

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2012

PROVA DE FARMÁCIA

INSTRUÇÕES

01. Antes de ler as instruções, verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** é o mesmo no **CARTÃO DE CONFIRMAÇÃO** e no **CARTÃO 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 parte inferior do cartão de respostas. **Utilize a caneta azul fornecida**. Assine o cartão de respostas na **PARTE SUPERIOR DO VERSO**. **NÃO rasure o cartão**.
05. Coloque seu nome e número de inscrição na folha de rosto do caderno de prova.
06. A prova terá a duração de 02 horas e mais 30 minutos para a marcação no cartão de respostas, total de 2 horas e 30 minutos.
07. Ao ser dado o sinal para o início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo**.
08. Os últimos 03 (três) candidatos a terminar a prova só poderão retirar-se da sala juntos.
09. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE REPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

Nº Inscrição: _____ Nome: _____

QUESTÕES 1 A 20 – Políticas Públicas em Saúde, SUS

1) Com base no artigo “Atenção primária e estratégia saúde da família” entre os principais desafios presentes e futuros para o SUS e a ESF, encontra-se:

- a) garantia de mecanismos informais de participação popular e controle social comunitário
- b) implantação de políticas de educação social e ambiental nos distintos territórios onde as estratégias de saúde da família serão alocadas
- c) o aprimoramento da integralidade para garantia de uma atenção primária em saúde mais resolutive
- d) mudanças nos cursos de pós-graduação da área da saúde para formação de profissionais especializados

2) O artigo “Formação e educação em saúde” chama atenção para as interfaces da formação profissional, da organização do ensino e do trabalho em saúde. Afirma que para ser um profissional de saúde há necessidade do conhecimento científico e tecnológico aliado a outras habilidades e competências. Entre elas, destacam-se as capacidades para:

- a) desenvolver projetos terapêuticos singulares, formular e avaliar políticas de saúde
- b) prescrever ações de planejamento normativo-situacional e mecanismos de regulação
- c) implantar sistemas de avaliação e monitoramento ambiental e ações programáticas de saúde especializadas
- d) organizar redes de valorização da vida centradas nos cálculos de riscos e vulnerabilidade psicossocial

3) A produção do cuidado em saúde opera sempre com altos graus de incerteza em razão da singularidade dos processos saúde-doença de cada pessoa. Pode-se afirmar que os atos de saúde é um terreno do:

- a) procedimento em que predominam as tecnologias leves-duras
- b) usuário em que predominam as tecnologias educacionais
- c) profissional de saúde em que predominam as tecnologias leves-duras
- d) trabalho vivo em que predominam as tecnologias leves

4) A construção da autonomia como uma das finalidades do trabalho em saúde tem importantes implicações políticas. Para se buscar a construção de autonomia tanto para usuários quanto para profissionais, há de se preceder uma ampla:

- a) reorganização da clínica, da saúde coletiva e dos modelos de gestão e de atenção
- b) revisão das estratégias de planejamento situacional e dos modelos tecno-assistenciais
- c) reestruturação dos mecanismos de funcionamento do controle social e dos modelos de gestão e atenção
- d) reformulação das programações de saúde, clínica e vigilância sanitária e epidemiológica

5) Um dos principais empecilhos ao desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira e do sistema único de saúde tem sido o insuficiente enfrentamento das temáticas da mudança do processo de trabalho e da participação dos trabalhadores de saúde na mudança setorial. Entre as mudanças situa-se a capacidade das equipes em construir para cada sujeito que demanda um tratamento projetos terapêuticos singulares. Do ponto de vista didático os projetos terapêuticos singulares podem ser divididos em cinco momentos:

- a) o diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidade, negociação e reavaliação.
- b) a entrevista, o diagnóstico, avaliação de morbidade, prescrição e reavaliação
- c) o diagnóstico, a avaliação de morbidade, definição das ações, prescrição e reavaliação
- d) a entrevista, a contratualização, definição de metas, prescrição e reavaliação

6) Tomar o cotidiano das instituições de saúde como objeto de problematização e de construção de outros saberes que sejam reconhecidos como legítimos na esfera de determinação da política do setor, é afirmar a política pública como:

- a) experimentação e constituição de processos de subjetivação
- b) inovação tecnológica e de gestão
- c) estruturação de diferentes racionalidades em saúde
- d) sobredeterminação macroestrutural e micropolítica

7) O desenho da linha de cuidado entende a produção da saúde a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos. A linha de cuidados tem seu início na entrada do usuário:

- a) na rede básica de saúde
- b) na estratégia de saúde da família
- c) no serviço de urgência/emergência
- d) em qualquer ponto do sistema

8) A adoção das linhas de cuidado como organizadoras do trabalho em saúde pressupõe a vinculação das equipes de saúde com a população da região de saúde em que se situam e agem. Portanto, as dimensões macropolíticas e micropolíticas :

- a) são independentes e distintas
- b) se diferenciam e são focalizadas
- c) são microrregionais e descentralizadas
- d) **se entrelaçam e se complementam**

9) As práticas de cuidado são necessariamente intersubjetivas e devem se pautar por uma perspectiva dialógica para a determinação das necessidades de ações e serviços de saúde em cada situação, tanto de grupos como de pessoas. Esta afirmação refere-se a:

- a) definição de acessibilidade
- b) conceito de equidade
- c) **princípio da integralidade**
- d) conceito de regionalização

10) No encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário há um tensionamento no qual o usuário tenta mostrar que merece ser cuidado. Há um apelo por meio de atos comunicativos para que determinada necessidade seja considerada. Um profissional de saúde sofre a influência de vários atos normativos, mas a convivência entre estes atos normativos e os comunicativos não é resolvida no plano das regras ou protocolos assistenciais. Requer colocar em análise certos territórios, como o do poder e o das relações comunicativas, entre eles o momento do acolhimento que pode ser considerado como um:

- a) espaço de códigos
- b) local espaço-temporal
- c) **não lugar**
- d) território pré definido

11) O trabalho em saúde ao ser visto pela via da atividade é sinônimo de trabalho como fonte de criação, inventividade porque reconhece que o repertório de técnicas já existentes não serão suficientes para responder ao movimento da vida. No entanto, o trabalhador só consegue criar novas regras no seu cotidiano de trabalho quando reconhece que:

- a) os usuários devem ser tomados em análise
- b) **essa experiência se dá no encontro, com o outro**
- c) o poder é exercido pelo gestor do trabalho
- d) o trabalho em equipe é sempre fonte de criação

12) Peduzzi afirma que a proposta do trabalho em equipe de saúde está ancorada num cenário com duplo caráter. Por um lado, responder as necessidades de integração das disciplinas e das profissões com vistas a atenção integral à saúde e, de outro:

- a) operar na logica custo-benefício
- b) organizar cenários de práticas e formação
- c) estabelecer protocolos assistenciais
- d) **racionalizar a assistência médica**

13) A Política Nacional de Humanização coloca-se como uma política que se constitui com base em um conjunto de princípios e diretrizes que operam por meio de dispositivos. Entre os dispositivos propostos pela PNH estão:

- a) visita monitorada com direito a acompanhante, protocolos de humanização e equipe multidisciplinar de referência
- b) acolhimento com classificação de risco, protocolos de humanização e equipe multidisciplinar de referência
- c) **acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor e equipe transdisciplinar de referência**
- d) equipe interdisciplinar de referência, educação permanente e ambiência

14) O artigo Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada afirma que o grande problema da rede de saúde é:

- a) **o acesso a rede de serviços**
- b) o processo de trabalho das equipes
- c) a organização da atenção básica
- d) a organização da rede especializada

15) Lei 8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O Sistema Único de Saúde contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- a) a câmara técnica e o colegiado gestor
- b) o conselho de secretários e a câmara técnica
- c) **a conferência de saúde e o conselho de saúde**
- d) a conferência de saúde e os conselhos intersetoriais

16) A lei 8080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde- SUS a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de:

- proporcionar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos
- promover a proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho
- fiscalizar e controlar as condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador

d) eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde

17) O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Entre as prioridades pactuadas encontram-se:

- controle dos acidentes de trânsito
- fortalecimento da atenção básica
- reorganização da assistência especializada
- combate as situações de violência

18) Podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida. A gestão o cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões, entre elas encontram-se as dimensões:

- organizacional, nuclear e multiprofissional
- individual, familiar e profissional
- nuclear, relacional e sistêmica
- individual, societária e coletiva

19) A potência do movimento da reforma sanitária no período final da ditadura e durante a

Constituinte esteve baseada em sua capacidade de construir no coletivo a idéia do direito democrático de todos à saúde. Entre as principais idéias-força da reforma sanitária, encontra-se:

- reconhecimento da determinação psicológica do processo saúde-doença
- crítica às práticas hegemônicas de saúde
- proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde com foco nas tecnologias duras
- entendimento do processo saúde-doença como uma evolução natural da vida

20) A resolutividade na rede básica está ligada ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também à ação acolhedora, e ao vínculo que se estabelece com o usuário. Entre as ações que contribuem para a BAIXA resolutividade na rede básica encontra-se:

- clínica centrada no ato prescritivo e na produção de procedimentos
- diagnóstico centrado do sintoma
- diagnóstico centrado no especialismo
- clínica centrada na subjetividade

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico

21) O instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica, conforme estabelecido na Política Nacional de Assistência Farmacêutica é:

- Banco de Preços em Saúde (BPS), atualizado periodicamente
- Lista de Medicamentos dos Laboratórios Oficiais
- Lista de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente

22) As esferas de gestão responsáveis pelo financiamento dos medicamentos que fazem parte do Componente Básico da Assistência Farmacêutica são:

- Estados, Distrito Federal e Municípios
- União, Estados, Distrito Federal e Municípios
- União, Estados e Distrito Federal
- Estados e Municípios

23) Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas. A constituição dos grupos obedece aos seguintes critérios gerais:

- a) gravidade da doença, custo total do tratamento, garantia de financiamento pela esfera federal de gestão
- b) complexidade da doença, garantia da integralidade do tratamento, equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão
- c) duração do tratamento ambulatorial da doença, raridade e complexidade da doença, situação de registro do medicamento no Brasil
- d) financiamento pelas três esferas de gestão, integralidade do tratamento, custo e duração do tratamento ambulatorial

24) De acordo com a Portaria GM nº 2417/2010, que trata do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, o Elenco de Referência Nacional (Anexos I e II da Portaria) destina-se a atender aos agravos prevalentes e prioritários na Atenção Básica e é composto por medicamentos:

- a) integrantes da RENAME produzidos por laboratórios oficiais
- b) integrantes da RENAME e por medicamentos fitoterápicos e homeopáticos
- c) integrantes da RENAME com aquisição exclusiva pelos municípios
- d) para doenças e agravos que configuram problemas de saúde pública

25) A Lei 9787 de 10/02/1999, conhecida como Lei dos Genéricos, determina que as prescrições de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, devem conter:

- a) obrigatoriamente a denominação genérica do medicamento pela Denominação Comum Brasileira ou, na sua falta, pela Denominação Comum Internacional
- b) opcionalmente, o nome comercial do medicamento ou a denominação genérica pela Denominação Comum Brasileira ou, na sua falta, pela Denominação Comum Internacional
- c) obrigatoriamente a denominação genérica do medicamento pela Denominação Comum Brasileira, sendo vedada a utilização da Denominação Comum Internacional
- d) obrigatoriamente o nome comercial do medicamento, quando houver decisão expressa de não intercambialidade pelo prescritor

26) A Assistência Farmacêutica apresenta componentes de natureza técnica, científica e

operativa, integrados de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades. As inter-relações sistêmicas dos componentes estão representadas no Ciclo da Assistência Farmacêutica, que é composto por:

- a) seleção, programação, distribuição, aquisição e utilização
- b) seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização
- c) seleção, programação, aquisição, armazenamento e utilização.
- d) aquisição, armazenamento, distribuição e utilização.

27) A seleção de medicamentos é considerada o eixo do Ciclo da Assistência Farmacêutica. Os medicamentos selecionados devem ser aqueles com eficácia e segurança comprovadas, ao menor custo possível, pois são imprescindíveis para o tratamento das doenças prevalentes na população alvo, no âmbito municipal, estadual e nacional. O processo de seleção de medicamentos tem como objetivo primordial proporcionar:

- a) apenas ganhos terapêuticos, pois para isso é necessário um aprimoramento dos recursos humanos e materiais, o que resulta no aumento dos custos do tratamento
- b) ganhos terapêuticos, os quais se referem à promoção do uso racional e à melhoria da resolutividade terapêutica e ainda ganhos econômicos que se referem à racionalização dos custos do tratamento e à otimização dos recursos humanos, materiais e financeiros
- c) apenas ganhos econômicos com a racionalização dos bens e serviços disponibilizados ao paciente
- d) ganhos terapêuticos, com incentivos à hospitalização, pois desta forma o monitoramento do paciente quanto à adesão ao tratamento fica facilitada

28) Segundo o algoritmo de Naranjo **NÃO** representa um critério para avaliação da probabilidade causal de reações adversas a medicamentos a reação que:

- a) desapareceu quando o fármaco suspeito foi descontinuado
- b) desapareceu quando um antagonista específico foi utilizado
- c) reapareceu quando o fármaco foi readministrado
- d) aumenta de intensidade independente da dose de reexposição

29) O efeito indesejado produzido por medicamento, não devido à ação principal, mas

como consequência do efeito terapêutico buscado, é denominado:

- a) colateral
- b) alérgico
- c) secundário
- d) idiossincrásico

30) A programação tem por finalidade que o serviço ou sistema disponha de medicamentos apropriados e previamente selecionados, nas quantidades necessárias e em tempo oportuno. Existem diferentes métodos de programar medicamentos. O método de programação utilizado quando se deseja ofertar um serviço novo à população, onde não se tenha dados históricos de consumo e seja baseada em dados de incidência e prevalência, é:

- a) consumo ajustado
- b) oferta de serviço
- c) perfil epidemiológico
- d) consumo histórico

31) A aquisição de medicamentos no setor público, assim como as demais atividades do Ciclo da Assistência Farmacêutica, é uma das peças que contribuem para o sucesso e a credibilidade dos serviços farmacêuticos. Os processos de compras de bens e serviços no setor público, em suas três esferas de governo, são disciplinados pela Lei Federal nº 8666/93. Dos casos abaixo descritos assinale aquele onde é dispensada a licitação da aquisição de medicamentos nos termos dessa Lei:

- a) compra direta de órgão, ou entidades, que integre a Administração Pública como os laboratórios oficiais
- b) fornecedor cadastrado, necessitando de no mínimo 5 orçamentos
- c) quando é realizada uma concorrência pública onde são entregues dois envelopes: contendo proposta comercial e avaliação da habilitação
- d) quando o fornecedor for cadastrado e em qualquer valor pode ser realizado o pregão

32) Uma característica do sistema de notificações espontâneas em Farmacovigilância:

- a) tem alto custo operacional
- b) enfoca somente os medicamentos de uso hospitalar
- c) permite a detecção de reações adversas raras e desconhecidas
- d) investiga as prescrições de um número selecionado de medicamentos

33) A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica que compreende atitudes, valores

éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-reponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Para que esta prática possa ser realizada, o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica julga importantes alguns componentes essenciais, sendo representados na sua totalidade por:

- a) educação em saúde, orientação e dispensação farmacêutica, atendimento e prescrição farmacêutica de qualquer tipo de medicamentos, e ainda o registro sistemático das atividades para mensuração e avaliação dos resultados
- b) a prescrição farmacêutica seguida de uma dispensação orientada
- c) apenas a educação em saúde, pois esta inclui a promoção do uso racional de medicamentos com devidos registros sistemático das atividades para avaliação dos resultados
- d) educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico, acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico e o registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados

34) Nos Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) a Dose Diária Definida (DDD) é a medida de quantificação de medicamentos recomendada pela Organização Mundial da Saúde. Em relação às propriedades da DDD é correto afirmar:

- a) permite estimar prevalência de enfermidades
- b) é muito útil para expressar o consumo de medicamentos quando as combinações em doses fixas de dois ou mais princípios ativos constituem uma parte importante do consumo
- c) permite fazer comparações entre um período e outro dentro de um mesmo país, sem que os resultados sejam afetados por mudanças de preços ou apresentações
- d) em comparações internacionais não é necessário considerar a estrutura da população dos países comparados

35) O antidepressivo inibidor seletivo da recaptação ("reuptake") da serotonina é:

- a) Desipramina
- b) Doxepina
- c) Fenelzina
- d) Sertralina

36) As interações medicamentosas são objeto de investigação da Farmacovigilância, porque aumentam o risco de aparecimento de efeitos

adversos e podem ser de natureza farmacocinética ou farmacodinâmica. Quanto às interações farmacocinéticas, pode-se dizer que:

- a) interferem na atividade dos fármacos
- b) podem levar ao aumento da resposta desejada por sinergismo
- c) interferem nos processos de absorção, distribuição, metabolismo ou excreção dos fármacos
- d) podem anular ou reduzir o efeito desejado por antagonismo

37) O mecanismo de ação antiviral do Efavirenz é inibir a:

- a) transcriptase reversa do HIV-1
- b) protease do HIV-1
- c) polimerase do HIV-2
- d) adenosina fosfotransferase do HIV-1 e HIV-2

38) Das estatinas é um pró-fármaco a:

- a) Sinvastatina
- b) Atorvastatina
- c) Pravastatina
- d) Fluvastatina

39) O antagonista H₁ que não causa sonolência por atravessar muito pouco a barreira hematoencefálica é:

- a) Clorciclizina
- b) Difenidramina
- c) Ciproptadina
- d) Cetirizina

40) O antihipertensivo que aumenta a atividade da renina plasmática é:

- a) bloqueadores beta-adrenérgicos com atividade simpatomimética intrínseca
- b) inibidores da enzima conversora de angiotensina
- c) bloqueadores beta-adrenérgicos sem atividade simpatomimética intrínseca
- d) simpatolíticos de ação central

41) As incompatibilidades físico-químicas que ocorrem em nutrição parenteral são:

- a) oxidação e fotólise
- b) turbidez e precipitação
- c) complexação e floculação
- d) espuma e descoloração

42) Nas últimas décadas vários fatores concorreram para alterações profundas na prática da Farmácia Hospitalar. Entre eles podemos citar a:

- a) mudança de enfoque dos gestores em saúde sobre o papel do profissional farmacêutico na atualidade
- b) necessidade de racionalização de gastos em saúde devida às características particulares de sistemas de saúde em diversos países e ao envelhecimento da população mundial
- c) carência de profissionais de saúde na composição das equipes multiprofissionais hospitalares
- d) transparência nas atividades sanitárias desenvolvidas a partir da criação das agências de vigilância sanitária

43) A qualidade deve ser inerente às ações de saúde, e o paciente, o centro das atenções e elemento integrador da equipe multiprofissional. Podemos citar como princípio que norteia a melhoria contínua da qualidade em Farmácia Hospitalar o:

- a) atendimento humanizado
- b) estabelecimento de metas acordadas
- c) fornecimento de regras de conduta
- d) desenvolvimento de recursos humanos

44) A seleção de medicamentos é uma das etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica, sendo a base de todo o processo. Como exemplo de requisitos indispensáveis para uma seleção de medicamentos em hospital cita-se o:

- a) estabelecimento de mecanismos de comunicação, mantendo a equipe de saúde orientada sobre as atividades realizadas
- b) apoio do gestor no fornecimento dos recursos materiais necessários aos trabalhos
- c) acesso a fontes de informação técnico-científicas atualizadas para subsidiar a execução dos trabalhos
- d) uso de ferramentas didático-pedagógicas na divulgação, publicação e distribuição do material elaborado

45) Os agentes suspensivos aumentam a viscosidade da fase externa das suspensões aumentando a estabilidade da formulação. Um exemplo de agente suspensivo é a:

- a) poligalactouréia cálcica
- b) silicato coloidal
- c) carboximetilcelulose sódica
- d) poliácridamida de magnésio

46) Para que se tenha uma boa qualidade assistencial na prescrição de antimicrobianos é necessário que o médico prescritor realize a escolha do antimicrobiano baseada no sítio de infecção, no agente causal mais provável e na:

- a) taxa de infestação
 - b) gravidade da infecção
 - c) frequência de ocorrências
 - d) pressão seletiva
-

47) A Portaria MS nº 4283/2010, que trata das ações e serviços de Farmácia no âmbito hospitalar, preconiza um elenco das atividades farmacêuticas que podem ser desenvolvidas, conforme a complexidade do hospital e a disponibilidade de tecnologia e recursos humanos. Entre essas atividades, destacam-se:

- a) aquisição, manipulação, distribuição, registro
 - b) elaboração de normas, armazenamento, distribuição e dispensação
 - c) gerenciamento de tecnologias, distribuição e dispensação, manipulação, cuidado ao paciente
 - d) aquisição, armazenamento, distribuição, manipulação, unitarização e gerenciamento de risco
-

48) Um fármaco, comprado a 90% peso/peso de pureza, apresenta uma densidade de 0,666 g/ml. A posologia é de 300 mg do fármaco por dia administrado na forma de cápsula gelatinosa dura. O fármaco é incompatível com os diluentes para cápsula. Para não utilizar diluente o número da cápsula de escolha e o volume, em ml, que ela comporta são:

- a) 1 - 0,50
 - b) 2 - 0,37
 - c) 3 - 0,30
 - d) 4 - 0,20
-

49) Os antimetabólitos constituem um grupo de agentes antineoplásicos. Um exemplo de agente antimetabólito é a:

- a) citarabina.
 - b) vincristina.
 - c) viclofosfamida.
 - d) paclitaxel.
-

50) A quebra da emulsão em nutrição parenteral é uma instabilidade:

- a) gravitacional.
 - b) física.
 - c) química
 - d) físico-química.
-