

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

01. O estudo *Carga Global de Doença (GBD) 2015* para o Brasil analisou os indicadores de saúde, entre 1990 e 2015, que corresponde a grande parte do período de existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar das melhorias importantes nas condições de saúde e na ampliação da vida saudável da população brasileira no período analisado, os principais desafios ainda a serem enfrentados pelo SUS são:

- a) A mortalidade materno-infantil, a magnitude da prevalência do tabagismo, das doenças imunopreveníveis e das doenças transmissíveis.
- b) O controle das doenças imunopreveníveis, a expansão da Estratégia de Saúde da Família e do acesso a medicamentos.
- c) **As novas epidemias, as doenças negligenciadas, o controle dos vetores, a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis e da violência.**
- d) A violência interpessoal e as doenças sexualmente transmissíveis, a expansão das ações de emergência e de promoção da saúde.

02. A Lei 8142/1990 define as instâncias colegiadas de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a opção abaixo que enuncia corretamente a obrigatoriedade de existência dessas instâncias, segundo as esferas de gestão:

- a) Conselho de Saúde na esfera federal e Conferências de Saúde nas esferas estadual e municipal.
- b) **Conselho de Saúde e Conferência de Saúde nas três esferas de gestão.**
- c) Conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e Conferência de Saúde na esfera federal.
- d) Conferência de Saúde na esfera federal e Conselhos de Saúde nas esferas estadual e municipal.

03. Em relação ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), segundo a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, pode-se afirmar que:

- a) Constitui a porta de entrada do sistema para os usuários, e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela atenção básica.
- b) É constituído por equipes multiprofissionais e interdisciplinares que atendem em ambulatórios de especialidade mediante encaminhamento das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).
- c) Constitui uma estratégia de garantia de acesso do usuário, no nível da Atenção Especializada para complementar as ações da Atenção Básica, incluindo procedimentos ambulatoriais e hospitalares.
- d) **É constituído por equipes multiprofissionais e interdisciplinares de diferentes áreas para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das Equipes Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).**

04. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com a Portaria nº 4.279, de 30/12/ 2010 são caracterizadas como:

- a) Arranjos organizativos de serviços de Atenção Básica, que integradas por contratualização com a rede de Atenção Especializada conveniada ao SUS, buscam garantir a integralidade do cuidado.
- b) Conjunto das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, de diferentes densidades tecnológicas, hierarquizados verticalmente nos níveis de Atenção Básica e Atenção Especializada, que buscam garantir a universalidade do atendimento.
- c) Conjunto de serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde, coordenados pela Atenção Básica municipal e pela Atenção Ambulatorial e Hospitalar estaduais, buscando garantir a equidade do acesso.
- d) **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.**

05. As redes temáticas prioritárias pactuadas em 2011 e 2012 na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a partir dos referenciais da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, foram:

- a) Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Domiciliar (RAD), Rede de Atenção à População em Situação de Rua, Rede de Saúde Bucal.
- b) **Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.**

- c) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Domiciliar (RAD), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
- d) Rede de Promoção da saúde, Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Saúde bucal, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

06. Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003) Essa transição epidemiológica singular dos países em desenvolvimento, claramente manifestada no Brasil, faz-se de forma singular e muito acelerada. Essa complexa situação epidemiológica foi definida como tripla carga de doenças por envolver, ao mesmo tempo:

- a) Infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; doenças crônicas e seus fatores de risco e, forte crescimento da violência e das causas externas.
- b) Causas maternas e perinatais; parte significativa das doenças infecciosas e, condições agudas, expressas nas doenças parasitárias.
- c) Doenças infecciosas e doenças crônicas; desnutrição e enfermidades emergentes e, doenças reemergentes, como a Dengue e Febre Amarela.
- d) Doenças do aparelho circulatório e neoplasias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e, doenças infecciosas e parasitárias, como HIV e Tuberculose.

07. A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. No componente da Atenção Básica em Saúde, estão incluídos os seguintes serviços/programas:

- a) UPA 24 horas; Leitos de saúde mental em hospital geral; Unidade de acolhimento e Samu 192.
- b) Serviços residenciais terapêuticos; Serviço de atenção em regime residencial; unidades básicas de saúde e Projeto olhar Brasil.
- c) Programa Saúde na Escola; Práticas Integrativas e Complementares; Centros de Atenção Psicossocial e Academias da Saúde.
- d) Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios na Rua e Centros de Convivência e Cultura.

08. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e

coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Esta importante política do SUS é orientada por seis princípios, dentre os quais se estaca o princípio de construção compartilhada do conhecimento, que consiste:

- a) No encontro de conhecimentos construídos historicamente e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.
- b) Na ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.
- c) Em processos coletivos e compartilhados nos quais pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.
- d) Em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

3

09. As mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, a evolução das pesquisas e das tecnologias em saúde, implica no melhor monitoramento de doenças e agravos e integração de ações e serviços de saúde. No que se refere à Vigilância em Saúde, à luz dos determinantes sociais da saúde, podemos afirmar que:

- a) A estrutura e o funcionamento efetivo de um sistema de vigilância em saúde são irrelevantes para o pleno funcionamento do SUS.
- b) As vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, que compõem o sistema de Vigilância, devem atuar de forma independente, articulando-se com a Atenção Básica apenas em situação de emergência epidemiológica.
- c) A integração entre a Vigilância em saúde e a Atenção Básica estabelece processos de trabalho baseado na integralidade, numa atuação intra e intersectorial visando o planejamento e implementação de medidas de saúde pública promotora e protetora da saúde.
- d) A organização e coordenação das ações e serviços de vigilância em saúde são de competência da Atenção Básica.

10. Acerca do processo de organização do SUS, está estabelecido no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, a instituição de mecanismos de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, através de:

- a) Porta de entrada única do SUS, por meio dos serviços de urgência/emergência.
- b) Atuação da população na regulação dos serviços de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde.
- c) Regiões de Saúde, que reúnem ações e serviços de saúde organizados em rede de atenção.
- d) Centrais de regulação em nível Estadual, pactuado e coordenado com os municípios.

11. A efetiva articulação interfederativa no SUS é considerada fundamental na Pactuação Intergestores e para promoção de equidade na saúde. Tendo como referência o no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, à Comissão Intergestora Tripartite (CIT) compete, entre outras:

- a) Pactuar critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde.
- b) Definir a composição da CIT e estabelecer normas de funcionamento.
- c) Identificar as necessidades de saúde locais e regionais.
- d) Estabelecer estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços.

12. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece seu processo de trabalho fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS. Sendo assim, as principais características do trabalho na PNAB são:

- a) Clientela específica, atendimento por demanda espontânea, acolhimento com classificação de risco e atendimento por especialidade médica.
- b) Acesso, integralidade, regionalização, hierarquização da assistência, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma e ecomapa.

- c) Acolhimento, classificação de risco, atendimento multiprofissional, Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação e Formação em Saúde.
- d) Territorialização, adscrição da clientela, vínculo, acesso, acolhimento, entrada preferencial ao SUS e responsabilização sanitária.

13. A participação paritária da comunidade na gestão do SUS, garantida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada em outros dispositivos legais, é efetivada quando ocorre a:

- a) Organização de entidades para reivindicar melhorias para pacientes ou categorias profissionais.
- b) Participação dos representantes na definição dos gestores da saúde para ocupar cargos de comando no SUS.
- c) Atuação dos representantes nas instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo.
- d) Coesão de movimentos populares de bairro com associações profissionais e sindicatos.

14. Os princípios e diretrizes da PNAB são elementos orientadores da organização das ações e dos serviços da Atenção Básica (AB) no âmbito municipal. O significado de LONGITUDINALIDADE do cuidado, considerando sua definição na legislação:

- a) Consiste na utilização de diferentes tecnologias de cuidado, individual e coletivo, com construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde.
- b) É o processo de vinculação de pessoas e/ou famílias a profissionais/equipes, com o objetivo de promover a participação da comunidade na gestão do SUS.
- c) É um elemento fundamental na coordenação do cuidado, por promover vínculo e responsabilidade entre usuários e profissionais de forma permanente.
- d) Trata-se do estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupondo uma lógica de organização e gestão das redes de ações e serviços de saúde.

15. A Constituição Federal de 1988 é uma conquista da população brasileira, garantidos pelo Estado direitos sociais fundamentais ao desenvolvimento de uma sociedade justa e igualitária. Acerca do direito universal à saúde, podemos afirmar que:

- a) Abrange oferta de ações e serviços que promova, proteja e recupere a saúde da população, garantindo melhor qualidade de vida.
- b) Garante assistência básica, sendo vedados o acesso aos serviços de alta complexidade e alto custo.
- c) Trata-se da garantia de acesso a serviços de assistência médico-hospitalar para população de área urbana.
- d) Garante assistência à saúde no território nacional e em outros países que tenham sistemas de saúde universais.

16. Considerando os três princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), correlacione as manchetes da Imprensa apresentadas na segunda coluna de acordo com a primeira.

(1) Universalidade	() Em dois anos, planos de saúde perdem 80 mil usuários no Estado. Crise econômica leva à redução de quase 3% do número de beneficiários no país. Como consequência, procura por serviços do SUS deve aumentar (ZH Notícias, 05 mar. 2017).
	() Em todo o país, a cada mil nascidos vivos, 15 morrem antes de completar 12 meses de vida. Maranhão é o último Estado do ranking, com 24,7/1000 mortos. E o Estado com a menor taxa é Santa Catarina, com mortalidade infantil de 10,1/1000. Diante destes fatos, o Ministério da Saúde deve empregar mais esforços e investimentos na

	política de nutrição e pré-natal, parto e puerpério no Estado do Maranhão. (Revista Exame.com, 12 mar. 2015)
(2) Integralidade	() “Faz-se necessário um sistema de referência e contra referência que funcione de forma a promover a integração entre os serviços, para que em rede possam oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.” (Repositório Institucional UNESP, 2010).
(3) Equidade	

Assinale a alternativa que corresponde ao preenchimento descendente dos parênteses.

- a) 1; 2; 3
- b) 2; 3; 1
- c) 1; 3; 2
- d) 3; 2; 1

17. A Lei nº 8080, que completou 29 anos no último dia 19 de setembro, regula as ações e serviços de saúde. Considerando os princípios e diretrizes do SUS apresentado na lei, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O acesso universal aos serviços de saúde fica assegurado se for respeitada porta de entrada pela Atenção Básica.
- b) A integralidade da assistência garante que os indivíduos e coletivos sejam atendidos com base em suas múltiplas demandas e considera os Determinantes Sociais da Saúde.
- c) A participação da comunidade é necessária e deverá ter instâncias organizadas e formais para ser assegurada.
- d) Reconhecer o direito à informação sobre a sua saúde, a toda e qualquer pessoa assistida nos serviços.

18. Consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo as principais causas dessas doenças os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011j). Sendo assim, a linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é a de/da:

- a) Prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade.
- b) Pessoa com Doença Renal Crônica.
- c) Cuidado, prevenção e controle do câncer.
- d) Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio.

19. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Neste sentido, a PNPS tem por objetivo geral:

- a) Estimular a cooperação e a articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.
- b) Apoiar a formação e a educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.
- c) Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.
- d) Organização os processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais.

20. O objetivo precípua das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual transição epidemiológica e demográfica do País, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas. A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes, dentre os quais estão os sistemas logísticos, dos quais fazem parte:

- a) Os sistemas de governança; o centro de comunicação e os pontos de atenção à saúde secundários e terciários.
- b) Os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; os modelos de atenção à saúde e os sistemas de informação em saúde.
- c) O registro eletrônico em saúde; os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde.
- d) Os sistemas de teleassistência; os sistemas de assistência farmacêutica e os determinantes de vulnerabilidade social.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e representa importante ferramenta de apoio a gestores e profissionais de saúde no processo de organização e avaliação da atenção nutricional, permitindo a definição de prioridade para a população. Sobre a VAN é **CORRETO** afirmar:

- a) A vigilância alimentar e nutricional consiste na descrição contínua, avaliação de tendências no tempo e a identificação dos fatores determinantes das condições de alimentação e nutrição da população.
- b) O Sisvan (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) tem como principal objetivo monitorar o consumo alimentar e o estado nutricional de gestantes assistidas pelo programa bolsa família.
- c) Faz parte da VAN o levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco, como a presença de comportamento sedentário em indivíduos adultos.
- d) Os marcadores de consumo alimentar consistem em anamnese alimentar detalhada e permitem a avaliar o consumo de nutrientes específicos, nos diferentes ciclos da vida.

22. O Ministério da Saúde recomenda a utilização de indicadores antropométricos para avaliação do estado nutricional de indivíduos e coletividades na Atenção Básica. Avalie as afirmativas abaixo, sobre o uso do índice de massa corporal nos diferentes ciclos da vida e indique a alternativa que contém a(s) afirmativa(s) **CORRETA(S)**:

- I. O índice de massa corporal para a idade é recomendado internacionalmente para diagnóstico individual e coletivo de alterações nutricionais na adolescência.
- II. Para o diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de idosos, a Vigilância Alimentar e Nutricional utiliza como critério a classificação do índice de massa corporal, considerando pontos de corte utilizados para adultos.
- III. O índice de massa corporal para idade é recomendado para avaliação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos e para aquelas entre 5 e 10 anos de idade.

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

23. O consumo alimentar é um dos determinantes do estado nutricional e está relacionado à saúde em todas as fases do curso da vida. Dessa forma, conhecer o consumo alimentar, tanto individual quanto coletivo, é essencial para orientar as ações de atenção integral à saúde e, principalmente, para promover a melhoria do perfil alimentar e nutricional da população. Sobre os marcadores de consumo alimentar é **CORRETO** afirmar que:

- a) É uma ferramenta útil, com questões gerais que possibilitam avaliar detalhadamente o consumo alimentar na semana anterior a entrevista, sendo importante para apoiar as equipes da Atenção Básica na identificação de inadequações na alimentação.
- b) Recomenda-se que a avaliação do consumo seja realizada na rotina dos serviços de Atenção Básica, permitindo a observação de comportamento ou padrão que caracteriza marcadores positivos e/ou negativos da alimentação.
- c) Os formulários para avaliação de marcadores de consumo permitem a avaliação contínua do consumo alimentar e a recomendação de práticas alimentares adequadas e saudáveis, e devem ser utilizados apenas por profissionais com formação em nutrição.
- d) A avaliação de marcadores de consumo alimentar em crianças menores de 6 meses busca identificar deficiências de micronutrientes específicas dessa fase da vida.

24. O Marco de Referência em Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as Políticas Públicas (2012) define Educação Alimentar e Nutricional como “um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis. A prática da EAN deve fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam o diálogo junto a indivíduos e grupos populacionais, considerando todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar.”

Enquanto política pública, a EAN pode ocorrer em diversos setores e deverá observar os princípios organizativos e doutrinários do campo no qual está inserida. Assim, na esfera da segurança alimentar e nutricional, deverá observar os princípios do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN); na saúde, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), na educação, os princípios do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE); e na rede sociassistencial, os princípios do SUS e assim sucessivamente. A esses princípios estruturantes se somam outros nove princípios. **NÃO** é um princípio da EAN:

- a) Valorização da culinária enquanto prática emancipatória.
- b) Ações centradas em campanhas de introdução de alimentos.
- c) Sustentabilidade social, ambiental e econômica.
- d) Planejamento, avaliação e monitoramento das ações.

25. As diretrizes que integram a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) indicam as linhas de ações para o alcance do seu propósito, capazes de modificar os determinantes de saúde e promover a saúde da população. Sobre a diretriz Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, podemos afirmar que ela objetiva:

- a) Contribuir com o monitoramento do padrão alimentar e dos indicadores nutricionais que compõem o conjunto de informações para a vigilância da Segurança Alimentar e Nutricional.
- b) A qualificação dos gestores e de todos os trabalhadores de saúde para implementação de políticas, programas e ações de alimentação e nutrição voltadas à atenção e vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação adequada e saudável e a segurança alimentar e nutricional.

- c) O uso da ferramenta de análise de risco com a finalidade de monitorar e assegurar à população a oferta de alimentos seguros e adequados nutricionalmente, respeitando o direito individual na escolha e decisão sobre os riscos aos quais irá se expor.
- d) A melhora da qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes, de caráter amplo e que possam responder às necessidades de saúde da população, contribuindo para a redução da prevalência do sobrepeso e obesidade e das doenças crônicas associadas e outras relacionadas à alimentação e nutrição.

26. A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos, devendo estar associados às demais ações de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados. Sobre a atenção nutricional podemos afirmar que:

- a) A atenção nutricional tem como sujeitos apenas os indivíduos.
- b) Ações de atenção nutricional acontecem somente no âmbito da Atenção Básica.
- c) A vigilância alimentar e nutricional possibilitará a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades a partir da avaliação do consumo alimentar de grupos específicos.
- d) A atenção nutricional deve fazer parte do cuidado integral na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.

27. A elaboração de guias alimentares insere-se no conjunto de diversas ações intersetoriais que têm como objetivo melhorar os padrões de alimentação e nutrição da população e contribuir para a promoção da saúde. O Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) apresenta recomendações gerais que orientam a escolha de alimentos para compor uma alimentação nutricionalmente balanceada, saborosa e culturalmente apropriada e, ao mesmo tempo, promotora de sistemas alimentares socialmente e ambientalmente sustentáveis. Quatro categorias de alimentos, definidas de acordo com o tipo de processamento empregado na sua produção, são abrangidas pelas recomendações do Guia. Sobre essas categorias podemos afirmar que:

- a) Alimentos processados são fabricados pela indústria com a adição de sal e/ou açúcar, aditivos químicos ou outra substância de uso culinário a alimentos in natura para torná-los duráveis e mais agradáveis ao paladar.
- b) Alimentos minimamente processados correspondem a alimentos in natura que foram submetidos a processos de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, secagem, fermentação, pasteurização, refrigeração, congelamento e processos similares que não envolvam agregação de sal, açúcar, óleos, gorduras ou outras substâncias ao alimento original.
- c) Alimentos ultraprocessados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos, derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão, não havendo a adição de corantes, aromatizantes, realçadores de sabor e vários tipos de aditivos.
- d) Óleos, gorduras e açúcares são produtos extraídos de alimentos in natura ou da natureza por processos como prensagem, moagem, trituração, pulverização e refino, e, portanto são classificados como alimentos in natura.

28. O Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) aponta alguns obstáculos potenciais para a adoção das recomendações sobre a escolha de alimentos, sobre a combinação de alimentos na forma de refeições e sobre o ato de comer e a comensalidade. Sobre os obstáculos podemos afirmar que:

- a) O enfraquecimento da transmissão de habilidades culinárias entre gerações favorece o consumo de alimentos ultraprocessados.
- b) Há poucas informações sobre alimentação e saúde, mas essas geralmente são de fontes confiáveis. Assim, o que precisamos é difundir mais essas informações para a população.
- c) Existe, nos diferentes territórios, uma mesma oferta de alimentos in natura e de alimentos ultraprocessados. O que falta aos indivíduos é uma maior consciência na escolha dos alimentos.
- d) Apesar da publicidade de alimentos ultraprocessados dominar os anúncios comerciais de alimentos esse não é um grande problema dado que essa publicidade veicula sempre informações corretas a respeito a esses alimentos.

29. O Nutricionista é um dos profissionais que compõem a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e deve desenvolver ações de promoção das práticas alimentares saudáveis e cabe a ele atuar de forma efetiva sobre os agravos e distúrbios alimentares e nutricionais que acometem a população em todas as fases da vida. **NÃO** é uma atividade prioritária do nutricionista no NASF:

- a) Realização de Vigilância Alimentar e Nutricional com vistas ao monitoramento do estado nutricional da população atendida no território, com identificação de risco nutricional precoce.
- b) Participação do processo de territorialização, identificando locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, além de observar os costumes e tradições alimentares locais, de tal forma que possam relacionar com os hábitos alimentares e o estado nutricional da população assistida.
- c) Realização de atendimento clínico individualizado com a população do seu território de atuação.
- d) Realização de atividades de educação permanente com vistas a qualificar a equipe para aprimorar a atenção nutricional.

30. Tendo em vista que a obesidade possui um caráter multifatorial que acomete a população brasileira de forma crescente em todas as fases do curso da vida e a necessidade de qualificar o cuidado desses indivíduos com obesidade no âmbito da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), algumas diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas foram elencadas. **NÃO** faz parte das diretrizes para organização das ações e dos serviços de prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade no Brasil:

- a) Formação de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e da obesidade.
- b) Garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento do sobrepeso e da obesidade.
- c) Diagnóstico da população assistida no SUS, somente de crianças, adolescentes e gestantes.
- d) Articulação de ações intersetoriais para promoção da saúde.

31. A assistência pré-natal adequada tem o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. No Brasil, as três mais frequentes causas específicas de morte materna são:

- a) Hipertensão, hemorragias e infecção puerperal.
- b) Hemorragias, abortamento e doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez.
- c) Hemorragias e doenças do aparelho circulatório complicadas pelo parto.
- d) Infecção puerperal, abortamento e complicações decorrentes do Diabetes Mellitus gestacional.

32. Considere os seguintes dados antropométricos e idade gestacional de uma gestante de 25 anos (feto único):

- Estatura: 1,65 m
- Peso pré-gestacional: 55 kg
- Idade gestacional atual: 16 semanas
- Peso atual: 59 kg

O ganho de peso semanal recomendado até o final da gestação e o adicional energético que possibilita esse ganho de peso é:

- a) 400 g/semana e adicional energético diário de 440 kcal.
- b) 170 g/semana e adicional energético diário de 156 kcal.
- c) 360 g/semana e adicional energético diário de 330 kcal.
- d) 540 g/semana e adicional energético diário de 495 kcal.

33. Os requerimentos de ferro durante a gestação estão aumentados em decorrência dos seguintes aspectos:

- a) Expansão da massa eritrocitária, requerimentos fetais e perdas menstruais.
- b) Contração da massa eritrocitária, placenta e perda sanguínea no pós-parto.
- c) Expansão da massa eritrocitária, placenta e perda sanguínea no parto.
- d) Contração da massa eritrocitária, requerimentos fetais e placenta.

34. Sobre as síndromes hipertensivas da gestação, é correto afirmar que o manejo nutricional inclui dieta:

- a) normossódica; e uma das medidas preventivas é a suplementação de cálcio ao longo da gestação para todas as gestantes.

- b) normossódica; e uma das medidas preventivas é a suplementação de cálcio para mulheres em risco de pré-eclâmpsia e baixa ingestão desse nutriente.
- c) hipossódica; e uma das medidas preventivas é a suplementação de cálcio ao longo da gestação para todas as gestantes.
- d) hipossódica; e uma das medidas preventivas é o ganho de peso gestacional abaixo do limite inferior recomendado pelo *Institute of Medicine*.

35. No diabetes gestacional, estão corretas as seguintes recomendações de ingestão de macronutrientes e edulcorantes:

- a) 45 a 65% do valor energético total (VET) de carboidratos, mínimo de 175 g de carboidratos por dia, aumento no consumo de fibras solúveis e possibilidade de uso de aspartame e sacarina.
- b) 45 a 65% do VET de carboidratos, mínimo de 100 g de carboidratos por dia, aumento no consumo de fibras insolúveis e possibilidade de uso de aspartame e sucralose.
- c) 40 a 45% do VET de carboidratos, mínimo de 95 g de carboidratos por dia, aumento no consumo de fibras insolúveis e possibilidade de uso de sucralose e ciclamato.
- d) 40 a 45% do VET de carboidratos, mínimo de 115 g de carboidratos por dia, aumento no consumo de fibras solúveis e possibilidade de uso de aspartame e sucralose.

36. ANULADA

37. Após o início da alimentação complementar, a realização da ordenha da mama é útil para estocar leite materno em casa. Sobre a retirada, armazenamento, conservação e oferta desse leite recomenda-se ordenhar o leite para pote:

- a) de vidro esterilizado de boca larga, sem desprezar os primeiros jatos; conservar em geladeira por 12 horas; aquecer em banho-maria; agitar suavemente para homogeneizar a gordura e proteína; e oferecer em copo para a criança.
- b) de vidro esterilizado de boca larga, desprezando os primeiros jatos; conservar em geladeira por 12 horas; aquecer em banho-maria fora do fogo; agitar suavemente para homogeneizar a gordura; e oferecer em copo para a criança.
- c) plástico esterilizado de boca larga, sem desprezar os primeiros jatos; conservar em freezer por 15 dias; aquecer em banho-maria fora do fogo; agitar suavemente para homogeneizar a gordura; e oferecer em copo para a criança.
- d) de vidro esterilizado de boca larga, desprezando os primeiros jatos; conservar em geladeira por 12 horas; aquecer em banho-maria; agitar suavemente para esfriar; e oferecer em mamadeira para a criança.

38. Sobre o diagnóstico e tratamento da hipercolesterolemia familiar heterozigótica na infância e adolescência, é correto afirmar que o valor de LDL-colesterol considerado para diagnóstico é:

- a) 290 mg/dL e, além das medidas dietéticas, o uso de fitosteróis e probióticos são recomendados.
- b) 190 mg/dL e somente medidas dietéticas são comprovadamente eficazes no tratamento.
- c) 160 mg/dL e, além das medidas dietéticas, o uso de fitosteróis é recomendado.
- d) 130 mg/dL e, além das medidas dietéticas, o uso de suplemento de fibras solúveis é recomendado.

39. A Fase de Reabilitação ou de Crescimento Rápido (Passo 8) do tratamento da criança com desnutrição grave consiste das seguintes recomendações nutricionais:

- a) 80 a 100 kcal/kg/dia; 2 a 3 g/kg de proteína, volume até 140 mL/kg/dia e suplementação de micronutrientes.
- b) 100 a 120 kcal/kg/dia; 1 a 1,5 g/kg de proteína, volume até 120 mL/kg/dia e suplementação de micronutrientes, exceto ferro.
- c) 120 a 140 kcal/kg/dia; 1 a 1,5 g/kg de proteína, volume até 150 mL/kg/dia e suplementação de micronutrientes, exceto ferro.
- d) 150 a 220 kcal/kg/dia; 4 a 5 g/kg de proteína, volume até 200 mL/kg/dia e suplementação de micronutrientes.

40. Para um lactente de 3 meses, em aleitamento materno exclusivo (AME), diagnosticado com alergia a proteína do leite de vaca, recomenda-se:

- a) Iniciar a oferta de fórmula à base de proteína extensamente hidrolisada (hidrolisados proteicos).
- b) Manter o AME exclusivo até seis meses de idade e submeter a mãe à dieta de exclusão de leite de vaca.
- c) Iniciar a oferta de fórmula à base de aminoácidos, as únicas consideradas não alergênicas.
- d) Iniciar a oferta de fórmula à base de proteína isolada de soja, com proteínas purificadas e suplementadas para atingir as recomendações nutricionais do lactente.

41. Assinale a alternativa correta referente a recomendação diária de proteína para o paciente criticamente enfermo submetido a cirurgia cardiotorácica:

- a) 1,5 a 2,0 g/Kg de peso corporal ideal, se o índice de massa corporal (IMC) for maior que 30 Kg/m²
- b) 1,5 a 2,0 g/Kg de peso corporal ideal, se o IMC for menor ou igual a 25 Kg/m²
- c) 1,0 a 1,5 g/Kg de peso corporal usual se o IMC for menor que 25 Kg/m²
- d) 1,5 a 2,0 g/Kg de peso corporal ideal para qualquer valor de IMC

42. Pacientes com insuficiência cardíaca podem apresentar alterações metabólicas decorrentes do excesso de substratos obtidos por meio de dietas com valor energético total acima do recomendado ou com composição nutricional desequilibrada. Com base no exposto, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) Excesso de ácidos graxos livres está associado à peroxidação lipídica, causando dano celular.
- b) Hipoglicemia está associada a produção de radical superóxido e dano tecidual.
- c) Alta ingestão alcoólica aumenta a contratilidade do miocárdio resultando em angina
- d) Dieta rica em carboidrato simples resulta em resistência à insulina que reduz a retenção de sódio e água

43. A recomendação para a administração de fibras na terapia nutricional enteral (TNE), em pacientes críticos graves é:

- a) Prescrição rotineira de fibra solúvel para evitar gastroparesia
- b) Prescrição rotineira de fibra insolúvel para o manejo do íleo paralítico
- c) Prescrição rotineira de frutooligosacarídeos para tratamento diarreia osmótica
- d) Fibras insolúveis devem ser evitadas devido ao risco de isquemia intestinal

44. Em pacientes obesos em Unidade de Terapia Intensiva existem benefícios na administração de dieta hipocalórica para melhor controle glicêmico e prevenção de complicações. Nessa situação, a quantidade de proteína diária recomendada é:

- a) 2,0 g/Kg de peso atual para pacientes com índice de massa corporal (IMC) entre 30 e 39,9 Kg/m²
- b) 2,5 g/Kg de peso ideal para pacientes com índice de massa corporal (IMC) igual ou maior que 40 Kg/m²
- c) 1,5 a 2,0 g/Kg de peso ideal para pacientes com índice de massa corporal (IMC) igual ou maior que 40 Kg/m²
- d) 1,5 a 2,0 g/Kg de peso atual para pacientes com índice de massa corporal (IMC) entre 30 e 39,9 Kg/m²

45. O tratamento nutricional na doença hepática gordurosa não alcoólica (DHGNA) inclui o manejo da quantidade e qualidade dos carboidratos. Assinale a alternativa **CORRETA** referente ao mecanismo patogênico da DHGNA que embasa essa conduta nutricional:

- a) A resistência a insulina bloqueia a lipólise periférica no tecido adiposo.
- b) O excesso de carboidrato simples na dieta e o hiperinsulinismo ativam os fatores nucleares SREBP-1c e ChREBP relacionados a lipogênese hepática.
- c) A disfunção mitocondrial aumenta a oxidação de carboidratos no fígado.
- d) A síntese da Apolipoproteína B e da lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL) encontra-se aumentada no fígado.

46. A Síndrome de Wernicke Korsakoff está relacionada a deficiência nutricional de:

- a) Riboflavina.
- b) Tiamina.
- c) Ácido ascórbico.
- d) Cobalamina.

47. A estratégia de intervenção nutricional para a faringite e a esofagite, complicações comuns no tratamento clínico do paciente com câncer é:

- a) Aconselhar lavar todas as frutas e vegetais frescos antes de sua ingestão.
- b) Utilizar temperos para mascarar os sabores estranhos.
- c) Orientar a alternar pedaços de alimento com goles de líquido nas refeições.
- d) Evitar o consumo de cafeína, tomates, vinagre e pimentas.

48. A recomendação diária de proteína para o paciente renal crônico em tratamento de diálise peritoneal é:

- a) 1,2 a 1,5 g/Kg peso corporal
- b) 0,8 – 1,0 g/Kg peso corporal
- c) 0,5 – 0,7 g/Kg peso corporal
- d) 1,5 a 2,0 g/Kg de peso corporal

49. A inclusão de proteína vegetal no tratamento nutricional do cirrótico tem como benefícios:

- a) Apresentam alta concentração de triptofano, aumentando a produção de oxifenol no intestino.
- b) A hidrólise parcial das fibras vegetais no cólon gera a ionização da amônia, diminuindo sua absorção.
- c) Contém menor conteúdo de arginina, reduzindo o ciclo da ureia no fígado.
- d) Composição com alta concentração de metionina, aumentando a produção de mercaptanas no intestino.

50. Para a síndrome do esvaziamento gástrico rápido o tratamento nutricional preconizado prevê:

- a) Aconselhamento para aumentar a ingestão de líquidos com as refeições.
- b) Orientação para aumentar o consumo de carboidrato simples.
- c) Incluir no planejamento alimentar a redução na oferta de proteínas.
- d) Indicação de suplementos de fibras pela formação de géis com carboidratos e líquidos.