

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 agravo 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. A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) ampliada é fundamental na Atenção Básica. Compreender os distintos contextos, nos quais a prática de VAN se origina e se insere atualmente, faz-se necessário para a discussão da ampliação de seus locais de atuação. Sobre a VAN assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) A existência das equipes de Consultório na Rua (eCR) simplifica o cuidado integral à saúde, que inclui a VAN, a pessoas em situação de rua.
- b) Acompanhar o estado nutricional de crianças e gestantes é fundamental para a VAN dos beneficiários de Programa Bolsa Família (PBF), especialmente por ser um grupo que tende a ser encontrada a dupla carga da má nutrição.
- c) A concepção de VAN, reforçada pela versão mais atual da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), ressalta a necessidade de focar a prática da VAN em grupos biologicamente mais vulneráveis e aos beneficiários de programas assistenciais.
- d) A VAN tem sido utilizada como complemento para a atual organização da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade.

22. Fortalecer a atitude de vigilância através da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é fundamental para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, articular diferentes estratégias de VAN pode propiciar um conjunto de indicadores de saúde e nutrição. Sobre o perfil de saúde e nutrição do Brasil, pode-se afirmar que:

- a) Houve uma redução dos coeficientes de fecundidade e mortalidade no país, associado a uma expectativa de vida, que é característico de uma transição epidemiológica.
- b) O Brasil tem vivenciado uma diminuição nos valores percentuais de doenças transmissíveis e de deficiências nutricionais, especialmente aquelas relacionadas à pobreza, ao saneamento básico precário e a deficiência no acesso aos serviços de saúde.
- c) O declínio nacional da desnutrição em crianças não foi homogêneo entre as macrorregiões do Brasil. A Região Norte tem apresentado a maior diminuição nos valores percentuais de desnutrição infantil nos últimos anos.
- d) A transição nutricional está diretamente associada às transições demográfica, epidemiológica e alimentar.

23. Com o objetivo de uniformizar algumas práticas e informações sobre antropometria e entendendo a necessidade da Vigilância Nutricional dos indivíduos nas diferentes fases da vida, foi divulgado um documento intitulado "Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde". Sobre a avaliação antropométrica na Atenção Básica:

- a) O peso ao nascer é a primeira medida antropométrica realizada para diagnóstico nutricional e, para sua classificação, faz-se necessário saber a semana gestacional ao nascer.
- b) Adultos maiores de 18 anos constituem uma das faixas etárias e fases do curso da vida contempladas pela Vigilância Nutricional.
- c) Os índices antropométricos adotados para a vigilância nutricional de adultos segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde são: IMC (índice de massa corporal) e Perímetro da Cintura.
- d) Dentre os dados antropométricos considerados fundamentais a serem aferidos para fins da vigilância nutricional e que possibilitam a avaliação do estado nutricional, está o perímetro da cintura para adultos e idosos.

24. A contribuição de profissionais de diferentes núcleos de saberes para a Atenção Nutricional na Atenção Básica objetiva aumentar a capacidade de análise e resolução de problemas relacionados à alimentação e nutrição, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Para tanto, pode-se incluir como ação:

- a) Definir ofertas de cuidado no nível individual e coletivo, mesmo que não sejam diagnosticados os principais agravos relacionados à alimentação e nutrição.
- b) Evitar a racionalização dos encaminhamentos para serviços de atenção especializada, incluindo fluxos e protocolos assistenciais.
- c) Caracterizar as práticas de alimentação da população adstrita, apesar do não reconhecimento dos aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais.
- d) Ofertar atendimento clínico nutricional individual segundo critérios de classificação de risco.

25. Dentre as ações de alimentação e nutrição na Atenção Básica, voltadas para o indivíduo, podemos afirmar que:
- Ações universais de promoção da saúde abrangem acompanhamento periódico de doenças crônicas não transmissíveis.
 - Ações universais de prevenção de doenças contemplam a suplementação preventiva de micronutrientes.
 - Ações universais incluem a identificação da possível existência de doenças infecciosas e parasitárias.**
 - Ações específicas de cuidado do paciente compreendem a avaliação de adesão do usuário ao tratamento dietoterápico e encaminhamento dos usuários a outros profissionais habilitados, quando necessário, e considerando os protocolos adotados pelo serviço.

26. Na Atenção Básica (AB) de saúde o apoio matricial em alimentação e nutrição inclui as vertentes clínico-assistencial e técnico-pedagógica. Assinale a alternativa que NÃO apresenta um exemplo de apoio matricial em alimentação e nutrição:

- Compartilhamento de saberes dos núcleos profissionais junto aos demais profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família que possam contribuir para a organização do cuidado e ampliação do escopo de atuação das equipes de referência da AB.
- Atendimento clínico nutricional aos indivíduos que apresentem agravos relacionados à alimentação e nutrição, em acordo com os critérios de classificação de risco e ofertas de cuidado sem participação da equipe de referência da AB.**
- Identificação e análise das características alimentares e nutricionais da população adstrita, de modo a contribuir para a prática do acolhimento e da clínica ampliada
- Diagnóstico dos principais agravos relacionados à alimentação e nutrição e organização de critérios de classificação de risco.

27. Avalie as afirmativas abaixo sobre as ações de alimentação e nutrição para promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) no contexto da atenção básica de saúde.

I. Devem incluir atividades de educação alimentar e nutricional a serem prioritariamente desenvolvidas dentro das unidades de saúde.

II. Devem contemplar o desenvolvimento de atividades de educação alimentar e nutricional com o objetivo de ampliar habilidades pessoais em alimentação e nutrição, autonomia e o auto-cuidado.

III. Devem superar desafios como a abordagem que se limita à produção e à oferta de informações técnico-científicas e a ainda insuficiente apropriação das dimensões cultural e social como determinantes dos hábitos alimentares.

Indique a alternativa que contém a(s) afirmativa(s) correta(s):

- I e II
- I e III
- II e III**
- I, II e III

28. Segundo o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as políticas públicas, fazer uso do conceito *Educação Alimentar e Nutricional* (EAN) e não dos termos *Educação Nutricional* ou *Educação Alimentar*, representa:

- Uma afirmação importante, pois ratifica a adoção de um conceito em que o escopo de ações abranja desde os aspectos relacionados ao alimento e alimentação, os processos de produção, abastecimento e transformação aos aspectos nutricionais.**
- Uma escolha do profissional, que vai depender do campo de atuação e da área de abrangência das ações a serem desenvolvidas, além de outros aspectos técnicos e pedagógicos a serem considerados pelo nutricionista.
- Um retrocesso, pois desconsidera aspectos que contemplam a evolução histórica e política da educação nutricional no Brasil, no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional.
- Um equívoco, pois o termo educação nutricional, forjado historicamente na profissão do nutricionista, é mais adequado, já tem reconhecimento social e já se apresenta como importante ferramenta da profissão, reforçando essa atividade como restritiva do nutricionista.

29. Sobre o histórico da Educação Alimentar e Nutricional (EAN) no Brasil, podemos afirmar que:
- Na década de 1930, as estratégias de EAN eram dirigidas aos trabalhadores e suas famílias, baseadas em uma abordagem atualmente avaliada como inovadora para o período, pois pretendiam ensiná-los a se alimentar corretamente segundo um parâmetro biológico, baseado em evidências científicas e com foco voltado para as camadas de menor renda.
 - Nas décadas de 1970 e 1980, com a expansão do cultivo de soja, houve um estímulo ao consumo deste produto e seus derivados. No entanto, apesar de ótimos resultados obtidos por essa abordagem, avaliou-se que estas ações não valorizavam a dimensão nutricional dos alimentos, e estavam centradas apenas nos aspectos culturais e sensoriais.
 - Até a década de 1990, evidencia-se uma valorização da EAN enquanto prática do nutricionista, em especial, quando são consideradas as possibilidades de uso político dessa ferramenta e de seu emprego em interesses econômicos nacionais, tendo em vista a necessidade, à época, de escoar excedente de produção agrícola, por exemplo.
 - Já no final dos anos 1990, é possível notar uma tendência nos documentos oficiais brasileiros de inclusão da discussão sobre “promoção de práticas alimentares saudáveis”, no sentido de compreender que a EAN não poderia estar pautada numa prática prescritiva, limitada a aspectos científico-biológicos, sem o reconhecimento de outros aspectos que influenciam o comportamento alimentar.
30. O posicionamento da boca do bebê em relação ao mamilo e à aréola é chamado de “pega”. Na pega adequada, observa-se:
- mãe sentada confortavelmente e barriga do bebê está voltada para a barriga da mãe.
 - corpo e cabeça do bebê alinhados; queixo do bebê tocando a mama; e mamilo achatado após as mamadas.
 - mais aréola visível acima da boca do bebê; boca bem aberta; lábio inferior virado para fora e queixo do bebê tocando a mama.
 - mais aréola visível abaixo da boca do bebê; queixo e boca do bebê tocando a mama.
31. Você está atendendo uma criança de 7 anos com obesidade e que realizou a dosagem do perfil lipídico sérico, tendo sido feito jejum pré-exame. O resultado foi: LDL-colesterol = 105 mg/dL; HDL-colesterol = 48 mg/dL e triglicerídeos (TG) = 85 mg/dL. Pode-se concluir, portanto, que:
- LDL-colesterol, HDL-colesterol e TG estão normais.
 - LDL-colesterol está elevado; HDL-colesterol e TG estão normais.
 - LDL-colesterol está elevado; HDL-colesterol está baixo e TG está elevado.
 - LDL-colesterol e HDL-colesterol estão normais e TG está elevado.
32. Com relação a suplementação de vitamina D, com 400 UI/dia (< 1 ano) e 600 UI (> 1ano), assinale a alternativa **CORRETA**.
- Para os prematuros, a suplementação deve ser iniciada quando o peso for superior a 2500 gramas.
 - Deve ser indicada somente para crianças em uso de fórmula láctea fortificada com vitamina D que ingerem um volume menor que 500 ml/dia.
 - Deve ser iniciada em crianças em aleitamento materno exclusivo logo após o nascimento.
 - Deve ser indicada somente para crianças e adolescentes que não ingerem pelo menos 800 UI de vitamina D/dia na dieta.

33. Assinale a opção correta sobre a orientação para alimentação complementar em crianças com alergia a proteína do leite de vaca (APLV).

- a) Deve ser proibido obrigatoriamente a oferta de alimentos contendo proteínas potencialmente alergênicas, como por exemplo ovo, peixe, carne bovina, de frango ou porco.
- b) A introdução da alimentação complementar em crianças com APLV deve ser iniciada a partir do sexto mês em crianças amamentadas ao seio até essa fase, ou que recebem fórmulas infantis.
- c) A possibilidade de reação cruzada entre leite de vaca e carne bovina é superior a 90%, e relaciona-se à presença da albumina sérica bovina, por isso a carne de vaca deve ser excluída da alimentação complementar da criança.
- d) Deve-se preferir a introdução da alimentação complementar antes do sexto mês da criança para melhor tolerância.

34. Em relação à suplementação de vitaminas e minerais na gestação de adultas e adolescentes, as recentes recomendações da Organização Mundial da Saúde (2016) sobre os cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez preconizam:

- a) a suplementação de múltiplos micronutrientes às grávidas para melhorar os resultados maternos e perinatais, tais como prevenção da anemia materna, da infecção puerperal e do baixo peso ao nascer.
- b) a suplementação diária de ferro e ácido fólico, sendo de 30 mg a 60 mg de ferro elementar e de 400 µg de ácido fólico para as gestantes, visando a prevenção da anemia gestacional, da infecção puerperal e do baixo peso ao nascer e parto prematuro.
- c) As suplementações de vitamina B6 (piridoxina), C e E são recomendadas na gestação para melhorar a sintomatologia digestiva e prevenir as Síndromes Hipertensivas da Gravidez.
- d) O uso de suplemento de vitamina D é recomendado durante toda a gestação para prevenção da cárie dental materna, hipertensão gestacional, e também para melhorar o peso ao nascer.

35. As Síndromes Hipertensivas da Gravidez representam importante causa de internação e de óbitos maternos, acarretando repercussões negativas para o feto, como restrição do crescimento intrauterino, parto prematuro e, sofrimento fetal. A Organização Mundial da Saúde em 2016 revisou as recomendações de intervenção nutricional para a prevenção desta intercorrência gestacional e recomenda:

- a) A restrição do ganho de peso materno deve ser indicada para as gestantes com sobrepeso ou obesas visando a prevenção da hipertensão gestacional, sendo recomendada a faixa mínima de ganho de peso total para essas categorias de Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional.
- b) A orientação dietética deve ser baseada na dieta hipossódica, hiperprotéica e pobre em gorduras saturadas associada à restrição do ganho de peso gestacional semanal para prevenção das Síndromes Hipertensivas da Gravidez.
- c) O suplemento de múltiplos micronutrientes deve ser prescrito na gestação para melhorar os resultados maternos e perinatais, especialmente para a prevenção das Síndromes Hipertensivas da Gravidez.
- d) Para populações com baixa ingestão diária de cálcio, são recomendados suplementos diários de cálcio (1,5–2,0 g) de cálcio elementar oral) visando a prevenção de pré-eclâmpsia.

36. Na avaliação nutricional das gestantes adolescentes (menor de 20 anos) e na programação do ganho de peso gestacional, o Ministério da Saúde (2013) recomenda no Manual de Baixo Risco:

- a) Para as adolescentes que engravidaram dois ou mais anos depois da menarca (geralmente maiores de 15 anos), a interpretação dos achados da avaliação antropométrica com base no Índice de Massa Corporal (IMC) inicial, indicará baixo peso em muitas.
- b) Na programação do ganho de peso recomendado (em kg) na gestação, segundo o estado nutricional inicial para as gestantes adolescentes, deve-se recomendar o limite máximo de ganho de peso semanal e total, correspondente a cada categoria de IMC pré-gestacional ou inicial.
- c) A avaliação da estatura da gestante adolescente deverá ser realizada pelo menos trimestralmente durante a gestação e o peso materno deve ser avaliado em todas as consultas de pré-natal.
- d) Na avaliação do IMC para o diagnóstico inicial da gestante, o ideal é que seja calculado o IMC pré-gestacional com o peso referido ou o IMC calculado a partir de medição do peso realizada até a 16ª semana gestacional.

37. Dentre os princípios gerais sobre a alimentação infantil, assinale a única afirmativa **CORRETA**.
- a) A amamentação deve ser exclusiva até os 6 meses de vida e mantida, não mais exclusivamente, até os 2 anos de vida.
 - b) A amamentação deve ser exclusiva até os 6 meses e substituída por alimentos de transição para a alimentação familiar.
 - c) Fórmulas infantis industrializadas são indicadas como única opção para crianças cujas mães não puderam amamentar.
 - d) Outros alimentos devem ser introduzidos, antes dos 6 meses de vida, no caso de uso de fórmulas infantis industrializadas.
38. Características marcantes do comportamento alimentar, a neofobia e a seletividade alimentares, correspondem ao seguinte segmento do grupo materno-infantil:
- a) Lactentes.
 - b) Escolares.
 - c) Pré-escolares.
 - d) Adolescentes.
39. Para o paciente com cirrose não complicada, com ou sem encefalopatia hepática, a necessidade de proteínas variam de:
- a) 0,6 a 0,8g/kg de massa corporal atual por dia
 - b) 2 a 2,5g/kg de massa corporal ideal por dia
 - c) 1,2 a 1,5g/kg de massa corporal atual por dia
 - d) 1 a 1,5 g/kg de massa corporal ideal por dia
40. Recomenda-se como cuidado nutricional para paciente com refluxo gastroesofágico:
- a) Evitar comer 2 a 3 horas antes de deitar-se.
 - b) Consumir refeições de pequeno volume e ricas em gordura.
 - c) Ingerir quantidade adequada de fibras e alimentos ácidos.
 - d) Em caso de sobrepeso, aumentar a massa corporal.
41. É correto afirmar sobre a dieta Paleolítica:
- a) Adequada em cálcio e vitamina D.
 - b) Rica em proteínas e fibras, sem redução da energia.
 - c) Apresenta grande quantidade de laticínios desnatados e óleo de canola.
 - d) Proíbe o consumo de ovos e sementes oleaginosas.
42. No momento da escolha de uma fórmula enteral para um paciente devemos considerar:
- a) A osmolaridade, chave para uma boa tolerância
 - b) Período de utilização da alimentação por sonda, a localização da sonda e a osmolaridade da fórmula
 - c) Método de administração da nutrição enteral e o tamanho da sonda
 - d) Necessidades nutricionais, funcionamento do sistema gastrointestinal e estado clínico
43. A oferta de proteínas para pacientes com insuficiência cardíaca que apresentam perdas proteicas por nefropatias ou má absorção intestinal deve ser:
- a) 1,0 a 1,4g/kg de peso ideal/dia.
 - b) 0,8 a 1,2g/kg de peso ideal/dia.
 - c) 1,5 a 2,0g/kg/dia , considerando a massa corporal livre de edema.
 - d) 0,8 a 1,4/kg de peso atual livre de edema/dia.

44. Considera-se o perímetro da cintura uma medida preditora de risco cardiometabólico. Qual a localização corporal para sua mensuração?

- a) Sobre a cicatriz umbilical.
- b) No ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca.
- c) No ponto médio entre o acrômio e o olecrano.
- d) No maior perímetro abaixo do abdômen.

45. A ingestão dietética pode influenciar na nefrolitíase, sendo alimentos potencialmente ácidos ou de cinza ácida:

- a) limão, brócolis e banana.
- b) batatas, arroz branco e açúcar branco.
- c) batatas, lentilha e limão.
- d) óleo de oliva, chá verde e café.

46. O selênio é um potente antioxidante por:

- a) Ser componente da superóxido dismutase
- b) Pougador da vitamina D
- c) Sua forma orgânica de selenito e selenato
- d) Diminuir oxidação de lipídeos

47. Dentre as vantagens do registro alimentar destaca-se:

- a) a restrição da escolha dos alimentos, principalmente no caso da pesagem deles.
- b) a necessidade de alfabetização do indivíduo.
- c) elimina os erros dos recordatórios de 24 horas.
- d) o tempo para avaliação do consumo.

48. A vitamina E é utilizada como nutriente anti-inflamatório em doença renal crônica devido esta diminuir:

- a) leucotrienos da série 3 e NF-Kappa
- b) leucotrienos da série 4 e NF-Kappa
- c) leucotrienos da série 5 e NF-Kappa
- d) ferroxidase I e leucotrienos da série 5

49. Com relação à interações bioquímicas, o excesso de cálcio desloca:

- a) manganês, magnésio, fósforo e zinco
- b) fósforo, ferro e sódio
- c) ferro, manganês e sódio
- d) cobre, ferro, fósforo e potássio

50. Em pacientes diabéticos após amputações é freqüente sinais e sintomas de depressão. Como forma de aumentar a formação de serotonina, aumentamos nutrientes necessários para sua síntese, sendo os principais:

- a) vitamina B3 e manganês.
- b) vitamina A e cobre.
- c) vitamina B6 e magnésio.
- d) vitamina D e cromo.