



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - EDITAL 03/2016 - PARNAÍBA

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

ÁREA PROFISSIONAL FARMÁCIA

DATA: 14/02/2016

HORÁRIO: das 08 às 11 horas

LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O CADERNO DE QUESTÕES

- ☒ Verifique se este CADERNO contém um total de 40 (quarenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de resposta cada, das quais, apenas uma é correta. Se o caderno não estiver completo, solicite ao fiscal de sala um outro caderno. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ☒ As questões estão assim distribuídas:
 - SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS: 01 a 10
 - CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL: 11 a 40
- ☒ O candidato não poderá entregar o **caderno de questões** antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ☒ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica, **tinta preta** ou **azul escrita grossa**.
- ☒ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS

01. O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito. A implantação do SUS começa no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990). A Lei Orgânica da Saúde estabelece princípios e diretrizes norteadores do funcionamento do SUS. Assinale a opção que apresenta de forma CORRETA princípios e diretrizes norteadores do funcionamento do SUS.
- (A) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Integralidade da assistência; Participação da comunidade; Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
 - (B) Universalidade de acesso na assistência básica em saúde; Isonomia na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Responsabilização socio sanitária; Cooperação popular; Centralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
 - (C) Paridade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Cooperação social; Responsabilização socio sanitária; Centralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
 - (D) Universalidade de acesso na assistência básica em saúde; Colaboração popular; Centralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; Responsabilização socio sanitária; Plenitude na assistência.
 - (E) Universalidade de acesso na atenção básica; Paridade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Indemnidade na atenção à saúde; Centralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
02. No Brasil, a Atenção Básica em saúde é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação de toda a rede de saúde. Assinale a opção que apresenta de forma CORRETA todos os princípios que orientam a Política Nacional de Atenção Básica (2012).
- (A) Universalidade; Acessibilidade; Vínculo; Classificação de Risco; Continuidade do cuidado; Humanização.
 - (B) Universalidade; integralidade da atenção; acessibilidade; Responsabilização; Humanização; Equidade; Participação Social; Vínculo; Continuidade do Cuidado.
 - (C) Universalidade; Integralidade; Equidade; Participação Social; Continuidade do cuidado; Redução das vulnerabilidades; Acessibilidade.
 - (D) Universalidade; integralidade da atenção; acessibilidade; Responsabilização; Humanização; Equidade; Participação Social; Vínculo; Continuidade do Cuidado; Enfrentamento das doenças negligenciadas.
 - (E) Universalidade; Integralidade; Equidade; Participação Social; Continuidade do cuidado; Redução das vulnerabilidades; Acessibilidade; Regionalização dos serviços e dos diagnósticos no âmbito da proteção individual e coletiva.
03. A Política Nacional de Atenção Básica (2012) define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se como arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais. Nesse sentido, a atenção básica deve cumprir algumas funções para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde. Assinale a opção que apresenta de forma CORRETA as funções da atenção básica para o funcionamento das RAS.
- (A) Ser apoio; Ser propositiva; Ordenar o cuidado; Garantir a igualdade no enfrentamento às demandas de saúde.
 - (B) Ser apoio; Ser propositiva; Garantir a igualdade no enfrentamento às demandas de saúde; Mobilizar o controle social.
 - (C) Coordenar as redes; ser base; Gerenciar os cuidados; Ser instrutiva; Mobilizar o controle social.

- (D) Ser base; Coordenar o cuidado; Ser resolutiva; Ordenar as redes.
- (E) Ser suporte; Ser instrutiva; Gerenciar o cuidado; Garantir a igualdade no enfrentamento às demandas de saúde.
04. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como a sua resolubilidade. Assinale a opção que apresenta de forma INCORRETA características do NASF.
- (A) O NASF faz parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.
- (B) A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família/equipes de atenção básica para populações específicas prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência.
- (C) O NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde.
- (D) Todas as atividades do NASF podem ser desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, Academias da Saúde ou em outros pontos do território.
- (E) Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família devem ser compostos, exclusivamente, por profissionais que possuam graduação em saúde, objetivando assim potencializar as ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde.
05. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, da Presidência da República, regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Esse decreto apresenta algumas definições acerca da organização do Sistema Único de Saúde e sobre o planejamento da saúde no Brasil. De acordo com o que está expresso no decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a *descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema*, é a definição de qual conceito presente nesse decreto? Assinale a opção CORRETA.
- (A) Região de Saúde.
- (B) Mapa da Saúde.
- (C) Regional de Saúde.
- (D) Rede de Atenção à Saúde.
- (E) Distrito Sanitário.
06. A Lei complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2013 dispõe acerca dos valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Com base nessa Lei, a porcentagem mínima que os municípios brasileiros podem aplicar da sua arrecadação anual dos impostos e recursos, é:
- (A) 12%
- (B) 14%
- (C) 10%
- (D) 15%
- (E) 20%
07. O artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988). Dessa forma, os temas da educação na saúde passam a integrar as atribuições do SUS e foram implementadas, pelas portarias GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004 e GM/MS n. 1996, de 20 de agosto de 2007, que apresentou diretrizes e novas estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A Educação Permanente em Saúde tem o intuito de transformar as práticas pedagógicas e de saúde, contribuindo para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais da saúde. Assinale a opção que apresenta de forma INCORRETA, as características da Educação Permanente em Saúde na Atenção Básica.

- (A) A educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”.
- (B) A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho.
- (C) A educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.
- (D) A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.
- (E) A educação permanente em saúde é uma forma de ensino/aprendizagem, com enfoque no ensino teórico, que se constitui como um processo contínuo de educação e tem como objetivo principal atualizar as capacidades dos profissionais da atenção básica, frente às mudanças técnicas e científicas.
08. A Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH) é uma iniciativa inovadora no Sistema Único de Saúde. Criada em 2003, a PNH tem por objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde, promovendo a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. A Política Nacional de Humanização possui uma lista de princípios norteadores. Assinale a opção que apresenta de forma CORRETA princípios norteadores da Política Nacional de Humanização.
- (A) Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional.
- (B) Ação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário; Uso da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos; Comando Único no ordenamento do trabalho.
- (C) Reconhecimento da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão; Estabelecimento de protocolos de atendimento; Atenção à Saúde baseada em evidências.
- (D) Fomento a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; Comando Único no ordenamento do trabalho; Atenção à Saúde baseada em evidências.
- (E) Estabelecimento de protocolos de atendimento; Fortalecimento de trabalho em equipes disciplinares; Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário.
09. A Política Nacional de Humanização, como política transversal no Sistema Único de Saúde, estabelece algumas diretrizes para a atenção básica. Assinale a opção que NÃO apresenta uma diretriz da Política Nacional de Humanização na Atenção Básica.
- (A) Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social.
- (B) Incentivar práticas promocionais de saúde.
- (C) Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços.
- (D) Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade.
- (E) Otimizar o atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas.

10. Leia atentamente a afirmação abaixo e assinale a opção que completa de forma CORRETA a assertiva.

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde. Dessa forma, _____ é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (OMS, 1986).

- (A) Controle Social.
- (B) Determinação Social da Saúde.
- (C) Promoção da Saúde.
- (D) Universalização da saúde.
- (E) Democratização da Saúde.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL

11. A Coccidioidomicose é uma enfermidade que vem acometendo agricultores no Piauí e tem sido chamada popularmente de “Doença do Tatu”. Com relação a essa doença, assinale a opção CORRETA.

- (A) É um tipo de micose causada pelo fungo dimorfo *Paracoccidioides brasiliensis*.
- (B) É adquirida pela ingestão de carne contaminada com os artroconídios do fungo.
- (C) É uma doença em que há contágio indivíduo a indivíduo.
- (D) O diagnóstico laboratorial é feito por exame micológico direto e cultural, sendo também útil a histopatologia, na qual é possível encontrar esférulas com endosporos.
- (E) Quando um caso é diagnosticado, não há necessidade de notificação à vigilância epidemiológica.

12. Em 2013, o Estado do Piauí foi o quarto Estado da região Nordeste com maior número de casos confirmados de Leishmaniose visceral. Sobre essa doença, indique a opção CORRETA.

- (A) O agente causal da Leishmaniose visceral é o protozoário do gênero *Plasmodium*.
- (B) Os vetores da doença são insetos do gênero *Anopheles*.
- (C) O homem é o único reservatório importante da doença.
- (D) O diagnóstico clínico é realizado na presença de sintomas característicos: anemia hipocrômica, com hematócrito elevado no início do período febril e esplenomegalia dolorosa.
- (E) O protozoário apresenta duas formas de vida: amastigota (no interior de células do sistema fagocítico mononuclear de vertebrados) e promastigota (presente no tubo digestivo dos vetores invertebrados).

13. De acordo com o boletim epidemiológico divulgado em janeiro de 2016, o Piauí no ano de 2015 registrou 901 casos de Hanseníase. Sobre essa doença, marque a opção CORRETA.

- (A) O agente etiológico é o bacilo álcool-ácido resistente denominado *Mycobacterium tuberculosis*.
- (B) O uso de monoterapia é rotineiro no tratamento dessa doença.
- (C) A transmissão se dá pelo contato íntimo e prolongado com pacientes bacilíferos não tratados.
- (D) A doença localiza-se inicialmente nos alvéolos pulmonares e, depois de englobados por macrófagos, são transportados para os linfonodos hilares e mediastinais. Após multiplicação intracelular ocorrem alterações inflamatórias, com surgimento da lesão primária com envolvimento dos linfonodos.
- (E) O diagnóstico diferencial inclui histoplasmose e paracoccidioidomicose.

14. Questões referentes à transfusão de sangue não aceita por um paciente em função de sua religião ou mesmo pesquisas com células tronco são estudadas e tratadas pela bioética. Tendo em vista esta área de conhecimento, assinale a opção CORRETA.

- (A) A bioética pode ser entendida como sendo uma reflexão complexa, interdisciplinar e compartilhada sobre a adequação das ações envolvendo a vida e o viver.
- (B) Habitualmente, as questões bioéticas são abordadas sob a forma de dilemas, restringindo as alternativas a apenas duas possibilidades de solução.
- (C) A bioética leva em consideração dois componentes racionais: os sistemas de crenças e valores e a afetividade.
- (D) A bioética é uma reflexão simplista e interdisciplinar.
- (E) Na reflexão sobre um problema bioético, não há a necessidade de inclusão de referenciais teóricos e de casos já ocorridos relacionados ao problema.
15. Sobre os sistemas de crenças e valores e a afetividade, componentes da bioética, marque a opção CORRETA.
- (A) De uma a duas crenças determina as atitudes das pessoas.
- (B) A tradição é um passado esquecido, que pode ser individual ou coletivo.
- (C) Há apenas um elemento importante da afetividade que tem forte influência no processo de tomada de decisão que são os desejos.
- (D) Os desejos são uma projeção de futuro no tempo presente, são uma antecipação e podem alterar o impacto das consequências associadas às alternativas de solução.
- (E) Os vínculos, especialmente os familiares, atuam aumentando o impacto dos custos associados aos benefícios decorrentes de uma dada alternativa.
16. A utilização de plantas medicinais é uma prática tão antiga quanto a humanidade e por muito tempo foi uma das principais formas de tratar doenças. Sobre a utilização de plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica, assinale a opção CORRETA.
- (A) Não há regulamentação e nem mesmo incentivo para a utilização de plantas medicinais e fitoterápicos, por parte do Ministério da Saúde, no âmbito da atenção primária.
- (B) Pode-se classificar a fitoterapia em três principais vertentes: fitoterapias popular, tradicional e oriental.
- (C) Para a incorporação da fitoterapia nas práticas da Saúde da Família, as plantas medicinais e fitoterápicos devem ser validados, e os procedimentos de preparação e administração também padronizados e cientificamente reconhecidos.
- (D) Não há estratégias no Brasil para validação das plantas medicinais empregadas popularmente.
- (E) A partir de critérios científicos de segurança e eficácia e do perfil epidemiológico da população, alguns municípios criaram uma Relação Municipal de Fitoterápicos, mas isso não garante o acesso a essas plantas medicinais e fitoterápicos de forma racional e segura.
17. O papel do farmacêutico na utilização correta das plantas medicinais e fitoterápicos é fundamental. Assim, com relação à atenção farmacêutica e à assistência farmacêutica neste enfoque, é CORRETO afirmar:
- (A) A promoção do uso racional de plantas medicinais e de fitoterápicos no SUS não tem relação com o desenvolvimento de estratégias de divulgação e informação aos profissionais de saúde, gestores e usuários de conhecimentos básicos sobre plantas medicinais e fitoterápicos.
- (B) Dentre as principais atividades relacionadas à assistência farmacêutica na implantação do programa de fitoterapia podemos citar a pesquisa, o cultivo de plantas medicinais, seu processamento em droga vegetal e a produção de fitoterápicos, bem como a sua dispensação, acompanhamento e avaliação de sua utilização.
- (C) A atenção farmacêutica em fitoterapia exigirá do farmacêutico apenas o conhecimento científico do uso de plantas medicinais e fitoterápicos.
- (D) O profissional farmacêutico, para atuar na assistência farmacêutica em fitoterapia, deverá conhecer as diferentes formas de acesso e o uso de plantas medicinais e fitoterápicos, mas não necessita conhecer as etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.
- (E) Um conceito importante da fitoterapia e necessário ser conhecido por um farmacêutico que atua nessa área é o conceito de fitoterápico, que pode ser definido como espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos.

18. Para selecionar o elenco de plantas medicinais a serem utilizadas nos programas de fitoterapia, recomenda-se priorizar:
- (A) As espécies de cultivo específico em outras regiões do País.
 - (B) As espécies medicinais indicadas para enfermidades de interesse em saúde pública, prioritariamente na atenção básica.
 - (C) As espécies de difícil cultivo.
 - (D) As espécies que não possuem técnicas de cultivo validadas ou normas de manejo/extrativismo.
 - (E) As espécies que não possuem medicamentos fitoterápicos comercializados no Brasil.
19. Os fármacos que se ligam aos receptores e não conseguem ativá-los são denominados:
- (A) Antagonistas.
 - (B) Indiferentes.
 - (C) Agonistas.
 - (D) Anérgicos.
 - (E) Sinérgicos.
20. A extensão e a velocidade de absorção de um fármaco em uma forma de dosagem é denominada:
- (A) Osmose.
 - (B) Distribuição.
 - (C) Metabolização.
 - (D) Difusão.
 - (E) Biodisponibilidade.
21. Os principais órgãos responsáveis pela biotransformação e excreção dos fármacos são, respectivamente:
- (A) Cérebro e Pâncreas.
 - (B) Fígado e Intestino.
 - (C) Pulmões e Rins.
 - (D) Fígado e Rins.
 - (E) Pulmões e Intestino.
22. Medicamentos racionalmente selecionados e usados propiciam benefícios individuais, institucionais e nacionais. Com relação a este tópico, assinale a opção CORRETA.
- (A) Para o usuário, a escolha racional proporciona mais garantia de benefício terapêutico (eficácia e segurança) a menor custo, contribuindo para a integridade do cuidado à saúde.
 - (B) Dentre as atitudes que propiciam o uso racional de medicamentos está a prática dos prescritores fazerem uso de informações sobre os tratamentos obtidas a partir de companhias farmacêuticas.
 - (C) Outras formas de propiciar o uso racional de medicamentos é o uso da polifarmácia e a automedicação.
 - (D) Segundo a Organização Mundial de Saúde a forma mais efetiva de melhorar o uso de medicamentos na atenção primária é a combinação de educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e garantia de adequado acesso a medicamentos apropriados. Qualquer uma dessas estratégias, isoladamente, causa um grande impacto.
 - (E) O Ministério da Saúde não oferece qualquer treinamento para qualificação dos serviços farmacêuticos sobre o uso racional de medicamentos.
23. Marque a opção abaixo relaciona corretamente os critérios para a seleção de medicamentos essenciais:
- (A) Eficácia, Segurança, Conveniência para o paciente, Qualidade assegurada, Custo alto.
 - (B) Eficácia, Segurança, Várias doses ao dia, Qualidade assegurada, Custo comparativamente favorável.

- (C) Eficácia, Segurança, Conveniência para o paciente, Qualidade não necessariamente atestada, Custo comparativamente favorável.
- (D) Eficácia, Segurança, Conveniência para o paciente, Qualidade assegurada, Custo comparativamente favorável.
- (E) Eficácia, Segurança, Várias doses ao dia, Qualidade assegurada, Custo alto.
24. O uso indiscriminado de medicamentos antimicrobianos levou ao aparecimento de micro-organismos resistentes a vários antibióticos. Neste contexto, assinale a opção que relaciona apenas estratégias para minimizar o aparecimento de resistência:
- (A) Redução no número de prescrições de antimicrobianos, adoção de esquemas mais curtos de tratamento, restringir a utilização de antibióticos com alta capacidade de indução de resistência e utilizar diferentes antimicrobianos em combinações.
- (B) Aumento no número de prescrições de antimicrobianos, adoção de esquemas mais longos de tratamento, restringir a utilização de antibióticos com alta capacidade de indução de resistência e utilizar diferentes antimicrobianos em combinações.
- (C) Redução no número de prescrições de antimicrobianos, adoção de esquemas mais curtos de tratamento, restringir a utilização de antibióticos com alta capacidade de indução de resistência e utilizar antimicrobianos em monoterapia.
- (D) Aumento no número de prescrições de antimicrobianos, adoção de esquemas mais curtos de tratamento, não restringir a utilização de antibióticos com alta capacidade de indução de resistência e utilizar antimicrobianos em monoterapia.
- (E) Redução no número de prescrições de antimicrobianos, adoção de esquemas mais longos de tratamento, restringir a utilização de antibióticos com alta capacidade de indução de resistência e utilizar diferentes antimicrobianos em combinações.
25. Marque a opção em que está contida uma das metas do serviço de clínica farmacêutica.
- (A) A não-informação do paciente sobre seus medicamentos e problemas de saúde.
- (B) A orientação dos pacientes direcionada ao acesso aos medicamentos por meio das drogarias privadas.
- (C) A avaliação da efetividade e da segurança dos tratamentos e o ajuste da farmacoterapia sem interação com o prescritor e a equipe de saúde.
- (D) Instruir sobre o descarte de medicamentos, sendo que o mesmo deve ser feito no vaso sanitário.
- (E) A otimização da farmacoterapia, por meio da revisão da polimedicação e, quando possível, da redução da carga de comprimidos e do custo do tratamento.
26. Dentre as estratégias pedagógicas abaixo, assinale a estratégia que está contida na proposta para a capacitação do serviço de clínica farmacêutica na atenção primária:
- (A) Jogos didáticos.
- (B) Aulas expositivas.
- (C) Aprendizagem baseada em problemas.
- (D) Videoconferências.
- (E) Exposição Dialogada.
27. A farmacoepidemiologia, em seu campo de ação, abrange quais fases do desenvolvimento de um medicamento?
- (A) Pré-clínica, fase 1, fase 2, fase 3 e pós comercialização.
- (B) Fase 1, fase 2, fase 3 e pós comercialização.
- (C) Pré-clínica, fase 1, fase 2 e fase 3.
- (D) Fase 3 e pós-comercialização.
- (E) Fase 1, fase 2 e fase 3.

28. A farmacoepidemiologia se propõe a estudar:

- (A) Mecanismos de ação de medicamentos.
- (B) Apenas os padrões de prescrição de medicamentos.
- (C) Apenas as reações adversas dos medicamentos.
- (D) Quantificar os padrões de uso e efeitos adversos dos fármacos.
- (E) Custos dos medicamentos para os investidores.

29. Os objetivos específicos da farmacovigilância são os seguintes, EXCETO:

- (A) Melhorar o cuidado com o paciente e a segurança em relação ao uso de medicamentos e a todas as intervenções médicas e paramédicas;
- (B) Apoiar os órgãos públicos no controle de distribuição e acesso aos medicamentos;
- (C) Melhorar a saúde pública e a segurança em relação ao uso de medicamentos;
- (D) Contribuir para a avaliação dos benefícios, danos, efetividade e riscos dos medicamentos, incentivando sua utilização de forma segura, racional e mais efetiva;
- (E) Promover a compreensão, educação e capacitação clínica em farmacovigilância e sua comunicação efetiva ao público.

30. A vigilância pós-comercialização de medicamentos é coordenada, principalmente, pelos centros nacionais de farmacovigilância. Em colaboração com o UMC (Uppsala Monitoring Centre - Centro Colaborador da OMS para Monitorização Internacional de Medicamentos), os centros nacionais avançaram muito, EXCETO:

- (A) na coleta e análise das notificações de casos de RAM.
- (B) na distinção de sinais advindos de rumores.
- (C) no controle de qualidade nas unidades produtoras de medicamentos.
- (D) nas decisões regulatórias na fase de fortalecimento de sinal.
- (E) no alerta aos prescritores, fabricantes e ao público sobre novos riscos de reações adversas.

31. Na capacitação de profissionais da saúde, é importante desenvolver competência na avaliação e comunicação de informações sobre os benefícios, danos, efetividade e riscos para o paciente. Dificuldades de comunicação entre os pacientes e profissionais da saúde representam uma fonte potencial importante e evitável de problemas. Os elementos seguintes apresentam a probabilidade de reduzir significativamente os riscos dos efeitos adversos e sua severidade, EXCETO:

- (A) anamnese farmacológica dos medicamentos usados pelo paciente.
- (B) prescrição e dispensação racionais.
- (C) orientação apropriada.
- (D) fornecimento de informações claras e compreensíveis sobre medicamento.
- (E) disponibilização de bibliografia sobre o tema.

32. Programas ativos ou intensivos de farmacovigilância, por tratarem de graves questões de segurança, tiveram sucesso na identificação e quantificação de questões de segurança de medicamentos, utilizando as seguintes formas, EXCETO:

- (A) redes de caso-controle.
- (B) redes de monitoramento nas Equipes de Atenção Básica.
- (C) sistemas de monitorização intensiva baseados em hospitais.
- (D) sistemas de conexão de registros entre diferentes bases de dados (record linkage systems).
- (E) estudos epidemiológicos.

33. O processo de reorientação da Assistência Farmacêutica (AF) proposto pela Política Nacional de Medicamentos, e que vem sendo implementado no SUS está fundamentado, EXCETO:
- (A) No pacto entre as três esferas de governo para a produção de medicamentos.
 - (B) Na descentralização da gestão.
 - (C) Na promoção do uso racional de medicamentos.
 - (D) Na otimização e na eficácia das atividades envolvidas na AF.
 - (E) No desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços de produtos, viabilizando o acesso da população, inclusive no âmbito privado.
34. Dentre as formas de promover o uso racional de medicamentos, destacam-se, EXCETO a implantação e utilização de:
- (A) Relação de Medicamentos Essenciais.
 - (B) Formulário Terapêutico Nacional.
 - (C) Protocolos Clínicos.
 - (D) Fitoterapia.
 - (E) Protocolos Terapêuticos.
35. O farmacêutico, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), deverá desenvolver as seguintes ações de assistência farmacêutica na gestão do medicamento, EXCETO:
- (A) Planejar, coordenar e executar as atividades de assistência farmacêutica, no âmbito da saúde pública.
 - (B) Gerenciar o setor de medicamentos (selecionar, programar, receber, armazenar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos).
 - (C) Oferecer garantia da qualidade dos produtos e serviços.
 - (D) Treinar e capacitar os recursos humanos envolvidos na assistência farmacêutica, para o cumprimento das suas atividades.
 - (E) Desenvolver atividades de pesquisa clínica no NASF.
36. O farmacêutico, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), deverá desenvolver as seguintes ações de assistência farmacêutica na Assistência à Saúde, EXCETO:
- (A) Implantar a atenção farmacêutica para pacientes hipertensos, diabéticos ou portadores de doenças que necessitem acompanhamento constante.
 - (B) Acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos pela população, para evitar usos incorretos.
 - (C) Orientar os usuários sobre o uso racional de medicamentos de venda livre.
 - (D) Educar a população do território das Equipes de Saúde da Família sobre o uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso.
 - (E) Informar aos profissionais das Equipes de Saúde da Família sobre o uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso.
37. O componente que não compõe a estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde é:
- (A) Centro de Comunicação.
 - (B) Núcleo de Pesquisa Clínica.
 - (C) Pontos de Atenção.
 - (D) Pontos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.
 - (E) Sistemas de Apoio e Logísticos.

38. Os gestores do SUS definiram regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. O Bloco de Assistência Farmacêutica, conforme Portaria MS/ GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, e para efeito de execução, os recursos deste bloco devem ser movimentados em contas específicas para cada componente que compõe o bloco, sendo eles:
- (A) Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado.
 - (B) Componente Básico, PAB fixo e PAB variável.
 - (C) PAB fixo, PAB variável e Componente Especializado.
 - (D) PAB fixo, Componente Básico e Componente Estratégico.
 - (E) Componente Básico, Componente Medicamento e Componente Especializado.
39. O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS) tem a finalidade de contribuir para o processo de aprimoramento, de implementação e de integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando à atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada. O eixo a seguir que não faz parte desse programa é:
- (A) Eixo Estrutura.
 - (B) Eixo Educação.
 - (C) Eixo Informação.
 - (D) Eixo Vigilância.
 - (E) Eixo Cuidado.
40. O método clínico do cuidado farmacêutico ao paciente, compõe-se de quatro etapas. A opção que NÃO faz parte dessas etapas é:
- (A) a coleta e organização dos dados do usuário.
 - (B) a avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia.
 - (C) a administração de medicamentos.
 - (D) a pactuação de um plano de cuidado com o usuário.
 - (E) o seguimento individual do usuário, quando necessário.