



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DA UFPI
- EDITAL 23/2016 -

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA PROFISSIONAL: FARMÁCIA

DATA: 22/01/2017

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 respostas. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **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 com **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 de Saúde Brasileiro é universal desde a Constituição de 1988, entretanto, um longo percurso foi delineado em relação às Políticas Públicas de Saúde no país desde o início do século XX. Em relação a essa trajetória, marque a opção INCORRETA.
- (A) A Lei Eloy Chaves, em 1923, instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), marcando o início de uma atividade do estado em relação à assistência médica.
 - (B) No governo de Getúlio Vargas, a partir de 1933, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), congregando os trabalhadores por categorias profissionais, constituindo gradativamente um sistema nacional de previdência social sob a gestão do Estado.
 - (C) A Reforma Capanema foi um marco em relação à saúde pública, com a centralização, normatização e uniformização das estruturas estaduais e estabeleceu os estados como os responsáveis pelas atividades relacionadas à saúde.
 - (D) A partir da criação do INPS, foi priorizada a contratação de serviços públicos para a assistência médica e o credenciamento e remuneração pelos serviços eram feitos pelas Unidades de Serviços (US).
 - (E) O Instituto de Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, passou a ter função assistencial na saúde, limitado aos trabalhadores com carteira assinada.
02. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde “deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde” (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a condução regional da política será realizada:
- (A) por meio dos Colegiados de Gestão Regional, instâncias de pactuação permanente, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde.
 - (B) por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).
 - (C) por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, responsáveis pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.
 - (D) por meio dos Conselhos Estaduais de Saúde, órgãos consultivos e deliberativos responsáveis pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.
 - (E) por meio das Conferências Estaduais de Saúde, instâncias intersetoriais e interinstitucionais responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.
03. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Segundo a Lei 8.080, estão corretas as opções, EXCETO:
- (A) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
 - (B) Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País. A saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
 - (C) O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público e pela iniciativa privada.
 - (D) A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde são um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - (E) As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal e com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).
04. A Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta a Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Segundo esta Lei, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes, EXCETO:
- (A) Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - (B) Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS.
 - (C) Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças.
 - (D) Obras de infraestrutura realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde.

- (E) Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.
05. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Acerca dos pactos, é CORRETO afirmar:
- (A) O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e são derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelo governo federal a serem executados pelos estados e municípios.
 - (B) O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos.
 - (C) O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado de forma a aumentar as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.
 - (D) O Pacto de Gestão reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.
 - (E) O Pacto de Gestão reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.
06. A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com vistas à sistematização dessas informações, a Organização Pan-americana de Saúde (2008) recomenda a sua organização em 6 subconjuntos temáticos. Assinale a opção que apresenta subconjuntos.
- (A) Demográficos; Socioeconômicos; Mortalidade; Morbidade e fatores de risco; Recursos; Cobertura.
 - (B) Demográficos; Morbimortalidade; Demandas e necessidades em saúde; Socioassistencial; Recursos; Cobertura.
 - (C) Demográficos; Epidemiológico; Morbimortalidade; Tecnologia em saúde; Assistência em saúde; Recursos; Cobertura.
 - (D) Contingente populacional; Demandas sanitárias; Mortalidade; Morbidade; Tecnologia em Saúde; Recursos; Cobertura.
 - (E) Demográficos; Socioeconômicos; Epidemiológico; Rede assistencial; Mortalidade; Morbidade e fatores de risco.
07. Leia atentamente a afirmação abaixo e assinale a opção que completa de forma CORRETA a assertiva.
- As ações, no âmbito do SUS possuem critérios de planejamento baseados na racionalização e na formulação de proposições viáveis, com vistas à solução de problemas e ao atendimento de necessidades individuais e coletivas. Dessa forma, _____ é o processo de identificação, descrição e análise dos problemas e das necessidades de saúde de uma população, geralmente o primeiro momento do processo de planejamento e programação de ações (TEIXEIRA, 2010).
- (A) Análise de viabilidade.
 - (B) Territorialização.
 - (C) Análise da situação em saúde.
 - (D) Avaliação dos riscos em saúde.
 - (E) Condições de saúde da população.
08. A Política Nacional de Atenção Básica (2012) preconiza a universalidade da atenção à saúde no Brasil e, dessa forma, estabelece alguns fundamentos e diretrizes. Assinale a opção que NÃO apresenta uma diretriz da Política Nacional de Atenção Básica.
- (A) Coordenar a integralidade.
 - (B) Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.
 - (C) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.
 - (D) Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita.
 - (E) Estimular a participação dos usuários.
09. O Sistema Único de Saúde (SUS) consolida o modelo público de atenção integral a saúde no Brasil e é orientado por uma série de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. A sua implementação ocorreu nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação das leis n. 8080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Uma das inovações que ocorreram, a partir da implementação

do SUS, foram as comissões intergestores tripartite e bipartite (GIOVANELLA et al, 2012). Assinale a opção que apresenta o ano de criação das Comissões Intergestores Bipartite.

- (A) 1991
- (B) 1992
- (C) 1993
- (D) 1994
- (E) 1995

10. O SUS possui princípios e diretrizes que propõem um projeto de cidadania, através da saúde, prevendo e fomentando a controle social nas instâncias de planejamento e execução de suas ações. Foi a partir desse posicionamento que, no ano de 2009, o Ministério da Saúde publicou a portaria que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Assinale a opção que apresenta a portaria que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários na saúde.

- (A) Portaria nº 560, de 19 de março de 2009.
- (B) Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.
- (C) Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009.
- (D) Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.
- (E) Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL

11. Um fármaco A atua diretamente com um fármaco B para antagonizar os seus efeitos e nunca se liga sobre os receptores de um agonista. O fármaco A é um:

- (A) Antagonista químico.
- (B) Um antagonista competitivo irreversível.
- (C) Um agonista parcial.
- (D) Um agonista total.
- (E) Um antagonista competitivo reversível.

12. A Terbutalina atua sobre os adrenoceptores em um paciente com asma e antagoniza o efeito broncoconstrictor dos leucotrienos (que atua sobre os próprios receptores). A Terbutalina é um:

- (A) Inibidor competitivo dos leucotrienos.
- (B) Antagonista não-competitivo dos leucotrienos.
- (C) Antagonista fisiológico dos leucotrienos.
- (D) Antagonista químico dos leucotrienos.
- (E) Inibidor metabólico dos leucotrienos.

13. Dois fármacos, A e B, possuem o mesmo mecanismo de ação. O fármaco **A** na dose de 20mg produz a mesma magnitude de efeito que o fármaco **B** na dose de 2g. Com base nesta afirmativa, é CORRETO afirmar:

- (A) O fármaco B é menos eficaz que o fármaco A.
- (B) O fármaco A é o melhor, caso a eficácia máxima seja necessária.
- (C) A toxicidade do fármaco A é menor que o fármaco B.
- (D) O fármaco A é aproximadamente 100 vezes mais potente que a o fármaco B.
- (E) O fármaco A possui uma curta duração de ação comparada com o fármaco B, porque uma menor quantidade de A está presente.

14. Sobre o mecanismo de ação dos fármacos, é CORRETO afirmar:

- (A) O receptor tipo canal iônico possui três subunidades, alfa, beta e gama, em que a gama é a ativa e catalisa a formação de GTP em GDP.
- (B) O receptor acoplado à enzima com atividade catalítica possui 4 subunidades: duas alfa, uma beta e uma gama, sendo que o agonista ao ligar à alfa ocorre uma mudança alostérica no receptor.
- (C) O receptor citoplasmático, após a ligação ao agonista, muda sua conformação e ativa a fosfolipase C e a adenilato ciclase, aumentando o cálcio intracelular.
- (D) O receptor tipo canal iônico é regulado por voltagem, já o receptor citoplasmático após ligação do agonista regula a transcrição gênica e a via proteína Gs ativa a adenilato ciclase.
- (E) O receptor tipo canal catiônico com três subunidades, alfa, beta e gama, em que a gama é a ativa e catalisa a formação de GTP em GDP.

15. O Hospital na atualidade apresenta características de assistir pacientes, pesquisar novos conhecimentos, vencer os desafios do papel de educador, aproximar-se da comunidade para promoção da saúde e prevenção de doenças. Para cada setor do hospital, são encontradas características específicas e necessidades próprias. Leia o texto a seguir:

Um novo farmacêutico é contratado para assumir a Farmácia Hospitalar de um hospital de referência em oncologia pediátrica. Na primeira reunião das comissões de farmácia e terapêutica e de logística, é relatada a existência de uma série de problemas com a aquisição de medicamentos e de orçamento insuficiente para suprir as necessidades do hospital. O desfecho da reunião solicita que o farmacêutico viabilize uma solução para este problema.

Assinale a afirmativa em que o procedimento apresentado NÃO tem impacto para solucionar o problema dentro da responsabilidade farmacêutica.

- (A) Mudar a padronização de medicamentos e a logística de distribuição de medicamento dentro do hospital para evitar estoques periféricos.
 - (B) Analisar o tempo de processamento interno e externo da aquisição de medicamentos no hospital e definir cronograma de reposição de estoque, considerando indicadores de consumo.
 - (C) Analisar relatório de consumo de medicamentos por nível, utilizando a classificação ABC para conhecer o padrão de utilização de medicamentos e os impactos no orçamento considerando indicadores de consumo e níveis de estoques.
 - (D) Verificar se os preços dos medicamentos adquiridos estão dentro do praticado pelo mercado e o que é pago por outros hospitais.
 - (E) Controlar os níveis de estoques otimizando a aplicação dos recursos e a quantidade armazenada utilizando inventários periódicos como ferramenta para balanço contábil.
16. Considerando as atribuições do farmacêutico no processo segurança e uso racional de medicamentos, analise as sentenças abaixo e selecione as consideradas CORRETAS.
- I. A padronização de processos e a efetiva atuação da Comissão de Farmácia e Terapêutica são estratégias para minimização de erros com medicação;
 - II. A implantação do sistema de distribuição por dose unitária minimiza os erros com medicação, assim como a automação dos processos com toda equipe de saúde;
 - III. A aquisição de medicamentos padronizados aumenta a segurança para o paciente, por evitar os outros possíveis erros de prescrição, dispensação e administração;
 - IV. A avaliação farmacêutica da prescrição e a administração de medicamentos de baixo índice terapêutico são funções específicas do farmacêutico na equipe de saúde como estratégia de minimização de erros com medicamentos;
 - V. A avaliação farmacêutica da prescrição representa uma estratégia de minimização de erros, podendo detectar um erro antes da preparação da dose.

Marque a opção CORRETA.

- (A) Somente III, IV e V estão erradas.
 - (B) Somente II, IV e V estão corretas.
 - (C) Somente I, III e V estão erradas.
 - (D) Somente I, II e V estão corretas.
 - (E) I, II, III, IV e V estão corretas.
17. O farmacêutico em oncologia atua nos processos de biossegurança, padronização de medicamentos e materiais, protocolos terapêuticos, manipulação de citostáticos, além de seguimento clínico de pacientes em tratamentos oncológicos. Dentre as atribuições do farmacêutico numa central de manipulação de citostático, destaca-se a importância do cálculo de dosagem de medicamento a ser administrado ao paciente. Sobre o tema, assinale a sentença CORRETA.
- (A) Todos os medicamentos administrados em pacientes oncológicos requerem o cálculo da superfície corpórea para definir as dosagens a serem administradas.
 - (B) Na avaliação da prescrição de medicamentos citostáticos, a superfície corpórea do paciente não interfere na dosagem de medicamentos, quando o paciente tem um índice de massa corpórea estável.
 - (C) Na avaliação da prescrição quanto à dosagem de Ciclofosfamida e Doxorubicina a ser administrada, em determinado paciente, o farmacêutico deve considerar a superfície corpórea. A dose pode ser calculada multiplicando a superfície corpórea do paciente pela dosagem por metro quadrado do medicamento.

- (D) Na avaliação da prescrição de medicamentos citostáticos, a altura do paciente não interfere na determinação da dosagem de medicamento para tratamento de câncer de mama, como por exemplo Ciclofosfamida e Doxorubicina.
- (E) Dependendo da via de administração faz-se necessário que o farmacêutico tome conhecimento dos protocolos estabelecidos nos guias específicos.
18. No projeto de implantação da Farmácia em uma Unidade Hospitalar, optou-se por ter um Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária (SMDU). Sobre a(s) vantagem(ns) do SMDU, marque a opção INCORRETA.
- (A) São vantagens do SMDU a redução de estoques de medicamentos nas unidades de enfermagem, inibir os desvios e perdas dos mesmos; um melhor controle de estoque de medicamentos; atuação do farmacêutica.
- (B) São vantagens do SMDU o investimento inicial pequeno e número de funcionários reduzidos, importante para implantação inicial de qualquer projeto.
- (C) São vantagens do SMDU proporcionar o aumento da disponibilidade da equipe de enfermagem para fazer o cuidado ao paciente.
- (D) São vantagens do SMDU o aumento sobre o controle de medicamentos, a diminuição do erro de medicamentos e a interação medicamentosa.
- (E) É vantagem do SMDU o aumento da segurança do paciente.
19. Sr. AJJ, 70 anos, apresenta diagnóstico de câncer de pulmão. O protocolo proposto para esta patologia, no estadiamento desse paciente foi recomendado Cisplatina (50 mg/50 mL) 50 mg/m² e Ciclofosfamida (1000 mg/50 mL) 600 mg/m². Calcule as doses dos respectivos medicamentos, considerando a superfície corporal calculada do paciente de 2,03 m².
- A opção CORRETA é:
- (A) Cisplatina na dose de 101,5 mg e a Ciclofosfamida na dose total de 1218 mg.
- (B) Cisplatina na dose de 101,5 mL e a Ciclofosfamida na dose total de 1218 mL.
- (C) Cisplatina na dose de 101,5 mL e a Ciclofosfamida na dose total de 1000 mg.
- (D) Cisplatina na dose de 50 mg e a Ciclofosfamida na dose total de 1000 mg.
- (E) Cisplatina na dose de 50 mg e a Ciclofosfamida na dose total de 1218 mg.
20. A RDC/Anvisa nº 36/2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Esta normativa regulamenta e coloca pontos básicos para a segurança do paciente como Núcleos de Segurança do Paciente, a obrigatoriedade da Notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente. Assinale a opção INCORRETA segundo consta na referida Resolução.
- (A) O plano de segurança do paciente em serviços de saúde constitui-se documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando à prevenção e à mitigação dos incidentes, durante o período de permanência do paciente no serviço de saúde, excluindo-se os casos de óbito.
- (B) Entende-se por segurança do paciente com a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.
- (C) O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) constitui-se como instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.
- (D) O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.
- (E) Dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
21. De acordo com o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, é CORRETO afirmar:
- (A) Em hospitais que utilizam prontuários e prescrições eletrônicas, as alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar nas prescrições emitidas para o paciente somente se necessário.
- (B) O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada aos médicos e farmacêuticos do estabelecimento de saúde.

- (C) Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição ou comunique a enfermagem e farmácia, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.
- (D) Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas somente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.
- (E) Quando for preciso utilizar a expressão “se necessário”, deve-se obrigatoriamente definir dose, posologia, a dose máxima diária deve estar claramente descrita e condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.
22. A análise da prescrição e do prontuário médico é uma atividade fundamental do farmacêutico clínico, que orienta na conduta terapêutica adequada e contribui para segurança do paciente. Assinale a opção INCORRETA para análise de prescrição.
- (A) A verificação da prescrição da dose do medicamento, da via de administração, frequência, diluente, tempo de infusão, estabilidade das preparações, interações medicamentosas, alergia a medicamento e paciente de risco.
- (B) As interações medicamentosas podem ser detectadas na avaliação da prescrição e ser encaminhadas uma conduta para se evitar.
- (C) A conduta farmacêutica na avaliação da prescrição hospitalar é limitada ao paciente, com objetivo de informar, orientar e educar os pacientes e família quanto ao uso racional de medicamentos e outras tecnologias.
- (D) Durante a avaliação da prescrição do paciente, o farmacêutico pode identificar possíveis interações da medicação com exames clínicos e conduzir a informação para o laboratório, a fim de evitar falhas no diagnóstico.
- (E) Na avaliação da prescrição de pacientes pediátricos, o cuidado com dosagem é muito importante, a dose é em função da área da superfície corpórea de indivíduo para indivíduo.
23. A Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585, de 29 de agosto de 2013, regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico que, por definição, constituem os direitos e responsabilidades desse profissional no que concerne a sua área de atuação. Segundo a referida resolução, são atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, nos âmbitos individual e coletivo:
- (A) Elaborar materiais educativos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de doenças e de outros problemas relacionados;
- (B) Elaborar uma lista atualizada e conciliada de medicamentos em uso pelo paciente durante os processos de admissão, transferência e alta entre os serviços e níveis de atenção à saúde;
- (C) Informar, orientar e educar os pacientes, a família, os cuidadores e a sociedade sobre temas relacionados à saúde, ao uso racional de medicamentos e a outras tecnologias em saúde;
- (D) Participar da elaboração, aplicação e atualização de formulários terapêuticos e protocolos clínicos para a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde;
- (E) Participar de comissões e comitês no âmbito das instituições e serviços de saúde, voltados para a promoção do uso racional de medicamentos e da segurança do paciente.
24. Algumas patologias podem causar no paciente alterações como, por exemplo, anemia, representada pela queda no número de hemácias, concentração de hemoglobina e queda do hematócrito, leucopenia, hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia, edema, hepatoesplenomegalia, icterícia, sangramento. Considerando tais achados clínicos e laboratoriais, classifique as afirmativas como verdadeiras ou falsas:
- I. Nesses pacientes, após realização de testes bioquímicos para determinação das proteínas totais, observam-se uma redução da albumina e o aumento das globinas. A hipoalbuminemia tem relação com a formação de edema;
- II. A icterícia é uma consequência da elevação dos níveis de bilirrubina no sangue. Pacientes com doenças hemolíticas, por exemplo, apresentam níveis elevados da bilirrubina não conjugada no sangue;
- III. Pacientes com hepatomegalia estão predispostos a sangramentos porque apresentam uma redução do TAP (Tempo de Ação da Protrombina).
- Marque a opção CORRETA.
- (A) Somente II e III são verdadeiras.
- (B) Somente I e III são verdadeiras.
- (C) Somente a I é verdadeira.
- (D) Somente I e II são verdadeiras.
- (E) Somente a III é verdadeira.

25. “A obstrução da drenagem por meio da árvore biliar é a outra causa comum de icterícia de desenvolvimento agudo; este quadro também é comumente denominado de icterícia colestática” (HENRY, 2008). Com relação aos exames laboratoriais, realizados pelo farmacêutico, que auxiliam no diagnóstico dessas patologias, marque a opção INCORRETA.
- (A) Uma elevação da fosfatase alcalina e da gama glutamiltransferase (GGT) ocorre gradativamente com a obstrução biliar na maioria dos casos de colestase.
- (B) Aumentos da bilirrubina conjugada ocorrem em casos de obstrução biliar, sendo eliminada na urina do paciente.
- (C) A GGT é ligeiramente mais sensível do que a fosfatase alcalina hepática, mas é menos específica para as referidas lesões. Dessa forma, a GGT tende a se elevar antes da fosfatase alcalina, enquanto ambas encontram-se elevadas com a obstrução crônica.
- (D) A GGT encontra-se diminuída em até 5 vezes os limites de referência com o uso da fenitoína, carbamazepina, contraceptivos orais ou estrogênios.
- (E) A lesão aos hepatócitos raramente causa aumentos significativos nas atividades das enzimas canaliculares fosfatase alcalina e GGT.
26. “A doença renal é assintomática na maioria dos casos até muito tardiamente no seu curso clínico. A insuficiência renal crônica frequentemente se apresenta com muitos sintomas inespecíficos” (HENRY, 2008). Com relação aos exames laboratoriais realizados pelo farmacêutico que auxiliam no diagnóstico das patologias renais, marque a opção CORRETA.
- (A) Muitas doenças glomerulares causam dano ao aparelho de filtração glomerular favorecendo a retenção da albumina no nosso organismo e, conseqüentemente, hiperalbuminemia. No entanto, outras proteínas plasmáticas são eliminadas na urina.
- (B) A produção de creatinina pode ser alterada em condições fisiológicas e patológicas, por exemplo, estará diminuída na sepse, no trauma e após grandes cirurgias, com o aumento da idade, com atrofia muscular de qualquer causa.
- (C) As drogas que competem com a creatinina pelas vias secretoras podem aumentar a creatinina plasmática e as drogas mais comuns que contribuem com o bloqueio da secreção de creatinina são cimetidina, trimetopim, salicilatos e pirimetamina.
- (D) O teste de microalbuminúria prevê o risco aumentado de doença cardiovascular em pacientes diabético e em não diabético, também detecta lesão renal inicial no pacientes diabéticos, mas não em pacientes hipertensos.
- (E) O monitoramento dos pacientes com síndrome nefrótica através da excreção de proteínas na urina, utilizando a dosagem da proteína urinária de 24 horas e/ou a proporção proteína/ureia é importante para avaliar a resposta do paciente a terapia.
27. Os eritroblastos são células que eventualmente ocorrem no sangue periférico o que exige conduta técnica do analista clínico na correção da leucometria. Considere uma amostra cuja contagem global de leucócitos obtida por automação foi de 18.900 leucócitos/mm³. A hematoscopia revelou 12 eritroblastos/100 leucócitos. Considerando que o analisador hematológico disponível não realiza correção, o analista clínico deve liberar o laudo da referida amostra com leucometria corrigida de:
- (A) 2.268/mm³
- (B) 8.900/mm³
- (C) 12.000/mm³
- (D) 15.750/mm³
- (E) 16.632/mm³
28. A contagem de reticulócitos consiste em elemento complementar do hemograma que atualmente é fornecido por muitos analisadores hematológicos, facilitando a rotina. Determinado paciente do sexo masculino, 18 anos, portador de anemia de causa desconhecida foi submetido à administração de Sulfato Ferroso. Concomitantemente ao tratamento, foram realizados hemogramas no 1º dia e na 3ª, 5ª, 10ª e 20ª semanas depois de se instituir o tratamento, obtendo-se os resultados apresentados no quadro abaixo.

	1º dia	3ª semana	5ª semana	10ª semana	20ª semana
% de reticulócitos	0,5%	2,0%	3,0%	3,5%	1,0%
Hematócrito (%)	36%	33%	42%	41%	42%
Hemoglobina (g/dL)	8 g/dL	8 g/dL	16 g/dL	17 g/dL	16,5 g/dL

Considerando o contexto explanado como as únicas informações disponíveis, julgue as opções abaixo e assinale a que apresenta a conclusão correta a respeito do caso.

- (A) Pode-se afirmar que o tratamento instituído foi insatisfatório, pois o paciente não apresentou, no período analisado, níveis de reticulócitos circulantes dentro da normalidade. Deve-se assim suspeitar de quadros hemorrágicos, o que sugere tratamento inadequado.
 - (B) Trata-se de um quadro de anemia carencial no qual o tratamento demonstrou não ser eficaz. A conduta correta seria substituir o Sulfato Ferroso por Alfaepoetina para ser administrada por período prolongado, superior a 20 semanas, uma vez que o paciente apresentava Índice de Produção de Reticulócitos (IPR) de 0,2 no primeiro dia de acompanhamento.
 - (C) Fica evidente que a paciente apresenta quadro de anemia hemolítica, havendo a necessidade de exames complementares para melhor acompanhamento do caso.
 - (D) O caso do paciente demonstra situação de anemia arregenerativa decorrente de produção deficiente de células, devendo-se investigar causa de origem medular para o quadro anêmico. Os resultados dos seus exames representam um mau prognóstico para a paciente.
 - (E) Houve elevação da contagem de reticulócitos do paciente em função do tratamento realizado com valor final do IPR igual a 1,0 após as 20 semanas de tratamento, indicando bom prognóstico para a paciente e acerto na conduta terapêutica.
29. “A anemia por deficiência de ferro é a mais comum das carências nutricionais, com maior prevalência em mulheres e crianças, principalmente nos países em desenvolvimento.” (JORDÃO et al., 2009). Avalie as descrições clínicas abaixo de três pacientes desprovidos de processos infecciosos e assinale a opção que elenca os casos que se relacionam corretamente com o diagnóstico de anemia ferropriva instalada.

Paciente 1 – Histórico de coiloníquia, queilite angular e fadiga. Apresenta CTLF = 650 ug/dL; IST = 5%; contagem de hemácias = 5 milhões/mm³; hematócrito = 30% e hemoglobina = 8 g/dL.

Paciente 2 – Histórico de palidez cutânea, astenia e dificuldade de respirar ao menor esforço. Apresenta RDW = 35%; CTLF = 175 ug/dL; IST = 103%; contagem de hemácias = 4 milhões/mm³; hematócrito = 28% e hemoglobina = 8 g/dL.

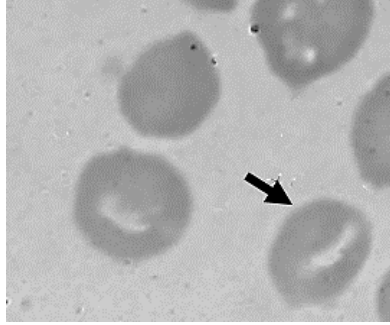
Paciente 3 – Histórico de indisposição para as atividades diárias e dores abdominais com diarreia eventual. Apresenta ferro sérico = 35 ug/dL; ferritina = 520 ng/dL; CLLF = 170 ug/dL; contagem de hemácias = 4 milhões/mm³; hematócrito = 40% e hemoglobina = 12 g/dL.

LEGENDA: VCM = volume corpuscular médio; HCM = hemoglobina corpuscular média; CHCM = concentração de hemoglobina corpuscular média; RDW = índice de anisocitose; CLLF = capacidade latente de ligação do ferro; CTLF = capacidade total de ligação do ferro; IST = índice de saturação da transferrina.

VALORES DE REFERÊNCIA: contagem global de hemácias = 4,2 a 6,5 milhões/mm³; dosagem de hemoglobina = 14-18 g/dL; hematócrito = 40-54%; VCM = 75 a 105 fL; HCM = 28 a 32 pg; CHCM = 32 a 36 g/dL; RDW = 10-15%; ferro sérico = 50-150 ug/dL; ferritina sérica = 30-323 ng/dL; CLLF = 140-280 ug/dL; CTLF = 250-410 ug/dL; IST = 20-50%.

- (A) Apenas o paciente 1 é compatível com quadro de anemia ferropriva instalada.
 - (B) Apenas o paciente 2 é compatível com o quadro de anemia ferropriva instalada.
 - (C) Apenas os pacientes 1 e 2 são compatíveis com o quadro de anemia ferropriva instalada.
 - (D) Apenas os pacientes 1 e 3 são compatíveis com quadro de anemia ferropriva instalada.
 - (E) Apenas os pacientes 2 e 3 são compatíveis com o quadro de anemia ferropriva instalada.
30. Analise as opções abaixo a respeito das variações qualitativas do hemograma e assinale a opção CORRETA.
- (A) A granulação tóxica consiste em inclusão intraeritrocitária caracterizada por aumento de grânulos citoplasmáticos típicos de quadros de intoxicação por chumbo.
 - (B) Os corpos de Dohle são inclusões neutrofílicas azul-pálidas compostas por agregados de retículo endoplasmático e glicogênio de ocorrência variada vinculada, por exemplo, à processos infecciosos, queimaduras e gravidez.
 - (C) O desvio nuclear neutrofílico à esquerda tem associação com eritropoese megaloblástica e consiste no aumento de neutrófilos bastonados e imaturos.
 - (D) O anel de Cabot consiste em inclusão intraeritrocitária anelar constituída por material derivado de degradação hemoglobínica, característico de pacientes portadores de malária.
 - (E) A policromatofilia representa alteração leucotitária decorrente de variação nos grânulos secundário, principalmente de granulócitos, provocando variações morfológicas e tintoriais típicas da Síndrome de Chédiak-Higashi.

31. O aumento do número de _____ pode ocorrer em virtude do aumento do número da concentração de sódio intracelular, em casos de ausência do antígeno do grupo sanguíneo Rh ou ainda decorrente de doença hepática. Este tipo celular apresenta morfologia característica conforme apresentado abaixo. Assinale a opção que completa corretamente a lacuna acima.



- (A) Esferócitos
(B) Equinócitos
(C) Estomatócitos
(D) Eliptócitos
(E) Codócitos
32. Mediante a necessidade do uso de uma droga anticoagulante, como por exemplo, no pós-operatório de algumas cirurgias, como colocação de prótese de quadril, o paciente usa heparina associada a uma droga anticoagulante oral como a varfarina. Diante do exposto, o fundamento para a coadministração de heparina e de varfarina nesse período pós-operatório imediato é:
- (A) As duas substâncias têm efeito sinérgico e, dessa forma, sempre são administradas em conjunto; no entanto, o anticoagulante oral começa seu efeito antes da heparina.
(B) A associação justifica-se considerando que, em casos de cirurgias ortopédicas, a heparina tem menor efeito. Como a warfarina inibe o metabolismo da heparina, haveria assim uma potencialização do efeito anticoagulante.
(C) A heparina seria administrada com a warfarina para aumentar sua absorção e alcançar concentrações terapêuticas ótimas, daí a justificativa da associação.
(D) A associação se justifica devido ao fato de que, em condições de pós-operatório, o paciente não usa medicamento por via oral. Então, a heparina é usada inicialmente e, em seguida, substituída pela warfarina.
(E) O efeito terapêutico da warfarina depende da inibição da síntese hepática dos fatores de coagulação. Esse efeito não é totalmente alcançado por um período de vários dias após a instituição da terapia com warfarina. A heparina provoca uma anticoagulação mais rápida sendo administrada como “ponte” para a anticoagulação completa obtida com a warfarina.
33. Considerando ainda a questão anterior, pode-se afirmar que a utilização dessa associação é indicada para:
- (A) Prevenir eventos tromboembólicos como trombose venosa profunda.
(B) Prevenir formação de trombos na região da prótese colocada no paciente e assim diminuir o risco de rejeição da peça.
(C) Melhorar a recuperação do paciente, diminuindo seu tempo de internação, pois essa associação melhora a circulação sanguínea local e a perfusão tecidual, aumentando assim a mobilidade do paciente.
(D) Aumentar a resistência do paciente a infecções locais, pois melhora o aporte sanguíneo e mobilização de células de defesa.
(E) Diminuir o risco de acidente vascular cerebral, pois essa é a complicação mais frequente após a realização desse tipo de cirurgias.
34. Um paciente apresenta diagnóstico de insuficiência cardíaca e encontra-se com os sintomas agudos. Essa condição o leva a utilizar, mediante prescrição, alguns medicamentos como, por exemplo, digoxina, enalapril entre outros. Porém, passados alguns dias de utilização dessas substâncias, é verificado que ele apresenta sintomas de toxicidade da digoxina. Ao reavaliar o paciente, foram solicitados e realizados alguns exames laboratoriais e verifica-se então que o paciente apresenta alterações nos valores de eletrólitos sanguíneos, o que poderia justificar o quadro do paciente. Contribui para a toxicidade da digoxina:
- (A) Hipercalcemia, pois nessa condição há uma alteração do trocador de sódio-cálcio, levando a uma maior troca do potássio.
(B) Hipocalemia, pois nessa condição há uma maior absorção da digoxina e isso leva a sua toxicidade.

- (C) Hipernatremia, pois isso levaria a uma maior contratilidade do miocárdio e toxicidade da digoxina e, além disso, intensificaria a função normal da bomba de sódio.
- (D) Hipernatremia, pois nessa condição uma maior troca de sódio por digoxina aumentaria sua toxicidade.
- (E) Hipocalemia, pois essa condição torna a bomba de sódio mais sensível à digoxina, aumentando sua toxicidade.
35. O paciente hospitalizado na UTI do Hospital Universitário da UFPI encontra-se com diagnóstico de septicemia e em estado de choque distributivo não responsivo à reposição de volume. A este paciente, é prescrito noradrenalina por via endovenosa. Esta substância melhora os níveis pressóricos do paciente devido a sua ação em receptores:
- (A) Beta 1 no coração e vasos de resistência.
- (B) Beta 1 no coração e tecido pulmonar.
- (C) Alfa 1 e 2 nos vasos de resistência e coração.
- (D) Alfa 1 e 2 no tecido pulmonar e renal aumentando assim liberação de angiotensina.
- (E) Alfa 1 nos vasos de resistência e de capacitância.
36. Um médico do setor de Pediatria de um Hospital Universitário prescreveu o seguinte medicamento: Cromoglicato de sódio. Este medicamento costuma ser prescrito para uso na forma de soluções nasais. Na descrição da receita, o médico colocou que o paciente deveria utilizar 2 gotas em cada narina 4x (quatro vezes) ao dia por 30 (trinta) dias. Considerando-se que 1 mL da solução possui 20 gotas. Marque a opção VERDADEIRA que possui a quantidade de solução que deverá ser preparada, pelo Farmacêutico, para o atendimento completo da prescrição do paciente.
- (A) 12,5 mL
- (B) 12,0 mL
- (C) 48 mL
- (D) 24 mL
- (E) 6 mL
37. Em casos em que o paciente não possa tomar um xarope com componentes glicogênicos (sacarose), é necessária a utilização de excipientes adequados para preparação de formulações compatíveis, conforme o exemplo de veículo abaixo. Diante disso, marque a opção CORRETA que possua o excipiente com a função adequada na formulação abaixo:

Formulação	Função do componente
Hidroxietilcelulose _____ 0,5%	A
Metilparabeno _____ 0,15%	B
EDTA _____ 1,0%	C
Sacarina _____ 0,1%	D
Ciclamato sódico _____ 0,05%	E
Água destilada q.s.p. _____ 150 mL	F

- (A) A letra F é excipiente Flavorizante.
- (B) A letra E é excipiente Edulcorante.
- (C) A letra B é excipiente Antioxidante.
- (D) A letra F é um excipiente Umectante.
- (E) A letra C é um excipiente Doador de viscosidade.
38. O setor de dermatologia do Hospital Universitário da UFPI recebeu uma prescrição de clindamicina a 2% gel não-iônico q.s.p 200 gramas. A farmácia do hospital, ao receber esta prescrição, deverá realizar a manipulação no setor de Farmacotécnica Hospitalar. Em seu estoque, consta o fosfato de clindamicina (fator de equivalência SAL / BASE 1,44). A quantidade de fosfato de clindamicina que deve ser pesada para atender a demanda de 200 gramas de gel é a seguinte:
- (A) 4g.
- (B) 2,88g
- (C) 5,76g
- (D) 2g
- (E) 3,72g

39. Considerando a RDC N° 67, de 8 de outubro de 2007, Anexo VI, intitulado: “Boas Práticas para preparação de dose unitária e unitarização de doses de medicamento em serviço de saúde” da ANVISA, marque a opção INCORRETA.
- (A) O preparo de doses unitárias e a unitarização de doses de medicamentos, desde que reservadas suas características de qualidade e rastreabilidade, são permitidos exclusivamente às farmácias de atendimento privativo de unidade hospitalar ou qualquer equivalente de assistência médica.
 - (B) Devem existir procedimentos operacionais escritos para a prevenção de trocas ou misturas de medicamentos, sendo portanto vedada a realização de procedimentos de preparação concomitante, de doses unitárias ou unitarização de doses de mais de um medicamento.
 - (C) A preparação de doses unitárias e a unitarização de doses de medicamentos devem ser realizadas sob responsabilidade e orientação do farmacêutico ou técnico em Farmácia que deve efetuar os respectivos registros de forma a garantir a rastreabilidade dos produtos e procedimentos realizados.
 - (D) Devem existir procedimentos operacionais escritos para a prevenção de trocas ou misturas de medicamentos, sendo portanto vedada a realização de procedimentos de preparação concomitante, de doses unitárias ou unitarização de doses de mais de um medicamento.
 - (E) A farmácia deve assegurar a qualidade microbiológica, química e física de todos os medicamentos submetidos à preparação de dose unitária ou unitarização de doses.
40. O Farmacêutico recebeu a seguinte a prescrição abaixo e necessita calcular a quantidade, em gramas, dos dois fármacos que devem ser pesados para o atendimento completo da prescrição:

Rx

Paciente: Maria José da Silva, 64 anos, quadro clínico de Osteopenia diagnosticada pelo médico.

Uso interno

1) Alendronato de Sódio _____ 10mg

Excipiente padrão q.s.p. _____ 1 cápsula

Posologia: Tomar 1 cápsula em jejum, 30 minutos antes do Café da manhã, durante 60 dias.

2) Carbonato de Cálcio -----500mg

Excipiente padrão q.s.p-----1 cápsula

Posologia: Tomar 1 cápsula ao dia, durante 90 dias.

Dados técnicos: O fator de equivalência grama sal / base do Alendronato de sódio 1,31 (Peso molecular Alendronato Sódico Triidratado 325,12 / Peso molecular ácido alendrônico base 249,10).

Diante do exposto, Marque a opção correta em relação à quantidade, em gramas, de alendronato de sódio e carbonato de cálcio que devem ser pesados para o aviamento dos medicamentos e que atendam o tratamento completo do paciente:

- (A) 786 gramas de Alendronato de Sódio e 45 gramas de Carbonato de Cálcio.
- (B) 78,6 gramas de Alendronato de Sódio e 4.500 gramas de Carbonato de Cálcio.
- (C) 0,786 gramas de Alendronato de Sódio e 450 gramas de Carbonato de Cálcio.
- (D) 7,86 gramas de Alendronato de Sódio e 45 gramas de Carbonato de Cálcio.
- (E) 0,786 gramas de Alendronato de Sódio e 45 gramas de Carbonato de Cálcio.