

QUESTÕES 01 A 20 – Políticas Públicas em Saúde, SUS.

01. O princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) definido como “o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” é:

- a) Integralidade de assistência.
- b) Igualdade da assistência.
- c) Regionalização e hierarquização.
- d) Universalidade de acesso.

02. Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90), são critérios para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios:

- I – a eficiência na arrecadação de impostos;
- II – o perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III – a participação paritária dos usuários no Conselho de Saúde;
- IV – a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

Estão **CORRETOS** os itens:

- a) II e IV.
- b) I e II.
- c) II e III.
- d) III e IV.

03. Conforme estabelecido pela Lei nº 8080/1990, Lei Orgânica da Saúde, as ações e serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) são aqueles prestados por:

- a) Órgãos e instituições públicas da Administração direta e indireta e as fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar em caráter complementar.
- b) Órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e as fundações mantidas pelo Poder Público.
- c) Órgãos e instituições públicas federais, estaduais, municipais da Administração direta e indireta. A iniciativa privada não poderá participar do SUS em caráter complementar.
- d) Apenas pelas fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar em caráter complementar.

04. As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, realizadas a cada quatro anos nos 3 níveis de gestão (municipal, estadual e nacional), e contam com a representação dos vários segmentos sociais, conforme definido na Lei 8.142/1990. As Conferências de Saúde têm como atribuições:

- a) Avaliar as propostas de ações de saúde formuladas pelos gestores e decidir sobre a implantação ou rejeição das propostas.
- b) Referendar as diretrizes da política de saúde aprovadas pelas instâncias legislativas nos três níveis de gestão.
- c) Decidir sobre a aplicação dos recursos da saúde e referendar as decisões tomadas pelas Comissões Intergestoras nos três níveis.
- d) Avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

05. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- a) De atenção hospitalar.
- b) Ambulatoriais especializados.
- c) De atenção domiciliar.
- d) Especiais de acesso aberto.

06. A participação popular é um dos princípios do Sistema Único da Saúde. A lei 8142/90 prevê essa participação em todas as esferas de governo, nas seguintes instâncias: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde:

- a) Podem contar com a participação de enfermeiras como representantes dos prestadores de serviço público, em número paritário e equivalente ao dos representantes dos usuários e dos serviços privados.
- b) Devem permitir a democratização da saúde. Tem o secretário municipal de saúde como presidente nato, que não poderá delegar esta função a representantes de usuários.
- c) Devem zelar pela proteção dos trabalhadores de saúde. É composto, de forma majoritária, por representantes dos usuários que devem reivindicar assistência médica com qualidade a toda comunidade.
- d) Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no município e são formados por representantes dos usuários em número equivalente ao dos representantes de outros segmentos.

07. As Regiões de Saúde são constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, que se integram para organizar, planejar e executar as ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Uma Região de Saúde deve dispor no mínimo de ações e serviços de:

- a) Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Vigilância em Saúde.
- b) Atenção Primária; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar; Saúde do Trabalhador; Vigilância Sanitária.
- c) Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Materno-Infantil; Exames Laboratoriais e de Imagem; Atenção Hospitalar.
- d) Atenção Primária; Atenção Hospitalar; Atenção Psicossocial; Atenção Materno-Infantil; Assistência Farmacêutica; Vigilância Epidemiológica.

08. O documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; o acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos, a ser seguido pelos gestores do SUS, denomina-se:

- a) Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.
- b) Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.
- c) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.
- d) Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

09. A Política Nacional de Atenção Básica prevê a existência de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, Equipes de Saúde da Família Fluviais, Equipes de Consultório na Rua e Equipes de Atenção Básica Prisional. Estas modalidades compõem o conjunto das Equipes de:

- a) Atenção Básica para Populações Carentes.
- b) Saúde Básica Especiais.
- c) Atenção Básica para Populações Específicas.
- d) Atenção Básica Complementar.

10. A Política Nacional de Atenção Básica possui fundamentos e diretrizes que a norteiam. A diretriz que pressupõe a “*continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente*” é:

- a) Integralidade.
- b) Igualdade.
- c) Transversalidade.
- d) Longitudinalidade.

11. A Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica, envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para as seguintes ações, **EXCETO**:

- a) Detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública.
- b) Vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis.
- c) Notificação, combate e eliminação da desnutrição infantil.
- d) Vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

12. No acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde, os profissionais de saúde devem avaliar os casos de demanda espontânea atendida, considerando o risco e a vulnerabilidade de cada um. Existem basicamente três tipos de encaminhamentos que definem se o atendimento precisa ser imediato, prioritário ou no dia. Em quadros clínicos que exigem atendimento prioritário, se faz necessária uma intervenção breve da equipe, até a avaliação pelo profissional mais indicado para o caso. São exemplos de quadros clínicos que representam este tipo de acolhimento:

- a) Usuários que necessitam de isolamento; Convulsão.
- b) Crise asmática leve e moderada; Gestantes com dor abdominal.
- c) Pessoas com ansiedade significativa; Conflito familiar.
- d) Rebaixamento do nível de consciência; Febre sem complicação.

13. A Portaria MS nº 825 de 2016 redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. De acordo com esta portaria a atenção domiciliar (AD) será organizada em modalidades. Sobre essas modalidades assinale a resposta correta:

- a) A prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal é um fator que torna o usuário com indicação de AD elegível na modalidade AD 1.
- b) Os pacientes elegíveis na modalidade AD 3 requerem cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade.
- c) A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 2 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.
- d) O atendimento aos usuários elegíveis na modalidade AD 1 é de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar.

14. A recuperação da dimensão cuidadora e a busca da integralidade na atenção à saúde são desafios para a organização do cuidado nos hospitais. Os processos a serem articulados para promover a integralidade da atenção hospitalar são:

- a) A articulação das equipes nas unidades de internação com as equipes nos ambulatórios das respectivas especialidades.
- b) A integração das atividades de atenção à saúde exercidas pelas diferentes clínicas no ambiente hospitalar.
- c) O atendimento multiprofissional integrado e coordenação pelas equipes médicas dos hospitais.
- d) O atendimento no ambiente hospitalar e a articulação com os demais equipes de saúde.

15. O ensino na área da saúde tem sido impactado por processos de desenvolvimento tecnológico e de especialização, havendo multiplicação da oferta de disciplinas, de conteúdos e procedimentos o que acarreta:

- a) fragmentação e desarticulação de conteúdos na formação dos profissionais de saúde
- b) maiores chances da oferta de cuidado integral, pela complementaridade dos saberes
- c) maior clareza sobre as competências típicas da formação geral dos profissionais
- d) maior preparação dos recém formados para ingresso imediato no mercado de trabalho

16. Pode-se considerar que o cuidado no hospital é composto por uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, e decorre da interação entre os vários cuidadores num processo de complementação e disputa. Assim, um desafio do processo gerencial do hospital é:

- a) coordenar os atos cuidadores fragmentados de modo que eles produzam um cuidado eficaz e de qualidade.
- b) dirimir conflitos entre categorias, atribuindo à equipe médica a responsabilidade pela integralidade do cuidado.
- c) concentrar fluxos de cuidado em categorias específicas, evitando a contradição dos saberes profissionais.
- d) atender à satisfação dos pacientes, já que os fluxos de cuidado se complementam.

17. A atual situação epidemiológica do país exigiu que a rede de serviços de saúde, voltada predominantemente ao atendimento de condições agudas e à saúde materno-infantil, avançasse no cuidado aos usuários com condições crônicas. A ampliação da oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), do acesso a medicamentos e outras medidas, impactaram positivamente a saúde da população. Um dos avanços identificados foi a redução de:

- a) mortalidade cardio e cerebrovascular.
- b) internações cirúrgicas na rede hospitalar.
- c) atendimentos na rede de urgência e emergência.
- d) incidência de agravos por acidentes e violências.

18. O papel da atenção hospitalar tem sido marginalizado no debate sobre as Redes de Atenção à Saúde, num contexto de insuficiências estruturais no setor e baixa oferta de leitos – menos de 1,5 leitos por mil habitantes no SUS. Como efeitos dessa realidade pode-se destacar:

- a) menor uso dos serviços de urgência e emergência e maior pressão dos gastos na atenção primária à saúde.
- b) tempo de espera por internação dilatado, sobremortalidade e custo acumulado por paciente.
- c) desconcentração dos equipamentos hospitalares entre as regiões brasileiras, com impacto na mortalidade geral.
- d) maior integração com a rede ambulatorial especializada não hospitalar e filas de espera para marcação de exames.

19. A promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender as necessidades sociais de saúde e a melhoria da qualidade de vida. Recentemente, em 2016, foi realizada a 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde, com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”. Os quatro pilares que necessitam de vigorosa articulação com vistas à garantia da ampliação das ações de Promoção da Saúde são:

- a) “Ações intersetoriais”, “democracia”, “proteção social” e “desenvolvimento sustentável”.
- b) “Cidades saudáveis”, “bom governo”, “alfabetização em saúde” e “mobilização social”.
- c) “Inclusão social”, “empoderamento social”, “proteção ambiental”, e “justiça social”.
- d) “Políticas intrasetoriais”, “cidadania”, “integralidade das práticas” e “direitos humanos”.

20. A promoção da saúde envolve um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, tanto individuais quanto coletivas, com o objetivo de atender às necessidades sociais de saúde e a melhorar a qualidade de vida. A Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2014, aponta entre seus temas prioritários:

- a) Promoção da cultura da paz e de direitos humanos; Alimentação adequada e saudável; Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados.
- b) Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; Promoção da mobilidade segura e sustentável; Controle das endemias focais.
- c) Práticas corporais e atividades físicas; Redução das desigualdades regionais; Saúde da população indígena.
- d) Enfrentamento da desigualdade de gênero; Promoção das práticas integrativas e complementares; Expansão do programa de imunizações.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Uma das principais diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) é a reorientação da assistência farmacêutica no Brasil, visando adequar as políticas farmacêuticas aos princípios e diretrizes do SUS. Foram prioridades na reorientação da assistência farmacêutica no Brasil:

- a) Capacitação de recursos humanos; aprimoramento da regulamentação sanitária e da regulação ética; garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos.
- b) Descentralização da gestão e da aquisição de medicamentos; garantia de recursos financeiros das três esferas de gestão para distribuição de medicamentos; financiamento específico para atenção básica.
- c) Campanhas educativas; introdução e atualização do Formulário Terapêutico Nacional; estabelecimento das Boas Práticas Farmacêuticas.
- d) Redução da dependência comercial e tecnológica externa do país na área de medicamentos; transferência de tecnologia para laboratórios nacionais e laboratórios públicos; promoção dos genéricos.

22. Ao longo de 30 anos, o financiamento das políticas de Assistência Farmacêutica (AF) passou por importantes mudanças. Sobre a mudança mais recente nos mecanismos de financiamento da AF é possível afirmar que:

- a) Foi marcada pela extinção da Central de Medicamentos (CEME), pela descentralização da gestão e pela garantia de recursos oriundos das três esferas de gestão.
- b) Foram estabelecidos blocos de financiamento para o SUS, sendo a assistência farmacêutica um deles. Foram criados os componentes básico, estratégico e especializado, com vinculação dos recursos transferidos à aplicação na assistência farmacêutica.
- c) Foi marcada pelo estabelecimento do co-pagamento no Programa Farmácia Popular e pela introdução de subsídio direto às farmácias privadas para dispensação de medicamentos no Aqui Têm Farmácia Popular.
- d) Foram extintos os blocos de financiamento para o SUS, incluindo a assistência farmacêutica. São substituídos por custeio e investimento, desvinculando a transferência dos recursos da obrigatoriedade de aplicação nas áreas dos antigos blocos.

23. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é um dos principais instrumentos desenvolvidos pelas políticas farmacêuticas no Brasil. Todavia a concepção de medicamentos essenciais e os objetivos e características das diferentes atualizações da lista sofreram mudanças ao longo do tempo. Sobre o papel e características atuais da RENAME hoje, é correto afirmar que:

- a) Atualmente, a elaboração da RENAME é orientada pela noção de que uma lista de medicamentos essenciais deve conter aqueles produtos que satisfazem as necessidades de saúde de uma população.
- b) A partir da Lei 12.041/2012, a responsabilidade de atualização da RENAME sai de um órgão ligado à incorporação de tecnologias em saúde para uma nova comissão multidisciplinar com regimento próprio e critérios claros de inclusão e exclusão de medicamentos.
- c) Atualmente, a RENAME pode ser entendida como uma lista positiva de todos os produtos financiados pelo SUS, se distanciando do conceito de essencialidade e de integralidade baseada em necessidade.
- d) Atualmente, a estratégia de construção da integralidade presente na RENAME passa pela institucionalização do conceito de medicamentos essenciais nas esferas subnacionais e pela efetivação de um sistema hierarquizado onde as listas municipais e estaduais complementam a lista nacional.

24. A seleção de medicamentos envolve a comparação e escolha dos medicamentos necessários ao atendimento das demandas de saúde da comunidade. Deve ser fundamentada em critérios científicos e realizada por meio da utilização de métodos eficientes. Sobre o método quantitativo de seleção de medicamentos é correto afirmar que:

- a) É aplicável quando os medicamentos comparados apresentam propriedades terapêuticas diferentes.
- b) É baseado no emprego de critérios contábeis e empíricos de avaliação das alternativas terapêuticas.
- c) É útil para comparar a disponibilidade dos medicamentos no mercado e os respectivos preços praticados.
- d) É empregado visando a efetividade final do tratamento por meio do uso de medicamentos custo-efetivos.

25. Uma prefeitura do norte fluminense acaba de implantar o programa de Hipertensão e diabetes na cidade. O programa pretende atingir uma cobertura de 80% da população e será necessário adquirir os medicamentos anti-hipertensivos para atendimento destes pacientes. Considerando que o município possui 200 mil habitantes e que a prevalência de hipertensão na cidade é de 20%, a base de cálculo é de Captopril 25mg três vezes ao dia. Para atender os pacientes durante 30 dias o número de comprimidos necessários será de:

- a) 3.600.000
- b) 2.600.000
- c) 2.880.000
- d) 1.200.000

26. Ao elaborar a solicitação de compras para o reabastecimento do hospital onde trabalha, um farmacêutico concluiu que seriam necessários 200 mil reais para realizar a aquisição dos medicamentos necessários. No entanto, ele foi informado pelo setor de compras que este montante não estaria disponível e que seria necessária uma redução de 30% no valor total da solicitação. Para solucionar este problema, o farmacêutico optou por adotar os princípios das classificações ABC e XYZ de estoques de forma a adequar o pedido de compras ao orçamento disponível. Para tanto, é correto afirmar que a redução da quantidade de medicamentos da classe:

- a) C é preferível pois são aqueles com maior quantidade de itens.
- b) A é preferível pois são aqueles com maior custo financeiro.
- c) X é preferível pois são aqueles que possuem substitutos ou equivalentes.
- d) Y é preferível pois são aqueles cuja falta não afeta as atividades vitais.

27. Apesar da publicação de diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia hospitalar, nem sempre se observa a disponibilidade de estrutura física adequada. No que tange aos parâmetros mínimos, uma Central de Misturas Intravenosas, deve possuir, pelo menos:

- a) Sala de sólidos, sala de lavagem e armazenamento de frascos e consultório de atendimento.
- b) Antecâmara (vestiário de barreira), sala de manipulação e consultório de atendimento.
- c) Sala de manipulação, sala de limpeza e higienização dos produtos e antecâmara (vestiário de barreira).
- d) Sala de manipulação, sala de preparo de nutrição parenteral e antecâmara (vestiário de barreira).

28. O diretor farmacêutico responsável pela gestão do serviço de farmácia de uma unidade hospitalar de alta complexidade, ao realizar o planejamento e a distribuição de recursos humanos, deve prever para as atividades clínicas junto a pacientes internados a disponibilidade de 1 (hum) farmacêutico:

- a) por unidade clínica (máximo de 30 leitos)
- b) para cada turno/plantão diurno
- c) em horário administrativo
- d) para cada 20 leitos cirúrgicos

29. As farmácias hospitalares podem oferecer um elenco de atividades dependendo da complexidade dos hospitais, da disponibilidade de tecnologia e de recursos humanos. As diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais, de forma a buscar processos que garantam a segurança do paciente e o uso racional do medicamento, recomendam a adoção do sistema de dispensação:

- a) Unitário ou Coletivo
- b) Coletivo ou individual
- c) Individual Direto ou Indireto
- d) Individual ou Unitário

30. Em um sistema racional de distribuição de medicamentos a avaliação farmacêutica das prescrições é um dos processos que visam contribuir para segurança do paciente, devendo-se priorizar para avaliação as prescrições contendo:

- a) Medicamentos controlados e quimioterápicos.
- b) Medicamentos antirretrovirais e antimicrobianos.
- c) Medicamentos potencialmente perigosos e antimicrobianos.
- d) Medicamentos com baixo índice terapêutico.

31. A manipulação em Farmácia de medicamentos à base de hormônios, antibióticos e citostáticos, é permitida desde que sejam cumpridos os requisitos estabelecidos no Regulamento Técnico de Boas Práticas de Manipulação em Farmácia (BPMF) da RDC nº 67 de 2007. Com o intuito de garantir a qualidade, segurança e eficácia destes medicamentos, a Farmácia deve obedecer a alguns requisitos complementares, dentre os quais destaca-se:

- a) Os funcionários envolvidos na manipulação destas classes terapêuticas devem ser submetidos a exames médicos específicos estabelecidos pelo Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, dispensando a utilização de equipamentos de proteção individual.
- b) As salas dedicadas à manipulação dessas classes terapêuticas devem possuir pressão positiva em relação às áreas adjacentes favorecendo a retenção de pós no laboratório. Desta forma a contaminação cruzada é evitada e o meio ambiente é preservado.
- c) Para fins de atendimento às disposições das BPMF, a manipulação de medicamentos à base de hormônios, antibióticos e citostáticos é permitida apenas na sua forma sólida para uso interno.
- d) A manipulação de cada uma das três classes terapêuticas, hormônios, antibióticos e citostáticos, deve ser realizada em salas dedicadas a este fim, dotadas cada uma com antecâmara e sistemas de ar independentes e de eficiência comprovadas.

32. É permitido às Farmácias de atendimento privativo de unidade hospitalar ou qualquer equivalente de assistência médica o preparo de doses unitárias e unitarização de doses de medicamentos, desde que preservadas suas características de qualidade e rastreabilidade. Para tanto, deve-se atender às Boas Práticas de Manipulação em Farmácia, atentando que:

- a) Ao se tratar de produtos estéreis, a unitarização de doses não é permitida.
- b) O produto obtido por unitarização deve apresentar o mesmo prazo de validade indicado [L] [SEP] na sua embalagem primária, independente da sua forma de preparo.
- c) A preparação de doses unitárias ou unitarização de doses pode ser realizada por transformação/adequação, subdivisão da forma farmacêutica ou fracionamento.
- d) Os medicamentos sujeitos a controle especial não podem ser obtidos por unitarização de [L] [SEP] doses ou dose unitária.

33. A dose unitarizada consiste na adequação de formas farmacêuticas em doses previamente selecionadas, podendo ser estocada pelo prazo máximo de:

- a) 180 dias
- b) 60 dias
- c) 30 dias
- d) 90 dias

34. A partir de uma prescrição médica com formulação individualizada pode-se elaborar uma preparação para uso em até 48 horas após sua manipulação, denominada preparação:

- a) Unitarizada
- b) Extemporânea
- c) Individualizada
- d) Manipulada

35. A sonda enteral é um dispositivo destinado a suprir necessidades nutricionais do paciente impossibilitado de ser alimentado por via oral, ou quando o aporte nutricional total que o paciente pode receber por via oral é insuficiente. Entretanto, na maioria das vezes, a sonda não é exclusiva para administração da nutrição enteral, sendo utilizada também para a administração de medicamentos. Sobre a administração de medicamentos por sonda enteral, assinale a resposta correta:

- a) Para medicamentos que possam produzir irritação gástrica, uma opção para administração é triturar o comprimido e misturá-lo à fórmula utilizada para nutrição enteral.
- b) No caso de dois medicamentos num mesmo horário, tritura-se e solubiliza-se ambos simultaneamente no mesmo recipiente para minimizar o tempo de exposição do fármaco ao ambiente após a pulverização.
- c) Comprimidos com revestimento gastrorresistente podem ser triturados e solubilizados em água para administração por sonda enteral, contanto que a trituração não deixe pedaços do revestimento capazes de obstruí-la.
- d) A trituração de comprimidos de liberação prolongada para administração por sonda enteral é arriscada, pois a destruição da matriz deste comprimido pode levar a uma absorção mais rápida do fármaco, podendo resultar em toxicidade.

36. Durante a avaliação do caso de uma paciente (30 anos de idade, internada para investigação de possível quadro de trombose venosa profunda, grávida de 32 semanas), a equipe multiprofissional discutiu a lista de medicamentos anti-hipertensivos disponíveis no Serviço de Farmácia que poderiam ser utilizados, caso valores acentuadamente elevados de pressão arterial continuassem sendo observados. Considerando o uso racional de medicamentos para o tratamento da hipertensão em gestantes, é correto afirmar que:

- a) Diuréticos de alça são apontados como os medicamentos de primeira escolha.
- b) A associação de metildopa e losartana é indicada para prevenção da mortalidade materna.
- c) Inibidores da enzima conversora da angiotensina são contraindicados por serem teratogênicos.
- d) Vasodilatadores diretos não possuem efeito hipotensor no último trimestre da gestação.

37. Sobre o uso de antiasmáticos em adultos e crianças, analise as afirmações a seguir:

- I. O controle das crises se faz mediante uso contínuo de corticoides em pacientes com mais de 60 anos e lactentes.
- II. O tratamento de crises graves de asma deve associar brometo de ipratrópio a beta 2-agonistas por inalação, oxigênio e corticoide sistêmico.
- III. A frequência de doses dos broncodilatadores deve ser monitorada pois as reações adversas são dose-dependentes.

As afirmativas corretas são:

- a) II e III
- b) I e III
- c) Apenas I
- d) Apenas II

38. Sobre o tratamento farmacológico do diabetes mellitus, avalie as sentenças abaixo:

- I. A insulina é a primeira escolha para o tratamento inicial do diabetes mellitus tipo I.
- II. A glibenclamida é a primeira escolha para tratamento inicial do diabetes mellitus tipo II, especialmente em pacientes obesos.
- III. O principal parâmetro laboratorial para o monitoramento do sucesso da terapia farmacológica do diabetes mellitus tipo II é a fração específica de hemoglobina glicosilada plasmática HbA1c.

As afirmativas corretas são:

- a) Apenas I
- b) I, II e III
- c) I e III
- d) Apenas II

39. O uso de fármacos para a prevenção secundária de eventos cardio e cerebrovasculares é extensamente documentado como modificador de desfechos primários, como mortalidade. Assinale a opção que contenha um fármaco utilizado para este fim e, respectivamente, um dos parâmetros laboratoriais a serem monitorados para aferir sua eficácia nesta prevenção:

- a) Ácido acetilsalicílico; contagem de plaquetas no sangue.
- b) Clopidogrel; tempo de atividade de protrombina.
- c) Sinvastatina; creatino cinase plasmática.
- d) Atorvastatina; LDL plasmático.

40. Sobre fármacos anti-hipertensivos:

- I. Enalapril e valsartana é uma combinação sinérgica de anti-hipertensivos, que pode reduzir a probabilidade de efeitos adversos sobre a função renal.
- II. Os diuréticos de alça promovem intensa diurese e redução da volemia, mas pode produzir distúrbios eletrolíticos, principalmente hipercalcemia.
- III. O uso de betabloqueadores, especialmente os de menor seletividade para os receptores adrenérgicos β -1, pode aumentar o risco de exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica.

Estão corretas:

- a) Apenas III
- b) Apenas II
- c) I e III
- d) I e II

41. Dentre os diuréticos empregados no tratamento da hipertensão, está relacionado a hipercalcemia:
- furosemida;
 - hidroclorotiazida;
 - espironolactona;
 - acetazolamida.
42. O antineoplásico, usado no tratamento do câncer de mama, que inibe a enzima aromatase é o:
- tamoxifeno;
 - toremifeno;
 - fulvestrante.
 - letrozol;
43. Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes. Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Neste contexto em relação ao procedimento operacional padrão para dispensação de medicamentos pela farmácia hospitalar podemos afirmar que:
- O auxiliar de farmácia pode separar simultaneamente prescrições de pacientes distintos visando dar agilidade ao processo de separação e entrega de medicamentos.
 - Em caso de dúvidas, porventura existentes, especialmente aquelas relacionadas à grafia médica, essas podem ser dirimidas diretamente com a equipe de enfermagem.
 - Os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância devem ser identificados de forma diferenciada dos medicamentos em geral no armazenamento e dispensação.
 - A realização da dupla checagem dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância é facultativa e deve ser feita nas unidades assistenciais.
44. A administração de medicamentos no ambiente hospitalar é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática. Assim neste ambiente é correto afirmar que:
- Caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial é isenta da conferência do nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação.
 - Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.
 - No momento da administração do medicamento ao paciente internado é facultativo a conferência do nome do medicamento com a prescrição.
 - É importante manter estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares.
45. Em idosos, a utilização de medicamentos deve ser cautelosa, pois as reações adversas a medicamento (RAM) são mais frequentes e determinadas por vários fatores predisponentes, que devem ser observados pela equipe clínica. Julgue as alternativas abaixo.
- Alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, polifarmácia e a presença de comorbidades, são alguns dos fatores que contribuem para a relação entre risco de RAM e idade avançada.
 - O Critério de Beers é um método usado amplamente para detecção de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, e compreende uma lista sugestiva de medicamentos a serem usados em idosos.
 - Fatores relacionados a farmacocinética podem levar ao aumento anormal de concentrações de um fármaco no local de ação e a um efeito farmacológico exacerbado e devem ser considerados como razões que contribuem para a frequência de RAM em idosos..
 - Antiinflamatórios não esteroides devem ser evitados em idosos com distúrbios de coagulação, conforme lista sugestiva de medicamentos definida pelo Critério de Beers.

São verdadeiras as afirmativas verdadeiras:

- a) I, II e IV.
- b) I, III e IV.**
- c) II, III e IV.
- d) I, II e III.

46. Em um hospital público os gastos relacionados a medicamentos chegavam a 2 milhões de reais e 10 medicamentos consumiam cerca de 41% deste montante. Dentre os 10 medicamentos avaliados, o fármaco X destacou-se quanto ao consumo e uso. Para esclarecer possíveis erros e desvios no uso deste medicamento, foi realizado um estudo de utilização de medicamentos, utilizando a Dose Diária Definida (DDD). Avalie as alternativas abaixo.

- a) Um resultado de 13,5 DDD/100 leitos-dia significa que a dose de fármaco X consumida foi de 13,5 g no período do estudo.
- b) A DDD, por ser a dose recomendada de um fármaco, permite comparar dados de utilização de medicamentos no hospital em diversos períodos.
- c) Um resultado comparativo de 13,5 DDD/100 leitos-dia e 5,6 DDD/100 leitos-dia significa que a dose usada do fármaco X era de 13,5 e foi reduzida para 5,6 g.
- d) Um resultado de 13,5 DDD/100 leitos-dia significa que 13,5% dos pacientes fizeram uso de uma dose do fármaco X no período do estudo.**

47. Durante o tratamento com anti-inflamatórios não-esteroidais um paciente relatou desconforto gástrico. Diante desta queixa, o médico assistente prescreveu o medicamento omeprazol com o objetivo de garantir a adesão do paciente ao tratamento. A reação adversa relatada pelo paciente pode ser classificada como:

- a) Do tipo B pois seu mecanismo é conhecido.
- b) Do tipo A pois resulta de anormalidade na absorção.
- c) Do tipo A pois é previsível e comum.**
- d) Do tipo B pois não se relaciona à dose.

48. Sobre o processo de Conciliação de Medicamentos na admissão hospitalar é correto afirmar que:

- a) Medicamentos documentados no melhor histórico possível de medicamentos obtido que não sejam prescritos na admissão hospitalar são considerados erros de prescrição.
- b) Deve ser iniciada e concluída o mais cedo possível, preferencialmente em até 24 horas após a admissão hospitalar.**
- c) É uma atribuição privativa de farmacêuticos.
- d) Deve necessariamente incluir uma orientação ao paciente e/ou seu cuidador sobre os medicamentos prescritos.

49. Um dos pontos fundamentais da Conciliação de Medicamentos na admissão hospitalar é a obtenção do Melhor Histórico Possível de Medicamentos, que é composto de pelo menos duas fontes, sendo uma delas necessariamente:

- a) Processo sistemático de entrevista com o paciente e/ou seu responsável.**
- b) Receituários médicos com medicamentos prescritos antes da internação.
- c) Anamnese médica no prontuário.
- d) Caixas de medicamentos trazidas pelo paciente e/ou seu responsável.

50. O acolhimento e a identificação da demanda (e necessidades de saúde), o delineamento e a implantação de um plano compartilhado com o paciente bem como a avaliação dos resultados alcançados são as atividades sistemáticas aplicadas a diferentes cenários relacionadas a(o):

- a) Redes de assistência farmacêutica
- b) Rastreamento em saúde
- c) Processo de cuidado farmacêutico**
- d) Gestão de risco e cultura da segurança