



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - EDITAL 10/2018

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROVA ESCRITA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:

Área Profissional: Farmácia

DATA: 21/10/2018

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.

LEGISLAÇÃO DO SUS E SAÚDE PÚBLICA

01. Em relação à organização, direção e gestão do SUS, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Capítulo III estabelece, EXCETO:
- (A) As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são espaços de discussão coletiva com a população quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde.
 - (B) Os municípios poderão constituir consórcios para executar o conjunto das ações e os serviços de saúde que lhes compete.
 - (C) Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde.
 - (D) Serão criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.
 - (E) A articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais abrangerá atividades acerca de alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária, recursos humanos, ciência e tecnologia, saúde do trabalhador.
02. De acordo com a Lei 8.142/1990, o Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Em relação às atribuições exclusivas do Conselho Nacional de Saúde, está INCORRETO afirmar que compete ao Conselho Nacional de Saúde:
- (A) Deliberar sobre a metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite para definição dos valores a serem transferidos pelo Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios para custeio das ações e serviços de saúde.
 - (B) Deliberar sobre as normas do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.
 - (C) Deliberar sobre a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - (D) Deliberar sobre o modelo padronizado do Relatório Anual de Gestão da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.
 - (E) Deliberar sobre modelo simplificado do Relatório Anual de Gestão para os municípios com menos de 50 mil habitantes.
03. A Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com essa Portaria, é CORRETO afirmar que:
- (A) Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 60 horas/semanais, nos sete dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.
 - (B) Fica estabelecido o funcionamento de até 4 (quatro) equipes por Unidade Básica de Saúde, para que possam atingir seu potencial resolutivo.
 - (C) A população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) deve ser de 4.000 a 4.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.
 - (D) Fica definido o quantitativo de pelo menos 2.000 habitantes, para que o município habilite uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB).
 - (E) Caberá ao Conselho Municipal de Saúde realizar análise de demanda do território e ofertas das Unidades Básicas de Saúde para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços.
04. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, “São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010). Entre as principais características das RAS, está(ão):
- (A) a formação de relações verticais e hierárquicas entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação.
 - (B) a centralidade nas demandas de saúde da população.
 - (C) o cuidado especializado em todos os pontos da rede.
 - (D) a responsabilização por atenção contínua e integral.
 - (E) o compartilhamento de cuidados e compromissos com resultados entre os familiares e os usuários.

05. O Poema a seguir trata da população em situação de rua.

Não somos lixo

Não somos lixo.
Não somos lixo nem bicho.
Somos humanos.
Se na rua estamos é porque nos desencontramos.
Não somos bicho e nem lixo.
Não somos anjos, não somos o mal.
Nós somos arcanjos no juízo final.
Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos. Ouvimos
o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.
Não somos lixo.
Será que temos alegria? Às vezes sim... Temos com
certeza o pranto, a embriaguez,
A lucidez e os sonhos da filosofia.
Não somos profanos, somos humanos.
Somos filósofos que escrevem
Suas memórias nos universos diversos urbanos.
A selva capitalista joga seus chacais sobre nós. Não
somos bicho nem lixo, temos voz.
Por dentro da caótica selva, somos vistos como
fantasma.
Existem aqueles que se assustam,
Não estamos mortos, estamos vivos.
Andamos em labirintos.
Dependendo de nossos instintos.
Somos humanos nas ruas, não somos lixo.
Carlos Eduardo Ramos (Morador das Ruas de Salvador)

FONTE: BRASIL. *Saúde da população em situação de rua: um direito humano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Nessa perspectiva, “Considera-se população em situação de rua (PSR) o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.”

Em relação à Assistência à Saúde para a população em situação de rua, é CORRETO afirmar:

- (A) O Consultório na Rua constitui a porta de entrada da população em situação de rua no SUS.
- (B) As Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento são pontos de referência do Consultório de Rua para a continuidade da assistência à saúde.
- (C) A inclusão da população em situação de rua no escopo das redes de atenção à saúde é definida como a principal ação a ser desenvolvida pelo Plano.
- (D) Intensificar a busca ativa e os tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas; controlar e reduzir a incidência de tuberculose, DST/AIDS e outros agravos recorrentes nessa população é um dos objetivos centrais a serem desenvolvidos nos Consultórios de Rua.
- (E) Reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida é um dos objetivos do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua.

06. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Entre as diretrizes gerais dessa Política está incluso, EXCETO:

- (A) Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde.
- (B) Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas e o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra.
- (C) Transformação e qualificação da atenção à saúde, dos processos formativos, das práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial.

- (D) Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo.
- (E) Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.
07. A Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Em relação aos valores fundantes no processo de efetivação da PNPS descritos na Portaria está(ão):
- (A) a felicidade entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades.
- (B) a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade.
- (C) a solidariedade, enquanto auto-percepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida.
- (D) a humanização, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde.
- (E) o respeito enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde;
08. A vigilância da situação de saúde desenvolve ações de monitoramento contínuo do território por meio de estudos e análises que traduzem o comportamento dos principais indicadores de saúde. Um indicador consiste em uma medida que reflete uma característica ou aspecto particular, em geral não sujeito a observação direta. Em relação aos indicadores, está CORRETO afirmar:
- (A) A validade de um indicador remete para a sua capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares.
- (B) A confiabilidade se refere a sua capacidade de medir o que se pretende.
- (C) A validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado).
- (D) A mensurabilidade de um indicador avalia os resultados e justificam o investimento de tempo e recursos
- (E) A relevância de um indicador analisa se este pauta-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir.
09. Medir morbidade nem sempre é uma tarefa fácil, pois são muitas as limitações que contribuem para essa dificuldade, como a subnotificação. Para medir morbidade, utilizam-se principalmente as medidas de incidência e prevalência. Sobre essas medidas, é CORRETO afirmar:
- (A) A prevalência é útil na análise da demanda por assistência à saúde e no planejamento de ações e administração de serviços de saúde, por englobar casos novos e casos preexistentes.
- (B) A prevalência representa a frequência com que surgem novos casos de uma determinada doença em um intervalo de tempo.
- (C) Alta prevalência significa alto risco coletivo de adoecer.
- (D) A incidência representa a proporção de indivíduos de uma população que é acometida por uma determinada doença ou agravo em um determinado momento.
- (E) A incidência engloba tanto os casos novos que ocorreram no período quanto os casos preexistentes.
10. Não se podem organizar os serviços de Saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente. No ambiente organizacional da maioria dos serviços, mudanças são requeridas com vistas a uma cultura da segurança do paciente. Sobre essas mudanças, é INCORRETO afirmar:
- (A) É necessário mudar a busca de erros como falhas individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema.
- (B) O cuidado deve deixar de ser centrado no profissional de saúde para ser centrado no paciente.
- (C) Devem-se mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe profissional interdependente, colaborativo e interprofissional.
- (D) É necessário mudar para garantir o sigilo do cuidado e não causar insegurança na população.
- (E) A prestação de contas deve ser universal e recíproca e não do topo para a base.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL

11. Segundo a Resolução da ANVISA nº 67, de 08 de Outubro de 2007, marque a opção CORRETA.
- (A) O laboratório de preparação de formas líquidas e semissólidas poderá ser compartilhado no mesmo espaço, desde que os utensílios a serem utilizados sejam segregados e identificados.
 - (B) O laboratório de manipulação de formas sólidas poderá ser vinculado ao laboratório de semissólidos ou controle de qualidade, desde que a pesagem de substâncias de baixo índice terapêutico seja realizada em horários distintos.
 - (C) A determinação de teor de fármaco, através do doseamento, é um ensaio obrigatório para todas as preparações de produto acabado obtidas em uma Farmácia Magistral.
 - (D) Nenhum medicamento magistral acompanha bula, pois o Farmacêutico realizará a dispensação adequada; com isso, fornecerá as informações sobre o uso dos medicamentos. Além disso, os medicamentos preparados na Farmácia Magistral são seguros e com ampla faixa terapêutica.
 - (E) A Farmácia Magistral poderá terceirizar as análises de controle de qualidade de matérias prima e produto acabado, através da execução de ensaios por laboratórios externos certificados pela Vigilância Sanitária do município. Além disso, quando existirem filiais, a unidade matriz poderá centralizar a dispensação e a manipulação de fórmulas; com isso, as filiais poderão funcionar como postos de captação de receitas.
12. O Citrato de sildenafil é quimicamente designado como citrato de 1-[[3-(6,7-diidro-1-metil-7-oxo-3-propil-1H-pirazol-[4,3-d]pirimidin-5-il)-4-etóxifenil]sulfonil]-4- metilpiperazina. É o princípio ativo do Viagra®, primeiro medicamento oral lançado no mercado para tratamento da disfunção erétil. É um inibidor seletivo da enzima fosfodiesterase tipo 5 (PDE5), que age restaurando a função erétil resultando em uma resposta natural à estimulação sexual. Entretanto, na clínica pediátrica, este fármaco poderá ser utilizado para Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP). Além disso, o citrato de sildenafil possui massa molecular de 666,71, apresenta-se como um pó cristalino branco a esbranquiçado, inodoro, muito pouco solúvel em metanol, muito pouco solúvel em água e pouco solúvel em etanol (BADWAN et al.,2001). Diante do exposto, marque a opção CORRETA que tenha uma forma farmacêutica mais adequada, para o paciente pediátrico acometido de HAP.
- (A) Comprimidos de liberação imediata
 - (B) Gel tópico em veículo não iônico
 - (C) Suspensão oral
 - (D) Pomada de lanovaselina tópica
 - (E) Drágea
13. As matérias-primas que são usadas no preparo de formas farmacêuticas em uma Farmácia Magistral necessitam de ensaios mínimos de controle de qualidade. Diante disso e considerando a Resolução da ANVISA nº 67, de 08 de Outubro de 2007, marque a opção CORRETA que possua todos os ensaios mínimos preconizados pela ANVISA.
- (A) Solubilidade, espalhabilidade, teor e índice de refração.
 - (B) Densidade, pH, solubilidade e volume.
 - (C) Ponto de fusão, volume, friabilidade e Brix.
 - (D) Teor, volume, ponto de fusão e índice de refração.
 - (E) Dureza, densidade, volume e Brix.
14. Com relação a sistemas dispersos, marque a opção INCORRETA.
- (A) Uma suspensão ideal ocorre quando as partículas do material sólido são monodispersas e suspensas homoganeamente nas três dimensões através do veículo e permanecem assim mesmo após longos períodos de tempos.
 - (B) Uma suspensão farmacêutica é um sistema, em que o fármaco não se dissolve no veículo em qualquer extensão considerável, mas permanece como partículas sólidas.
 - (C) As interações partículas sólidas - veículo líquido - determinam o comportamento de estabilidade das suspensões.
 - (D) Uma suspensão farmacêutica não pode ser considerada é um sistema líquido, uma vez que há uma dispersão de material sólido (a fase dispersa) em um líquido (a fase contínua).
 - (E) A adição de excipientes de formulação pode modificar o comportamento de uma partícula sólida em uma suspensão, afetando o comportamento de estabilidade das suspensões.

15. O setor de Farmacotécnica Hospitalar do Hospital Universitário necessita preparar a formulação de solução oral de digliconato de clorexidina a 0,1%, para as necessidades do setor de buco maxilo facial. Diante do exposto, marque a opção CORRETA que possui, na sequência, a função dos seguintes componentes POLISSORBATO 20, ASPARTAMO, AGUA PURIFICADA.

<i>Componentes</i>	<i>Quantidade</i>
solução de digliconato de clorexidina 20% (p/v)	0,5 mL
<i>aroma composto</i>	qs
polissorbato 20	1 mL
aspartamo	0,1 g
corante	qs
água purificada qsp	100 mL

- (A) Tensoativo, edulcorante e veículo.
 (B) Tensoativo, flavorizante e acidificante.
 (C) Edulcorante, agente tamponante, veículo.
 (D) Veículo, alcalinizante, diluente.
 (E) Aglutinante, doador de viscosidade e diluente.
16. Os efeitos da maioria dos fármacos são atribuídos à sua interação com os componentes macromoleculares do organismo, interações essas que levam a alterações na função do componente envolvido, culminando em alterações bioquímicas e fisiológicas que caracterizam a resposta ao fármaco. Tratando-se de receptores, marque a opção INCORRETA.
- (A) Refere-se à macromolécula (ou a um complexo macromolecular) com a qual o fármaco interage para produzir uma resposta celular.
 (B) Em geral, os fármacos alteram a velocidade ou a magnitude de uma resposta celular intrínseca, em vez de produzir reações que antes não ocorriam.
 (C) Os receptores dos fármacos geralmente se localizam nas superfícies das células e também podem estar localizados nos compartimentos intracelulares específicos como o núcleo.
 (D) Muitos receptores exibem alguma atividade constitutiva na ausência de um ligante regulador.
 (E) Os receptores fisiológicos são aqueles que não atuam como receptores de ligantes reguladores endógenos já que esses receptores evoluíram de forma a reconhecer e responder com grande seletividade às moléculas sinalizadoras específicas.
17. Quanto aos sítios de interação dos fármacos aos receptores, é CORRETO afirmar:
- (A) Os fármacos que bloqueiam ou reduzem a ação de um agonista são conhecidos como agonistas ortostéricos.
 (B) Se o fármaco se liga ao mesmo sítio de reconhecimento que o agonista endógeno, diz-se que ele é um agonista primário.
 (C) O antagonismo jamais pode ocorrer por combinação direta com o agonista.
 (D) Na maioria dos casos, o antagonismo resulta da competição com um agonista sempre por sítios diferentes de ligação.
 (E) Os compostos que mostram eficácia parcial, comparados à eficácia induzidas pelo agonista, não apresentam aplicabilidade terapêutica.
18. Os receptores alfa-2 adrenérgicos acoplam-se a uma variedade de efetores. Em relação a estes receptores, pode-se afirmar, EXCETO:
- (A) A inibição da atividade da adenilil ciclase foi o primeiro efeito observado decorrente da ativação destes receptores.
 (B) Em alguns sistemas, a adenilil ciclase é estimulada pelas subunidades beta-gama da proteína G que é estimulada pelo receptor.
 (C) Em miócitos atriais, a acetilcolina se liga, ativando os receptores muscarínicos e a mudança conformacional deste leva à ativação da proteína G, levando à dissociação da subunidade beta-gama que ativa os canais de potássio.

- (D) Os receptores alfa-2 adrenérgicos ativam proteínas cinases ativadas por mitógeno (MAPK) provavelmente através das subunidades beta-gama liberadas das proteínas G sensíveis à toxina pertussis.
- (E) Os receptores alfa-2 adrenérgicos ativam canais de potássio controlados pela proteína G, o que leva à despolarização da membrana.
19. Os fármacos que atuam nos receptores muscarínicos, bloqueando-os, têm variedade de usos terapêuticos. Dentre os efeitos observados, considerar como verdadeiro:
- (A) São contraindicados para pacientes que apresentam cinetose.
- (B) A principal vantagem do uso dos fármacos não seletivos é a obtenção das respostas terapêuticas desejadas com poucos efeitos adversos associados.
- (C) No sistema nervoso central, seus efeitos resultam no emprego para o tratamento da doença de Parkinson, no controle dos efeitos extrapiramidais dos antipsicóticos.
- (D) A hiperatividade vesical não pode ser tratada eficazmente com antagonista dos receptores muscarínicos, visto que eles aumentam a pressão intravesical, aumentando a frequência das contrações.
- (E) Os antagonistas muscarínicos não são úteis para tratar a enurese das crianças, principalmente quando o objetivo for aumentar progressivamente a capacidade vesical e, além disso, para reduzir a capacidade da bexiga na paralisia espástica.
20. Sobre a RDC nº36, de 25 de julho de 2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, identifique as afirmativas a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F):
- () Esta resolução regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico.
- () Esta resolução institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde.
- () De acordo com o artigo sétimo da referida resolução, compete ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores.

Assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA, de cima para baixo.

- (A) V-F-F
- (B) F-V-F
- (C) V-F-V
- (D) V-V-V
- (E) F-V-V
21. De acordo com o protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG, é CORRETO afirmar:
- (A) Existem quatro tipos de prescrição de medicamentos: I. Padrão; II. Padrão com data de fechamento; III. Urgência/emergência; IV. Verbal.
- (B) Todos os itens da identificação do paciente nas prescrições hospitalares devem ser impressos ou datilografados.
- (C) A fim de diminuir custos, deve-se evitar a dispensação de medicamentos por dose unitária.
- (D) A identificação da instituição na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá conter o nome, endereço completo e telefone do estabelecimento de saúde em que o paciente foi atendido a fim possibilitar ao paciente o contato com o profissional de saúde em caso de dúvidas que possam surgir posteriormente.
- (E) Quando a instituição utiliza suporte eletrônico para prescrição, as prescrições pré-digitadas devem ser evitadas, uma vez que podem representar um sério risco a segurança do paciente.
22. Em relação à farmacovigilância, é INCORRETO afirmar:
- (A) A RDC nº 04 de 10 de fevereiro de 2009, da ANVISA, dispõe sobre as normas de farmacovigilância para os detentores de registro de medicamentos de uso humano.
- (B) A Instrução Normativa nº 14, de 27 de outubro de 2009, da ANVISA, aprova cinco guias de farmacovigilância, apresentados em Anexos da referida IN, sendo eles: I. Boas Práticas de Inspeção em Farmacovigilância para Detentores de Registro de Medicamentos; II. Relatório Periódico de Farmacovigilância; III. Plano de Farmacovigilância e Plano de Minimização de Risco; IV. Glossário da Resolução RDC nº 4, de 10 de fevereiro de 2009.
- (C) A RDC nº 04 de 10 de fevereiro de 2009, da ANVISA, classifica os eventos adversos em quatro categorias: I - Suspeita de Reações Adversas a Medicamentos; II - Eventos Adversos por desvios da qualidade de medicamentos; III - Erros de medicação, potenciais e reais; IV - Inefetividade terapêutica, total ou parcial.

- (D) Alguns medicamentos como o oseltamivir, a talidomida e a sibutramina apresentam legislação específica no que compete à notificação de eventos adversos relacionados a sua utilização.
- (E) No início da década de 1960, a utilização da talidomida por gestantes levou ao nascimento de bebês com má-formação, o que promoveu uma série de discussões sobre a segurança do uso dos medicamentos. Esse fato foi de fundamental importância para o desenvolvimento de políticas públicas que minimizem outros episódios como esse.

23. Em relação à Doença Renal Crônica (DRC), identifique as afirmativas a seguir Verdadeiras (V) ou Falsas (F):

- () A progressão da DRC pode tornar necessário o transplante renal. Entretanto, para que ele aconteça, faz-se necessária a imunossupressão do paciente.
- () Indivíduos com DRC podem precisar de ajuste de dose de alguns medicamentos.
- () Pacientes com DRC podem ter como complicação da doença a anemia. Uma opção terapêutica para o tratamento da anemia nesses pacientes é a alfaepoetina.

Assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA, de cima para baixo.

- (A) V-F-F
- (B) F-F-V
- (C) F-V-F
- (D) V-V-V
- (E) V-V-F

24. Sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), identifique as afirmativas a seguir Verdadeiras (V) ou Falsas (F):

- () Após um episódio de Infarto Agudo de Miocárdio de um hipertenso, a utilização de um betabloqueador deve ser evitada.
- () Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, a definição do melhor esquema terapêutico deve considerar o estágio da doença, bem como o risco cardiovascular do indivíduo.
- () Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2016, algumas combinações de classes de anti-hipertensivos devem ser evitadas, tais como: Betabloqueadores e diuréticos tiazídicos e bloqueadores dos receptores da angiotensina e inibidores da ECA.

Assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA, de cima para baixo.

- (A) F-V-F
- (B) V-V-V
- (C) V-F-F
- (D) F-F-V
- (E) V-V-F

25. Conforme a Resolução N° 585, de 29 de agosto de 2013, do Conselho Federal de Farmácia, são consideradas atribuições clínicas do farmacêutico, EXCETO:

- (A) 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.
- (B) Atuar no processo de formação e desenvolvimento profissional de farmacêuticos.
- (C) Integrar comitês de ética em pesquisa.
- (D) Realizar, no âmbito de sua competência profissional, administração de medicamentos ao paciente.
- (E) Avaliar resultados de exames clínico-laboratoriais do paciente, como instrumento de diagnóstico e suporte para individualização da farmacoterapia.

26. A Portaria N° 4.283, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Entre as atividades farmacêuticas, relacionadas ao gerenciamento de tecnologias, que podem ser oferecidas pelos hospitais, pode(m)-se citar, EXCETO:

- (A) Qualificação de fornecedores.
- (B) Armazenamento, distribuição, dispensação e controle de medicamentos.
- (C) Fracionamento e preparo de medicamentos.
- (D) Armazenamento, distribuição, dispensação e controle de produtos para saúde.
- (E) Implantação de um sistema racional de distribuição de medicamentos.

27. Uma mulher de 58 anos de idade tem hiperlipidemia, recebendo prescrição de atorvastatina na última consulta com o médico. A atorvastatina reduz o colesterol plasmático por meio do processo:
- (A) diminuição da absorção do colesterol pelo intestino.
 - (B) inibição da biossíntese de Apo B100.
 - (C) inibição da biossíntese do colesterol.
 - (D) inibição da absorção do colesterol.
 - (E) interferência na reabsorção de ácidos biliares.
28. A Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, de agosto de 2017, passa a recomendar, além do alcance de metas, o uso preferencial de medicamentos nas doses utilizadas nos grandes ensaios clínicos e que demonstraram benefício clínico. Esquematicamente, os regimes terapêuticos podem ser classificados de acordo com sua intensidade em reduzir percentualmente o LDL-c (*colesterol da lipoproteína de baixa densidade*). Para o subgrupo de indivíduos com risco cardiovascular muito alto, a meta de LDL-c deve ser < 50 mg/dL. Conforme recomenda o referido documento, os medicamentos (com a dose em mg) que entram na meta de LDL-c < 50 mg/dL são:
- (A) Lovastatina 40; Sinvastatina 20-40; Pravastatina 40-80.
 - (B) Lovastatina 20; Sinvastatina 10; Pravastatina 10-20.
 - (C) Atorvastatina 40-80; Pravastatina 10-20; Sinvastatina 40/ezetimiba 10.
 - (D) Atorvastatina 40-80; Sinvastatina 10; Pravastatina 10-20.
 - (E) Atorvastatina 40-80; Rosuvastatina 20-40; Sinvastatina 40/ezetimiba 10.
29. A cirrose, definida anatomicamente como fibrose difusa com regeneração nodular, representa o estágio final de formação de cicatriz e regeneração na lesão hepática crônica. Nos primeiros estágios da transição de hepatite crônica para cirrose, denominada cirrose compensada, pode não haver sinais ou sintomas de lesão hepática (BURTIS *et al.*, 2008). Alguns exames laboratoriais podem apresentar alterações antes de os achados clínicos começarem a se desenvolver. Com base no exposto, marque a opção INCORRETA.
- (A) Diminuição do número de plaquetas.
 - (B) Ausência de alteração da relação AST/ALT.
 - (C) Aumento da relação AST/ALT.
 - (D) Diminuição da relação albumina-globulina para <1.
 - (E) Aumento do tempo de Protrombina (PT).
30. Muitos biomarcadores são proteínas do miocárdio e diferem em sua localização, cinética de liberação após o dano e *clearance* da circulação. Com relação aos biomarcadores de doenças cardíacas, marque a opção CORRETA.
- (A) As troponinas cardíacas I e T apresentam a mesma especificidade que CK-MB.
 - (B) Um médico de unidades de emergência deve preferir um teste de baixa sensibilidade diagnóstica a enviar um paciente para casa que esteja tendo um ataque cardíaco.
 - (C) A mioglobina apresenta elevada especificidade para Infarto Agudo do miocárdio (IAM) porque elevações em seus níveis séricos ocorrem exclusivamente após trauma do cardíaco.
 - (D) A troponina C apresenta elevada especificidade para IAM.
 - (E) A proteína C reativa é considerada como marcador dos processos ateroscleróticos, crônico e agudo.
31. O paciente com insuficiência renal normalmente recorre ao médico por causa de uma anormalidade nos exames de urina, hemograma e bioquímico de rotina. Com base nessas informações, classifique as afirmativas em (V) Verdadeiras ou (F) Falsas.
- () A hemoglobina e a mioglobina dão uma coloração que varia entre rosa, vermelho e marrom, dependendo da concentração;
 - () Turvação em uma amostra fresca de urina pode indicar infecção;
 - () O excesso de urina quando se agita a urina sugere proteinúria;
 - () Turvação em uma amostra fresca de urina pode indicar síndrome nefrótica devido à presença de partículas de gordura na urina;

Marque a opção CORRETA.

- (A) V, V, V, V.
- (B) V, V, V, F.
- (C) F, V, V, V.
- (D) V, V, F, F.
- (E) V, F, F, V.

32. Muitas condições patológicas são acompanhadas por distúrbios no equilíbrio ácido-base e na composição dos eletrólitos do sangue. Com base neste tema, marque a opção CORRETA.
- (A) A acidose metabólica primária é detectada pelo bicarbonato aumentado no plasma.
 - (B) Na acidose metabólica, a queda do pH estimula a compensação respiratória via hiperventilação, o que aumenta o PCO_2 , diminuindo assim o pH.
 - (C) A causa base da alcalose respiratória é a eliminação reduzida de ácido pela via respiratória.
 - (D) A doença pulmonar obstrutiva é a causa mais comum de acidose respiratória.
 - (E) A alcalose metabólica ocorre devido a um aumento da eliminação de base ou há um aumento dos fluidos ricos em ácidos.
33. “Um marcador tumoral é uma substância produzida por um tumor, ou pelo hospedeiro em resposta a um tumor, que é usada para diferenciar um tecido tumoral do normal ou para determinar a presença de um tumor com base em medidas no sangue e em secreções” (BURTIS *et al.*, 2008). Com base neste tema, marque a opção INCORRETA.
- (A) O CA 15-3 não é útil no rastreamento do câncer de mama porque é elevado em muitas outras doenças benignas como, por exemplo, tumores ovarianos benignos e lúpus eritematoso sistêmico.
 - (B) Medir as concentrações dos receptores de progesterona (PRs) não apresenta utilidade clínica como indicador de hormonoterapia.
 - (C) CA 125 não é útil para o rastreamento de câncer ovariano em populações assintomáticas, porque tem baixa especificidade para o câncer de ovário.
 - (D) A dosagem de ER (receptor de estrogênio) no tecido tumoral é útil como indicador prognóstico e na determinação de probabilidade de hormonoterapia.
 - (E) Portadores de uma mutação no gene BRCA1 têm risco elevado de desenvolver câncer de mama.
34. “Anemias de doenças crônicas são anemias associadas a uma variedade de condições inflamatórias de longa duração, que incluem as infecções crônicas, doenças reumáticas e câncer, caracterizadas pela alteração na cinética do ferro, na produção de eritropoietina e na resposta eritropoiética da medula óssea a esse hormônio” (OLIVEIRA, 2007). Com base neste tema, marque a opção INCORRETA.
- (A) A anemia do doente renal crônico ocorre em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) em decorrência da falta ou da diminuição da produção de eritropoietina pelo parênquima renal, o que impede ou dificulta a eritropoiese.
 - (B) Alguns pacientes renais crônicos pré-diálise podem apresentar equinócitos desidratados (hipercrômicos) em decorrência da descompensação hidroeletrólítica.
 - (C) Na AHAI, é incomum a presença de eritroblastos circulantes, o RDW do paciente é sempre baixo e o HDW extremamente baixo, o que revela subpopulações de células hipercrômicas e policromáticas.
 - (D) A anemia hemolítica autoimune (AHAI) é causada por autoanticorpos que revestem o eritrócito e promovem sua remoção precoce pelos macrófagos.
 - (E) Pacientes renais tratados com eritropoietina recombinante respondem prontamente com hiperplasia eritróide medular e elevação da contagem de reticulócitos.
35. O diagnóstico da diabetes é feito principalmente com base nos valores de concentração de glicose sanguínea no paciente em estado de jejum. Um outro exame que pode auxiliar nesse diagnóstico e também no acompanhamento do paciente é a dosagem de hemoglobina glicada. Sobre este exame laboratorial, pode-se afirmar:
- (A) É um teste laboratorial que apresenta o percentual de hemoglobina que reagiu com a molécula de glicose quando este açúcar se encontra em altas concentrações. Esta glicação ocorre principalmente na porção Heme da hemoglobina e pode ser relacionado com a glicemia dos últimos 30 dias considerando a meia vida do pigmento da hemácia.
 - (B) Seus valores, quando elevados, podem ser correlacionados com complicações vasculares no paciente. No entanto, é um exame com baixa reprodutibilidade e baixa exatidão, sofrendo forte interferência de alimentos ingeridos pelo paciente.
 - (C) Valor do paciente acima dos valores de referência para a idade são indicativos de bom prognóstico para o paciente. Valores elevados indicam capacidade de captação de glicose da corrente sanguínea e isso pode ser favorável, pois leva a menor concentração da substância no paciente.
 - (D) Oferece vantagens ao refletir níveis glicêmicos dos últimos 3 a 4 meses e ao sofrer menor variabilidade dia a dia e independe do estado de jejum para sua determinação. Trata-se de medida indireta da glicemia mas sofre interferência de algumas situações, como anemias, hemoglobinopatias e uremia.

- (E) A hemoglobina glicada é um teste útil apenas para diagnóstico inicial da doença, pois é mais sensível que a concentração de glicose em jejum, considerando que não sofre interferência do consumo de alimentos. Após estabelecido o diagnóstico, o teste não mais tem utilidade clínica.
36. A diabetes gestacional consiste em condição diabetogênica que se desenvolve devido à produção de hormônios hiperglicemiantes pela placenta e devido a enzimas placentárias que degradam a insulina, com consequente aumento compensatório na produção do hormônio e na resistência à insulina, podendo evoluir com disfunção das células β . Quanto ao diagnóstico dessa condição, pode-se afirmar:
- (A) Os mesmos testes de rotina são usados para o diagnóstico de gravidez gestacional, exceto o teste de tolerância oral a glicose que nunca é feito em pacientes grávidas devido à intolerância a realização do procedimento.
 - (B) O valor de corte da glicemia em jejum durante a gestação difere do considerado normal para não gestantes, sendo < 92 mg/dL em qualquer fase da gestação.
 - (C) É necessário a dosagem seriada de glicose na paciente, sendo a curva glicêmica padrão ouro para este diagnóstico.
 - (D) Para confirmação do diagnóstico, é necessária a confirmação da diabetes antes do período gestacional, considerando que muitas pacientes não mantêm o estado diabético após o período gestacional, ou seja, é transitório e não tem maiores repercussões clínicas.
 - (E) É um diagnóstico de exclusão, considerando que o mais comum é o estado de hipoglicemia gestacional ou de superprodução de insulina pelo pâncreas.
37. Existem diferentes parâmetros que são apresentados no hemograma para complementar a análise de condições clínicas, como, por exemplo, a anemia. Entre estes parâmetros, existem os índices hematimétricos que são calculados ou verificados pelo contador automatizado de células hematológicas. Com relação ao uso dos índices hematimétricos, pode-se afirmar:
- (A) Os índices hematimétricos são úteis na classificação das anemias, por exemplo, na anemia por carência de vitamina B12 há um aumento de VCM, podendo ainda apresentar alterações no RDW.
 - (B) Todos os índices encontram-se alterados caso ocorra anemia independentemente do tipo de anemia presente.
 - (C) Os índices hematimétricos não são úteis na classificação de uma anemia. Esta classificação é feita apenas com base nos valores de hemoglobina e hematócrito.
 - (D) Todos os índices hematimétricos são calculados com base nos valores de hemoglobina e hematócrito.
 - (E) Nos contadores automatizados de células hematológicas atualmente disponíveis no mercado, a verificação dos índices hematimétricos são secundários considerando que a análise morfológica automatizada passa a ser mais importante.
38. Atualmente algumas modificações foram incorporadas na determinação do perfil lipídico. Sobre estas novas recomendações, pode-se citar:
- (A) A verificação de todos os testes ainda necessita obrigatoriamente do jejum pelo paciente, porém, diminuiu de 12 para 6 horas.
 - (B) As triglicérides é um valor do perfil lipídico que não sofre modificação estando o paciente em jejum ou não e tais valores. Para estes pacientes, devem ser mantidos os mais baixos segundo as recomendações atuais.
 - (C) Pacientes com alto risco são classificados nessa categoria devido a seus baixos níveis de colesterol total e colesterol HDL.
 - (D) Para valores de LDL colesterol e colesterol não HDL foi incorporada a categoria de risco, sendo este risco podendo ser baixo, intermediário, alto e muito alto.
 - (E) Os valores de colesterol HDL são maiores quando o paciente está em jejum do que quando o paciente está em alimentação.
39. Um paciente procura um serviço médico para avaliação geral de sua condição de saúde e, entre estes exames, o médico solicitou a dosagem de Cistatina C. O paciente ficou na dúvida quanto a utilidade do teste e, ao procurar orientação no laboratório, foi informado que tal exame serve para avaliar a função:
- (A) Canalicular hepática.
 - (B) Função renal.
 - (C) Função cardíaca de contração muscular.
 - (D) Função metabólica.
 - (E) Metabolismo lipídico.

40. Paciente do gênero masculino, 38 anos, realiza hemograma para avaliação médica. Para o médico solicitante, o paciente referiu cansaço e baixa resistência ao esforço físico. Além disso, apresentava palidez cutânea e taquicardia entre outros sintomas. O hemograma realizado apresentou os seguintes resultados:

Hemoglobina (g/dl) – 11,2
Hematócrito (%) – 32,9
Hemácias ($\times 10^6/\mu\text{L}$) - 5,02
VCM (fL) – 65,5
HCM (mg) – 22,4
CHCM (g/dl) – 34,2
RDW (%) - 17

Considerando os valores normais para a idade e gênero em questão e sobre os resultados apresentados nesse exame (criptograma), pode-se afirmar:

- (A) O hemograma é compatível com anemia ferropriva, considerando, para isso, os valores de hemoglobina e os índices hematimétricos encontrados. Esse quadro anêmico justifica os sintomas apresentados pelo paciente.
- (B) O hemograma é compatível com doença talassêmica. Um tipo de anemia grave que justificaria os sintomas encontrados.
- (C) O hemograma é normal. Os sintomas apresentados pelo paciente podem ser correlacionados com várias doenças, mas nenhuma em específico.
- (D) O hemograma é compatível com anemia megaloblástica. Essa verificação é confirmada pelos valores verificados nos índices hematimétricos.
- (E) O hemograma é compatível com anemia de doença crônica. Esta verificação é confirmada pelo valor de VCM.