

ASSINATURA



**Universidade
de São Paulo**
Brasil



**FUNDAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
PARA O VESTIBULAR**



**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**

**PROCESSO SELETIVO
PARA INÍCIO EM 2019**

1ª FASE: **02/09/2018**

PROFISSÃO 3:
FARMÁCIA

INSTRUÇÕES

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Este caderno compõe-se de 50 questões de múltipla escolha de igual valor: 10 questões de Interpretação de texto; 10 questões de Conhecimentos gerais; 30 questões de Conhecimentos específicos.
3. Em cada questão, assinale a alternativa que você considera correta, preenchendo o círculo correspondente na folha de respostas, utilizando necessariamente caneta esferográfica de tinta azul.
4. Preencha a folha de respostas com cuidado, pois, em caso de rasura, ela não poderá ser substituída e o uso de corretivo não será permitido.
5. Duração da prova: **quatro horas**. Não haverá tempo adicional para transcrição do gabarito para a folha de respostas.
6. É proibido o uso de relógio pessoal. O candidato deve controlar o tempo disponível, com base no relógio fixado à frente da sala e nos avisos do fiscal.
7. Durante a prova, são vedadas a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST e da USP, sendo que as imagens não serão divulgadas nem utilizadas para outras finalidades, nos termos da lei.
9. O candidato poderá retirar-se do prédio a partir das **17h**.
10. Ao final da prova, é obrigatória a devolução deste caderno de questões e da folha de respostas. Poderá ser levado somente o gabarito provisório de respostas.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 04

A judicialização da saúde

5 *A Justiça tornou-se uma das vias, quase naturais, para resolver problemas de acesso a medicamentos, próteses e vagas para internação no SUS e hospitais privados. As demandas judiciais são dirigidas a dois endereços: empresas de planos de saúde e SUS. As tutelas aos planos privados de saúde não são inesperadas e têm sido interpretadas como estratégia de defesa de usuários contra a mesquinha das empresas que os comercializam. Mas a aceitação e a legitimação da intervenção dos magistrados em assuntos do SUS tiveram um*

10 *trajeto acidentado e ainda suscitam tensões. A ingerência direta e frequente de instituições e pessoas situadas fora das linhas de comandos habituais dos serviços de saúde perturba rotinas de trabalho, baseadas no atendimento similar a todos que se encontrem na mesma situação, e não pela prioridade*

15 *imposta de fora. (...)*

(...)

Para tentar proteger seus pacientes, os profissionais da saúde passaram a sugerir a busca da Justiça. Enquanto as vias administrativas são lentas e a burocracia da saúde costuma

20 *mostrar-se insensível às necessidades individuais imediatas, o atendimento nos plantões judiciários é célere. Ainda assim, as ações judiciais direcionadas à ponta dos serviços também não conseguem romper determinadas barreiras assistenciais estruturais. A garantia de ações essenciais à manutenção da*

25 *vida requer suficiência e boa gestão de recursos físicos, humanos e financeiros que não estão disponíveis. A elevação da carga tributária não redundou no incremento de investimentos na saúde pública. O orçamento estimado para o SUS em 2013 restringe os gastos por habitante a R\$ 2,5 por dia. Pagar mais*

30 *impostos e ter serviços públicos de má qualidade estabelece um circuito perverso que desqualifica os fundamentos de justiça e democracia.*

(...)

Ligia Bahia, **O Globo**, 20/01/2014.

01

De acordo com o texto, a judicialização da saúde, entre outros aspectos,

- (A) privilegia o setor privado em detrimento do público.
- (B) altera práticas cotidianas e princípios pré-estabelecidos.
- (C) contraria fundamentos jurídicos e democráticos.
- (D) permite ao profissional da saúde fazer justiça a pacientes.
- (E) depende de recursos físicos, humanos e financeiros.

02

Dos trechos abaixo, o único em que a autora trata do tema da “judicialização da saúde” de forma neutra e objetiva é:

- (A) “contra a mesquinha das empresas” (L. 7).
- (B) “perturba rotinas de trabalho” (L. 12-13).
- (C) “restringe os gastos por habitante” (L. 29).
- (D) “ter serviços públicos de má qualidade” (L. 30).
- (E) “estabelece um circuito perverso” (L. 30-31).

03

Tendo em vista o contexto, no lugar de "Ainda assim" (L. 21), o mais adequado seria utilizar a expressão

- (A) Apesar disso.
- (B) Então.
- (C) Senão.
- (D) Não obstante.
- (E) Além disso.

04

Considerando-se as relações de sentido estabelecidas no texto, constituem exemplo de argumento baseado em oposição de ideias os termos

- (A) "naturais" (L. 1) e "judiciais" (L. 4).
- (B) "estratégia" (L. 6) e "ingerência" (L. 10).
- (C) "aceitação" (L. 8) e "intervenção" (L. 9).
- (D) "lentas" (L. 19) e "célere" (L. 21).
- (E) "elevação" (L. 26) e "incremento" (L. 27).

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 05 A 07

A saúde entre dois mundos

5 *No Rio de Janeiro do século XIX, os médicos, cirurgiões e boticários eram em sua maioria brancos e pertenciam a classes sociais mais abonadas. Já os sangradores, curandeiros, parteiras e amas de leite eram quase sempre escravos, libertos e pessoas livres empobrecidas, entre elas imigrantes e africanos livres. Era essa população desfavorecida que tratava dos problemas de saúde mais urgentes de quem precisava, não importava se ricos ou pobres. Os sangradores ofereciam seus serviços pelas ruas e praças das cidades e em lojas de barbeiros, enquanto as parteiras trabalhavam em ambientes domésticos, cuidando de questões relacionadas não apenas ao parto, mas também a abortos e doenças genitais.*

10 *Entre 1808 e 1828, a Fisicatura-mor, órgão criado pelo governo central e sediado no Rio de Janeiro, fiscalizava e regulamentava as “artes de cura”, incluindo tanto as atividades praticadas por médicos como aquelas desenvolvidas por pessoas sem formação acadêmica. O órgão estabelecia que os médicos deveriam diagnosticar e tratar de doenças internas do corpo, enquanto cirurgiões se ocupavam de moléstias externas.*

20 *Já os boticários manipulavam os medicamentos receitados por médicos e cirurgiões. “Oficialmente, sangradores e parteiras deveriam lidar com casos simples de doença e fazer apenas o que médicos ou cirurgiões mandassem. Porém, a população recorria a eles porque partilhava de suas concepções de doença e saúde”, observa a historiadora Tânia Salgado Pimenta.*

25 *O cenário acima é descrito em Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil (Outras Letras, 2016), organizado por Tânia Pimenta e pelo historiador Flávio Gomes. No livro, eles apresentam os resultados do projeto de pesquisa realizado na Fiocruz entre 2013 e 2016. Os estudos indicam que ofícios centrais à saúde da sociedade brasileira naquele momento eram desempenhados por escravos e libertos, numa época em que a medicina acadêmica disputava espaço com as práticas populares de cura.*

Christina Queiroz, **Pesquisa FAPESP**, Novembro de 2017. Adaptado.

05

O emprego, no título, da expressão "dois mundos" justifica-se, de modo mais evidente, pela oposição verificada no texto entre

- (A) "ricos" e "pobres".
- (B) "brancos" e "negros".
- (C) "cirurgiões" e "boticários".
- (D) "médicos" e "curandeiros".
- (E) "sangradores" e "parteiras".

06

Deduz-se do texto que o fato de a população valer-se dos serviços de saúde prestados pelos mais desfavorecidos decorria, principalmente,

- (A) da localização em que os serviços eram prestados.
- (B) do pertencimento ao mesmo tipo de classe social.
- (C) da maneira de ver e compreender as enfermidades.
- (D) da fiscalização e regulamentação pela Fisicatura-mor.
- (E) da formação acadêmica e conhecimento que possuíam.

07

O grupo que mais se distanciava das "artes de cura" (L. 15), de seus praticantes e dos tipos de doenças tratadas era o dos

- (A) sangradores.
- (B) médicos.
- (C) cirurgiões.
- (D) boticários.
- (E) curandeiros.

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 08 A 10

Cuidar da dor e do sofrimento humano

O povo fala aos cântaros metaforicamente da realidade do sofrimento. Ouvimos com frequência as pessoas dizerem: “dói o meu coração”, “dói minha alma”. Sim, estas são expressões metafóricas de um sofrimento da pessoa. O corpo não sofre, não sente dor, quem sente dor é a pessoa. A diferença entre dor e sofrimento tem um grande significado quando temos que lidar com pacientes terminais. O enfrentamento da dor exige medicamentos analgésicos, está mais ligado aos circuitos neurofisiológicos do corpo humano, enquanto que o sofrimento solicita significado e sentido, e liga-se ao todo da pessoa. A dor sem explicação geralmente se transforma em sofrimento. O sofrimento é uma experiência humana profundamente complexa que intervém na identidade e na subjetividade da pessoa bem como nos valores socioculturais e religiosos. Um dos principais perigos em negligenciar esta distinção é a tendência de os tratamentos se concentrarem somente nos sintomas e dores físicas, como se somente estes fossem a única fonte de angústias e sofrimentos para o paciente. É a tendência de reduzir o sofrimento a um simples fenômeno físico que pode ser dominado por meios técnicos. Esta tendência nos permite implementar tratamentos agressivos, na crença de que enquanto o tratamento protege os pacientes da dor física, ele protege de todos os outros aspectos também. A continuação de tais cuidados pode simplesmente impor mais sofrimentos para o paciente terminal.

O sofrimento tem que ser cuidado em quatro dimensões fundamentais: a) dimensão física. No nível físico, a dor funciona como um claro alarme de que algo não está bem no funcionamento normal do corpo. b) dimensão psíquica. Surge constantemente no enfrentar a inevitabilidade da morte. Perdem-se as esperanças e sonhos, com a necessidade de redefinir o mundo que está para deixar. c) dimensão social. É a dor do isolamento, que surge do ser obrigado a redefinir relacionamentos e necessidade de comunicação. d) dimensão espiritual. Surge da perda do sentido, objetivo de vida e esperança. Todos necessitam de um horizonte de sentido — uma razão para viver e uma razão para morrer. Em pesquisas recentes nos EUA descobriu-se que o aconselhamento sobre questões espirituais está entre as três necessidades mais solicitadas pelos doentes terminais e familiares. O cultivo desta perspectiva holística é fundamental para garantir dignidade de cuidados e sentido neste momento preciso de vida, em que teremos que aprender a viver e aprender com elegância a dizer “adeus”, como uma expressão de amor e respeito pela pessoa!

Profa. Dra. Maria Isabel Strong, **Bioética: uma diversidade temática.**
Adaptado.

08

Deduz-se corretamente do texto que

- (A) a expressão "fala aos cântaros" (L. 1) evidencia que o povo evita falar do sofrimento.
- (B) a dor e o sofrimento, embora com diferenças, podem ser tratados com analgésicos.
- (C) a dor é um sentimento que varia de pessoa para pessoa quando sem explicação e sem sentido.
- (D) o sofrimento pode ser reduzido por meio de procedimentos técnicos avançados.
- (E) o cuidado da dor e do sofrimento abrange uma esfera medicinal e outra mais humana.

09

Segundo o texto, a “perspectiva holística” (L. 41) deve

- (A) priorizar a dimensão espiritual, em detrimento da dimensão física.
- (B) considerar a dimensão espiritual sem desprezar as demais.
- (C) compensar o isolamento causado na dimensão social.
- (D) substituir a dimensão psicológica pela espiritual.
- (E) cuidar do sofrimento antes de enfrentar a inevitabilidade da morte.

10

Os termos "dor" e "sofrimento", segundo o texto, equivalem, respectivamente, aos seguintes aspectos:

- (A) físico e psíquico.
- (B) reação e percepção.
- (C) sentimento e compreensão.
- (D) realidade e ilusão.
- (E) emoção e sensação.

CONHECIMENTOS GERAIS

11

Clínica Ampliada **NÃO** consiste em

- (A) assumir um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular.
- (B) assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde.
- (C) buscar ajuda em outros setores, aos quais se dá o nome de intersectorialidade.
- (D) utilizar a psicologia e a fisiologia para promover a cura.
- (E) assumir um compromisso ético profundo com o usuário do serviço.

12

Dentre os conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente, o único **NÃO** adequado é:

- (A) Segurança do paciente: reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- (B) Risco: probabilidade de ocorrer um incidente.
- (C) Circunstância Notificável: incidente que resulta em dano ao paciente.
- (D) Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
- (E) Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente.

13

Considere as seguintes características de um sistema de notificação de incidentes relativo à segurança do paciente para que ele seja efetivo:

- I. não punitivo e confidencial;
- II. com capacidade de identificar o tipo de incidente e quem cometeu;
- III. independente e seus dados analisados por organizações;
- IV. baseado em dados georeferenciados;
- V. com respostas oportunas para os usuários e orientado para soluções dos problemas notificados.

Estão corretas as características indicadas em

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

14

Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral, denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Esse texto refere-se à definição de

- (A) Comissões Intergestores Bipartites (CIB).
- (B) Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- (C) Colegiados de Gestão Regional.
- (D) Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.
- (E) Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP).

15

Considere as seguintes afirmações relacionadas ao SUS:

Segundo o Art. 17, da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, à direção ESTADUAL do Sistema Único de Saúde (SUS) compete

- I. promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II. acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III. prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância da alimentação e nutrição e vigilância da saúde do trabalhador.

Está correto o que se afirma em

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

16

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, **NÃO** são considerados princípios do SUS (Sistema Único de Saúde):

- (A) universalidade de acesso e integralidade de assistência.
- (B) igualdade na assistência e preservação da autonomia.
- (C) participação da comunidade e direito a informação.
- (D) segmentação e focalização aos mais necessitados.
- (E) utilização da epidemiologia e estabelecimento de prioridades.

17

Com relação às redes de atenção à saúde no SUS, conforme definidas pelo Decreto 7508 de 2011, é correto afirmar que elas

- (A) estarão compreendidas no âmbito de uma região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores.
- (B) tem como única porta de entrada a atenção primária em saúde e são pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite.
- (C) incluem obrigatoriamente a população indígena nas pactuações de âmbito municipal, independentemente de suas especificidades.
- (D) organizam apenas as ações da atenção especializada e hospitalar pelo Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde com a finalidade de planejar as ações de cada serviço.
- (E) são espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes e delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais.

18

As diretrizes para a organização de redes de atenção definidas na Portaria 4279 de 2010 consideram que

- (A) a economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo aumentam, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades.
- (B) o acesso pode ser analisado através da disponibilidade, da comodidade e da aceitabilidade do serviço pelos usuários.
- (C) a qualidade na atenção em saúde compreende três dimensões: eficácia, efetividade e integração horizontal e vertical.
- (D) a suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade para atender às prioridades de saúde da população, garantindo a segurança do paciente.
- (E) uma atenção primária de qualidade estrutura-se segundo três atributos: primeiro contato, longitudinalidade e eficiência.

19

Considere as seguintes diretrizes relativas aos NASFs - AB (Núcleo de apoio à Saúde da Família), conforme descritas na atual PNAB (Política Nacional de Atenção Básica):

- I. Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde.
- II. A definição das categorias profissionais cabe ao gestor federal, considerando o financiamento e o número de profissionais disponíveis em cada território.
- III. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica a que está vinculada.
- IV. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente e intervenções no território.
- V. Os NASF-AB se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, mas não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

Estão corretas as diretrizes

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

20

A Política Nacional de Humanização (PNH) procura pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, construindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Dentre as diretrizes da PNH, **NÃO** se inclui o (a)

- (A) Clínica ampliada.
- (B) Acolhimento.
- (C) Priorização do trabalhador.
- (D) Defesa dos direitos do usuário.
- (E) Fomento das grupalidades.

FARMÁCIA

21

Um serviço de farmácia possui, na lista de padronização de medicamentos, solução de cloreto de sódio a 0,9% e cloreto de sódio a 20%. Em algumas situações, é necessário preparar 10 mL de solução de cloreto de sódio a 3% para atender a uma determinada prescrição médica.

Qual o volume, em mL, da solução de cloreto de sódio a 0,9% e de cloreto de sódio a 20%, respectivamente, para se obter o que foi prescrito?

- (A) 1 e 9.
- (B) 6,9 e 3,1.
- (C) 7,9 e 2,1.
- (D) 8,9 e 1,1.
- (E) 9 e 1.

22

Examine a seguinte prescrição:

Dexmedetomidina 200 mcg
 Solução fisiológica qsp 48 mL

Dados:
 Velocidade de infusão da solução: 1,5 mL/h
 Apresentação da ampola dexmedetomidina: 200 mcg/2 mL
 Prime do equipo: 13 mL
 Peso do paciente: 6 kg

Legenda:
 qsp: quantidade suficiente para
 Prime: volume do equipo que não será administrado no paciente mas que deve ser preenchido com a solução acima

A velocidade de infusão, em mcg/kg/h, de dexmedetomidina e a quantidade de ampolas necessárias para atender a essa prescrição, para um período de 24 horas, são, respectivamente,

- (A) 1,04 e 1.
- (B) 1,04 e 2.
- (C) 1,14 e 2.
- (D) 1,40 e 1.
- (E) 1,40 e 2.

23

Foi prescrito para uma criança cloreto de cálcio (CaCl₂) injetável. Segundo a literatura consultada, deve-se infundir 0,6 a 1,2 mEq do elemento cálcio / kg massa corpórea em 1 hora. Na lista de medicamentos da Farmácia, consta a ampola de CaCl₂ di-hidratado em solução a 10%.

Dados:
 massas atômicas: cálcio = 40, cloreto = 35,5, hidrogênio = 1, oxigênio = 16

Para uma criança de 7,5 kg de massa corpórea, o intervalo, em mL de CaCl₂ di-hidratado, a ser infundida em 1 hora, será:

- (A) 1,45 a 2,90.
- (B) 2,14 a 4,28.
- (C) 2,63 a 4,23.
- (D) 3,31 a 6,62.
- (E) 26,3 a 75,3.

24

Em hospital, o farmacêutico deve conferir prescrições de nutrição parenteral. Para um recém-nascido, massa corporal de 1,3 kg, estimaram-se as necessidades diárias de:

3,5 g /kg/dia de proteínas;
 3,5 g /kg/dia de lipídeos;
 120 kcal/kg/dia, que devem ser fornecidos por solução de carboidrato.

Esta emulsão será manipulada em uma única bolsa, que será infundida em 24 horas. As soluções disponíveis em estoque para a manipulação são:

solução de aminoácidos a 10%;
 solução lipídica a 20%;
 solução glicosada a 50%.

Dado: 1 g de glicose fornece 3,4 kcal.

A prescrição correta a ser manipulada para este neonato, com as soluções em estoque acima descritas, é:

_____ mL de solução de aminoácidos a 10%; _____ mL de solução de lipídeos; _____ mL de solução glicosada a 50%.

As lacunas devem ser preenchidas, respectivamente, por:

- (A) 4,5; 270,75; 85,76.
- (B) 9,5; 2,75; 8,76.
- (C) 45,5; 22,75; 91,76.
- (D) 40,5; 20,75; 90,76.
- (E) 450; 270,75; 85,76.

25

Um técnico de farmácia tentou dividir em duas partes iguais um comprimido não sulcado de 20 mg de enalapril, o qual resultou em duas partes com diferença de 2,5 mg entre elas.

Considerando que o comprimido possui o fármaco de forma uniforme, a quantidade de fármaco em cada parte do comprimido foi de

- (A) 10,25 mg em uma e 9,75 mg em outra.
- (B) 11 mg em uma e 9 mg em outra.
- (C) 11,25 mg em uma e 8,75 mg em outra.
- (D) 12,25 mg em uma e 7,75 mg em outra.
- (E) 15 mg em uma e 5 mg em outra.

26

Sabendo-se que o conta-gotas libera 12 gotas/mL, quantas gotas serão necessárias para prover a dose de 2,5 mg de um fármaco a 0,5% (p/V)?

- (A) 6
- (B) 7
- (C) 9,5
- (D) 60
- (E) 70

27

Um adesivo transdérmico contendo 7 mg de nicotina libera 200 mcg/hora de nicotina. O paciente deve trocar este adesivo a cada 24 horas.

A quantidade de nicotina, em mg, que permanece no adesivo após 24 horas e a porcentagem do fármaco liberado são, respectivamente,

- (A) 2,2 e 68,6.
- (B) 4,8 e 31,4.
- (C) 8,4 e 100.
- (D) 20,0 e 72.
- (E) 40,0 e 70.

28

Um ajuste no intervalo de dosagem foi realizado na administração endovenosa de vancomicina em um grupo de 25 pacientes após introdução de protocolo de utilização deste antibiótico. O número de doses por paciente, por dia de tratamento, foi reduzido de uma média de 3,33 para 2,51 sem prejuízos farmacoterapêuticos. Se o preço de cada dose de vancomicina era de R\$ 125,00, a redução diária de custos para o hospital foi de

- (A) R\$ 2.452,35
- (B) R\$ 2.562,50
- (C) R\$ 2.665,50
- (D) R\$ 3.656,50
- (E) R\$ 4.062,50

29

Nos serviços de Farmácia Hospitalar, deve-se ter no arsenal farmacoterapêutico antídotos para serem utilizados em casos de intoxicações.

Relacione o antídoto com o agente tóxico.

Antídoto	Agente causador da intoxicação
1. Acetilcisteína	a. Opioide
2. Atropina	b. Metanol
3. Deferoxamina	c. Paracetamol
4. Etanol	d. Inseticida anticolinesterase
5. Flumazenila	e. Benzodiazepínicos
6. Naloxona	f. Ferro

A relação correta é:

	1	2	3	4	5	6
(A)	c	a	b	f	d	e
(B)	b	d	c	a	f	e
(C)	a	b	c	d	e	f
(D)	f	e	d	c	b	a
(E)	c	d	f	b	e	a

30

Relacione o fármaco com a classe terapêutica.

Fármaco	Classe terapêutica
1. Vancomicina	a. Anti-hipertensivo
2. Metformina	b. Anti-inflamatório
3. Quetiapina	c. Antibiótico
4. Prednisonal	d. Hipoglicemiante
5. Lamivudina	e. Antirretroviral
6. Propranolol	f. Antipsicótico

A relação correta é:

	1	2	3	4	5	6
(A)	a	b	c	d	e	f
(B)	b	d	c	a	f	e
(C)	c	d	f	b	e	a
(D)	c	a	b	f	d	e
(E)	f	e	d	c	b	a

31

Homem de 52 anos de idade, após consulta com endocrinologista devido ao diabetes tipo 2, diagnosticado há cerca de 4 anos.

Dados do exame físico: altura = 1,70 m; IMC = 26,8 kg/m² ; circunferência abdominal (CA) = 98 cm; pressão arterial (PA) = 120 x 80 mmHg.

Exames laboratoriais: glicemia de jejum = 140 mg/dL; HbA1c = 8,2% (VR: 4,8-5,9); creatinina = 0,8 mg/dL (VR: 0,7-1,3); ureia = 32,6 mg/dL (VR:15-40); colesterol total = 220 mg/dL; HDL-c = 44 mg/dL; LDL-c = 120 mg/dL; triglicerídeos = 280 mg/dL; ácido úrico = 7,0 mg/dL (VR: 2,5-7); TGO = 92 U/L (VR: até 37); TGP = 108 U/L (VR: até 41).

A alternativa que contém medicamentos em uso por este paciente é:

- (A) Glibenclamida (10 mg/dia, duas vezes ao dia); captopril (75 mg 1 vez ao dia).
- (B) Metformina (850 mg 2 x ao dia); allopurinol (300mg 1 x ao dia).
- (C) Insulina Asparte ao deitar; hidroclorotiazida (25 mg 1 x ao dia).
- (D) Metformina (850 mg 2 x ao dia); gliclazida MR (30 mg 1 x ao dia).
- (E) Glibenclamida (5mg 1 x ao dia); clortalidona (12,5 mg 1 x ao dia).

32

Os corticosteroides sistêmicos apresentam ações anti-inflamatórias e imunossupressoras, mas também causam várias reações adversas.

A alternativa que contém apenas reações adversas causadas por corticosteroides é:

- (A) ototoxicidade e redução na retenção de sais.
- (B) urticária e disfunção erétil.
- (C) artrite reumatoide e aumento de massa muscular.
- (D) doença de Crohn e artrite gotosa aguda.
- (E) osteoporose e síndrome de Cushing.

33

O tromboembolismo venoso (TEV) gera a indicação para anticoagulação a longo prazo. Os fármacos indicados para este fim têm numerosas limitações, janela terapêutica estreita e uma considerável variabilidade, na relação entre a dose administrada e o respectivo efeito anticoagulante, sendo que alguns exigem uma monitorização regular da coagulação, através da determinação da Razão Normalizada Internacional (RNI ou INR), e o correspondente ajuste na dose.

Com base nessas informações, é correto afirmar:

- (A) A varfarina é fármaco de escolha porque a monitorização do INR é feita pelo próprio paciente e não há riscos de complicações, como hemorragias.
- (B) A hipertensão arterial sistêmica é indicação para o uso de varfarina, devido à segurança no controle do risco de TEV.
- (C) A utilização da heparina de baixo peso molecular (HBPM) na profilaxia do TEV justifica-se por ter uma posologia cômoda e não necessitar de controle da coagulação.
- (D) Há um grupo de enfermidades para o qual não se justifica a profilaxia para TEV, como doença inflamatória intestinal, insuficiência respiratória e síndrome nefrótica.
- (E) O uso de profilaxia mecânica, como compressão pneumática intermitente e Bomba venosa plantar, substitui totalmente a necessidade da profilaxia farmacológica de TEV.

34

A insulina possui vários tipos de ação farmacológica, que podem ser classificados como de ação rápida, ultrarrápida, intermediária e longa.

Considerando os tipos de insulina, a alternativa que descreve sequencialmente uma insulina de ação ultrarrápida, de ação rápida, de ação intermediária e de ação longa é:

- (A) Glulisina, Asparte, Regular e Glargina.
- (B) Asparte, Regular, Protamina neutra de Hagedorn (NPH) e Glargina.
- (C) Glulisina, Asparte, Regular e NPH.
- (D) Glusilina, Protamina neutra de Hagedorn, Regular e Glargina.
- (E) Asparte, Glulisina, Protamina neutra de Hagedorn e Glargina.

35

O farmacêutico pode desempenhar um papel fundamental no processo de controle da asma, por meio de programas educacionais voltados para a prevenção e para o tratamento dessa doença.

Sobre a doença e seu manejo, é correto afirmar:

- (A) Salbutamol é um agente de ação curta e rápida, mas, quando disponível na apresentação de dispositivo inalatório, tem ação controlada, devendo ser utilizado um *puff* à noite; deve ser lavado com água corrente e sabão neutro após o uso.
- (B) Aerossóis dosimetrados são portáteis, liberam doses precisas, mas têm como desvantagem um intenso sabor residual, que dificulta a adesão ao tratamento, não sendo utilizados no tratamento de crianças com idade inferior a 12 anos.
- (C) Os inaladores de pó seco (IPS), como turbóhaler, aerolizer e diskus, apresentam contadores de dose e liberam doses constantes, que devem ser aspiradas, puxando o ar pela boca; devem ser lavados com água corrente após o uso.
- (D) O formoterol di-hidratado agonista seletivo beta2-adrenérgico de longa duração e a budesonida, glicocorticoide têm capacidade de suprimir a inflamação. Essa associação apresenta efeitos benéficos no tratamento da asma.
- (E) Na técnica do dispositivo para aspiração, deverá ser realizada a respiração nasal e expiração dentro do dispositivo, em uma velocidade rápida, inferior a 3 segundos e cabeça fletida em ângulo inferior a 90°, para garantir que não haverá perda de princípio ativo durante o uso.

36

Para o tratamento da HIV/AIDS, a tendência mundial é o início precoce da terapia antirretroviral (TARV), com intervenções combinadas para o controle da doença.

Sobre prevenção e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS, é correto afirmar:

- (A) Tenofovir, lamivudina, dolutegravir, esquema para início de tratamento, pode ser classificado como uma intervenção biomédica, uma vez que é sabido que a carga viral indetectável tem redução da transmissão em mais de 90%.
- (B) Em pacientes em uso de TARV, o foco do monitoramento laboratorial não deve ser a carga viral mas detectar precocemente a ocorrência de infecções secundárias e outras comorbidades.
- (C) Existe a necessidade da adoção de medidas preventivas e rastreamento adequado para a diminuição da incidência e diagnóstico precoce de neoplasias, com exames específicos e diferentes daqueles que são efetuados para a população geral.
- (D) A associação de tenofovir com lamivudina (TDF/3TC) além de ser disponível em coformulação e permitir tomada única diária, apresenta um perfil desfavorável em termos de toxicidade hematológica, lipoatrofia, sendo preferível o uso AZT.
- (E) Considera-se como adesão suficiente a tomada de medicamentos com uma frequência de, pelo menos, 50% para alcançar a supressão viral e sua manutenção. Ressalta-se que a má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica.

37

O tratamento farmacológico da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) constitui um dos principais pilares para o manejo da doença, associado ao incentivo à atividade física, cessação do tabagismo, reabilitação pulmonar e vacinação para prevenção de infecções virais e pneumonia.

Considerando-se essas informações, é correto afirmar:

- (A) A escolha do tratamento mais apropriado não leva em consideração a intensidade dos sintomas, uma vez que o uso de fenoterol e de salbutamol é eficaz e interrompe a evolução do curso da doença.
- (B) A combinação de um β 2-agonista de longa duração (LABA) e um anticolinérgico de longa duração (LAMA) é benéfica no tratamento da DPOC.
- (C) Os LAMA, também chamados de agentes muscarínicos, incluem o tiotrópio, anlodipino e losartano e o brometo de glicopirrônio.
- (D) Os LABA disponíveis atualmente são o salmeterol, o flumazenil, a fisostigmina, a ceftazidina e o vilanterol.
- (E) Os sintomas da DPOC incluem tosse crônica sem produção de secreção, apenas pela manhã, e dispnéia com piora do quadro obstrutivo; ocorre apenas eventualmente durante o repouso.

38

Considere estas descrições:

- I. É um antagonista do receptor histamínico H₂ dotado de alta seletividade e rápido início de ação. Inibe a secreção basal e estimula a secreção de ácido gástrico, reduzindo tanto o volume quanto o conteúdo de ácido e de pepsina da secreção.
- II. Reduz a secreção ácida gástrica por meio da inibição específica da enzima H⁺ / K⁺ -ATPase (“bomba de prótons”) nas células parietais, e inibe a etapa final da formação de ácido no estômago, atuando exclusivamente nas células parietais, não possuindo ação sobre receptores de acetilcolina e histamina.

As descrições se referem, respectivamente, a:

- (A) ranitidina e bromoprida.
- (B) bisacodil e lactulose.
- (C) bromoprida e ranitidina.
- (D) bromoprida e omeprazol.
- (E) ranitidina e omeprazol.

39

Sobre hipertensão arterial sistêmica, é correto afirmar:

- (A) O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos relaciona-se inicialmente aos seus efeitos diurético e natriurético, com diminuição do volume extracelular, como hidroclorotiazida e losartana.
- (B) Os betabloqueadores possuem, como mecanismo anti-hipertensivo, a diminuição inicial do débito cardíaco, redução da secreção de renina, readaptação dos barorreceptores e são exemplos de betabloqueadores valsartana e captopril.
- (C) Os bloqueadores de canais de cálcio apresentam ação anti-hipertensiva decorrente da redução da resistência vascular periférica por diminuição da concentração de cálcio nas células musculares lisas vasculares; são exemplos dessa classe diltiazem e amilorida.
- (D) Inibidores da ECA agem fundamentalmente pela inibição da ECA, bloqueando a transformação da angiotensina I em II no sangue e nos tecidos, sendo representantes dessa classe enalapril e captopril.
- (E) Vasodilatadores diretos atuam sobre a musculatura da parede vascular, promovendo relaxamento muscular com consequente vasodilatação e redução da resistência vascular periférica, sendo exemplos dessa classe minoxidil e carvedilol.

40

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RASs) possui cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção primária à Saúde; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança.

Considerando-se esses componentes, é correto afirmar:

- (A) A atenção primária à saúde é responsável pela intercomunicação e coordenação de fluxos e contrafluxos do sistema de saúde, sendo desta forma a responsável pela gestão dos pontos de atenção secundários e terciários da saúde.
- (B) Os pontos de atenção secundária e terciária são nós das RASs em que se ofertam determinados serviços especializados, que se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária.
- (C) Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das RASs para serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, e sistemas de informação em saúde, localizados no mesmo espaço geográfico para o atendimento de toda a rede.
- (D) O sistema de assistência farmacêutica envolve o grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, sendo responsável por todos os sistemas logísticos das RASs.
- (E) A governança das RASs é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais que podem ser destinados ao apoio da atenção terciária.

41

Considere as seguintes afirmações relacionadas à dose adequada de fármacos:

- I. A dose adequada de fármacos para os pacientes pediátricos depende de vários fatores, entre os quais, a idade, o peso, o estado geral de saúde, a condição de funções biológicas, como a respiração e a circulação, bem como a fase de desenvolvimento dos sistemas corporais responsáveis pelo metabolismo e eliminação de fármacos.
- II.- As doses dos fármacos utilizados em pediatria e neonatologia apenas podem ser encontradas na bula de cada produto.
- III. A utilização de dados farmacocinéticos, juntamente com as características próprias de cada paciente, oferecem um método racional para os cálculos de dose de fármacos em pediatria.

Está correto apenas o que se afirma em

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

42

Os serviços farmacêuticos de classe I são considerados fundamentais na implantação de qualquer programa de farmácia clínica e não estabelecem foco em nenhum paciente em particular. Os serviços farmacêuticos de classe II são categorizados com base no seu papel na comunicação com o paciente, ou seja, incluem atividades em que é necessária a interação com o paciente. Já os serviços farmacêuticos de classe III incluem serviços mais formais e estruturados, com foco em grupos específicos de pacientes ou em classes de fármacos.

Tendo em vista essas informações, são considerados serviços farmacêuticos clínicos das classes I, II e III, respectivamente:

- (A) monitorização de erros de medicação; obtenção de histórico medicamentoso do paciente; pesquisa clínica.
- (B) monitorização de erros de medicação; comissão de Farmácia e Terapêutica; pesquisa clínica.
- (C) monitorização de erros de medicação; sistema de registros de reações adversas; aconselhamento de alta.
- (D) monitorização de erros de medicação; obtenção de histórico medicamentoso do paciente; aconselhamento de alta.
- (E) monitorização de erros de medicação; obtenção de histórico medicamentoso do paciente; sistema de registros de reações adversas.

43

Os fatores capazes de modificar a resposta de fármacos promovem variação nas respostas individuais e podem ser dependentes do meio ambiente, do próprio fármaco ou formulação e do paciente.

Constituem exemplos de fatores dependentes do meio ambiente, do fármaco ou da formulação e do paciente, nesta ordem, respectivamente:

- (A) ação da luz, dose e variação racial.
- (B) ação da luz, propriedades físico-químicas e estabilidade.
- (C) temperatura, variações sazonais e dieta.
- (D) temperatura, dieta e solubilidade.
- (E) temperatura, dieta e idade.

44

Considere as afirmações a seguir em relação à farmacoterapia da dor:

- I. A analgesia, na dor aguda leve a moderada, deve ser iniciada com analgésicos eficazes e com poucos efeitos adversos. Para tanto, podem ser utilizados fármacos como o paracetamol, ácido acetilsalicílico e outros anti-inflamatórios não esteroidais.
- II. O fármaco tramadol possui dois mecanismos de ação: ligação aos receptores opioides mu e inibição da recaptura da norepinefrina e da serotonina. É indicado no tratamento da dor moderada.
- III. A combinação de analgésicos orais opioides e não opioides, geralmente, produz efeito analgésico superior ao obtido pelo emprego de cada agente isoladamente.
- IV. São efeitos adversos comuns aos fármacos opioides: sonolência, depressão respiratória, diminuição da motilidade gastrointestinal, liberação histamínica, tolerância e dependência.
- V.- As doses dos anti-inflamatórios devem ser individualizadas, dando-se preferência à via oral pela comodidade.

Está correto o que se afirma em

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

45

Considere as afirmações a seguir:

- I. A pesquisa em farmacoeconomia é um processo que visa identificar, mensurar e comparar os custos, riscos e benefícios de programas, serviços, ou terapias e determinar qual ou quais alternativas produzem o melhor resultado de acordo com o investimento.
- II. A análise de custo x benefício é um método que permite a identificação, a mensuração e a comparação dos benefícios e dos custos de uma alternativa terapêutica. A análise é expressa por uma razão de custo-benefício.
- III. A análise de minimização de custos envolve a determinação da alternativa de menor custo, comparada a duas ou mais alternativas terapêuticas presumidas ou determinadas como equivalentes.

Está correto o que se afirma em:

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

46

A Comissão de Farmácia e Terapêutica de determinado hospital deseja determinar a alternativa terapêutica mais econômica entre três fármacos considerados equivalentes terapêuticos. A alternativa mais econômica, por dia de tratamento, será incorporada ao formulário da instituição.

Desconsiderando qualquer material para administração, tempo de administração e custos com pessoal, calcule e indique qual entre as alternativas a seguir é a mais econômica, por dia de tratamento para um paciente.

- I. Fármaco A: Ampola com 5 mL, concentração 0,5 mg/mL; dose preconizada 1 mL q6h; custo R\$ 15,00/ampola.
- II. Fármaco B: Ampola com 10 mL, concentração 1 mg/mL; dose preconizada de 0,75 mL q8h; custo R\$ 60,00/ ampola.
- III. Fármaco C: Ampola com 1 mL, concentração 1,5 mg/mL; dose preconizada 1 mL q12h; custo R\$ 20,00/ ampola.

A mais econômica é:

- (A) Fármaco A R\$ 12,00/dia/paciente.
- (B) Fármaco A R\$ 15,00/dia/paciente.
- (C) Fármaco B R\$ 12,00/dia/paciente.
- (D) Fármaco B R\$ 13,50/dia/paciente.
- (E) Fármaco C R\$ 20,00/dia/paciente.

47

Considere as afirmações a seguir:

- I. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente. Mais de 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover uso racional de medicamentos.
- II. O uso incorreto de medicamentos deve-se comumente a: polifarmácia, prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inapropriada e desmedido arsenal terapêutico disponibilizado comercialmente.
- III. Medicamentos racionalmente selecionados e usados propiciam benefícios individuais, institucionais e nacionais.
- IV. O uso racional de medicamentos pode ser definido como o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas, bem como o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

Está correto o que se afirma em

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

48

São exemplos de mecanismos de interações farmacocinéticas, nas fases de absorção, distribuição, biotransformação e excreção, nesta ordem, respectivamente:

- (A) alteração na motilidade intestinal, quelação, inibição enzimática pela isoniazida, alteração do pH urinário.
- (B) alteração do pH gastrointestinal; competição ligada a proteínas plasmáticas, indução enzimática por barbitúricos e alteração no pH urinário.
- (C) má absorção causada por fármacos, quelação, adsorção, alteração na secreção tubular renal.
- (D) alteração do pH gastrointestinal, quelação, inibição enzimática pela isoniazida, alteração do pH urinário.
- (E) alteração na motilidade intestinal, quelação, inibição enzimática pela isoniazida, alteração do fluxo sanguíneo renal.

49

Considere as afirmações a seguir.

- I. A OMS define RAM como resposta a um medicamento que é nociva, não intencional e que ocorre em doses normalmente usadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapêutica ou para modificação de função fisiológica.
- II. Não se incluem entre as reações adversas as overdoses (acidentais ou intencionais).
- III. As RAM elevam os custos para os sistemas de saúde.

Está correto o que se afirma em:

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

50

Considere as afirmações a seguir sobre a classificação de RAM, segundo Rawlins e Thomas.

- I. Reações adversas do tipo A são geralmente caracterizadas por efeito aumentado de uma ação do fármaco, previsível a partir da ação farmacológica. Esse tipo de reação tem alta incidência, mecanismo conhecido e não traz ameaças a vida. Seu manejo consiste no ajuste da dose. Como exemplo, pode-se citar a hemorragia por varfarina.
- II. Reações adversas do tipo B são inesperadas e não são, com facilidade, farmacologicamente previsíveis. Esse tipo de reação tem baixa incidência, mas frequentemente associada a risco de morte. São mediadas por mecanismo imunológico e seu manejo consiste na suspensão do medicamento e tratamento de suporte. Como exemplo, pode-se citar hipoglicemia induzida por antidiabéticos orais.
- III. Os efeitos secundários promovidos por adjuvantes farmacotécnicos ou excipientes podem ser causadores de reações adversas do tipo B.

Está correto apenas o que se afirma em

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

