

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

01. Em relação aos Conselhos e Conferências de Saúde, a Lei nº 8.142 de 28/12/1990, conhecida como Lei Orgânica Complementar do SUS, dispõe que:

- (A) A representação dos profissionais de saúde nos Conselhos e Conferências de Saúde é paritária em relação aos demais segmentos.
- (B) Os Conselhos de Saúde têm caráter permanente e deliberativo e atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na esfera correspondente.**
- (C) O SUS conta com Conselhos de Saúde em cada esfera de governo e com Conferência de Saúde somente no nível federal.
- (D) O regimento, a organização e as normas de funcionamento dos Conselhos e das Conferências de Saúde são estabelecidas pelo Poder Executivo da esfera correspondente.

02. Conforme estabelecido pela Lei nº 8080/1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao SUS mediante:

- (A) Transferência da responsabilidade administrativa para o Ministério da Saúde, mantida a autonomia quanto aos recursos humanos e atividades de ensino, pesquisa e extensão.
- (B) Contrato anual estabelecido por tipo de serviço de saúde prestado, conforme interesse do Ministério da Saúde e excluídas as atividades de ensino e pesquisa.
- (C) Convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão.**
- (D) Transferência da responsabilidade administrativa para o nível estadual do SUS, mantida a autonomia quanto aos recursos humanos e atividades de ensino, pesquisa e extensão.

03. O Decreto nº 7.508/11, que regulamenta alguns aspectos da Lei nº 8.080/90, relativos ao planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa, estabeleceu o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), o qual prevê que:

- (A) O COAP trata da organização e da integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos das Regiões de Saúde estaduais ou interestaduais.**
- (B) Cabe às Secretarias Municipais de cada Região de Saúde promoverem a implementação do COAP, sob coordenação do município polo da Região.
- (C) O acompanhamento da execução do COAP será realizado pelas Comissões Intergestoras Regionais e apresentado aos Conselhos de Saúde.
- (D) O COAP só permite estabelecer Regiões de Saúde interestaduais quando não houver município polo em condições de prestar as ações e serviços de saúde no estado.

04. As diretrizes que norteiam as ações e serviços que integram o Sistema Único de Saúde estão elencadas na Lei nº 8.080/90, de acordo com o art. 198 da Constituição Federal. Analise as afirmações abaixo:

- I. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.
- II. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.
- III. Concentração dos recursos para prestação de ações e serviços na esfera federal de gestão.
- IV. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência

Em quais itens algumas das diretrizes do SUS são apresentadas corretamente?

- (A) II, III e IV
- (B) I, II e III
- (C) I, II e IV**
- (D) I, III e IV

05. Assinale a alternativa que corresponde ao conjunto das funções que a Atenção Básica deve desempenhar, em relação à Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Portaria GM/MS nº 2.488/2011:

- (A) Ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado, ordenar as redes.
- (B) Ser base, ser resolutiva, ser a porta de entrada obrigatória, contribuir com as redes.
- (C) Ser base, ser resolutiva, ser a porta de entrada obrigatória, integrar as redes.
- (D) Ser resolutiva, ser porta de entrada preferencial, manter relação vertical com as redes.

06. Em relação aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pode-se afirmar que:

- (A) Constituem a porta de entrada no sistema e tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado.
- (B) São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam em conjunto com as Equipes de Saúde da Família.
- (C) São constituídos por equipes multiprofissionais que atendem em ambulatórios de especialidades, mediante encaminhamento das Equipes de Saúde da Família.
- (D) Fazem parte da atenção básica, mas se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

07. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde integradas, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado no âmbito do SUS. As redes temáticas prioritárias pactuadas entre os gestores, a partir da Portaria GM/MS nº 4.279/2010 foram:

- (A) Cegonha, Urgência e emergência, Atenção domiciliar, Atenção à população em situação de rua, Saúde bucal.
- (B) Urgência e emergência, Atenção domiciliar, Cuidados às pessoas com deficiência, Saúde do trabalhador, Saúde mental.
- (C) Cegonha, Urgência e emergência, Atenção psicossocial, Cuidados à pessoa com deficiência, Atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas.
- (D) Promoção da saúde, Cegonha, Atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas, Saúde bucal, Saúde do trabalhador.

08. A Atenção Domiciliar (AD) foi redefinida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria GM/MS nº 825/2016 e está organizada em 3 modalidades, a AD1, a AD2 e a AD3, em ordem crescente, de acordo com as necessidades de cuidado peculiares a cada caso. Os critérios que determinam o enquadramento nessas modalidades são:

- (A) Diversidade da equipe multiprofissional, custo dos tratamentos e uso de equipamentos.
- (B) Intensidade do cuidado multiprofissional, grupo etário do usuário e uso de medicamentos.
- (C) Periodicidade das visitas, grupo etário do usuário e diversidade da equipe multiprofissional.
- (D) Periodicidade das visitas, intensidade do cuidado multiprofissional e uso de equipamentos.

09. “Um sistema de saúde com forte referencial na atenção primária à saúde é mais efetivo, é mais satisfatório para população, tem menores custos e é mais equitativo - mesmo em contextos de grande inequidade social.” (Bárbara Starfield). Em relação à Atenção Primária à Saúde (APS) e suas características, assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte reguladora de atenção e seu uso ao longo do tempo. Isto exige a adscrição da população às equipes de saúde.
- (B) O primeiro contato (porta de entrada) consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e os trabalhadores da saúde, construindo, ao longo do tempo, um potencial terapêutico.
- (C) A coordenação é um componente fundamental da APS, pois sem ela a continuidade do cuidado perderia seu potencial.
- (D) A integralidade implica que os serviços de atenção primária à saúde sejam capazes de atender todos os tipos de necessidades de saúde, incluindo o encaminhamento para os níveis secundário e terciário.

10. Em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), considere as seguintes assertivas:

- I - A ESF é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde específico do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em equipes multiprofissionais.
- II - Cada equipe deve coordenar o cuidado dos pacientes na rede de serviços, tendo em vista o conhecimento da demanda originária do território sob sua responsabilidade e das áreas adjacentes.
- III - O planejamento e a programação da assistência realizada pelas equipes devem considerar dados epidemiológicos e priorizar as famílias e os grupos com maior risco de adoecer e morrer.

Estão corretas:

- (A) I e III
- (B) II e III
- (C) Apenas II
- (D) Apenas III

11. “A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho”. (PNAB, 2011). Entre os pressupostos da Educação Permanente em Saúde, encontra-se o do planejamento/programação:

- (A) Ascendente.
- (B) Descendente.
- (C) Difuso(a).
- (D) Convergente.

12. Sabe-se que “... o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (Min. Saúde, 2011).” Acontece que, às vezes, o trabalhador de saúde não consegue se colocar no lugar do outro que sofre e acaba por banalizar o sofrimento alheio. Isto permite perceber que, em processos de implantação ou reestruturação das práticas de acolhimento da demanda espontânea, é recomendável, ao gestor da unidade e às equipes de saúde, considerar diferentes sentidos relacionados ao acolhimento, **EXCETO**:

- (A) Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso.
- (B) Postura, atitude e tecnologia de cuidado.
- (C) Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe.
- (D) Ferramenta para burocratizar o fluxo do usuário na unidade.

13. “Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade (PNAB, 2011). Em relação aos profissionais que podem compor o NASF, associe aos parênteses (V) para os verdadeiros e (F) para os falsos e assinale a alternativa que corresponde ao preenchimento em ordem descendente dos parênteses.

- () Médico acupunturista e Cirurgião Dentista.
 - () Médico do Trabalho e Fisioterapeuta.
 - () Médico homeopata e Profissional/Professor de educação física.
 - () Médico veterinário e Terapeuta Ocupacional.
 - () Médico ginecologista/obstetra e Profissional com formação em arte e educação (arte educador).
- (A) V – V – V – F – F
 - (B) F – V – F – V – F
 - (C) V – F – F – V – F
 - (D) F – V – V – V – V

14. Em relação à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa que admite apenas as que estão CORRETAS.

- I. A ampliação do acesso e aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem crescido nos últimos anos, por meio de programas como o Programa de Saúde na Escola (PSE), o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) e o Programa de Valorização da Atenção Básica (Provab).
 - II. Algumas linhas de cuidado consideradas prioritárias na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas foram: a prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade; a doença renal crônica; o tabagismo, alcoolismo e uso de outras drogas e a prevenção e controle do câncer.
 - III. A Atenção Domiciliar, também chamada de Melhor em Casa, é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, tendo como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados.
- (A) II e III
(B) I e II
(C) I e III
(D) I, II e III

15. “A Atenção Domiciliar (AD) é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. Ela está organizada em três modalidades (1, 2 e 3).” (BRASIL, 2016). São considerados elegíveis para a Atenção Domiciliar 2, os usuários que, com a finalidade de abreviar ou evitar hospitalização, apresentem:

- (A) afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos enterais, nutrição parenteral e/ou de reabilitação.
- (B) necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico diário, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário.
- (C) necessidade de cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.
- (D) afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal.

16. Assinale a alternativa que **CORRESPONDE** a princípios adotados pela Política Nacional de Promoção da Saúde, redefinida por meio da portaria 2.446 de 11 de novembro de 2014:

- (A) Sustentabilidade, equidade e desenvolvimento.
- (B) Participação social, autonomia e empoderamento.
- (C) Integralidade, territorialidade e regionalização.
- (D) Universalidade, intersetorialidade e multidisciplinaridade.

17. Considere as asserções abaixo:

- I. São temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tanto a promoção da alimentação adequada e saudável, de práticas corporais e atividades físicas, quanto o enfrentamento do uso do tabaco e do uso abusivo do álcool e outras drogas.
- II. Para além da promoção de hábitos saudáveis, a PNPS considera o desenvolvimento sustentável um tema prioritário a ser promovido, mobilizando e articulando ações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil.

Sobre essas asserções é correto afirmar:

- (A) A primeira é verdadeira e a segunda é falsa.
- (B) Ambas são verdadeiras.
- (C) A primeira é falsa e a segunda é verdadeira.
- (D) Ambas são falsas.

18. Assinale a alternativa que **NÃO** corresponde aos objetivos dos Serviços de Atenção Domiciliar, definidos por meio da portaria 825 de 25 de abril de 2016:

- (A) redução da demanda por atendimento de urgência e aumento do acesso a cuidados especializados.
- (B) redução da demanda por atendimento hospitalar e do período de permanência de usuários internados.
- (C) humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários.
- (D) a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

19. Considere as asserções abaixo:

- I. O serviço de atenção domiciliar dever ser organizado a partir de uma base territorial estando subordinados aos serviços de alta complexidade de referência, que atuam como matriciadores na rede de atenção.
- II. As equipes multidisciplinares de atenção domiciliar devem estar articuladas com a equipe de atenção básica daquele território, que devem compartilhar o cuidado e participar na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário.

Sobre essas asserções é correto afirmar:

- (A) Ambas são verdadeiras.
- (B) A primeira é verdadeira e a segunda é falsa.
- (C) A primeira é falsa e a segunda é verdadeira.
- (D) Ambas são falsas.

20. Considere as asserções abaixo:

- I. No atendimento as demandas espontâneas no SUS, a adoção da avaliação/estratificação de risco é considerada uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade, ao identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas prioridades.
- II. Frente aos riscos biológicos que possam indicar a urgência ou prioridade no atendimento, outros fatores ligados a vulnerabilidades sociais devem ser considerados secundários, podendo ser negligenciados para o gerenciamento da oferta de cuidado.

Sobre essas asserções é correto afirmar:

- (A) A primeira é falsa e a segunda é verdadeira.
- (B) A primeira é verdadeira e a segunda é falsa.
- (C) Ambas são verdadeiras.
- (D) Ambas são falsas.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Paciente M.P.T. do sexo masculino, 50 anos, Doença de Crohn (não agudizada) no segmento duodenal, com febre (39°C), diarreia, esteatorrêia e dor abdominal. Em jejum há cinco dias. Refere anorexia e náuseas intensas ao tentar se alimentar por via oral. Massa corporal atual = 60 Kg; massa corporal usual = 68 Kg (há 1 mês atrás) e estatura = 182 cm. A prescrição para valor energético total (VET) da dieta, a oferta hídrica e a distribuição de macronutrientes para esse paciente é:

- (A) 3500 kcal, 4000 mL, proteínas 30% do VET, carboidratos 45% do VET e lipídios 25% do VET
- (B) 2400 kcal, 2100 mL, proteínas 20% do VET, carboidratos 57% do VET e lipídios 23% do VET
- (C) 3300 kcal, 3000 mL, proteínas 30% do VET, carboidratos 55% do VET e lipídios 15% do VET
- (D) 2800 kcal, 3000 mL, proteínas 35% do VET, carboidratos 55% do VET e lipídios 10% do VET

22. Na doença pulmonar obstrutiva crônica estável para manutenção ou restauração dos pulmões e a força muscular pulmonar, é necessária uma ingestão de proteínas por kg de peso seco é:

- (A) 0,8 gramas;
- (B) 0,7 a 0,9 gramas;
- (C) 0,5 a 0,7 gramas;
- (D) 1,2 a 1,7 gramas.

23. A carga glicêmica estimada dos alimentos, refeições e padrões dietéticos é calculada por:

- (A) área sob a curva da glicemia pós-prandial após a ingestão de 50 gramas de carboidratos digeríveis em comparação com 50 gramas de um alimento-padrão, glicose ou pão branco;
- (B) multiplicação do índice glicêmico pela quantidade de carboidratos em cada alimento, seguido pela soma dos valores de todos os alimentos em uma refeição ou padrão dietético;
- (C) multiplicação ao dobro da medição do índice glicêmico sobre a glicemia pós-prandial;
- (D) área sob a curva da glicemia pós-prandial após a ingestão de 150 gramas de carboidratos digeríveis em comparação com 50 gramas de um alimento-padrão, glicose ou pão branco.

24. Entre os dados a serem considerados na avaliação nutricional do paciente hospitalizado, o que melhor reflete a gravidade nutricional, decorrente do problema de saúde do paciente hospitalizado, uma vez que se correlaciona com a mortalidade é:

- (A) Massa corporal atual
- (B) Dobra cutânea tricipital
- (C) Percentual de perda de peso/intervalo de tempo
- (D) Circunferência muscular do braço

25. Na doença causada pelo vírus da imunodeficiência adquirida, é comum a menor tolerância à gordura, sendo recomendado:

- (A) uso proibido do TCM (triglicerídeos de cadeia média), pois é rapidamente absorvido;
- (B) óleo de peixe associado ao óleo TCM (triglicerídeos de cadeia média), podendo melhorar a função imunológica;
- (C) uso de suplementos com base em triglicerídeos de cadeia longa, para diminuir o nitrogênio nas fezes;
- (D) ingestão aumentada de gorduras trans.

26. O tratamento dietético para hipertensão arterial preconiza a ingestão de até 1,5 g de sódio por dia, o que é obtido a partir do consumo de alimentos:

- (A) Embutidos
- (B) Preparações de restaurantes
- (C) Enlatados
- (D) Minimamente processados

27. Para pacientes em terapia nutricional enteral por sonda localizada no intestino delgado, recomenda-se o gotejamento contínuo com as seguintes características:

- (A) Fórmulas hiperosmolares devem ser diluídas 1:1
- (B) Fórmulas hiperosmolares devem ser diluídas 1:2
- (C) Iniciar com 1/3 a 1/2 da velocidade alvo
- (D) Podemos iniciar com fórmula hiperosmolares na concentração total

28. O tratamento dietético de indivíduos obesos é um desafio da prática clínica, que muitas vezes nos levam a empregar suplementos. Dentre os suplementos citados a seguir qual apresenta evidência científica de benefício para os obesos?

- (A) Garcinia cambogia
- (B) Ma Huang (efedra)
- (C) Cromo
- (D) Sene

29. No tratamento dietético do paciente com pancreatite crônica com reposição de enzimas (na dosagem máxima) junto às refeições, para minimizar os sintomas do paciente devemos oferecer dieta:

- (A) Hipolipídica ou a oferta de TCM
- (B) Hipolipídica ou a oferta de TCL
- (C) Normolipídica ou a oferta de TCL
- (D) Hiperlipídica ou a oferta de TCM

30. As Diretrizes de tratamento nutricional para redução do refluxo gastroesofágico recomenda:
- (A) Consumo de alimentos ácidos
 - (B) Usar roupas apertadas após as refeições
 - (C) Consumir quantidade adequada de fibras
 - (D) Fazer exercícios após as refeições
31. Os alimentos potencialmente ácidos, ou de cinza ácida, que influenciam a acidez da urina interferindo na nefrolitíase são:
- (A) Açúcar
 - (B) macarrão
 - (C) manteiga
 - (D) mel
32. Os alimentos que contem o sulforafano e os indóis como fitoquímicos na prevenção do câncer são:
- (A) uva, vinho vermelho, ameixa seca;
 - (B) cenoura, manga e abóbora;
 - (C) tomate e produtos a base de tomate e melancia.
 - (D) repolho, brócolis e couve-flor.
33. Diante de um quadro de alergia à proteína do leite de vaca do tipo não IgE, mediada em criança com inferior a 6 meses, e uso de fórmula infantil para alimentação, a conduta deve conter a indicação de:
- (A) leites de cereais suplementados com cálcio
 - (B) fórmula anti-refluxo
 - (C) fórmula a base de soja
 - (D) fórmula extensamente hidrolisada
34. Com relação à correção das deficiências de micronutrientes em crianças com desnutrição grave em nível hospitalar, é correto afirmar que:
- (A) O ferro deve ser administrado na primeira semana de tratamento, independente da presença de processo infeccioso.
 - (B) O ferro só deve ser iniciado quando a infecção for afastada e a criança iniciar o processo de ganho ponderal.
 - (C) A suplementação de polivitamínicos deve ser similar à ofertada para crianças eutróficas.
 - (D) A suplementação de zinco deve ser feita com acetato de zinco 3mg/Kg em dias alternados.
35. Assinale a opção que apresenta ingredientes que deve-se evitar na alergia ao ovo:
- (A) Vitelina, globulina, flavoproteína e ovomucina
 - (B) Conglicinina, ovomucina, plasma e ovomucóide
 - (C) Hemaglutinina, globulina, ovomucina e ovomucóide
 - (D) Merengue, lecitina, proteína texturizada e leite
36. A nutrição enteral mínima é recomendada no período neonatal como um estímulo trófico da mucosa intestinal. Assinale a alternativa correta sobre essa prática.
- (A) Preconiza-se a infusão no período neonatal de 0,5 a 1mL/hora até 20mL/Kg por meio de bomba de infusão.
 - (B) Em relação à forma de apresentação dos nutrientes das fórmulas enterais com a finalidade de trofismo intestinal, prefere-se utilizar dietas elementares.
 - (C) Essa técnica pode ser indicada para recém-nascidos com enterocolite necrozante.
 - (D) A introdução de água e glicose é fortemente recomendada para testar a motilidade intestinal, devendo ser rotineiramente prescrita.

37. Dentre as novas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) sobre os cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, aplicáveis para mulheres adultas e adolescentes no contexto do pré-natal, estão previstas intervenções dietéticas e o uso de suplementos nutricionais. Assinale a alternativa **INCORRETA**:

- (A) É recomendado um suplemento oral de ferro e ácido fólico, com 30 mg a 60 mg/dia de ferro elementar e 400 µg/dia (0,4 mg) de ácido fólico para as mulheres grávidas, visando a prevenção de anemia, infecção puerperal, baixo peso ao nascer e parto prematuro.
- (B) Em populações com baixa ingestão diária de cálcio, são recomendados suplementos diários de cálcio (1,5–2,0 g de cálcio elementar oral) visando a redução do risco de pré-eclâmpsia.
- (C) A suplementação de vitamina A só é recomendado a mulheres grávidas em zonas em que a deficiência de vitamina A é um grave problema de saúde pública, para evitar a cegueira noturna.
- (D) Em populações subnutridas, são recomendados suplementos com alto teor de proteínas às mulheres grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais.

38. O Ministério da Saúde (2013) revisou as rotinas de assistência pré-natal de gestantes de baixo risco. Sobre os cuidados diferenciados para as gestantes adolescentes, assinale a alternativa **CORRETA**:

- (A) Para avaliação do estado nutricional da gestante devem ser avaliadas as medidas antropométricas peso e altura, além da estimativa da idade gestacional. Recomenda-se que as gestantes sejam pesadas em todas as consultas. A estatura das adultas pode ser aferida apenas na primeira consulta e, a das adolescentes (menor de 20 anos) deverá ser medida em todas as consultas de pré-natal;
- (B) O Ministério da Saúde (2013) declara que a classificação do estado nutricional na gestação proposta no manual de baixo risco não é específica para gestantes adolescentes, mas que a classificação pode ser usada para o grupo, com uma interpretação flexível. Para adolescentes que engravidaram três ou mais anos após a menarca (em geral, maiores de 16 anos), a interpretação dos achados é equivalente à das adultas. Para gestantes que engravidaram menos de três anos após a menarca, provavelmente muitas serão classificadas como de baixo peso.
- (C) O risco de resultados perinatais desfavoráveis das adolescentes grávidas pode ser prevenido e minimizado com a assistência pré-natal adequada. No entanto, é preciso estar atento às gestantes da faixa etária entre 10 e 16 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais. Quando as adolescentes nessa faixa etária recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles observados na população em geral.
- (D) Realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas. Os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, devendo abordar temas de interesse do grupo. Recomenda-se dividir os grupos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos;

39. No manejo de gestantes com Diabetes Mellitus, é previsto nas rotinas do Manual de Alto Risco do Ministério da Saúde (2012):

- (A) Avaliação do perfil glicêmico, após 7 a 14 dias de intervenção dietética, por meio de glicemia de jejum, uma hora após o café e uma hora após o almoço, sendo considerados como anormais os valores maiores ou iguais a 95mg/dL (jejum) e 140mg/dL (1 hora após as refeições). Se a gestante apresentar um dos valores alterado com a dieta adequada, será indicada insulinoterapia.
- (B) A intervenção dietética, que deve seguir os princípios, segundo o índice de massa corporal (IMC): se for normal, a ingestão calórica diária deve ser estimada na base de 30–35Kcal/Kg; para as com sobrepeso ou obesas, devem ser recomendadas pequenas reduções na ingestão calórica (dietas com 15-20kcal/Kg/dia) e para as gestantes com IMC <19 a ingestão calórica deve ser de 50kcal/Kg/dia para prover ganho adequado de peso.
- (C) A atividade física, que deve fazer parte da estratégia de manejo do Diabetes na gestação. Gestantes sedentárias podem ser orientadas a iniciar um programa de caminhadas diárias ou exercícios de flexão dos braços, sendo 60 minutos por dia. Gestantes que já praticavam exercícios regularmente podem mantê-los, mesmo os de alto impacto.
- (D) A composição da dieta da gestante com Diabetes, que deve ter as seguintes proporções de macronutrientes: 40–60% de carboidratos complexos ricos em fibras, 20% de proteínas e 20–30% de gorduras não saturadas. A distribuição calórica diária deve ser de 10–20% no café da manhã, 20–30% no almoço, 15-20% no jantar e até 10% para lanches, incluindo um lanche ao deitar para evitar a hipoglicemia noturna se a mulher estiver em uso de insulina.

40. Existe variação na composição do leite humano segundo diversos fatores, como, por exemplo, idade gestacional no parto, tempo pós-parto e duração da mamada. É correto afirmar que o leite maduro de mães cujo parto foi a termo, comparado com o colostro, apresenta:

(A) mais energia, lipídio e lactose, e menos proteína e imunoglobulina A (IgA).

(B) mais energia, proteína, IgA e lactose, e menos lipídio.

(C) menos energia e lactose, e mais lipídio, proteína e IgA.

(D) menos energia e lipídio, e mais lactose, proteína e IgA.

41. Segundo o Ministério da Saúde, para crianças amamentadas exclusivamente, a introdução da alimentação complementar deve ser iniciada aos 6 meses de idade. Assinale a **melhor** resposta que apresenta o esquema de introdução da alimentação complementar por idade.

(A) Aos 6 meses de idade: fruta amassada (2 vezes ao dia) e almoço (alimentos amassados). Aos 7 meses de idade: fruta amassada (2 vezes ao dia), almoço e jantar (alimentos amassados).

(B) Aos 6 meses de idade: fruta amassada (2 vezes ao dia). Aos 7 meses: fruta amassada (2 vezes ao dia) e almoço (alimentos amassados). Aos 8 meses de idade: fruta amassada (2 vezes ao dia), almoço e jantar (alimentos amassados).

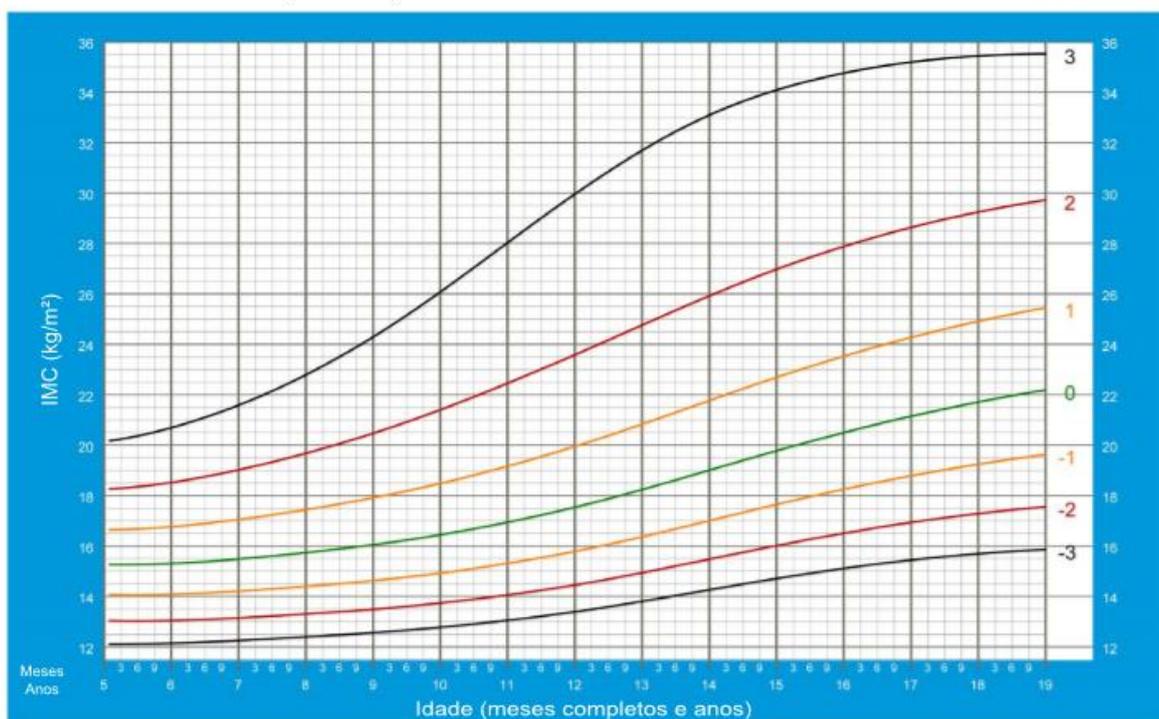
(C) Aos 6 meses de idade: suco de fruta (2 vezes ao dia) e almoço (alimentos líquidos). Aos 7 meses de idade: suco de fruta (2 vezes ao dia) e almoço (alimentos amassados). Aos 8 meses de idade: fruta amassada (2 vezes ao dia), almoço e jantar (alimentos amassados).

(D) Aos 6 meses de idade: suco de fruta (2 vezes ao dia). Aos 7 meses: suco de fruta (2 vezes ao dia) e almoço (alimentos amassados). Aos 8 meses de idade: fruta amassada (2 vezes ao dia), almoço e jantar (alimentos amassados).

42. Adolescente do sexo masculino é atendido em uma unidade de saúde. Tem 12 anos, peso=65 kg e altura=155 cm. Apresenta o seguinte lipidograma: Triglicérides=90 mg/dL; HDL-colesterol=50 mg/dL; LDL-colesterol=140 mg/dL. A mãe trouxe as medidas de peso e altura de quando ele tinha 10 anos: peso= 40 kg e altura=140 cm. Preencha o gráfico de IMC/idade com todos os dados disponíveis.

IMC por idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (scores-z)



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

Assinale a alternativa que contém a avaliação antropométrica deste adolescente aos 10 e 12 anos, e a avaliação do lipidograma.

- (A) 9 anos=Eutrofia; 12 anos=Sobrepeso; Lipidograma normal.
- (B) 9 anos=Sobrepeso; 12 anos=Obesidade; LDL elevado.
- (C) 9 anos=Eutrofia; 12 anos=Obesidade; LDL e Triglicérides elevados.
- (D) 9 anos=Obesidade; 12 anos=Obesidade Grave; LDL elevado.

43. Sobre os índices antropométricos preconizados nos diferentes ciclos de vida, de acordo com a Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde, podemos afirmar:

- (A) Para os idosos, preconiza-se o uso do índice de massa corporal (IMC) e o perímetro de panturrilha.
- (B) Os índices antropométricos preconizados para crianças de 5 a 10 anos são peso-para-idade, peso-para-estatura, IMC-para-idade e estatura-para-idade.
- (C) Alguns índices antropométricos podem ser expressos em percentis, em escores-z ou também como percentuais da mediana.
- (D) Na avaliação nutricional de adolescentes utiliza-se apenas o índice antropométrico IMC-para-idade.

44. A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é um componente da vigilância em saúde que, potencializada nas ações de Atenção Básica, tem como papel fundamental o apoio a gestores e profissionais de saúde no processo de organização e avaliação da atenção nutricional. Sobre a VAN, podemos afirmar que:

- (A) As etapas do Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado são direcionadas para o nível coletivo.
- (B) O exercício da vigilância em saúde deve ser cíclico, contínuo e não sistemático.
- (C) O Programa Bolsa Família é um exemplo de Vigilância Alimentar e Nutricional na prática.
- (D) Atualmente, o Sisvan Web apresenta dois módulos de acesso: o módulo de acesso público e o módulo gerador de relatórios.

45. A Matriz de Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica teve como um de seus propósitos sistematizar e organizar as ações de alimentação e nutrição e do cuidado nutricional que integrem as ações de saúde desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica. Dentre o rol de ações destacam-se:

- I. Avaliação da relação do idoso com a família e dos cuidados da família para com o idoso.
- II. Orientações para valorização e apoio ao aleitamento materno;
- III. Ações educativas sobre as doenças mais prevalentes na infância

Com base nas ações listadas acima é **CORRETO** afirmar que:

- (A) I e III têm como sujeito da abordagem o indivíduo e como nível de intervenção a promoção da saúde.
- (B) I e II são ações universais e referem-se aos níveis de intervenção do diagnóstico e promoção da saúde, respectivamente.
- (C) II e III são ações universais referentes aos níveis de intervenção de promoção da saúde e assistência/cuidado, respectivamente.
- (D) I, II e III têm como sujeito da abordagem a família e tem como nível de intervenção a prevenção de doenças.

46. Dentre as afirmativas abaixo se destacam algumas ações de alimentação e nutrição previstas na agenda programática da atenção básica:

- I. Incentivo, apoio e proteção ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável.
- II. Realização de a vigilância alimentar e nutricional (SISVAN), com vistas ao monitoramento do estado alimentar e nutricional da população atendida no território.
- III. Realização das Chamadas Nutricionais visando diminuir a incidência de cegueira noturna e anemia em crianças menores de cinco anos.
- IV. Cuidado nutricional para grupos populacionais portadores de agravos específicos como desnutrição, hipertensão, diabetes, obesidade e HIV/AIDS entre outros.

Assinale as afirmativas **CORRETAS**:

- (A) I, III e IV
- (B) II, III e IV
- (C) I, II e III
- (D) I, II e IV

47. A atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a Atenção Básica a coordenadora do cuidado e a ordenadora da rede. Encontra-se abaixo exemplos de ações que compõem o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação nutrição na atenção básica:

- I. Diagnóstico da situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e equipes de Atenção Básica.
- II. Identificação dos locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos no território.
- III. Identificação dos costumes e tradições locais.

Com base nas ações listadas acima, assinale a opção **CORRETA**:

- (A) I apenas
- (B) II e III
- (C) I e II
- (D) I, II e III**

11

48. Dentre os princípios e diretrizes gerais na Política Nacional de Atenção Básica, podemos destacar:

- I. Desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas.
- II. Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita.
- III. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais.
- IV. Utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território.

Analise a opção **CORRETA**:

- (A) I apenas
- (B) II, III e IV
- (C) I, II e IV**
- (D) I, II e III

49. A Educação alimentar e nutricional (EAN) é entendida como um “campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional” (BRASIL, 2012). Dentre as opções abaixo, escolha a resposta correta que apresenta três elementos relacionados com o conceito atual de EAN:

- (A) Métodos pedagógicos tradicionais / reeducação alimentar / todas as fases do curso da vida.
- (B) Diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais / campo de atuação exclusivo do nutricionista / reeducação alimentar.
- (C) Métodos pedagógicos tradicionais / campo de atuação exclusivo do nutricionista / significados do comportamento alimentar.
- (D) Prática autônoma de hábitos alimentares saudáveis / recursos educacionais problematizadores / diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais.**

50. Considerando os princípios para as ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) assinale a afirmativa **INCORRETA**:

- (A) A EAN precisa estar presente somente na primeira infância que corresponde ao período de formação dos hábitos alimentares.**
- (B) A sustentabilidade alimentar não se limita à dimensão ambiental, mas estende-se às relações humanas, sociais e econômicas estabelecidas em todas as etapas do sistema alimentar.
- (C) A EAN deve considerar a legitimidade dos saberes oriundos da cultura, religião e ciência.
- (D) O desenvolvimento de ações e estratégias adequadas às especificidades dos cenários de práticas é fundamental para alcançar os objetivos da EAN.