atenção Primária (EAP);
- b) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na ESF e na EAP;
- c) a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- d) a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e no Programa Auxílio Brasil.

19. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência colocou a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendou alguns pontos considerados essenciais para atingir tal objetivo, **excetuando-se**:

- a) promoção de suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- b) distribuição de insumos básicos;
- c) abastecimento de água e saneamento básico;
- d) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle.

20. Para MEDINA, Maria Guadalupe, et al.(2020) o enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, e deve considerar outras ações, **EXCETO**:

- a) a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação;

- b) as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção);
- c) parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade;
- d) dotar o sistema de recursos medicamentosos para oferecer a atenção preventiva adequada e oportuna.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Sobre os estudos farmacoepidemiológicos, marque a alternativa **INCORRETA**.

- a) A constatação da efetividade de um medicamento se dá mediante a resultados favoráveis de ensaios clínicos de fase II e III.
- b) É inviável realizar a aleatorização por randomização para definir a exposição dos pacientes em estudos do tipo coorte e caso-controle.
- c) Existem limitações para a generalização dos resultados de ensaios clínicos, entre as quais estão as diferenças das características populacionais.
- d) Os estudos ecológicos são uma alternativa em casos de ausência de dados individuais, permitindo por exemplo, a análise de tendências temporais.

22. Sobre o processo de seleção de medicamentos e Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) no âmbito hospitalar, pode-se afirmar que:

- a) para realizar a seleção de medicamentos, o apoio político da direção do hospital é facultativo, por ser um requisito secundário;
- b) o Guia ou Formulário Farmacoterapêutico é um documento complementar à relação de medicamentos e requer atualização periódica;
- c) as decisões finais de inclusão de medicamentos em uma CFT são tomadas individualmente pelo farmacêutico RT (Responsável-Técnico);
- d) os critérios epidemiológicos, clínicos e evidências científicas, mas não os aspectos econômicos, orientam o processo de trabalho em uma CFT.

23. A falta de medicamentos em uma unidade hospitalar é um problema que requer múltiplas estratégias para ser mitigado, entre elas o uso da curva ABC. Para auxiliar na gestão de estoques, pode-se afirmar que:

- a) por trabalhar com prioridades, não requer o cálculo dos valores globais de consumo para todos os itens, mas apenas para os de interesse;
- b) para cada um dos grupos de produtos, se realiza o cálculo das médias aritméticas dos valores financeiros dos itens;
- c) o grupo “C” representa os itens de maior quantidade de itens consumidos e de maior custo financeiro total envolvido;
- d) recomenda-se que a revisão das informações de consumo dos itens classe “A” deve mais frequente do que a dos itens classes “B” e “C”.

24. Os fármacos empregados no tratamento do Diabetes Mellitus (DM) apresentam mecanismos de ação que podem beneficiar tanto DM tipo 1 quanto DM tipo 2. O fármaco cuja indicação clínica para DM1 e DM2 inclui diminuição de glucagonemia é a:

- a) semaglutida;
- b) pramlintida;
- c) empaglifozina;
- d) rosiglitazona.

25. Acidose é uma complicação por vezes enfrentada por pacientes com Diabetes Mellitus. A classe farmacológica que está associada com risco de cetoacidose inclui:

- a) agonistas de receptor de GLP-1;
- b) inibidores de SGLT-2;
- c) biguanidas;
- d) sulfoniluréias.

26. Em programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos, o sucesso das intervenções pode ser mensurado com a aplicação de alguns indicadores, a saber: DDD (*defined daily dose* – dose diária definida); DOT (*days of therapy* – dias de terapia) e LOT (*length of therapy* – duração da terapia). Portanto, pode-se afirmar que:

- a) DDD é a dose média de manutenção diária para determinado fármaco, na sua indicação principal, em adultos (a referência de peso é de 70 kg);
- b) DDD de preparações antibióticas de uso tópico, soluções intravenosas, soros, e contrastes radiológicos é mensurada pela divisão da DDD pela DOT;
- c) indicadores DOT e LOT são usados para avaliar o cumprimento do regime terapêutico com antimicrobianos que não são classificados pelo sistema ATC;
- d) DDD e LOT refletem a dose recomendada uma vez que são estabelecidas, considerando-se a duração do tratamento antimicrobiano.

11

27. Ao realizar a análise estruturada dos medicamentos em uso por um paciente hospitalizado para o primeiro ciclo de tratamento de Leucemia Linfocítica Aguda recém diagnosticada, um farmacêutico entrou em contato com o médico pois identificou um problema relacionado a dose prescrita (sobredose) em desacordo com a superfície corporal do paciente. O serviço clínico farmacêutico descrito acima é:

- a) gestão da condição de saúde;
- b) conciliação medicamentosa;
- c) revisão da farmacoterapia;
- d) monitorização terapêutica de medicamentos.

28. A atuação do farmacêutico no cuidado direto ao paciente, à família e à comunidade ainda representa um desafio para o sistema de saúde brasileiro. Analise as afirmações a seguir.

I. O processo de cuidado farmacêutico envolve o delineamento e a implantação de um plano de cuidado compartilhado com o paciente, que inclui as intervenções e condutas necessárias à resolução dos problemas.

II. A realização de curativos na região ocular e no ouvido, quando houver infecção ou abscesso, a determinação dos níveis capilares de glicose, e a verificação da temperatura corporal e sinais vitais são procedimentos farmacêuticos.

III. Segundo a *European Society of Clinical Pharmacy*, a farmácia clínica visa otimizar a utilização de medicamentos, por meio da prática farmacêutica e da pesquisa, para o alcance de melhores resultados para o usuário e para a saúde pública.

Estão corretas as afirmativas:

- a) I e II;
- b) II e III;
- c) I e III;
- d) III.

29. Segundo a RDC Nº 67 de 8 de outubro de 2007, a unitarização de doses de medicamento consiste no fracionamento ou a transformação/derivação em doses previamente selecionadas, visando atender às necessidades terapêuticas exclusivas de pacientes em atendimento nos serviços de saúde. Para esta atividade é necessário que:

- a) os procedimentos para a preparação de dose unitária ou a unitarização de doses de medicamento devem seguir preceitos farmacotécnicos, de forma a preservar a segurança, eficácia e qualidade do medicamento;
- b) os procedimentos de preparo de doses unitárias e de unitarização de doses de medicamentos são permitidos desde que sejam justificados de acordo a experiência do farmacêutico responsável;
- c) o prazo de validade dos produtos submetidos à unitarização de doses em que a embalagem primária foi rompida deve ser reduzido para um terço do restante de tempo da validade estipulada pelo fabricante;
- d) a farmácia hospitalar não pode contratar serviços de outras farmácias para o preparo de dose unitária e unitarização de dose do medicamento.

30. A neutropenia febril é a complicação com risco de vida mais frequente associada à terapia oncológica, sobretudo de pediatria. Trata-se de uma emergência oncológica onde o paciente deve ser imediatamente hospitalizado e submetido a antibioticoterapia intravenosa empírica. Nesses casos o medicamento cefepime é amplamente utilizado, sendo administrado em crianças na dose de 150mg/kg/dia, dividida em três administrações ao dia por via intravenosa - com dose máxima de 2g/dia. O cefepime se apresenta como um frasco-ampola de 2g que, ao ser reconstituído com 10mL água destilada, atinge o volume de 12,0mL. Um paciente de 10,0kg chega à emergência com o quadro descrito e é solicitado à farmácia hospitalar a preparação da primeira dose de cefepime. O volume de medicamento a ser utilizado na manipulação é:

- a) 2,5mL;
- b) 7,5mL;
- c) 3,0mL;
- d) 9,0mL.

31. Alguns pacientes com dificuldade de deglutição necessitam de sondas ou ostomias a fim de suprir as suas necessidades calóricas. Nesses casos, a administração de medicamentos por essa via pode levar a eventos adversos, como toxicidade, erros de medicação, efeito subterapêutico e obstrução da sonda. Analise as afirmativas:

- I. medicamentos revestidos nunca devem ser triturados, visto que os fármacos podem sofrer degradação ou ter o seu perfil farmacocinético alterado.
- II. as sondas e ostomias sempre devem ser lavadas entre a administração da dieta enteral e a administração do medicamento.
- III. algumas formulações líquidas de uso oral podem ser irritantes para o trato gastrointestinal quando administradas em grandes volumes.
- IV. as incompatibilidades farmacêuticas podem ocorrer quando há mistura de diferentes fármacos, porém, elas não ocorrem quando há mistura do fármaco com a nutrição enteral.

Estão corretas as afirmativas:

- a) I e II;
- b) II e IV;
- c) III e IV;

d) II e III.

32. Pessoas de idade avançada são particularmente sensíveis a fármacos com efeitos anticolinérgicos muito pronunciados, o que pode levar a eventos adversos perigosos. O fármaco que possui esta característica é:

- a) loratadina;
- b) alprazolam;
- c) amitriptilina;
- d) diclofenaco.

33. Os medicamentos denominados potencialmente perigosos ou de alta vigilância (*high-alert medications*) têm maior potencial de causar eventos adversos graves, especialmente quando ocorrem erros em qualquer etapa da utilização. Analise e assinale a opção que enumera medidas adequadas para prevenir eventos adversos relacionados a esse grupo de medicamentos:

- I. divulgação da lista de medicamentos potencialmente perigosos que constam da relação de medicamentos padronizados na instituição.
- II. indicar as doses máximas, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração) desses medicamentos.
- III. fazer a dupla checagem dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

- a) Somente as medidas I e III são adequadas;
- b) As medidas I, II e III são adequadas;
- c) Somente a medida II é adequada;
- d) As medidas II e III são adequadas.

34. Corresponde ao nível de adesão à terapia antirretroviral utilizada no tratamento do HIV/Aids considerado adequado para suprimir a replicação viral e prevenir a resistência:

- a) 70 % ou mais durante todo o tratamento;
- b) Depende do estágio da infecção;
- c) 95 % ou mais durante todo o tratamento;
- d) 90% no tratamento inicial e 70% nas demais etapas.

35. Os primeiros inibidores de beta-lactamase apresentam ação antibacteriana muito fraca e são mais ativos contra a classe A de Ambler. Os novos inibidores de beta-lactamase não-beta-lactâmicos apresentam atividade contra as beta-lactamases da classe A e também da classe C de Ambler. O inibidor novo que mostrou atividade contra algumas beta-lactamases da classe D de Ambler, além da A e da C, é o:

- a) tazobactam;
- b) avibactam;
- c) sulbactam;
- d) clavulanato.

36. Os bloqueadores de canais de Cálcio além de diminuir a resistência periférica e a pressão arterial, também apresentam atividade antianginosa e antiarrítmica. Porém, algumas diferenças hemodinâmicas entre eles influenciam a escolha do mais adequado para a condição clínica do paciente. O bloqueador de canais de cálcio que causa maior efeito depressor cardíaco é:

- a) diltiazem;
- b) clevidipina;

- c) nifedipina;
- d) verapamil.

37. Em decorrência da janela terapêutica extremamente estreita dos glicosídeos cardiotônicos, novos agentes inotrópicos positivos para o tratamento da insuficiência cardíaca estão sendo estudados. Porém, muitos fármacos, sem atividade inotrópica positiva, também são empregados como terapia de primeira linha para insuficiência cardíaca aguda e crônica. Dentre eles, destaca-se o sacubitril, um pró-fármaco, cujo efeito vasodilatador é melhor observado pela combinação com:

- a) valsartana;
- b) espironolactona;
- c) carvedilol;
- d) ramipril.

38. Atualmente, diversas doenças inflamatórias e autoimunes podem ser tratadas com novas classes de fármacos, incluindo os anticorpos monoclonais. Porém, os anti-inflamatórios não esteroidais e esteroidais ainda são muito prescritos, apesar de alguns efeitos adversos graves quando usados a longo prazo. Um dos mais preocupantes é a retenção de sódio (efeito mineralocorticoide) que pode causar alterações no aparelho cardiovascular. Para evitar a ocorrência de tal efeito é mais indicado utilizar:

- a) metilprednisolona;
- b) cortisol;
- c) fludrocortisona;
- d) prednisona.

39. Um dos serviços farmacêuticos importantes é a conciliação de medicamentos, que tem como objetivo minimizar as divergências na continuidade do tratamento do paciente nas transições entre serviços de saúde ou níveis de atenção. Analise as afirmativas:

I - neste serviço, o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos utilizados pelo paciente, conciliando informações que podem advir do prontuário, de prescrições, do relato do paciente, de cuidadores ou mesmo de uma sacola com os medicamentos usados pelo paciente.

II - a conciliação de medicamentos está concluída no momento em que é construído o Melhor Histórico Possível de Medicamentos, com base no máximo de fontes de informação disponíveis.

III - para a realização da conciliação de medicamentos é necessário que o farmacêutico tenha pelo menos dois encontros com o paciente para a confirmação dos dados informados pelo paciente dos medicamentos em uso.

A alternativa correta é:

- a) a afirmativa II está correta;
- b) as afirmativas I e II estão corretas;
- c) a afirmativa I está correta;
- d) as afirmativas I, II e III estão corretas.

40. O acompanhamento farmacoterapêutico é um serviço que tem como o objetivo principal prevenir e resolver problemas reais ou potenciais na farmacoterapia, a fim de alcançar melhores desfechos clínicos. Sobre esse serviço, classifique as afirmativas a seguir como **Verdadeiras (V)** ou **Falsas (F)** e marque a alternativa correta:

() para realizar o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com doenças crônicas, o farmacêutico está habilitado para solicitar exames com vistas a monitorar resultados da farmacoterapia.

() o plano de cuidado deve ser acordado com o paciente durante a consulta, monitorado e ajustado no acompanhamento farmacoterapêutico.

() o acompanhamento farmacoterapêutico pode ser concluído em uma consulta única, desde que o farmacêutico consiga sanar os problemas relacionados a medicamentos de uma só vez.

- a) V,V,V;
- b) F,V,F;
- c) V,F,F;
- d) V,V,F.

41. Sobre a Educação em Saúde como serviço farmacêutico, pode-se afirmar que:

- a) é um serviço realizado com os pacientes e não somente para os pacientes, com intuito de fazê-los praticar o autocuidado e compartilhar com os profissionais de saúde a responsabilidade sobre seu tratamento;
- b) ao praticar educação em saúde, o farmacêutico deverá transmitir as informações técnicas para os pacientes e não se aprofundar nas explicações considerando as limitações de entendimento do paciente;
- c) a prerrogativa do farmacêutico se limita a ações de educação relacionadas ao tratamento farmacológico do paciente, uma vez que as orientações sobre abordagens não farmacológicas devem ser dadas por outros profissionais de saúde;
- d) de acordo com a Lei 13.021 de 2014, este serviço pode ser desenvolvido pelo farmacêutico somente em ambulatórios e consultórios e não nas farmácias comerciais, pois a orientação farmacêutica pode estar vinculada a interesses econômicos.

15

Considere as informações abaixo para responder as questões 42 e 43:

Um farmacêutico está realizando a conferência da prescrição de uma criança de 10,0kg hospitalizada na unidade de terapia intensiva. Ele se depara com o medicamento midazolam, a ser administrado por infusão contínua (“dripping”) para sedação. Na prescrição consta:

Midazolam 5mg/mL: 2,4mL

Solução de NaCl 0,9%: 9,6mL

Volume total: 12mL

Velocidade de infusão: 1,0mL/h

42. Assinale a alternativa que contém a dose de midazolam em mg/kg/h:

- a) 0,1mg/kg/h;
- b) 0,3mg/kg/h;
- c) 0,2mg/kg/h;
- d) 0,4mg/kg/h.

43. O número de etapas desta preparação para um dia de tratamento é:

- a) 4 etapas;
- b) 2 etapas;
- c) 3 etapas;
- d) 6 etapas.

44. Um homem de 82 anos iniciará tratamento para uma dor nas costas. Ele tem histórico de hipertensão arterial e um passado de queda com fratura de fêmur, tratada cirurgicamente. Sobre as possibilidades farmacológicas para este novo tratamento, pode-se afirmar que:

- a) o uso de cetoprofeno pode interferir no controle pressórico deste paciente, mesmo se usado por período curto;

- b) antidepressivos tricíclicos, como a fluoxetina, podem ser usados para tratamento de alguns tipos de dor crônica;
- c) a ciclobenzaprina é um potente relaxante muscular, mas que pode produzir imunossupressão, aumentando o risco de infecções;
- d) o Tramadol pode aumentar o risco de úlcera gástrica, pois diminui a síntese de muco estomacal.

45. As instituições que trabalham para melhorar a segurança e qualidade das práticas em saúde tem como uma das principais preocupações a polifarmácia entre idosos devido às dificuldades de adesão à terapia e risco de desenvolvimento de reações adversas. Os protocolos de desprescrição têm sido utilizados com o objetivo de minimizar os riscos da polifarmácia. Sobre o processo de desprescrição pode-se afirmar que:

- a) o processo de desprescrição envolve medicamentos com risco para pacientes idosos, pois é um processo voltado para a população idosa, que realiza polifarmácia;
- b) a participação do paciente na desprescrição não deve ser estimulada, pois podemos gerar confusão para o uso se ele participar do processo de retirada de medicamentos;
- c) o critério STOPP (*Screening Tool of Older People's Prescription*) sugere como medicamento potencialmente inadequado "qualquer medicamento prescrito sem indicação clínica baseada em evidência", "prescrito além do tempo de uso recomendado" ou "classe terapêutica duplicada";
- d) sob a ótica da segurança do uso de medicamentos, não existe "polifarmácia apropriada".

16

46. O sistema de distribuição de medicamentos por dose unitária tem como um dos objetivos redistribuir o trabalho relacionado aos medicamentos entre as equipes hospitalares da farmácia e enfermagem. A atividade que é transferida da enfermagem para a farmácia em um sistema de dose unitária é:

- a) administração de medicamentos a pacientes por sonda enteral;
- b) punção venosa;
- c) monitoramento da resposta clínica de pacientes aos medicamentos;
- d) reconstituição e diluição de medicamentos injetáveis.

47. O termo Assistência Farmacêutica, legalmente, no Brasil, aparece desde o decreto de criação da CEME, nos anos 1970. No entanto, somente em 1998, com a promulgação da Política Nacional de Medicamentos, a Assistência farmacêutica:

- a) passa a ser responsabilidade do gestor federal, que deve financiar todos os medicamentos da RENAME;
- b) se articula com a Atenção Farmacêutica, privilegiando o caráter clínico dos serviços farmacêuticos;
- c) incorpora uma perspectiva de saúde pública, privilegiando critérios epidemiológicos no planejamento das ações;
- d) recebe uma clara definição legal de seu escopo de ação, seus objetivos e das atividades que a compõem.

48. Após mais de 30 anos do SUS, e mais de 20 anos da aprovação da Política Nacional de Medicamentos, a Assistência Farmacêutica, historicamente, se constituiu como:

- a) uma área de suprimentos e logística, voltada ao apoio das ações e serviços de saúde;
- b) práticas sociais de cuidado e prestação de serviços farmacêuticos, dirigidas ao uso correto de medicamentos;
- c) política estratégica de articulação intersetorial, que orienta políticas industriais e de comércio internacional;
- d) um campo de pesquisa e assistência à saúde voltado à redução dos custos com insumos e serviços.

49. Sobre a realização de inventário no controle de estoques é correto afirmar que:

- a) é desnecessário definir equipe e instrumentos de trabalho, uma vez que todos devem conhecer a situação do estoque;

- b) as permutas e doações devem ser abatidas dos quantitativos totais para corrigir as estimativas de estoque real;
- c) é obrigatório no início de cada exercício orçamentário, para atualização do estoque e prestação de contas;
- d) tem como objetivo checar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com as fichas de controle ou sistema informatizado utilizado pela unidade.

50. Sobre o processo de Seleção de Medicamentos, pode-se afirmar que:

- a) uma maior variedade de fármacos da mesma ação farmacológica é recomendável para enriquecer o arsenal terapêutico, dando mais opções ao prescritor;
- b) é importante haver fluxos claros para eventual aquisição de medicamentos que não constem na lista de medicamentos padronizados na instituição, para casos de necessidade específica;
- c) sempre que disponível no mercado, é recomendado priorizar a inclusão de associações com mais de um princípio ativo (ex.: dois fármacos anti-hipertensivos no mesmo comprimido), visando comodidade posológica;
- d) a melhor forma de divulgação dos medicamentos padronizados para as equipes médica e de enfermagem é estruturar uma lista simples com os nomes dos fármacos e suas apresentações disponíveis em ordem alfabética, chamada de Guia Farmacoterapêutico.