

FARMÁCIA 2012

11/12/2011

**SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES**

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: 20 questões de conhecimentos comuns e 30 de conhecimentos específicos de Farmácia.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão, observando atentamente a numeração das questões. Não haverá substituição do cartão-resposta por erro de preenchimento.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de **quatro horas**, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas **duas horas** de prova e poderá levar o caderno de prova somente no decurso dos últimos **trinta minutos** anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

— QUESTÃO 01 —

Um paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família referente à área de abrangência de seu local de residência, apresenta-se, logo após acordar pela manhã, com sintomas sugestivos de crise hipertensiva. É, então, levado por seus familiares à Unidade de Saúde da Família para receber atendimento. Neste caso, a Unidade de Saúde da Família

- (A) deve apresentar medicamentos e materiais essenciais para o atendimento inicial de estabilização de urgências até a transferência para estabelecimento de saúde que proporcione atendimento especializado ao paciente.
- (B) deve encaminhar o paciente para os hospitais terciários especializados porque o atendimento pré-hospitalar fixo referente à atenção às urgências é restrito a estes hospitais, visto apresentarem melhor estrutura física para atendimento.
- (C) deve recusar o atendimento dos quadros agudos relacionados à hipertensão arterial sistêmica, indicando ao paciente e a seus familiares para procurarem inicialmente atendimento de urgência em pronto-socorros especializados.
- (D) deve evitar a solicitação de encaminhamento à Central de Regulação, visto que a Unidade de Saúde da Família deve se restringir ao atendimento de Atenção Primária em Saúde, o que impede a transferência do paciente pelo SAMU.

— QUESTÃO 02 —

Em relação ao processo saúde-doença, alguns debates, como a necessidade do setor saúde ser inter e multidisciplinar e ter ações multiprofissionais e humanizadas, têm se apresentado no meio acadêmico e nos serviços de saúde. Assim, determinadas ações e definições governamentais apresentam-se como:

- (A) regulação em saúde, que possui como enfoque a organização dos serviços de saúde mediante a exigência do cumprimento da carga horária dos profissionais de saúde.
- (B) humanização em saúde, que são ações enfocadas nas tecnologias de ponta, levando os usuários dos serviços de saúde a receber as melhores terapias e ações tecnicistas.
- (C) saúde suplementar, formando ações de caráter nutricional interligadas a programas como Fome Zero e Hiperdia, colaborando na prevenção da obesidade, hipertensão e diabetes.
- (D) assistência farmacêutica, formando o que se chama Ciclo da Assistência Farmacêutica, compreendendo ações como dispensação, uso racional, prescrição e distribuição.

— QUESTÃO 03 —

A política de saúde no Brasil pode ser dividida sequencialmente em três etapas: década de 1970 e início da década de 1980; final da década de 1980 e 1990; a partir do ano 2000. Essas etapas caracterizam-se, respectivamente, por:

- (A) modelo de proteção social baseado na seguridade; centralização das políticas públicas; descentralização das ações e início da Reforma Sanitária.
- (B) expansão dos movimentos reformistas; ênfase na descentralização das políticas públicas de saúde; projetos para a redução das desigualdades sociais.
- (C) início do processo de descentralização; expansão e início dos movimentos de saúde da Reforma Sanitária; modelo de proteção social assistencialista.
- (D) política liberal de Estado; modelo de proteção social baseado em Seguro Social e na Constituição de 1988; início dos movimentos da Reforma Sanitária.

— QUESTÃO 04 —

Uma mulher jovem procura o pronto-socorro referindo dispneia, tontura e dor no peito, apresentando-se com muita ansiedade. Tem como histórico atendimentos prévios por transtorno do pânico. Diz insistentemente a diversos profissionais do serviço de saúde que precisa de atendimento médico de emergência. Assim, de acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde, a usuária deverá:

- (A) aguardar a ação de triagem, para então ser encaminhada a atendimento médico específico, visto que se trata de paciente com distúrbio psiquiátrico e somente o médico psiquiatra poderá realizar o acolhimento da paciente.
- (B) aguardar o acolhimento de acordo com a ordem de chegada, visto que seu quadro psiquiátrico não exige atendimento médico de emergência, devendo posteriormente ser encaminhada para acompanhamento ambulatorial.
- (C) aguardar o acolhimento por classificação de risco, restrita ao profissional médico psiquiatra, visto que o quadro psiquiátrico apresentado pela paciente relaciona-se à baixa gravidade.
- (D) aguardar o acolhimento por qualquer profissional de saúde e ser encaminhada de acordo com classificação de risco, podendo ser atendida antes de outros pacientes, caso seu quadro seja considerado de maior gravidade e risco.

— QUESTÃO 05 —

De acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde do SUS, a Clínica Ampliada compreende a

- (A) realização de atendimento de todos os usuários dos serviços de saúde restrito aos médicos de diversas especialidades, de modo a permitir diagnóstico e tratamento mais intensos de cada doença.
- (B) realização de ações pautadas na intersectorialidade e na responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscando soluções para problemas que não podem ser resolvidos pela área da saúde.
- (C) realização intensa de diversos exames complementares e tratamentos a fim de possibilitar o cuidado do usuário do serviço de saúde, impedindo a criação de vínculos deste com os profissionais de saúde.
- (D) realização de exigências enfáticas de mudanças de comportamentos considerados não saudáveis para os usuários dos serviços de saúde, culpabilizando-os pela falta de adesão às regras de saúde recomendadas.

— QUESTÃO 06 —

As práticas de Vigilância Epidemiológica e de controle de doenças orientam-se pela organização e análise de dados, que são adquiridos por intermédio

- (A) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, do Sistema de Notificação Compulsória que tem sua realização restrita aos profissionais médicos, e de informações fornecidas por hospitais sentinelas e de urgência.
- (B) do Sistema de Vigilância que se divide em: Vigilância Ativa, realizando a notificação dos miasmas; Vigilância Passiva, iniciada por profissionais de saúde, tendo alto custo e dificuldades operacionais, preferíveis em períodos longos de vigilância.
- (C) do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN); do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS); do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- (D) da Vigilância Passiva, com informações pontuais em um nível; da Vigilância Ativa realizada por pacientes, tendo, assim, baixo custo; da Vigilância Sentinela, que possui um formato particular utilizado para longos períodos e doenças crônicas.

— QUESTÃO 07 —

Relativo à incidência das doenças nos estudos epidemiológicos, afirma-se que

- (A) os estudos de coorte se apoiam na incidência para desenhar seus estudos.
- (B) os estudos transversais se apoiam na incidência para desenhar seus estudos.
- (C) a incidência é a soma dos casos novos das doenças com os já existentes.
- (D) a incidência prioriza os casos antigos de doenças em detrimento dos novos.

— QUESTÃO 08 —

Os estudos epidemiológicos ensaios clínicos, de coorte, ecológicos, e de caso-controle podem ser caracterizados, respectivamente, como estudos

- (A) agregados, de intervenção, longitudinais, individuados.
- (B) observacionais, longitudinais, individuados, de intervenção.
- (C) de intervenção, longitudinais, observacionais, individuados.
- (D) individuados, de intervenção, experimentais, longitudinais.

— QUESTÃO 09 —

Dentre os estudos epidemiológicos têm-se os transversais, de coorte e de caso-controle. Relativo à determinação da causalidade, ao tipo de medida de associação e às vantagens, afirma-se, respectivamente, que

- (A) os três estudos determinam a causalidade, a medida de associação razão de prevalência e a vantagem de serem indicados na investigação de doenças de maior prevalência.
- (B) os estudos transversais determinam a causalidade, apresentam a medida de associação *Odds ratio* e a vantagem de serem colaboradores para desenhos de estudos de coorte.
- (C) os estudos de caso-controle buscam a doença como causa, tendo a razão de médias como medida de associação e a vantagem de determinarem a incidência e a prevalência.
- (D) os estudos de coorte determinam a causalidade, apresentando a medida de associação risco relativo (RR) e a vantagem de estudarem vários desfechos ao mesmo tempo.

— QUESTÃO 10 —

Dentre os atributos da Atenção Primária à Saúde, destacam-se:

- (A) ordenação pela referência e ordenação pelo modelo curativo de doenças.
- (B) ordenação pelos cuidados contínuos a todos os usuários e ordenação pela longitudinalidade.
- (C) centralidade nos cuidados individuais e centralidade na alta complexidade.
- (D) centralidade nos cuidados preventivos e centralidade na horizontalidade.

— QUESTÃO 11 —

Nas intervenções em saúde, é um princípio normativo da economia da saúde:

- (A) eficiência, que se refere à produção dos bens e serviços que a sociedade mais valoriza, ao menor custo possível. É determinada mediante a relação por quociente entre os resultados obtidos e o valor dos recursos empregados.
- (B) equidade, que é definida pelo grau em que se alcança um determinado impacto, resultado, benefícios ou efeito real por causa da aplicação prática de uma ação sob condições habituais.
- (C) efetividade, que se refere ao impacto ou efeito de uma ação levada a cabo em condições ótimas ou experimentais. É o grau em que uma determinada intervenção ou serviço pode gerar um resultado desejável em condições ideais.
- (D) eficácia, que, como conceito genérico, equivale à retidão ou ao sentido de justiça natural e cujo objetivo, no âmbito sanitário, é provisão igualitária de serviços para toda a população de um determinado território.

— QUESTÃO 12 —

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS e completa-se na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Conforme o Decreto n. 7508/2011, uma das portas de entrada do SUS às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde é o serviço de

- (A) atenção de urgência e emergência.
- (B) tratamento fora de domicílio.
- (C) referência e contrarreferência.
- (D) maior complexidade e de densidade tecnológica.

— QUESTÃO 13 —

Todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde devem estar descritas na

- (A) RENAST
- (B) RENAME
- (C) RENASES
- (D) RENASUS

— QUESTÃO 14 —

As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Dentre essas comissões, a

- (A) CIT, no âmbito da União, vincula-se ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (B) CIR, no âmbito do Estado, vincula-se à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (C) CIB, no âmbito regional, vincula-se às Secretarias Municipais de Saúde de sua área de abrangência para efeitos administrativos e operacionais.
- (D) CID, no âmbito municipal, vincula-se à Secretaria Municipal para efeitos administrativos e operacionais relacionados aos distritos sanitários.

— QUESTÃO 15 —

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio

- (A) do termo de compromisso aprovado pelos conselhos de saúde.
- (B) do contrato organizativo da ação pública da saúde.
- (C) do pacto de gestão regionalizado.
- (D) da programação pactuada integrada.

— QUESTÃO 16 —

Conforme a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino

- (A) deverão necessariamente participar do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante processo de concorrência pública a ser estabelecido pelos municípios, para que seus alunos possam construir competências teórico-práticas na atenção à saúde de acordo com as necessidades desse sistema.
- (B) poderão atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, respeitada a autonomia universitária e a demanda desse sistema.
- (C) articulam-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio para a realização de estágios nas unidades do SUS para alunos de graduação e pós-graduação na modalidade de ensino em serviço na perspectiva do ensino, da pesquisa e da extensão.
- (D) integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ao ensino, à pesquisa e à extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

— QUESTÃO 17 —

Para assegurar a participação da comunidade, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990, conta em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com

- (A) Conselho de Saúde com composição paritária, sendo 50% de representantes do governo e 50% de representantes da sociedade civil organizada, tendo caráter permanente e consultivo, e sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo conselho e homologado pelos gestores.
- (B) Conferência de Saúde que se reunirá a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Legislativo ou pelo Judiciário.
- (C) Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.
- (D) Conferência de Saúde organizada mediante a aprovação dos conselhos de saúde, com periodicidade a ser definida a partir de proposta apresentada pelas comissões intergestoras, convocada pelo Poder Legislativo, com participação paritária de usuários e trabalhadores de saúde.

— QUESTÃO 18 —

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. A Política Nacional de Promoção da Saúde tem, entre seus objetivos específicos, o seguinte:

- (A) incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na alta complexidade.
- (B) contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.
- (C) promover o entendimento da concepção específica de doença, entre os usuários da saúde, tanto nos conselhos de saúde como nas conferências de saúde.
- (D) prevenir fatores de risco de doenças e agravos à saúde com ações restritas à modificação individual de comportamentos e estilos de vida.

— QUESTÃO 19 —

A estratégia de Saúde da Família, como forma de territorialização, permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Essa estratégia

- (A) compreende a dinâmica do núcleo familiar, sem contudo construir elementos para avaliar que determinantes sociais contribuem para o processo de saúde em seu território.
- (B) é de atuação restrita a um território e, por esse motivo, é insuficiente para atuar como orientadora das políticas intersetoriais, visando ao bem-estar da comunidade.
- (C) é capaz de ser importante mobilizadora das forças sociais que atuam nesse espaço, de modo a interagir com o governo local na busca de soluções para os seus problemas.
- (D) é fundamental como porta de entrada à atenção básica no SUS, porém não é capaz de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema.

— QUESTÃO 20 —

A humanização como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS pode ser entendida como

- (A) o estabelecimento de hierarquização, rígida e eficaz, entre os profissionais de saúde na produção da linha de cuidado em saúde.
- (B) o estabelecimento de ações com foco em informações construídas de forma científica por meio de pesquisas realizadas por centros de excelência.
- (C) a identificação das necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde, tendo as equipes orientadoras de tipo “posso ajudar” como instrumento de ação.
- (D) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

— QUESTÃO 21 —

No ambiente hospitalar, a pesquisa está rotineiramente presente. Dentre os tipos de pesquisa, têm-se os ensaios clínicos que

- (A) são divididos em fases I, II, III e IV, todas realizadas com pacientes doentes.
- (B) realizam na fase pré-clínica testes com pacientes antes de desenvolverem a doença.
- (C) buscam na fase I para a IV a efetividade, aumentando os sujeitos da pesquisa.
- (D) buscam na fase I ter maior eficácia ao iniciar a pesquisa com sujeitos doentes.

— QUESTÃO 22 —

Os comitês de ética em pesquisa exigem do pesquisador ordenação e documentação de seus atos. Nos estudos placebo-controlados,

- (A) a amostra populacional, quando previamente escolhida na população-alvo, dispensa o termo de consentimento livre e esclarecido.
- (B) a divisão entre o grupo-controle e o grupo-caso é realizada por amostra de conveniência, garantindo maior confiabilidade ao estudo.
- (C) os pacientes nos estudos duplo-cegos sabem que estão utilizando o placebo, enquanto os funcionários envolvidos na pesquisa, não.
- (D) a randomização da amostra de casos e controles deve ser realizada nos tipos unicegos, duplo-cegos, triplo-cegos e quádruplo-cegos.

— QUESTÃO 23 —

Na farmacoepidemiologia, os estudos de utilização de medicamentos podem se dividir metodologicamente em estudos qualitativos e quantitativos. Desse modo,

- (A) a relação causa-efeito estrutura-se por meio do pensamento positivista, na probabilidade e no bom senso, nos estudos qualitativos.
- (B) os estudos qualitativos e os quantitativos são incompatíveis para uma elaboração sinérgica no desenho de projeto de pesquisa.
- (C) os estudos qualitativos se apoiam na fenomenologia, na compreensão e interpretação da realidade e do cotidiano pesquisado.
- (D) as pesquisas sobre adesão ao tratamento são melhor estruturadas por estudos quantitativos com perguntas abertas sobre o cotidiano.

— QUESTÃO 24 —

A assistência farmacêutica, ao organizar a relação medicamento-sociedade, é colaborada pela

- (A) adoção de relação de medicamentos essenciais de acordo com os parâmetros internacionais e o princípio da centralização do SUS.
- (B) reorientação centrada nas prioridades fornecidas pelo governo federal e no consumo de medicamentos de alto custo.
- (C) regulação sanitária dos medicamentos por meio da ANVISA e pelo financiamento específico para os medicamentos da atenção básica.
- (D) educação em saúde, pelo incentivo ao registro e ao uso de medicamentos similares, pela farmacovigilância e medicalização da vida.

— QUESTÃO 25 —

A Portaria n. 344/98 (ANVISA) preconiza que a prescrição de medicamentos à base de substâncias antirretrovirais (lista “C4”), a ser dispensada nas farmácias do Sistema Único de Saúde, deverá ser feita em

- (A) formulário próprio estabelecido pelo programa de DST/AIDS, contendo no máximo cinco substâncias da lista C4.
- (B) formulário simples, em duas vias, com timbre da instituição e carimbado por um infectologista da rede pública de saúde.
- (C) receituário azul do tipo B1, em uma única via, com timbre da instituição, numerado e fornecido pela vigilância sanitária.
- (D) receituário de controle especial, em duas vias, carimbado e assinado, contendo no máximo uma substância da lista C4.

— QUESTÃO 26 —

Os serviços farmacêuticos clínicos hospitalares estão relacionados com

- (A) monitorização de erros de medicação; registro de RAMs; presença do farmacêutico nos estudos prospectivos e ausência nos estudos retrospectivos. Estes serviços são considerados de Classe IV.
- (B) educação de prescritores por centros de informação; pesquisa clínica; clínica de adesão; programas com fármaco e patologia-alvo. Estes serviços são considerados de Classe III.
- (C) sobreposição da relação médico-farmacêutico à relação médico-paciente, o que cria ambiente especializado e humanizado para a educação. Estes serviços são considerados de Classe V.
- (D) serviços clínicos, que são pouco especializados, como UTI, emergência, transplantes, hematologia, oncologia, suporte nutricional, radioterapia, quimioterapia. Estes serviços são considerados de Classe I.

— QUESTÃO 27 —

O farmacêutico hospitalar utiliza-se de inúmeras ferramentas para o planejamento de compras e controle de estoque de medicamentos. Com isso, o farmacêutico que atua no setor de urgência e emergência pode usar ferramentas como a classificação XYZ para estabelecer uma rotina de reposição de estoque. A classe "X" da curva representa

- (A) itens imprescindíveis, cuja falta prejudica atividades vitais, paralisando o serviço. Não existem substitutos no estoque.
- (B) itens de pouca relevância, cuja falta prejudica as atividades vitais, paralisando o serviço. Possuem substitutos no estoque.
- (C) itens de pouca relevância, cuja falta não prejudica as atividades vitais. Possuem ou não substitutos.
- (D) itens imprescindíveis, cuja falta prejudica atividades vitais. Possuem substitutos no estoque.

— QUESTÃO 28 —

De acordo com o estabelecido na Portaria do Ministério da Saúde GM n. 1863, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências,

- (A) deve-se garantir prioritariamente o atendimento às urgências clínicas e cirúrgicas, direcionando as urgências psiquiátricas para atendimento exclusivo de hospitais especializados na área de psiquiatria.
- (B) devem-se incluir nas ações de saúde as estratégias transeitoriais de promoção da saúde, de prevenção de agravos, de recuperação da saúde, de reabilitação integral e de capacitação continuada das equipes.
- (C) devem-se restringir as ações das Unidades de Saúde da Família à atenção de pessoas com doenças crônicas, não devendo participar da atenção às urgências, visto que compõem a Atenção Básica em Saúde.
- (D) deve-se inserir o serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu) no componente hospitalar móvel de atenção às urgências, organizando-o a partir da regulação médica de urgências e do telefone 193.

— QUESTÃO 29 —

O farmacêutico apresenta-se como profissional multidisciplinar com atuação nos diferentes níveis de atenção à saúde e de complexidade, tal como

- (A) na Atenção Básica, formada por uma rede de hospitais que resolve cerca de 50% dos problemas de saúde.
- (B) na Atenção Básica, por intermédio dos Centros de Especialidades e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.
- (C) na Alta Complexidade, colaborando nos serviços relacionados à hemoterapia e à assistência ao paciente oncológico.
- (D) na Alta Complexidade, realizando nos serviços relacionados os resultados de exames anatomocitopatológicos.

— QUESTÃO 30 —

De acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde, a Ambiência e o Acolhimento na Saúde definirão

- (A) um ambiente técnico, sem subjetividades, esterilizado e preciso para o trabalho exclusivo de atenção farmacêutica hospitalar especializada.
- (B) uma divisão entre o espaço do usuário, o trabalho farmacêutico e o de outros profissionais de saúde, operacionalizando o serviço farmacêutico.
- (C) um ambiente confortável, acolhedor, subjetivo, científico e resolutivo, que favorece a classificação de riscos do usuário dos serviços de saúde.
- (D) um espaço seguro para a realização da Atenção Farmacêutica, apoiada pelo uso de grades e vidros, protegendo o profissional farmacêutico.

— QUESTÃO 31 —

Segundo a Portaria MS 649/2008, que fase da leucemia mieloide crônica possui melhor prognóstico ao tratamento com os inibidores de tirosina quinase?

- (A) Fase gama.
- (B) Fase crônica.
- (C) Fase blástica (aguda).
- (D) Fase acelerada (transformação).

— QUESTÃO 32 —

As reações leucemoides podem conduzir à suspeita de leucemia mieloide crônica (LMC). No entanto, alguns achados laboratoriais estão presentes nas reações leucemoides, mas não na LMC. Esses achados são:

- (A) neutrofilia com escalonamento, granulações tóxicas, aumento de plaquetas e eosinófilos.
- (B) neutrofilia com escalonamento, granulações tóxicas e ausência ou diminuição da fosfatase alcalina.
- (C) neutrofilia sem escalonamento, granulações tóxicas e fosfatase alcalina normal ou aumentada.
- (D) neutrofilia com escalonamento, granulações tóxicas e fosfatase alcalina normal ou aumentada.

— QUESTÃO 33 —

Leia o texto a seguir.

Um dos itens medicamentosos na prescrição de um paciente internado, que chegou ao setor de farmácia de um hospital, tinha os seguintes dizeres: Morfina 1 mg/ml, fazer 3 ml em solução fisiológica 0,9% 250 ml a 31 ml/h em bomba de infusão contínua (BIC).

Dados:

Morfina 1 mg/ml – ampola com 2 ml (não tem estabilidade);
O sistema de distribuição de kit's pela farmácia é de forma individualizada para cada 24 horas;

Não se armazenam medicamentos no posto de enfermagem.

O controle para medicamentos de acordo com a Portaria 344/98 (ANVISA) foi preenchido para a quantidade de 12 ampolas de morfina 2mg.

O farmacêutico responsável pela triagem desta prescrição deverá proceder da seguinte maneira:

- (A) disponibilizar as 12 ampolas de morfina conforme o prescrito no controle de medicamentos da Portaria 344/98 (ANVISA), para serem usadas em 24 horas.
- (B) disponibilizar seis ampolas de morfina conforme a prescrição, reservando o controle com a pendência de seis ampolas, caso seja aumentado o gotejamento.
- (C) disponibilizar quatro ampolas de morfina conforme a prescrição, reservando o controle com a pendência de oito ampolas, caso seja aumentado o gotejamento.
- (D) disponibilizar duas ampolas de morfina, conforme a prescrição, reservando o controle com a pendência de 10 ampolas, caso seja aumentado o gotejamento.

— QUESTÃO 34 —

A nutrição parenteral total (NPT) ou parcial (NPP) constitui parte dos cuidados ao recém-nascido (RN) impossibilitado de receber a adequação das suas necessidades metabólicas pelo trato gastrointestinal. É indicada na profilaxia e no tratamento da desnutrição aguda. Sendo assim,

- (A) a administração de aminoácidos é importante para evitar o catabolismo proteico e manter a homeostase da glicose.
- (B) o cobre e o zinco são oligoelementos que devem ter a concentração aumentada na NP, nos casos de prejuízo de excreção da bile.
- (C) a glicose é a principal fonte de energia, e pode ser utilizada sem a dosagem dos valores de glicemia.
- (D) o cálcio e o fósforo não são necessários para os RN, por serem repostos em outras fases da vida.

— QUESTÃO 35 —

Conforme RDC 306/04 (ANVISA), são resíduos de serviço em saúde que fazem parte do Grupo B:

- (A) citostáticos e insumos farmacêuticos.
- (B) materiais radioativos e hemoderivados.
- (C) peças anatômicas e vísceras moles.
- (D) lâminas de bisturi e agulhas usadas.

— QUESTÃO 36 —

O uso de EPIs e técnicas adequadas de paramentação no manuseio de citostáticos é uma norma que garante proteção ao manipulador e qualidade do medicamento estéril. Para tanto, o profissional responsável pela manipulação deve,

- (A) utilizar capela de fluxo classe V C4 para produtos químicos, usar gorro, maquiagem, anéis, relógios e luvas de procedimento.
- (B) utilizar capela de fluxo laminar de classe I B6 com filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air Filter), lavar as mãos e braços com sabão antimicrobiano.
- (C) utilizar capela de segurança microbiológica, classe III A3, máscaras bico-de-pato, óculos de proteção, luvas estéreis.
- (D) utilizar capela de fluxo laminar de classe II B2 com filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air Filter), óculos de proteção e luvas estéreis.

— QUESTÃO 37 —

Uma das funções da comissão de farmácia e terapêutica é a seleção de medicamentos, proporcionando vantagens para a atividade administrativa do hospital, tal como:

- (A) aumentar o número de produtos farmacêuticos adquiridos, armazenados e distribuídos para as unidades assistenciais.
- (B) controlar o estoque e uso de medicamentos, padronizados pela comissão de controle de infecção hospitalar.
- (C) possibilitar maior eficiência da assistência farmacêutica ao reduzir o número de produtos farmacêuticos.
- (D) definir normas para o uso de antimicrobianos no hospital, reduzindo gastos com esses medicamentos.

— QUESTÃO 38 —

Leia o caso a seguir.

Solicitação encaminhada ao setor de farmacotécnica hospitalar:

Ficha de solicitação de preparo de quimioterapia (QT):

Paciente, E.C.R.F., 26ª, 62,5 kg, 1,67 m altura, SC = 1,7 m², portador de linfoma não-Hodgkin – DGCB, Protocolo de tratamento – R-ICE.

1-Rituximabe 637,5 mg + solução fisiológica (SF) 0,9% 500 mL – EV em BIC por 6 horas – Primeiro dia (D1).

2-Etoposídeo 170 mg + SF 0,9% 500 mL – EV em BIC por 6 horas (D2, D3 e D4).

3-Ifosfamida 4,25 g + SF 0,9% 1000 mL – EV em BIC por 12 horas 12/12 horas (D3).

4-Carboplatina 612 mg + SF 0,9% 250 mL – EV em BIC por 1 hora (D3).

5-Mesna 8,50 mg + SF 0,9% 1000 ml – EV em BIC por 24 horas (D3).

Dados: Ifosfamida pó liofilizado 2 g – volume necessário para reconstituir: 30 ml

Em D3, o farmacêutico ao analisar a ficha de QT e compará-la com a prescrição diária verificou que:

- (A) a carboplatina deve ser preparada na mesma solução de ifosfamida, para não ocorrer precipitação.
- (B) o etoposídeo deve ser diluído em volume inferior a 100 ml, para não ocorrer precipitação.
- (C) o volume de ifosfamida a ser aspirado, para que represente 4,25 g será 63,7 ml.
- (D) o rituximabe deveria ter sido administrado “in bolus”, pois ele tem efeito antiemético.

— QUESTÃO 39 —

Leia o caso a seguir.

Solicitação encaminhada ao setor de farmacotécnica hospitalar:

Ficha de solicitação de preparo de quimioterapia (QT):

Paciente GDG, síndrome nefrótica (SN), peso 48,7 kg, Altura 1,67 cm, superfície corpórea 1,45 m².

Medicamentos:

1) Ondasetrona 8 mg (EV) de 8 em 8 horas.

2) Ciclofosfamida 725 mg SG5% 200 ml – correr em BIC em 2 horas.

3) Mesna 210 mg EV imediatamente antes do item 2, e 1 hora, 2 horas e 4 horas após o item 2.

Prescrição do dia:

Ficha de QT conformidade com a prescrição.

Nesse caso,

- (A) os antieméticos (ondasetrona e mesna) foram prescritos para inibir o vômito provocado pela ciclofosfamida.
- (B) a mesna exerce o papel de proteção renal/uroproteção, para minimizar a toxicidade da ciclofosfamida.
- (C) a ciclofosfamida deve ser preparada em solução fisiológica 0,9%, para evitar precipitação e síndrome nefrótica.
- (D) a ondasetrona é utilizada com a finalidade de diminuir a dor provocada pela síndrome nefrótica.

— RASCUNHO —

Leia o texto a seguir para responder às questões 40 e 41.

Em pacientes portadores de linfomas e leucemias agudas, com alta contagem de leucócitos em uso de quimioterapia antineoplásica, é comum ocorrer a destruição de alta quantidade de células malignas. Como consequência, é liberada alta carga de ácidos nucleicos no espaço extracelular, levando à síndrome da lise tumoral (SLT). Nestes casos, pode ocorrer desenvolvimento de insuficiência renal aguda. A SLT é uma emergência com bom prognóstico potencial, desde que o início do tratamento seja precoce.

— QUESTÃO 40 —

Em pacientes com baixo ou moderado risco de SLT são preconizadas hidratação e administração de um medicamento análogo à xantina, com intuito de inibir a xantina-oxidase. Este medicamento é:

- (A) amantadina.
- (B) mitoxantrona.
- (C) carboplatina.
- (D) alopurinol.

— QUESTÃO 41 —

A insuficiência renal observada nos pacientes com SLT pode desencadear hiperfosfatemia e hipocalcemia que provocam

- (A) aumento da liberação do PTH que, por sua vez, estimula a reabsorção de cálcio e inibe a reabsorção de fósforo pelos túbulos renais.
- (B) aumento da liberação do PTH que, por sua vez, estimula a excreção de cálcio e inibe a reabsorção de fósforo pelos túbulos renais.
- (C) diminuição da liberação do PTH que, por sua vez, estimula a reabsorção de cálcio e inibe a reabsorção de fósforo pelos túbulos renais.
- (D) diminuição da liberação do PTH que, por sua vez, estimula a excreção de cálcio e inibe a reabsorção de fósforo pelos túbulos renais.

— QUESTÃO 42 —

O diagnóstico rápido da infecção pelo HIV para grupos populacionais especiais definidos pela portaria 151/2009 pode ser feito exclusivamente com testes rápidos validados pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Em caso de amostra com resultados reagentes em dois testes rápidos distintos,

- (A) o resultado é definido como "Amostra reagente para HIV" e pode ser liberado com a seguinte ressalva: "Amostra submetida a dois testes rápidos distintos, conforme estabelecido pela Portaria 151/2009".
- (B) o laudo não será liberado. Uma nova amostra deve ser coletada e deve-se repetir os testes com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente.
- (C) o resultado é definido como "Amostra reagente para HIV" e pode ser liberado com a seguinte ressalva: "Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra".
- (D) o laudo não será liberado. Uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao fluxograma mínimo para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses.

— QUESTÃO 43 —

A varfarina é utilizada como anticoagulante terapêutico por dificultar a geração "de novo" da vitamina K ativa e, consequentemente, reduzir a função dos fatores II, VII, IX, X. Pacientes sob terapia com varfarina são monitorados

- (A) pelo TTPa.
- (B) pelo INR.
- (C) pelo TP e TTPa.
- (D) pela dosagem do dímero-D.

— QUESTÃO 44 —

Precisão, acurácia, sensibilidade e especificidade são características de um teste de diagnóstico que devem ser consideradas em programa de triagem sorológica. Considerando essas características, na triagem de doadores de sangue,

- (A) privilegia-se a especificidade em detrimento da sensibilidade.
- (B) privilegia-se a sensibilidade em detrimento da especificidade.
- (C) conjuga-se sensibilidade de 100% com especificidade de 100%.
- (D) conjuga-se precisão e acurácia com 100% de sensibilidade e especificidade.

Leia o caso a seguir para responder às questões 45 e 46.

Paciente icterico refere desconforto abdominal há sete dias e colúria. Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes resultados: bilirrubina total 9,6 mg/dL, bilirrubina direta 7,2 mg/dL e bilirrubina indireta 2,4 mg/dL, ALAT 3004 (UI/L) e ASAT 1509 (UI/L). A sorologia para hepatite revelou positividade para os seguintes marcadores: anti-HBc total, anti-HBc IgM, HbsAg, HBeAg, anti-HAV total e anti-HCV.

— QUESTÃO 45 —

Com base nesse perfil sorológico, conclui-se que o paciente

- (A) está imune à hepatite B, à hepatite A e tem hepatite C.
- (B) está com tripla infecção pelos vírus A, B e C da hepatite.
- (C) está imune à hepatite A e está com hepatite B e hepatite C.
- (D) está na fase crônica da hepatite B e da hepatite A e tem hepatite C.

— QUESTÃO 46 —

A concentração de bilirrubina direta maior do que a concentração de bilirrubina indireta sugere

- (A) excreção aumentada de bilirrubina direta pelo fígado.
- (B) incapacidade do fígado de conjugar a bilirrubina direta.
- (C) lesão dos canalículos biliares com retorno da bilirrubina direta para o sangue.
- (D) concentração de bilirrubina indireta acima da capacidade de conjugação pelo fígado.

— QUESTÃO 47 —

Aproximadamente de 1% a 3% dos pacientes tratados com metildopa, penicilina intravenosa, cefalotina ou tetraciclina e outros medicamentos desenvolvem anemia hemolítica. Para estes pacientes com anemia hemolítica induzida por drogas, o teste para

- (A) antiglobulina humana direta mostra-se positivo.
- (B) antiglobulina humana direta mostra-se negativo.
- (C) antiglobulina humana indireta mostra-se positivo.
- (D) antiglobulina humana indireta mostra-se negativo.

— QUESTÃO 48 —

O transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas (TCTH) com mieloablação significa

- (A) transplante convencional de células-tronco hematopoéticas da medula óssea ou do sangue periférico do próprio indivíduo a ser transplantado, para o qual se utilizam baixas doses de agentes citotóxicos no condicionamento pré-transplante.
- (B) transplante convencional de células-tronco hematopoéticas da medula óssea ou do sangue periférico do próprio indivíduo a ser transplantado, para o qual se utilizam altas doses de agentes citotóxicos no condicionamento pré-transplante.
- (C) transplante convencional de células-tronco hematopoéticas da medula óssea, do sangue periférico ou do sangue do cordão umbilical de um outro indivíduo, sem o uso de altas doses de agentes citotóxicos no condicionamento pré-transplante.
- (D) transplante convencional de células-tronco hematopoéticas da medula óssea, do sangue periférico ou do sangue do cordão umbilical de outro indivíduo, para o qual se utilizam altas doses de agentes citotóxicos no condicionamento pré-transplante.

— QUESTÃO 49 —

Os marcadores de lesão miocárdica em pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) são úteis para estimar a extensão do infarto, o prognóstico, o diagnóstico de reperfusão coronária à beira do leito e para o diagnóstico de reinfarto. Em caso de sinais e sintomas, pode-se estabelecer o diagnóstico de IAM se houver aumento característico e

- (A) diminuição rápida da troponina ou aumento e diminuição gradual da creatinaquinase CK fração MB (CK-MB).
- (B) diminuição gradual da troponina ou aumento e diminuição mais rápidos da creatinaquinase CK fração MB (CK-MB).
- (C) diminuição gradual da mioglobina ou aumento e diminuição mais rápidos da creatinaquinase CK fração MB (CK-MB).
- (D) diminuição rápida da mioglobina ou aumento e diminuição gradual da creatinaquinase CK fração MB (CK-MB).

— QUESTÃO 50 —

Um paciente renal crônico apresenta anemia microcítica e hipocrômica, dosagens de ferro sérico abaixo do valor de referência, IST menor que 20% e dosagem de ferritina normal. Este quadro clínico-laboratorial sugere

- (A) anemia por falta de produção.
- (B) anemia ferropriva associada à anemia de doença crônica.
- (C) anemia ferropriva associada à anemia por falta de produção.
- (D) anemia de doença crônica associada à anemia por falta de produção.