



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2020**

01/09/2019

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Farmácia) e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. 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.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas exclusivamente nos quadros destinados a elas. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **3h00**. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 03

A proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

Na literatura consultada sobre equipe de saúde, observou-se que são relativamente raras as definições de equipe. O levantamento bibliográfico (bases de dados Medline e Lilacs) mostrou predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades. Nesse enfoque, a noção de equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada.

Fortuna & Mishima apud Fortuna (1999) identificam três concepções distintas sobre trabalho em equipe, cada uma delas destacando os resultados, as relações e a interdisciplinaridade. Nos estudos que ressaltam os resultados, a equipe é concebida como recurso para aumento da produtividade e da racionalização dos serviços. Os estudos que destacam as relações tomam como referência conceitos da psicologia, analisando as equipes principalmente com base nas relações interpessoais e nos processos psíquicos. Na vertente da interdisciplinaridade estão os trabalhos que trazem para discussão a articulação dos saberes e a divisão do trabalho, ou seja, a especialização do trabalho em saúde. Nessa linha encontram-se, entre outros, os estudos de Campos que vêm produzindo reflexão acerca das equipes de saúde como base principal de organização dos serviços de saúde.
[...]

PEDUZZI, M. "Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia". *Revista Saúde Pública*. 2001, vol. 35, n. 1, p. 103-109. ISSN 0034-8910.

01

De acordo com o texto, o intenso processo de especialização na área da saúde tem como tendência a

- (A) generalização do conhecimento de uma área e a possibilidade de atuação em conjunto com outras áreas na saúde.
- (B) individualização da ação dos profissionais e a discussão sobre a articulação entre ações e saberes de diversas áreas da equipe.
- (C) diferenciação das ações entre as áreas de conhecimento e o detalhamento das possibilidades de elo entre os profissionais.
- (D) particularização de atividades na área da saúde e a consolidação de conhecimentos individualizados no trabalho.
- (E) discriminação de aspectos individualizados de profissionais da saúde e a relação de conhecimentos de diferentes áreas envolvidas na equipe.

02

O levantamento bibliográfico sobre equipe de saúde referido no texto

- (A) aborda a equipe multiprofissional e as relações entre as especialidades, observando a articulação entre os trabalhos especializados e suas tarefas e atividades dos profissionais.
- (B) evidencia uma abordagem que não problematiza a articulação entre as especialidades, privilegiando a concepção tecnicista de aglomerado de atribuições, tarefas ou atividades.
- (C) expõe uma noção a ser construída sobre a equipe multiprofissional, problematizando a atuação dos profissionais de diferentes áreas que atuam conjuntamente.
- (D) expressa os achados de um conjunto numeroso de definições de equipe, em que prevalecem concepções dialógicas sobre a atuação dos profissionais especializados.
- (E) manifesta a predominância de uma abordagem que discute a articulação entre as áreas profissionais, observando suas atuações para além da coexistência dessas áreas na equipe.

03

Sobre as concepções de trabalho em equipe citadas no texto, é correto afirmar que:

- (A) As concepções sobre o trabalho em equipe exploram os resultados, as relações e a interdisciplinaridade de forma conjunta.
- (B) As visões sobre o trabalho em equipe possuem focos diferentes, distinguindo-se pela observação dos resultados, das relações e da interdisciplinaridade.
- (C) A noção de trabalho em equipe como base da organização dos serviços de saúde tem como foco conceitos da psicologia e análises interpessoais.
- (D) O conceito de equipe como recurso para a produtividade e racionalização apoia-se na discussão sobre a articulação de saberes e divisão do trabalho.
- (E) A abordagem interdisciplinar de equipe traz para a discussão o aprofundamento vertical do conhecimento e a especialização das áreas de saúde.

04

A prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado contratado muitas vezes dá preferência aos portadores de planos de saúde privados. A atenção secundária é pouco regulamentada e os procedimentos de média complexidade frequentemente são preteridos em favor dos procedimentos de alto custo. O SUS é altamente dependente de contratos com o setor privado, sobretudo no caso de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética são públicos e o acesso é desigual.

PAIM, J. et al. "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". *The Lancet [online]*, 09/05/2011.

Ao tratar da prestação de serviços especializados no SUS, o texto enfoca, de modo mais evidente,

- (A) o acesso.
- (B) a qualidade.
- (C) o custo.
- (D) a técnica.
- (E) a precarização.

05

Na PNAD realizada em 1981, antes da criação do SUS, 8% da população (9,2 milhões de pessoas) afirmavam ter usado serviço de saúde nos últimos trinta dias, enquanto em 2008, 14,2% da população (26,9 milhões de pessoas) relatavam uso de serviços de saúde nos últimos quinze dias, o que representa um aumento de 174% no uso de serviços de saúde. O número de pessoas que busca a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008. Esse aumento pode ser atribuído a um crescimento vultoso no tamanho da força de trabalho do setor da saúde e do número de unidades de atenção básica. Em 1998, 55% da população consultou um médico, e esse número cresceu para 68% em 2008. Porém, esse número ainda é baixo quando comparado ao dos países mais desenvolvidos, que varia de 68% nos EUA a mais de 80% em países como Alemanha, França e Canadá. Em 2008, 76% das pessoas no grupo de renda mais alta afirmaram ter consultado um médico, em comparação com 59% das pessoas no grupo de renda mais baixa, o que mostra a existência de desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica. A desigualdade não existe, todavia, entre pessoas que autotransferem seu estado de saúde como ruim, o que indica que indivíduos com transtornos de saúde graves conseguem buscar o cuidado e receber tratamento, independentemente de sua situação socioeconômica.

PAIM, J. et al. "O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios". *The Lancet [online]*, 09/05/2011. Adaptado.

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) As informações demonstram que a desigualdade socioeconômica no acesso à assistência médica está presente mesmo nos casos de transtornos graves de saúde.
- (B) Os dados apresentados no texto indicam que o acesso aos serviços de saúde no Brasil melhorou de forma considerável após a criação do Sistema Único de Saúde.
- (C) Observa-se aumento de 174% no uso de serviços de saúde com a criação do SUS, superando países mais desenvolvidos, que apresentam taxas de 68% (EUA) e de 80% (Alemanha, França e Canadá).
- (D) Em 2008, 59% das pessoas de renda mais alta e 76% das pessoas de renda mais baixa afirmaram ter consultado um médico, o que mostra favorecimento aos usuários do SUS.
- (E) A desigualdade socioeconômica não existe no acesso à assistência médica, já que o SUS proporcionou um aumento de 174% no uso de serviços de saúde.

06

O início da Bioética se deu no começo da década de 1970, com a publicação de duas obras muito importantes de um pesquisador e professor norte-americano da área de oncologia, Van Rensselaer Potter.

Van Potter estava preocupado com a dimensão que os avanços da ciência, principalmente no âmbito da biotecnologia, estavam adquirindo. Assim, propôs um novo ramo do conhecimento que ajudasse as pessoas a pensar nas possíveis implicações (positivas ou negativas) dos avanços da ciência sobre a vida (humana ou, de maneira mais ampla, de todos os seres vivos). Ele sugeriu que se estabelecesse uma “ponte” entre duas culturas, a científica e a humanística, guiado pela seguinte frase: “Nem tudo que é cientificamente possível é eticamente aceitável”.

Um dos conceitos que definem Bioética (“ética da vida”) é que esta é a ciência “que tem como objetivo indicar os limites e as finalidades da intervenção do homem sobre a vida, identificar os valores de referência racionalmente proponíveis, denunciar os riscos das possíveis aplicações” (LEONE; PRIVITERA; CUNHA, 2001).

JUNQUEIRA, C. R. *Bioética: conceito, fundamentação e princípios. Especialização em Saúde da Família*. UNASUS, Universidade Federal de São Paulo - Pró-Reitoria de Extensão, 2010.

A proposição de Van Potter anunciada no texto tem como base

- (A) a possibilidade de potencializar o desenvolvimento tecnológico.
- (B) o monitoramento do uso de material biológico em pesquisas científicas.
- (C) a discussão da relação entre o desenvolvimento científico e a vida.
- (D) o controle do desenvolvimento tecnológico e científico da humanidade.
- (E) a proibição de procedimentos invasivos em pesquisas com seres humanos.

07

De modo geral, quando se pensa em clínica, imagina-se um médico prescrevendo um remédio ou solicitando um exame para comprovar ou não a hipótese do usuário ter uma determinada doença. No entanto, a clínica precisa ser muito mais do que isso, pois todos sabemos que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. Alguns problemas como a baixa adesão a tratamentos, os pacientes refratários (ou “poliiqueixosos”) e a dependência dos usuários dos serviços de saúde, entre outros, evidenciam a complexidade dos sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença. É certo que o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe alguma regularidade e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, por exemplo: um alcoolista é um alcoolista e um hipertenso é um hipertenso.

BRASIL. Ministério da Saúde. “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular”. *Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. 2ª ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Deduz-se corretamente do texto que a clínica deve

- (A) possuir diagnósticos e intervenções com base em informações generalizáveis.
- (B) centrar-se na saúde para o alcance do tratamento dos pacientes.
- (C) considerar a multiplicidade de características dos usuários para a resolubilidade de seus casos.
- (D) observar os sujeitos tendo como referência as expressões das doenças de que são portadores.
- (E) interferir na baixa adesão a tratamentos e na dependência dos pacientes dos serviços de saúde.

CONHECIMENTOS GERAIS**08**

Na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Região de Saúde é um espaço geográfico contínuo, constituído por grupos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, com redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para ser instituída, uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, as seguintes ações e serviços:

- (A) Atenção primária; urgência e emergência; atenção ambulatorial especializada; atenção hospitalar; vigilância epidemiológica; vigilância sanitária.
- (B) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada; atenção hospitalar; programa de imunização; atenção psicossocial; unidade coronariana.
- (C) Atenção primária; vigilância em saúde; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; atenção hospitalar.
- (D) Urgência e emergência; atenção primária; vigilância em saúde; atenção psicossocial; sistema de informação em saúde; atenção hospitalar.
- (E) Prevenção e promoção da saúde; atenção primária; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; atenção hospitalar; central de regulação de vagas.

09

Antônio tem um plano de saúde privado, benefício fornecido pela empresa na qual trabalha. A caminho do trabalho, Antônio é atropelado, sofrendo um grave acidente. Ele é resgatado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e atendido no pronto-socorro de um hospital público mais próximo. Este atendimento é respaldado por qual princípio constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- (A) Equidade.
- (B) Integralidade.
- (C) Reciprocidade.
- (D) Universalidade.
- (E) Ressarcimento.

10

Atualizada em 2017, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece parâmetros mínimos de alcance, infraestrutura e funcionamento dos serviços. Acerca da PNAB, é correto afirmar:

- (A) A Equipe de Saúde da Família é composta, no mínimo, por enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde.
- (B) Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população, com número máximo de 750 pessoas por agente comunitário de saúde.
- (C) As Unidades Básicas de Saúde devem funcionar com carga horária mínima de 30 horas semanais, no mínimo cinco dias da semana.
- (D) A população adscrita por equipe de Atenção Básica/Saúde da Família deve ser de 3.000 a 4.500 pessoas.
- (E) Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) são serviços com unidades físicas independentes e especiais, de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

11

A Bioética (“ética da vida”) é um campo do conhecimento que aborda as possíveis implicações, positivas ou negativas, dos avanços da ciência, assim como trata dos limites e das finalidades da intervenção do homem sobre a vida. Qual das alternativas a seguir **NÃO** apresenta um fundamento ou um princípio da Bioética?

- (A) Beneficência.
- (B) Justiça.
- (C) Confidencialidade.
- (D) Autonomia.
- (E) Respeito pela pessoa humana.

12

Sobre o financiamento do sistema de saúde brasileiro, é correto afirmar:

- (A) Dentre os principais itens que compõem os gastos em saúde, a maior despesa pública federal com saúde refere-se à assistência farmacêutica.
- (B) Do total de gastos do sistema de saúde brasileiro, a soma de gastos públicos, considerando as três esferas do Sistema Único de Saúde - SUS (municípios, Estados e União), é menor que a soma de gastos privados (gastos com planos de saúde, compra de medicamentos e desembolso direto).
- (C) O financiamento do SUS melhorou significativamente a partir de 1997, quando foi criado um tributo especificamente para financiar a saúde (a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF), com destinação total para a expansão dos serviços públicos de saúde.
- (D) Os indivíduos e famílias são os maiores financiadores do mercado de planos e seguros de saúde privados no Brasil.
- (E) Por lei, para a Saúde, os municípios devem disponibilizar, obrigatoriamente, 12% de suas receitas (arrecadação de impostos), os Estados devem aplicar, no mínimo, 15% de suas receitas, e a União deve destinar, no mínimo, 10% de sua Receita Corrente Bruta.

13

No Brasil, as mudanças nas taxas de mortalidade e morbidade estão relacionadas, entre outros fatores, a transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais. Quais são, atualmente, as principais causas de morte no Brasil, considerando taxas nacionais de mortalidade?

- (A) Doenças do aparelho circulatório, câncer e causas externas.
- (B) Câncer, doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas.
- (C) Doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e homicídios.
- (D) Diabetes, hipertensão e câncer.
- (E) Doenças crônicas não transmissíveis, homicídios e Alzheimer e outras demências.

14

A Atenção Primária em Saúde (APS) pressupõe:

- 1) o acompanhamento e a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo entre profissionais e usuários ao longo do tempo, de modo permanente e consistente;
- 2) o acompanhamento e a organização do fluxo dos usuários, entre os diversos serviços, estruturas e pontos da rede de saúde, de forma contínua e integrada.

Assinale as diretrizes/atributos da APS correspondentes às descrições nos itens 1 e 2, respectivamente:

- (A) Horizontalidade (1) e Territorialização (2).
- (B) Resolutividade (1) e Ordenação da Rede (2).
- (C) Equidade (1) e Descentralização (2).
- (D) Longitudinalidade (1) e Coordenação do Cuidado (2).
- (E) Continuidade (1) e Integralidade (2).

15

No início do século XX, a Saúde Pública no Brasil foi marcada pelo combate a doenças e epidemias, com campanhas coercitivas que geravam descontentamento da população. Isso levou à Revolta da Vacina, em 1904, episódio de resistência a uma campanha de vacinação obrigatória liderada pelo sanitarista Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública. Essa campanha contestada era destinada a combater qual doença da época?

- (A) Peste bubônica.
- (B) Sarampo.
- (C) Varíola.
- (D) Rubéola.
- (E) Febre amarela.

FARMÁCIA**19**

Três fármacos A, B e C são considerados equivalentes terapêuticos. Assumindo que os medicamentos possuem igual estabilidade físico-química por 24 horas, serão preparados em uma central de misturas intravenosas e poderão ser fracionados para vários pacientes e, sem considerar os custos relativos a qualquer material para administração e tempo de preparo e administração, assinale a alternativa mais econômica, por dia de tratamento, para um paciente.

- I- Fármaco A: Ampola com 5 mL, concentração 0,5 mg/mL; dose preconizada 1 mg q6h; custo R\$ 15,00/ampola.
- II- Fármaco B: Ampola com 10 mL, concentração 1 mg/mL; dose preconizada de 1 mg q8h; custo R\$ 60,00/ ampola.
- III- Fármaco C: Ampola com 1 mL, concentração 2 mg/mL; dose preconizada 1 mg q12h; custo R\$ 20,00/ ampola.

- (A) Fármaco A R\$24,00/dia/paciente.
- (B) Fármaco A R\$15,00/dia/paciente.
- (C) Fármaco B R\$18,00/dia/paciente.
- (D) Fármaco B R\$ 6,00/dia/paciente.
- (E) Fármaco C R\$ 20,00/dia/paciente.

20

Uma solução contendo fentanila foi prescrita para um bebê de 3 kg de peso. A apresentação disponível da fentanila no serviço é de ampolas com 250 mcg em 5 mL. A dose prescrita foi de

Fentanila: 50 mcg

Soro Fisiológico qsp: 4,8 mL

Administrar 0,2 mL/hora dessa solução durante 24 horas.

Considerando o volume do equipo (*prime*) de 13 mL, determine a velocidade de infusão, em mcg/kg/h, de fentanila e a quantidade de ampolas necessárias para atender a esta prescrição.

- (A) Fentanil: velocidade 0,79 mcg/kg/h; 2 ampolas para 24 horas.
- (B) Fentanil: velocidade 0,83 mcg/kg/h; 2 ampolas para 24 horas.
- (C) Fentanil: velocidade 0,41 mcg/kg/h; 2 ampolas para 24 horas.
- (D) Fentanil: velocidade 0,69 mcg/kg/h; 1 ampola para 24 horas.
- (E) Fentanil: velocidade 0,87 mcg/kg/h; 1 ampola para 24 horas.

16

Um pai foi orientado a diluir 1 mL de ibuprofeno (solução oral em gotas) em um volume de 5 mL de água antes de administrar o medicamento a seu filho. Sabendo que o ibuprofeno (solução oral em gotas) possui uma concentração de 50 mg/mL, calcule a concentração de ibuprofeno em mg/mL e em porcentagem.

- (A) 10 mg/mL e 0,01%.
- (B) 10 mg/mL e 0,1%.
- (C) 10 mg/mL e 1%.
- (D) 10 mg/mL e 5%.
- (E) 10 mg/mL e 10%.

17

Um medicamento cuja apresentação é uma solução injetável na concentração de 10 mcg/mL está disponível em ampolas de 10 mL. Esse medicamento é administrado por via endovenosa em uma dose de ataque de 50 mcg/kg, durante 10 minutos, seguido por uma infusão endovenosa contínua de 0,5 mcg/kg/minuto. Para um paciente com peso igual a 50 kg, quantos microgramas do fármaco devem ser administrados na primeira hora de tratamento e qual o número de ampolas necessário?

- (A) 5.000 mcg e 38 ampolas.
- (B) 3.750 mcg e 38 ampolas.
- (C) 3.250 mcg e 30 ampolas.
- (D) 2.500 mcg e 30 ampolas.
- (E) 1.250 mcg e 38 ampolas.

18

Para a prescrição de uma solução de nutrição parenteral a um prematuro com peso de 0,8 kg, são necessários 2 g/kg/24 horas de aminoácidos pediátricos. Dispondo de uma solução de aminoácidos 10%, qual o volume, em mililitros, de aminoácidos pediátricos a ser adicionado à mistura?

- (A) 32 mL.
- (B) 24 mL.
- (C) 16 mL.
- (D) 8 mL.
- (E) 4 mL.

21

A respeito da Política Nacional de Medicamentos, pode-se afirmar:

- (A) A RENAME representa o conjunto dos medicamentos necessários ao tratamento e controle da maioria das doenças prevalentes no país. Sua atualização contínua é indispensável, com ênfase aos medicamentos destinados à assistência intra-hospitalar.
- (B) O cumprimento da regulação sanitária de registro de medicamentos possui como objetivo precípuo a diminuição dos custos em saúde.
- (C) A Assistência Farmacêutica está fundamentada na descentralização da gestão e na promoção do uso racional de medicamentos.
- (D) O uso racional de medicamentos é definido como o ato do usuário de consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.
- (E) A promoção da produção de medicamentos com base em critérios epidemiológicos, bem como a participação de grandes empresas na produção de medicamentos essenciais, colabora com o monitoramento dos preços do mercado, de acordo com a determinação das Secretarias de Saúde.

22

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a Farmacovigilância é a ciência que contempla as atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de eventos adversos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados a medicamentos. Nesse contexto, consiste em ação de farmacovigilância a

- (A) vigilância ativa, que é um método que busca determinar, completamente, o número de suspeitas de reações adversas por meio da notificação voluntária.
- (B) vigilância ativa por meio de identificação quantitativa interproduto, que pode ser empregada somente quando é possível estimar a incidência de reações adversas diretamente de uma população usuária de medicamentos.
- (C) notificação voluntária que pode ser definida como as suspeitas de reações adversas a um dado medicamento que são, por amostragem, transmitidas pelos profissionais de saúde e usuários do SUS para as empresas farmacêuticas e centros de farmacovigilância.
- (D) notificação voluntária, que é o método preferível para se iniciar um sistema de farmacovigilância, pois é de fácil implantação e fornece, de forma acurada, a incidência das reações adversas.
- (E) detecção precoce de sinais, com relação ao risco de saúde pública, por reações adversas novas ou pouco descritas em literatura.

23

As interações medicamentosas são ações recíprocas dos componentes ativos dos medicamentos. Os efeitos resultantes podem ser benéficos quando melhoram a eficácia terapêutica ou reduzem seus efeitos adversos, mas são prejudiciais quando aumentam exageradamente os efeitos farmacológicos dos princípios ativos, ou estes se antagonizam a ponto de anular, mesmo que parcialmente, seus efeitos terapêuticos. Essas interações podem ser farmacocinéticas ou farmacodinâmicas. Um exemplo de interação medicamentosa farmacocinética e um de farmacodinâmica são, respectivamente:

- (A) Associação de antiácidos com eletrólitos fracos; associação entre albumina e varfarina.
- (B) Associação de ácido acetilsalicílico e espironolactona; associação entre fenitoína e fenobarbital.
- (C) Associação entre tiroxina e resina de troca iônica; associação entre paracetamol e anticolinérgicos.
- (D) Associação entre albumina e diazepam; associação entre clorpropamida e anticoagulantes orais.
- (E) Associação entre fenobarbital e carbamazepina; associação entre albumina e fenitoína.

24

A asma não controlada pode evoluir para um estado agudo no qual há sintomas como, por exemplo, inflamação, edema das vias aéreas, acúmulo excessivo de muco e broncoespasmo que podem resultar em um estreitamento das vias aéreas. Nesse quadro, há baixa resposta aos broncodilatadores, e a farmacoterapia empregada consiste na administração de agentes beta – agonistas ou anticolinérgicos inalatórios e corticoide intravenoso. A alternativa que contém apenas exemplos dos fármacos utilizados para o tratamento da asma em suas respectivas vias de administração é:

- (A) Salbutamol, brometo de ipratrópio e clobetasol.
- (B) Salbutamol, brometo de ipratrópio e metilprednisolona.
- (C) Salbutamol, brometo de ipratrópio e prednisona.
- (D) Salbutamol, terbutalina e prednisona.
- (E) Salbutamol, epinefrina e prednisona.

25

A padronização de medicamentos constitui uma estratégia que busca eleger uma relação básica de produtos que atendam aos critérios propostos pelo Ministério da Saúde. Nas farmácias hospitalares, a padronização de medicamentos objetiva o atendimento médico-hospitalar de acordo com as necessidades e peculiaridades de cada instituição. A padronização acarreta a utilização racional do arsenal terapêutico, a fim de

- (A) burocratizar e tornar menos céleres e eficazes as atividades de planejamento, aquisição, armazenamento, distribuição e controle dos medicamentos.
- (B) constituir estoques de medicamentos que possuam o maior número de fármacos em cada classe terapêutica e em todas as formas farmacêuticas disponíveis no país.
- (C) dificultar a inclusão e a exclusão de medicamentos quando necessário.
- (D) racionalizar o número de prescrições de medicamentos, com consequente redução dos custos de aquisição do arsenal terapêutico.
- (E) reduzir o custo da terapêutica sem prejuízos para a segurança e a eficácia dos medicamentos.

26

Considerando o código de Ética da profissão Farmacêutica (Resolução 596 de 21 de fevereiro de 2014), é correto afirmar:

- (A) O farmacêutico pode efetuar o recebimento de mercadorias ou produtos sem rastreabilidade de sua origem, sem nota fiscal ou em desacordo com a legislação vigente, mas deve comunicar o fato ao respectivo Conselho Regional de Farmácia.
- (B) O farmacêutico, para garantir a segurança e a eficácia da terapêutica e promover uso racional de medicamentos, deve interagir continuamente com o profissional prescritor, mas não negar a dispensação de medicamentos prescrito.
- (C) O farmacêutico empregado, se incorrer em atos farmacêuticos que sejam contrários aos ditames da ciência, da ética e da técnica, deve imediatamente comunicar o fato, quando for o caso, ao usuário e a outros profissionais envolvidos.
- (D) O farmacêutico deve respeitar o direito de decisão do usuário sobre seu tratamento, sua própria saúde e bem-estar, excetuando-se aquele que, mediante laudo médico ou determinação judicial, for considerado incapaz de discernir sobre opções de tratamento ou decidir sobre sua própria saúde e bem-estar.
- (E) O farmacêutico não deve violar o sigilo de fatos e informações de que tenha tomado conhecimento no exercício da profissão, excetuando-se os amparados pela legislação vigente, cujo dever legal exija comunicação, denuncia ou relato a quem de direito. A violação desse preceito caracteriza infração ética leve.

27

O principal objetivo da nutrição parenteral é melhorar o estado nutricional dos pacientes. No entanto, por não ser isenta de riscos, a terapia com nutrição parenteral demanda certos cuidados farmacêuticos. Considerando o enunciado, qual das alternativas a seguir está correta?

- (A) A nutrição parenteral é indicada apenas quando a alimentação oral não é possível.
- (B) As soluções completas de nutrição parenteral com vitaminas podem ser rotineiramente armazenadas a temperatura ambiente por um período de 72 horas.
- (C) Levando em consideração a relação custo/benefício para o hospital e paciente, o farmacêutico pode optar pela terceirização do serviço de preparo das nutrições parenterais escolhendo fornecedores que realizem a manipulação de modo idôneo e correto e verificar como será realizado o transporte das nutrições, a fim de manter sua qualidade e segurança.
- (D) O componente físico de maior relevância no preparo das nutrições parenterais é a cabine de fluxo laminar vertical.
- (E) Os rótulos das nutrições parenterais devem conter o menor número de informações de modo a não confundir a equipe de saúde, portanto, devem conter somente a identificação do paciente e o dia de preparo, além do volume final da preparação.

28

Contemporaneamente muito se publica sobre efeitos adversos de AINEs não seletivos e seletivos de COX-2. Quanto a esses eventos adversos, pode-se afirmar:

- (A) A decisão de iniciar tratamento com AINEs pode prescindir de avaliação individual do risco cardiovascular do paciente.
- (B) A prevenção de úlceras gástricas e duodenais em usuários crônicos de AINEs sem possibilidade de suspendê-los pode ser obtida com inibidores da bomba de prótons (IBP) e antagonistas H₂.
- (C) A inibição da produção de prostanoídes vasodilatadores pelos AINEs não é suficiente para comprometer o fluxo sanguíneo renal e exacerbar lesões isquêmicas.
- (D) Após 30 semanas de gestação, o uso de AINEs é seguro e não apresenta eventos adversos ao feto.
- (E) Pacientes em tratamento anti-hipertensivo com diuréticos de alça, antagonistas de receptores de angiotensina II (ARA-II) e inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA) e betabloqueadores alfa podem receber AINEs, dado o baixo risco de interações medicamentosas.

29

Para pacientes hipertensos não responsivos a intervenções não medicamentosas e aqueles com pré-hipertensão e diabetes melito ou doença cardiovascular prévia, indica-se tratamento medicamentoso. O tratamento medicamentoso consiste no emprego de agentes anti-hipertensivos, entre eles os diuréticos, agonistas adrenérgicos, bloqueadores de canal de cálcio antagonistas do sistema renina angiotensina e vasodilatadores. Assinale a alternativa que contém um fármaco diurético tiazídico e um antagonista do sistema renina angiotensina, nessa ordem, respectivamente.

- (A) Metildopa e enalapril.
- (B) Clortalidona e losartana.
- (C) Metildopa e losartana.
- (D) Losartana e hidralazina.
- (E) Captopril e losartana.

30

No tratamento do diabetes de tipo 1, decorrente da deficiência absoluta de insulina pancreática, a reposição é feita com insulina exógena. O uso de insulinas objetiva controlar níveis glicêmicos, mantendo valores de fração específica de hemoglobina glicosilada (HbA1c) em faixa que permita retardar a progressão da doença; maximizar a qualidade de vida; prevenir emergências diabéticas; reduzir o risco de complicações micro e macrovasculares; e minimizar os efeitos adversos do tratamento, principalmente os episódios de hipoglicemia. O elenco atual desse antidiabético engloba as clássicas insulinas humanas e os análogos sintéticos de insulinas. Constituem exemplo de insulinas de ação rápida, intermediária e prolongada, nessa ordem especificamente,

- (A) insulinas Regular, Lispro e Aspartat.
- (B) insulinas Lispro, Aspartat e Detemir.
- (C) insulinas Lispro, Aspartat e IPZ.
- (D) insulinas Regular, Lispro e IPZ.
- (E) insulinas Regular, NPH e IPZ.

31

O sistema de dispensação de medicamentos que permite maior contato do farmacêutico com a prescrição e com toda a equipe multiprofissional, bem como melhor controle da farmácia no que se refere ao uso de medicamentos, mas que exige, pelo menos para implantação, um investimento financeiro em infraestrutura e equipamentos de acordo com as legislações específicas, além de uma adequação no quadro de colaboradores da farmácia, para atender as necessidades das atividades a serem implantadas, é o sistema

- (A) coletivo.
- (B) coletivo misto.
- (C) tradicional.
- (D) individualizado.
- (E) por dose unitária.

32

Entre as medidas que devem ser consideradas para a prevenção de infecções hospitalares, cabe ao farmacêutico colaborar, nas devidas comissões, com a elaboração de estratégias para a racionalização do uso de antimicrobianos. Uma medida que colabora para a racionalização do uso de antimicrobianos é:

- (A) Calcular a dose diária definida (DDD), o que permite a realização de estudos comparativos de utilização de medicamentos e serve como subsídio para as ações da CCIH em relação ao controle de estoque de antimicrobianos.
- (B) Adotar, em acordo com a instituição, medidas restritivas em detrimento de medidas educacionais, que raramente fornecem resultados eficazes.
- (C) Realizar o controle do uso de antimicrobianos, que é uma atividade exclusiva do farmacêutico em suas atuações dentro da CCIH e farmácia hospitalar.
- (D) Estabelecer critérios para prescrição, dispensação, embalagem e rotulagem de antimicrobianos conforme a RDC nº 20/2011, que define o controle do uso de antimicrobianos em unidades hospitalares.
- (E) Definir, em conjunto com o laboratório clínico, a apresentação do perfil de sensibilidade das bactérias aos antimicrobianos, apresentando primeiro aqueles para os quais há sensibilidade, mas que são de amplo espectro e mais novos.

33

Para a realização de determinado procedimento cirúrgico, um paciente recebeu os medicamentos a seguir:

- Fentanil 5 mcg/kg endovenoso;
- Propofol 3 mg/kg endovenoso;
- Atracúrio 0,5 mg/kg endovenoso.

Ao término do procedimento, para a reversão do bloqueio neuromuscular, foram administrados 1,5 mg (25 mcg/kg) IV de neostigmina + atropina 0,75 mg (12,5 mcg/kg) IV.

Considerando as informações descritas, assinale a alternativa correta.

- (A) O atracúrio é um agente bloqueador neuromuscular, de longa duração.
- (B) A atropina bloqueia os receptores muscarínicos e, conseqüentemente, reverte o bloqueio neuromuscular.
- (C) A neostigmina, um agente colinérgico de ação indireta, atua de forma efetiva na reversão do bloqueio neuromuscular.
- (D) A fentanila é um agonista colinérgico e demandaria a administração de naloxona ao término do procedimento.
- (E) O propofol é um agente anestésico do grupo dos agonistas adrenérgicos α_2 , usado apenas para a sedação e indução da anestesia.

34

Um farmacêutico, devidamente inscrito no CRF-SP, assumiu responsabilidade técnica por uma Farmácia Hospitalar em 20 de março de 2018, tendo declarado como horário de assistência, de segunda a sexta-feira das 07 horas às 13 horas e das 14 horas às 16 horas. Em 10 de setembro de 2018, o profissional solicitou baixa de responsabilidade técnica, informando que seu afastamento do estabelecimento se deu em 08 de agosto de 2018. Com base no relato e no Código de ética da Profissão Farmacêutica, assinale a alternativa correta.

- (A) O profissional infringiu o Código de Ética Farmacêutica (Resolução 596/2014), pois, segundo o diploma vigente, deve comunicar ao Conselho Regional de Farmácia, em 5 (cinco) dias, o encerramento de seu vínculo profissional.
- (B) O profissional infringiu o Código de Ética Farmacêutica (Resolução 596/2014), pois deve comunicar ao Conselho Regional de Farmácia, em 30 (trinta) dias, o encerramento de seu vínculo profissional de qualquer natureza.
- (C) O profissional não infringiu o Código de Ética Farmacêutica (Resolução 596/2014), pois deve comunicar ao Conselho Regional de Farmácia, em 60 (sessenta) dias, o encerramento de seu vínculo profissional de qualquer natureza.
- (D) O profissional em questão não infringiu o Código de Ética Farmacêutica (Resolução 596/2014), uma vez que a comunicação de encerramento de vínculo profissional é de responsabilidade da empresa.
- (E) O profissional não infringiu o Código de Ética Farmacêutica (Resolução 596/2014), pois não há necessidade de comunicar o encerramento de vínculo profissional ao Conselho Regional de Farmácia.

35

A lei federal 6431 de 6 de janeiro de 1997, regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2616/2018, determina a obrigatoriedade da constituição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e respectivo programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os ambientes hospitalares no Brasil, para redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais. Nesse sentido, as atividades relacionadas ao funcionamento da CCIH são:

- (A) Normativas e técnico-operacionais, dependendo do número de leitos hospitalares, da existência de ambulatórios especiais (infantil e idoso) e do atendimento a pacientes com comprometimento imunológico severo, envolvendo profissionais executores e consultores dos diversos serviços e da administração.
- (B) Associadas à Vigilância Epidemiológica e à gestão de processos de trabalho, dependendo do tamanho da instituição e da profissão dos componentes da comissão, sendo obrigatório um médico ou enfermeiro e pelo menos um representante de outra categoria profissional com dedicação diária de 6h para cada duas centenas de leitos.
- (C) Normativas, educativas e de supervisão do consumo de antibióticos, dependentes da presença de pacientes críticos, do número de leitos hospitalares e da capacitação de profissionais consultores para serviços de limpeza, desinfecção e esterilização.
- (D) Normativas e associadas a procedimentos de Vigilância Epidemiológica e Educação permanente, realizadas por profissionais técnicos de nível superior, sendo obrigatório um enfermeiro e pelo menos um representante de outra categoria profissional, com dedicação diária dependente da presença de pacientes críticos e do número de leitos hospitalares.
- (E) Educativas e técnico operacionais, sendo dependentes do tamanho da instituição e da presença de comissões complementares, com profissionais consultores de Vigilância Epidemiológica e de Garantia de Qualidade.

36

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. A situação é pior em países em desenvolvimento, com menos de 40% dos pacientes no setor público e menos de 30% no privado sendo tratados de acordo com diretrizes clínicas. Qual das alternativas a seguir contempla duas causas frequentes de uso incorreto de medicamentos no Brasil?

- (A) Polifarmácia e uso indiscriminado de antibióticos.
- (B) Polifarmácia e prescrição orientada por diretrizes.
- (C) Polifarmácia e medicação segundo prescrição médica.
- (D) Automedicação inapropriada e prescrição orientada por diretrizes.
- (E) Automedicação apropriada e prescrição não orientada por diretrizes.

37

A escolha da via de administração de medicamentos deve ser realizada considerando aspectos como a absorção e a biodisponibilidade. Assinale a alternativa correta quanto à via de administração.

- (A) Quando os medicamentos são administrados pela via intravenosa, seus efeitos são potencialmente imediatos. Além disso, essa via de administração permite a titulação da dose e administração de grandes volumes.
- (B) A via subcutânea somente pode ser utilizada para a administração de soluções aquosas ou substâncias irritantes.
- (C) Medicamentos administrados por via oral apresentam absorção completa e regular, mas dependente da capacidade de deglutição do paciente.
- (D) A via oral é ideal para administração de medicamentos devido à facilidade de administração, absorção completa e regular.
- (E) O emprego da via intramuscular está indicado para pacientes sob risco de hemorragia com necessidade de administração de grandes volumes.

38

O tratamento das intoxicações agudas deve ser realizado prontamente e visa prevenir a absorção ou aumentar a eliminação do agente. Qual alternativa racional é usada para impedir que o agente toxicante atinja níveis tóxicos ou letais?

- (A) O vômito pode ser provocado pela administração de xarope de ipeca e não possui contraindicações.
- (B) A lavagem gástrica imediata à administração do agente toxicante pode ser uma medida útil para impedir que o agente toxicante atinja níveis tóxicos ou letais e não possui contraindicações.
- (C) O emprego da adsorção química pelo carvão ativado é útil, pois previne a absorção do agente toxicante.
- (D) O mecanismo de ação dos antídotos é a ligação e complexação, consequentemente impedindo a absorção do agente toxicante.
- (E) A alcalinização urinária pela administração endovenosa de solução de bicarbonato de sódio promove aceleração da eliminação de compostos ácidos e básicos.

39

Medicamentos não licenciados e sem indicações são utilizados em diferentes populações, sendo que vários estudos indicam que há maior frequência na sua utilização em crianças. Uma das razões para isso é que a realização de ensaios clínicos em pediatria envolve aspectos éticos e legais, além da grande dificuldade da inclusão de pacientes, estratificação e logística. Assim, para a população pediátrica, são escassas as especialidades farmacêuticas. Com base na farmacotécnica hospitalar e na legislação vigente, assinale a alternativa correta.

- (A) Podem ser manipuladas formulações líquidas na forma de suspensões ou cápsulas e sachês para abertura e dissolução do conteúdo no momento da administração, de acordo com as características dos pacientes e os padrões de estabilidade das formulações.
- (B) No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada 33/2000 da ANVISA não permite ao farmacêutico a transformação de especialidade farmacêutica.
- (C) A modificação de formas farmacêuticas, como comprimidos ou cápsulas, para o preparo de líquidos orais referidos como formulações extemporâneas não apresenta problemas, possibilitando o tratamento dos pacientes.
- (D) Deve-se evitar a dispersão de comprimidos em água, mesmo para aqueles que sejam facilmente dispersos e cujo fármaco seja hidrossolúvel.
- (E) A administração oral de injetáveis constitui uma alternativa para administração de medicamentos sem especialidade pediátrica adequada, pois a formulação injetável é idêntica à oral, apenas estéril.

40

A farmacoeconomia é uma área da economia da saúde que estuda a relação entre medicamentos e aspectos econômicos. A análise farmacoeconômica implica, necessariamente, o estudo do custo total e da qualidade do tratamento. A respeito da análise farmacoeconômica, é correto afirmar:

- (A) A análise da minimização de custo pode ser realizada na comparação de duas ou mais opções terapêuticas que tenham o mesmo impacto sobre a saúde, ou seja, em ambas, as eficácias ou as efetividades são iguais, portanto, somente os custos são confrontados.
- (B) A análise do custo-benefício pode ser realizada na comparação de duas ou mais opções terapêuticas que tenham o mesmo impacto sobre a saúde, ou seja, em ambas, as eficácias ou as efetividades são iguais, portanto, somente os custos são confrontados.
- (C) A análise da minimização de custo expressa os custos reais ou potenciais da aplicação de um programa ou tratamento exclusivamente em unidades monetárias.
- (D) A análise do custo-efetividade pode ser realizada na comparação de duas ou mais opções terapêuticas que tenham o mesmo impacto sobre a saúde, ou seja, em ambas, as eficácias ou as efetividades são iguais, portanto, somente os custos são confrontados.
- (E) A análise do custo-efetividade expressa os custos reais ou potenciais da aplicação de um programa ou tratamento exclusivamente em unidades monetárias.

RASCUNHO

O que estiver escrito nesta folha não será considerado na correção

ESTUDO DE CASO

ANALISE O CASO DESCRITO PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS DE 01 A 03.

Paciente do sexo feminino, com 85 anos, trazida pelo marido ao pronto atendimento com sintomas de taquicardia, taquipneia e cansaço. Na mesma data foi transferida para a Unidade de Terapia Intensiva em mau estado geral com hipótese diagnóstica de ICC descompensada, Síndrome consumptiva a esclarecer e TVP em MID. No segundo dia de internação, evoluiu com abscesso abdominal que foi drenado, sendo então colhida uma hemocultura e introduzida a medicação: ceftriaxona 1g EV duas vezes ao dia e metronidazol 500mg EV três vezes ao dia. No terceiro dia de internação, evoluiu com HDA, sendo suspenso o anticoagulante e introduzido antídoto. Durante a conciliação medicamentosa realizada na admissão, o marido da paciente portava as receitas médicas e soube informar com precisão os medicamentos utilizados no domicílio. São eles: carvedilol 3,125 mg via oral duas vezes ao dia, losartana 50 mg via oral duas vezes ao dia, furosemida 40 mg via oral duas vezes ao dia, omeprazol 20 mg via oral uma vez ao dia, clonazepam 2 m via oral à noite e varfarina 5 mg via oral às segundas, quartas e sextas-feiras.

Exames laboratoriais disponíveis:

Hemocultura: negativa até o momento;
 Creatinina: 5,34 mg/dL (Valor de referência: 0,7 a 1,3 mg/dL);
 Potássio sérico: 130 mEq/L (Valor de referência: 135 a 145 mEq/L);
 Plaquetas: 32.000/mm³ (Valor de referência: 150.000 a 400.000/mm³);
 Hemoglobina: 5,0 g/dL (Valor de referência: 12 a 16 g/dL);
 Leucócitos: 15.000/mm³ (Valor de referência: 5.000 a 10.000/mm³);
 Hematócrito: 19,2% (Valor de referência: 36 a 46 %);
 Tempo de protrombina – plasma - INR: 6.01.

Para essa paciente foram prescritos:

Data e horário	Medicamento	Horário de administração	Farmácia
29/05/2019	1. Jejum + SNG aberta		
	2. Midazolam 30 mL SG 5% 120 mL	EV contínuo em BIC	
	3. Fentanila 50 mL SG 5% 100 mL	EV contínuo em BIC	
	4. SG 5% 1000 mL NaCl 20% 30 mL KCl 19,1% 20 mL	mL EV contínuo em 24 horas	
	5. Ceftriaxona 1 g EV 12/12 h	22-10	
	6. Metronidazol 500 mg EV 8/8h	18-02-10	
	7. Furosemida 20 mg EV 8/8 h	18-02-10	
	8. Dipirona 1 g EV 6/6h SN		
	9. Omeprazol 40 mg EV 1x/dia	06	
	10. Heparina não fracionada 5.000 UI SC 12/12 h	Suspensão	
	11. Glicemia capilar 4/4 h	18-22-06-10-14	
	12. Insulina Regular SC conforme o dextro: 181-200: 2 UI 201-250: 4 UI 251-300: 6 UI 301-350: 8 UI 351-400: 10 UI > 400: 12 UI		
	13. Glicose 50% 40 mL EV se dextro < 70 mg/dL		
	14. Manter PAM > 65		
	15. Protamina 60 mg EV agora		

Abreviaturas:

<: menor	HDA: hemorragia digestiva alta	PAM: pressão arterial média
>: maior	ICC: Insuficiência Cardíaca Congestiva	SC: subcutâneo
1 x: uma vez	KCl: cloreto de potássio	SG: solução glicosada
ACM: a critério médico	MID: membro inferior direito	SN: se necessário
BIC: bomba de infusão contínua	mg: miligrama	SNG: sonda nasogástrica
dL: decilitro	mL: mililitro	TVP: trombose venosa profunda
EV: via endovenosa	mmHg: milímetros de mercúrio	UI: unidade internacionais
g: grama	NaCl: cloreto de sódio	

RASCUNHO

O que estiver escrito nesta folha não será considerado na correção

01

Com base no quadro descrito e na prescrição, descreva a classe terapêutica e a possível indicação clínica de cada um dos medicamentos prescritos na Unidade de Terapia Intensiva para o paciente.

02

Faça a análise crítica da farmacoterapia antimicrobiana e da anticoagulação estabelecidas na Unidade de Terapia Intensiva. Proponha intervenções e acompanhamento laboratorial, se julgar necessário.

RASCUNHO

O que estiver escrito nesta folha não será considerado na correção

03

Considerando que esta paciente é idosa, cite as possíveis alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas decorrentes do processo de envelhecimento que podem afetar significativamente os mecanismos de ação dos medicamentos prescritos e aumentar o risco do desenvolvimento de reações adversas.

