

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

01. A Constituição Federal de 1988, em seus Princípios Fundamentais, tem como um de seus objetivos construir uma sociedade livre, justa e solidária. Considerando o momento de Pandemia pelo COVID-19 e o descrito no Art. 200, podemos afirmar que:

- a) o SUS deve promover a harmonia entre atividades dos três poderes com vistas à determinação das medidas coletivas de enfrentamento da Pandemia pelo covid-19 e seus impactos.
- b) cabe ao Poder Executivo promover a livre escolha dos cidadãos quanto à adesão às medidas de proteção coletiva.
- c) o Poder Legislativo deve estabelecer percentual de recursos a ser repassado aos hospitais públicos e privados.
- d) cabe ao SUS executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.

02. Ao observar o perfil epidemiológico da população brasileira, verifica-se a coexistência de doenças e agravos bem conhecidos, alguns até evitáveis. Pode-se afirmar, considerando um sistema de controle de doenças e agravos eficiente que:

- a) a vigilância em saúde deve ter atuação independente dos demais níveis de assistência.
- b) deve atuar de forma setORIZADA considerando as especificidades – sanitária, epidemiológica e ambiental.
- c) a Atenção Básica coordena as ações e serviços de vigilância em sanitária e ambiental.
- d) as ações de vigilância em saúde devem ser integradas à Atenção Básica nos territórios.

03. A efetiva articulação interfederativa no SUS é considerada fundamental na pactuação Intergestores em prol da equidade e integralidade na saúde. Para tanto o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, cumpre, dentre outras, a função primordial de:

- a) promover a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo a Atenção Básica como coordenadora.
- b) pactuar regras de financiamento de base Estadual e macrorregional, segundo a organização dos planos Estaduais de Saúde.
- c) propor novas estruturas de “Governança” e o papel dos gestores no processo de regionalização do SUS.
- d) organizar a participação social junto aos colegiados de gestão regional, Estadual e macrorregionais.

04. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, identifique entre as opções aquela que configura continuidade com a versão anterior da PNAB.

- a) O número mínimo de ACS/equipe fica definido como um ACS/equipe.
- b) Reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família.
- c) A Estratégia Saúde da Família (ESF) permanece no plano discursivo como modalidade prioritária de implantação da AB no Brasil.
- d) O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) conta com profissionais na função de apoio à Equipe de Saúde da Família.

05. Segundo Souza et al (2018), desde a sua criação, o Sistema Único de Saúde vem contribuindo para importantes mudanças positivas no perfil de saúde/doença da população brasileira. Assinale a opção que corresponde a um dos indicadores que mostraram quedas acentuadas na mortalidade no período de 1990 a 2015:

- a) mortalidade por diabetes.
- b) distúrbios mentais.
- c) doenças transmissíveis.
- d) violências.

06. A partir da Portaria nº 4.279 (30/12/2010), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), compreende-se que *“experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário”*. Não se aplica ao conjunto de atributos da Rede de Atenção à Saúde:

- a) participação social nas esferas de gestão, mas limitada às instâncias de ação intersetorial.
- b) atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar.
- c) população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.
- d) gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico, inclusive sistema de informação integrado.

07. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) no âmbito do SUS *“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”*. Visando orientar a implementação desta política, foram definidos objetivos. Pode-se afirmar que melhor se aproxima do objetivo geral da PNEPS:

- a) promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras.
- b) contribuir com a educação permanente dos trabalhadores, gestores, conselheiros e atores dos movimentos sociais populares, incorporando aos seus processos os princípios e as práticas da educação popular em saúde.
- c) implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, com o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde.
- d) apoiar ações de Educação Popular na Atenção Primária em Saúde, fortalecendo a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades, tendo os territórios de saúde como espaços de formulação de políticas públicas.

08. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde integrados, de diferentes densidades tecnológicas, que buscam garantir a integralidade do cuidado. As redes temáticas prioritárias pactuadas, no âmbito do SUS, a partir da publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 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) Promoção da saúde; Cegonha; Atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas; Saúde bucal; Saúde do trabalhador.
- d) Cegonha; Urgência e emergência; Atenção psicossocial; Cuidados à pessoa com deficiência; Atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas.

09. Sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, assinale a alternativa **INCORRETA**.
- A representação dos vários segmentos sociais se reunirá em Conferência mediante convocação do Poder Executivo a cada quatro anos ou, extraordinariamente, por convocação do Conselho de Saúde.
  - O Conselho de Saúde é o órgão colegiado que se reúne em caráter permanente e deliberativo, e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente.
  - A representação dos usuários nos Conselhos e Conferências de Saúde deve garantir participação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos.
  - São instâncias colegiadas: o Conselho Federal de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde.**
10. Na estrutura organizacional do SUS, as Comissões Intergestores têm como atribuições pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Assinale a alternativa com todas as Comissões Intergestoras previstas no Decreto nº 7.508 2011:
- tripartite, bipartite e municipal.
  - federal, estadual e municipal.
  - tripartite, bipartite e regional.**
  - tripartite e bipartite.
11. As principais mudanças no financiamento da atenção básica (Atenção Primária à Saúde) introduzidas pela Portaria nº 2.979 de 12/11/2019 – Programa Previnde Brasil foram:
- extingue os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.**
  - atualiza os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de pessoas cadastradas e veda o pagamento por desempenho.
  - institui os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos federais pelo número de habitantes do município e estabelece nova forma de pagamento por desempenho.
  - extingue os pisos fixo e variável (PAB), introduz o repasse dos recursos pelo número de habitantes do município e veda o pagamento por desempenho.
12. A Lei nº 8142/1990 estabelece instâncias de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Em que esferas de gestão essas instâncias são obrigatórias?
- Conselho de Saúde na esfera federal e Conferências de Saúde nas esferas Estadual e Municipal.
  - Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde em todas as esferas de gestão.**
  - Conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e Conferência de Saúde na esfera Federal.
  - Conferência de Saúde na esfera Federal e Conselhos de Saúde nas esferas Estadual e Municipal.
13. A PNPS (Política Nacional de Promoção da Saúde) é uma das políticas setoriais em saúde mais ameaçadas, devido a diversos fatores, entre eles os cortes orçamentários ocorridos nos últimos anos. Em qual dos temas prioritários da PNPS foi obtido controle efetivo da prevalência da exposição nos últimos anos?
- Álcool e outras drogas.
  - Tabaco e derivados.**
  - Violência doméstica e sexual.
  - Alimentação não saudável.
14. O Brasil optou por um Sistema de Saúde de caráter universal, alicerçado na Atenção Básica (AB) como coordenadora e ordenadora do Sistema de Saúde. Pode-se afirmar que são diretrizes organizadoras da AB/APS:
- população adscrita, classificação de risco, atendimento por especialidade.
  - equidade, regionalização, atendimento por coparticipação.
  - acesso seletivo, hierarquização, coordenação do cuidado.
  - territorialização, população adscrita e participação da comunidade.**

15. A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS surge como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção. Portanto, pode-se afirmar que essa estratégia tem como objetivo:

- a) assegurar o acesso aos serviços especializados de alta complexidade, com a regulação global de CTI disponíveis, seja público ou privado.
- b) estabelecer a integração dos hospitais de alta complexidade a Rede SUS, independente de suas características – Universitários, militares, filantrópicos ou mesmo privados.
- c) ampliar a atuação do Estado no processo de pactuação de ações e serviços de saúde entre as regiões.
- d) consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, nas dimensões do Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

16. No Brasil, observa-se a necessidade de fortalecer ainda mais a ESF nacionalmente, além da necessidade de aprimorar processos de trabalho para ampliar acesso, cobertura e qualidade dos serviços oferecidos. Neste sentido, a ação estratégica que, além de aumentar significativamente a cobertura da ESF, promoveu melhorias substanciais na qualidade do atendimento, reconhecidas por pesquisas de satisfação dos usuários foi o Programa:

- a) Práticas Integrativas e Complementares.
- b) Mais Médicos.
- c) Nacional de Promoção da Saúde.
- d) Viver Melhor.

17. O caminho para qualificar o SUS no Brasil é, indiscutivelmente, o fortalecimento e a efetivação dos atributos da APS, possibilitando a ampliação da sua capacidade de resolver problemas e de prepará-la para assumir a responsabilidade pela saúde da população. Além do atributo de acesso de primeiro contato, os outros três atributos essenciais, tal como definidos por *Starfield* são:

- a) integralidade; orientação comunitária e competência cultural.
- b) longitudinalidade; integralidade e coordenação.
- c) orientação familiar; orientação comunitária e coordenação.
- d) longitudinalidade; orientação familiar e competência cultural.

18. “Embora possamos identificar avanços na história recente da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reconhecemos que decorridos 30 anos da criação do SUS, ainda estamos longe de superar o modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em 2016, em Xangai, com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável” demanda uma resposta vigorosa de articulação de quatro pilares” a saber:

- a) “Intrasetorialidade”; “Desenvolvimento sustentável”; “Justiça social” e “Cidadania”.
- b) “Cidades saudáveis”; “Bom governo”; “Alfabetização em saúde” e “Mobilização social”.
- c) “Democracia”; “Intersetorialidade”; “Ancestralidade” e “proteção e inclusão social”.
- d) “Proteção ambiental”; “Qualidade de vida”; “Redes de corresponsabilidade” e “Equidade”.

19. Dentre as principais mudanças estabelecidas pela PNAB 2017, foi apresentada, pelo Ministério da Saúde, a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), definindo e estabelecendo a relação de serviços disponíveis e ofertados pelas unidades de APS. Em relação à CaSAPS, pode-se afirmar que:

- a) tornam a atenção básica espaço para a atuação direta das empresas privadas, com acesso a fontes públicas, estáveis e volumosas de financiamento.
- b) predominam ações e práticas clínicas, de caráter individual e assistencial, com ênfase em patologias e procedimentos.
- c) contribuem para a valorização da promoção à saúde e da abrangência do cuidado que não ultrapassam a prevenção de base biomédica.
- d) permitem e favorecem a criação de equipes com carga horária e cobertura populacional flexibilizadas, enfraquecendo a perspectiva territorial na AB.

20. Em relação às principais mudanças que ocorreram entre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2011 e a de 2017, pode-se afirmar que as descontinuidades e agregações mais substantivas aconteceram nos aspectos organizativos e funcionais das equipes e unidades de saúde. Com base nisso, leia as afirmativas abaixo, classificando-as em Verdadeiras (V) ou Falsas (F) e assinale a alternativa que representa a ordem de classificação encontrada.

- I. A PNAB 2011 previa até 8 horas semanais dos profissionais para atividades de formação e educação permanente, o que não mais se encontra na publicação de 2017.
  - II. A PNAB 2017 promove maior valorização das ações de Educação Permanente e do Programa Saúde na Escola, peças-chave para o processo de trabalho na Atenção Básica.
  - III. O número mínimo de ACS/equipe era de (4) quatro na PNAB 2011, enquanto na PNAB 2017, passou a ser de (1) um ACS/equipe.
- a) V – V – F
  - b) F – V – F
  - c) V – F – V
  - d) F – V – V

**QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.**

21. A Organização Mundial de Saúde (2016) revisou os protocolos assistenciais de suplementação de ferro e ácido fólico na gestação e recomenda para as adultas e adolescentes grávidas em acompanhamento pré-natal:

- a) o uso de suplemento oral diário com 30 mg a 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico, para a prevenção de anemia gestacional, infecção puerperal, baixo peso ao nascer e parto prematuro.
- b) o uso de suplemento intermitente oral de ferro e ácido fólico, com 120 mg de ferro elementar e 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico duas vezes por semana, é recomendado para gestantes adolescentes visando a prevenção da anemia.
- c) os suplementos múltiplos contendo 30 mg ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico, além de vitamina A, vitamina D, cálcio, vitamina C devem ser prescritos para todas as gestantes para a prevenção de anemia gestacional, infecção puerperal, baixo peso ao nascer e parto prematuro.
- d) o uso de suplemento oral diário com 30 mg a 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico, só deve ser prescrito em contextos específicos, quando as gestantes não consomem fontes dietéticas de ferro e ácido fólico.

22. No tratamento de mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), visando o alcance e manutenção das metas glicêmicas maternas, a adequação do ganho de peso gestacional e a prevenção de desfechos fetais desfavoráveis, deve-se considerar na terapia nutricional:

- a) a programação do ganho de peso materno até o parto deve ser feita com base na classificação do IMC pré-gestacional ou inicial, considerando sempre o ganho de peso mínimo recomendado para cada faixa de IMC, visando favorecer o controle glicêmico materno. Dentre os edulcorantes regulamentados para uso no Brasil temos aspartame, acesulfame de potássio, ciclamato, neotame, sacarina, sucralose e, frutose que podem ser usados por gestantes com DMG.
- b) o índice glicêmico de um determinado alimento é definido como a taxa de incremento da glicemia duas horas após a ingestão de uma porção de 50g deste alimento com relação à mesma porção do alimento padrão (50g de pão branco ou glicose). São exemplos de alimentos de alto índice glicêmico que devem ser evitados pelas gestantes com DMG – arroz parboilizado, espiga de milho, macarrão à bolonhesa, batata doce cozida.
- c) dentre os métodos de orientação dietética que podemos adotar na prática clínica para planejamento dietético de gestantes com DMG, temos o baseado na distribuição energética dos macronutrientes por refeição e o baseado na contagem de carboidratos. A escolha do método deve ser decidida com a gestante. Independente do método a ser adotado é importante não ultrapassar o limite de 40% de carboidratos do valor energético total, para gestantes em uso de insulina.
- d) a programação do ganho de peso até o parto deve ser feita com base na classificação do IMC pré-gestacional ou inicial; deve-se desestimular o consumo de alimentos processados e ultraprocessados por serem de alta densidade calórica e alto teor de sódio; deve-se estimular o consumo de sementes adicionadas em frutas ou iogurtes, e de nozes e castanhas como pequenos lanches.

23. A deficiência em vitamina A é um grave problema de saúde pública, nas seguintes situações: prevalência  $\geq 5\%$  das mulheres com história de cegueira noturna em gravidez mais recente, no período de 3–5 anos que terminou com nascido vivo; ou se prevalência  $\geq 20\%$  das grávidas apresentarem retinol sérico  $< 0,70 \mu\text{mol/L}$ . A Organização Mundial da Saúde (2016) recomenda para essas populações, como um dos cuidados pré-natais, a suplementação com vitamina A visando a prevenção da:

- a) mortalidade materna.
- b) cegueira noturna.
- c) mortalidade neonatal.
- d) mortalidade materna de gestantes adolescentes.

24. Nos países em desenvolvimento, as Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG) representam as principais causas de internação de gestantes e estão associadas às complicações fetais, além de maior risco de mortalidade materna e perinatal. Na terapia nutricional deve-se considerar:

- a) os suplementos de cálcio são recomendados para reduzir o risco de pré-eclâmpsia em contextos específicos, para populações com baixa ingestão diária de cálcio. A dose recomendada pela Organização Mundial de Saúde (2016) é de suplementos diários de cálcio contendo 1,5–2,0 g de cálcio elementar oral.
- b) a dieta hipossódica é indicada para todos os estágios das SHG, além de suplementos diários com cálcio na dose de 1,5–2,0 g de cálcio elementar oral, em associação com os suplementos contendo ferro e ácido fólico.
- c) a pré-eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em gestante com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por doença convulsiva. Somente nesses casos a dieta deve ser hipossódica.
- d) nos casos de SHG a prevenção é baseada em programação de ganho de peso mínimo ou perda de peso para gestantes com sobrepeso ou obesidade, pois, essas são as de maior risco, além da dieta rica em antioxidantes e cálcio.

25. A restrição da ingestão de cafeína, incluindo qualquer produto, bebidas ou alimentos que a contenham, é recomendada na gravidez pela Organização Mundial da Saúde (2016) quando a gestante tem alta ingestão diária maior que:

- a) 500 mg/dia, visando evitar o risco de macrossomia fetal.
- b) 1000 mg/dia, visando evitar o risco de má-formação congênita.
- c) 1300 mg/dia, visando evitar o risco de aborto espontâneo e recém-nascidos com baixo peso ao nascer.
- d) 300 mg/dia, visando evitar o risco de aborto espontâneo e recém-nascidos com baixo peso ao nascer.

26. Com relação à oferta de sucos de frutas, o Guia alimentar para crianças menores de 2 anos (2019) recomenda que:

- a) não sejam oferecidos sucos às crianças menores de 1 ano, mesmo aqueles feitos somente com fruta.
- b) sejam oferecidos preferencialmente ao invés das frutas até 1 ano.
- c) sejam oferecidos livremente para crianças a partir de 1 ano.
- d) não são necessários, mas caso sejam oferecidos devem ser limitados a 200 mL/dia a partir de 1 ano.

27. Uma menina foi atendida pelo nutricionista de um ambulatório de pediatria, apresentando diagnóstico recente de diabetes tipo 1. De acordo com as informações, calcule o valor energético total (VET) aproximado e recomendado para o plano alimentar da criança:

Idade	Peso atual	Estatura	Necessidade de energia/idade	Índice de massa corporal no percentil 50
5 anos e 9 meses	18,9Kg	113 cm	71,5 kcal/kg/dia	15,2kg/m <sup>2</sup>

- a) 1200 Kcal
- b) 1700 Kcal
- c) 2000 Kcal
- d) 1400 Kcal

**28. ANULADA**

29. Com relação ao manejo da alergia a proteína do leite de vaca em crianças que não estejam em aleitamento materno exclusivo, pode-se afirmar que:

- a) as fórmulas infantis à base de soja devem ser sempre a primeira opção na escolha da fórmula infantil, independente do tipo de alergia e idade da criança.
- b) as fórmulas infantis à base de soja são contra-indicadas para lactentes com idade inferior a 6 meses, independente do tipo de alergia.
- c) os leites de vegetais devem ser indicados como substitutos do leite de vaca na base da alimentação de crianças com diagnóstico de alergia a partir de 6 meses.
- d) as fórmulas à base de aminoácidos livres devem ser sempre a primeira opção diante da impossibilidade do aleitamento materno.

30. No manejo nutricional de crianças com doença renal crônica em tratamento conservador, deve-se adotar medidas dietoterápicas baseadas nas alterações metabólicas. A síntese de 1,25-di-hidroxicolecalciferol e a excreção de fósforo estão diminuídas, ocasionando osteodistrofia e hiperfosfatemia. A conduta mais adequada para estas crianças é:

- a) estimular o consumo de produtos lácteos e nozes.
- b) desaconselhar o uso de quelantes de fósforo.
- c) priorizar o uso de quelantes de fósforo com alumínio e magnésio.
- d) suplementar vitamina D e cálcio.

31. Os Sistemas de Informação em Saúde na perspectiva da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), como o Sisvan Web, objetiva realizar a gestão das informações da VAN. Sobre o Sisvan Web, pode-se afirmar que:

- a) possui interação com o sistema de gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e as informações referentes ao acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários são incorporadas ao sistema no final de cada vigência.
- b) apresenta três módulos de acesso: o módulo restrito, o semi-restrito e o público, que pode gerar relatórios.
- c) atualmente, com a ampla implementação do e-SUS na Atenção Básica, a coleta dos dados e produção de informação integrada do Sisvan Web ficou mais fragmentada.
- d) a integração entre os sistemas de informação, não permite que gestores e profissionais de saúde reconheçam a informação como elemento estratégico para a gestão da VAN.

32. Os profissionais de saúde precisam de ferramentas e estratégias para avaliar e monitorar o estado nutricional de pessoas com deficiências, principalmente na Atenção Básica. Diante disso, pode-se afirmar que:

- a) pessoas com deficiência constituem um grupo de maior vulnerabilidade nutricional, como consequência de possíveis alterações metabólicas e fisiopatológicas associadas aos diferentes tipos de deficiência, os deixando mais vulneráveis a doenças crônicas e a outras comorbidades.
- b) apesar da diversidade das deficiências, a avaliação do estado nutricional deve seguir um protocolo único, independente das manifestações e repercussões nos indivíduos com deficiência.
- c) a pessoa com doença de Alzheimer é um exemplo de grupo de pessoas onde não se deve utilizar medidas complementares, como o perímetro da cintura, na avaliação da adiposidade visceral.
- d) a avaliação nutricional em pessoas com deficiência é um processo complexo, pois a tomada de decisões das aferições antropométricas deve seguir exclusivamente parâmetros e protocolos da população com deficiência.



33. Pode-se afirmar, de acordo com as orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde, do Ministério da Saúde, que:

- as fases do curso da vida contempladas pela Vigilância Nutricional incluem crianças menores de 10 anos de idade, adolescentes até 18 anos e mulheres em idade fértil.
- a avaliação antropométrica é um método útil de investigação e avaliação, pautado na medição das variações físicas, mas não é aplicável em todas as fases do curso da vida.
- o índice antropométrico constitui a combinação entre duas medidas antropométricas ou entre uma medida antropométrica e uma medida demográfica.
- para a realização de um diagnóstico antropométrico, é necessária a comparação dos valores encontrados na avaliação com valores de referência, que são denominados indicadores antropométricos.

34. Enquanto política pública, as ações de Educação Alimentar e Nutricional devem observar os princípios organizativos e doutrinários do campo no qual está inserido, por exemplo, no campo da saúde respeitar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A esses princípios estruturantes, o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para Políticas Públicas soma outros 9 princípios para ações de educação alimentar e nutricional. Pode-se aferir que **NÃO** é um dos princípios somados pelo Marco de EAN para Políticas Públicas:

- abordagem do sistema alimentar, na sua integralidade
- mobilização e comunicação como processos mediadores
- a promoção do autocuidado e da autonomia
- planejamento, avaliação e monitoramento das ações

35. Em uma concepção ampliada sobre alimentação adequada como uma prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos bem como ao uso sustentável do meio ambiente, deve-se reconhecer que:

- a organização da atenção nutricional deve respeitar a fragmentação da área de alimentação e nutrição; a atuação do nutricionista deve estar em consonância com o modelo biomédico hegemônico.
- a assistência clínica na organização da atenção nutricional se faz somente nas clínicas, nos hospitais, ambulatórios e consultórios especializados; cabe as unidades básicas de saúde as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças
- a alimentação adequada e saudável não depende unicamente da escolha individual; as melhores estratégias de cuidado se fazem de forma intersetorial.
- a construção de um modelo intersetorial de cuidado e atenção nutricional; enfoque prioritário nos aspectos nutricionais e sanitários dos alimentos.

36. O capítulo 5 do Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) aborda os obstáculos potenciais para uma alimentação adequada e saudável. Os seis grandes obstáculos apontados são: informação, oferta, custo, habilidades culinárias, tempo e publicidade. A respeito desses obstáculos, é afirmado que:

- alimentos ultraprocessados (AUP) são tão encontrados quantos os alimentos in natura e minimamente processados. A diferença é que AUP são acompanhados de estímulos como propagandas, descontos e promoções.
- há muitas informações sobre alimentação e saúde, mas poucas são de fontes confiáveis.
- o custo total de uma alimentação baseada em alimentos in natura ou minimamente processada, no Brasil, é maior do que o custo de uma alimentação baseada em AUP.
- apesar de haver um domínio da publicidade de AUP nos anúncios comerciais de alimentos podemos afirmar que a publicidade é um obstáculo menor, dado que as informações veiculadas reproduzem a verdade sobre os produtos.

37. O direito à saúde e a alimentação são direitos humanos inalienáveis. A Constituição Brasileira, promulgada em 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, reconheceu o direito universal à saúde no artigo 196. No entanto, o direito humano à alimentação foi incluído na constituição anos depois por meio da Emenda Constitucional Nº64. Em que ano isso ocorreu?

- a) 2010
- b) 1992
- c) 1988
- d) 2012

38. O processo de Transição Nutricional ocorrido na população brasileira nas últimas décadas está intimamente relacionado aos processos das transições demográfica e epidemiológica, assim como aos fatores sociais, econômicos, ambientais e do estilo de vida urbano. Nesse sentido, pode-se apontar também mudanças nos sistemas alimentares que impactaram no aumento da prevalência do excesso de peso como:

- a) oferta e acesso de alimentos orgânicos, frutas e verduras.
- b) acessibilidade e barateamento de alimentos da agricultura familiar.
- c) decréscimo da produção de refeições prontas para consumo.
- d) aumento do acesso e consumo de alimentos ultraprocessados.

39. A segunda versão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 2011, teve como desafio rever as suas diretrizes para organizar as Ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, porta de entrada preferencial do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. Nesse sentido, a Organização da Atenção Nutricional foi incluída como a primeira diretriz da PNAN. Com relação a Organização da Atenção Nutricional pode-se afirmar que:

- a) a atenção nutricional não compreende todas as fases da vida e os serviços de saúde devem dar prioridade ao grupo materno-infantil.
- b) a atenção nutricional tem como sujeitos do cuidado os indivíduos, a família e a comunidade, entendendo as famílias e as comunidades como sujeitos coletivos com características, dinâmicas e necessidades distintas.
- c) a gestão dos agravos e cuidados no território devem priorizar a reabilitação dos usuários do sistema e devem ser organizados com base no perfil demográfico e epidemiológico de estudos e levantamentos nacionais.
- d) as especificidades dos diferentes grupos populacionais, povos e comunidades tradicionais não podem ser consideradas no planejamento das ações do território para atender a população adscrita ao serviço de saúde.

40. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) organiza e qualifica a Agenda de Alimentação e Nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS) e é um importante instrumento político na articulação do SUS com o Sistema Alimentar e Nutricional (SISAN). Nesse sentido pode-se afirmar que:

- a) a garantia da SAN exige que o direito à saúde seja respeitado e concretizado, para que seja alcançado seu fim, que é a realização do direito humano à alimentação e nutrição adequados.
- b) a garantia da Saúde é um direito humano que independe da realização do direito humano à alimentação adequada (DHAA) e das condições e agravos nutricionais da população.
- c) o direito à realização da Saúde e a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional não incluem as perspectivas dos determinantes sociais de saúde entendidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais.
- d) as consequências históricas da insegurança alimentar e nutricional da população, como a desnutrição e as carências nutricionais específicas da agenda Setor de Saúde, não são articuladas com ações e estratégias desenvolvidas no âmbito do SISAN e articuladas com a PNAN.

41. A nutrição enteral pode ser administrada como bolus, de modo intermitente ou contínuo, esse último método exige o conhecimento do tempo de suspensão, isto é, período considerado seguro em que a fórmula pode ficar à temperatura ambiente para o fornecimento ao paciente. Mediante o exposto, o tempo de suspensão para o sistema aberto e fechado, respectivamente, é:

- a) 4 e 24 horas
- b) 8 e 18 horas
- c) 6 e 20 horas
- d) 10 e 15 horas

42. A cirurgia bariátrica é considerada o único tratamento eficaz a longo prazo para a obesidade grau 3. No período pós-operatório (PO) a dieta deve evoluir da seguinte maneira:

- a) De 4 a 5 dias de PO, o volume das refeições deve ser de 3/4 de xícara, em um total de 5 vezes/dia.
- b) Na primeira semana de PO oferecer uma xícara de alimentos amassados 6 vezes/dia.
- c) A partir da 6ª semana de PO, alimentos sólidos em pequenos volumes; a quantidade de carne não deve exceder 57g e 1,5 a 2,0L de água (fora do horário das refeições).
- d) Na segunda semana de PO oferecer carne em pedaços pequenos ou moída, em uma quantidade aproximada de 120g.

43. Os obesogênicos são compostos químicos estranhos ao organismo que agem prejudicando o metabolismo dos lipídios, resultando em mais gordura e obesidade. São exemplos de obesogênicos:

- a) Mercúrio e Glifosato
- b) Hipocretina e Glifosate
- c) Bisfenol A e Ftalatos
- d) Adrenomedulina e Abamectina

44. No “paradoxo da obesidade” descrito nos pacientes com insuficiência cardíaca, pode-se afirmar que em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC):

- a) a mortalidade é maior em pacientes com valores inferiores a 30 kg/m<sup>2</sup> e as taxas de hospitalização mais baixas nos pacientes com valores acima de 35 kg/m<sup>2</sup>.
- b) o aumento da mortalidade é observado em pacientes com valores superiores a 30 kg/m<sup>2</sup> e portanto recomenda-se a adoção de dietas hipocalóricas para promoção da perda de peso.
- c) para valores entre 35 e 39,9 kg/m<sup>2</sup> recomenda-se a manutenção do peso corporal com a finalidade de evitar as complicações da doença e reduzir a mortalidade.
- d) valores entre 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> associam-se paradoxalmente com menor mortalidade e hospitalização quando comparado a valores entre 20 e 25 kg/m<sup>2</sup>.

45. A triagem nutricional é um procedimento que objetiva a detecção precoce do risco nutricional. No paciente oncológico sua aplicação é fundamental, visto que a depleção nutricional pode ocorrer associado a presença da doença e devido aos tratamentos propostos. Sendo assim são instrumentos de triagem nutricional indicados para utilização nestes pacientes:

- a) Avaliação Global Subjetiva Produzida Pelo Paciente versão reduzida (ASG-PPP versão reduzida), Índice de Risco Nutricional (IRN), Avaliação Nutricional Global Subjetiva (ANSG) e Mini Avaliação Nutricional (MNA).
- b) Triagem de Risco Nutricional (NRS), Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição (MUST), Avaliação Global Subjetiva Produzida Pelo Paciente versão reduzida (ASG-PPP versão reduzida) e Instrumento de Triagem de Desnutrição (MST).
- c) Triagem de Risco Nutricional (NRS), Avaliação Nutricional Subjetiva Global (ANSG), Instrumento de Triagem de Desnutrição (MST) e Índice de Prognóstico Nutricional e Inflamatório (PINI)
- d) Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição (MUST), Avaliação Global Subjetiva Produzida Pelo Paciente versão reduzida (ASG-PPP versão reduzida), Mini Avaliação Nutricional (MNA) e Índice de Prognóstico Nutricional (IPN).

46. No paciente com queimadura grave, a resposta metabólica ao estresse deve ser atenuada prevenindo o estresse celular oxidativo e modulando a resposta imune. A terapia nutricional na fase de fluxo pode ser caracterizada da seguinte forma:

- a) promover anabolismo com ingestão energética de 35 a 40 kcal/kg/dia, 1,5 a 2g/kg/dia, aumento das necessidades de vitamina C e reposição de ferro, cálcio e potássio.
- b) minimizar o catabolismo com ingestão energética de 20 a 25 kcal/kg/dia, 1 a 1,5g/kg/dia, aumento das necessidades de vitaminas lipossolúveis e reposição de cloro, sódio e potássio.
- c) minimizar o catabolismo com ingestão energética de 25 a 30 kcal/kg/dia, 1,2 a 2g/kg/dia, aumento das necessidades de vitaminas do complexo B e reposição de potássio, magnésio e zinco.
- d) promover anabolismo com ingestão energética de 25 a 35 kcal/kg/dia, 3 a 3,5g/kg/dia, aumento das necessidades de vitaminas do complexo B e reposição de fósforo, potássio e ferro.

47. Pode-se considerar como uma característica do metabolismo da glicose e da insulina na uremia:

- a) hiperinsulinemia em jejum
- b) sensibilidade periférica à ação da insulina aumentada
- c) vias glicolíticas aumentadas
- d) nível de peptídeo C proinsulina diminuído

48. No escore de desnutrição-inflamação, o *Malnutrition-Inflammation Score- MIS*, proposto por Kalantar-Zadeh, 2001, inclui nos testes laboratoriais:

- a) Proteínas totais e ferritina
- b) Albumina e globulina
- c) Total iron binding capacity-TIBC e globulina
- d) Albumina e total iron binding capacity-TIBC

49. Paciente J.F.M., sexo feminino, 57 anos com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, em tratamento com metformina (1000 mg/dia) foi encaminhada ao Serviço de Nutrição de hospital universitário. Dados antropométricos: Estatura: 1,62m; Peso 76,9 kg. Considerando os dados apresentados a dieta deverá ter as seguintes características:

- a) proteínas 15 a 20%, carboidratos 45 a 55% e lipídios 25 a 35%.
- b) oferta de fibras de 14 g /1.000 kcal e no máximo 7% de lipídios saturados.
- c) lipídios 20 a 35% do VET e limitar saturados em até 10%.
- d) no máximo 45% de carboidratos e 5 % de sacarose.

50. Leia as assertivas abaixo considerando as recomendações das diretrizes da ESPEN para o paciente com doença inflamatória intestinal.

1. A nutrição enteral parece segura e pode ser recomendada como suporte terapêutico de acordo com a prática nutricional padrão em pacientes com colite ulcerativa grave.
2. A nutrição enteral exclusiva é eficaz e é recomendada como a primeira linha de tratamento para induzir remissão em crianças e adolescente com Doença de Crohn ativa aguda.
3. Formulações ou substratos específicos por exemplo, glutamina, ácidos graxos n-3 são recomendados no uso de nutrição enteral ou parenteral na doença inflamatória intestinal.
4. Pacientes com Doença de Crohn e fístula distal ileal de baixo débito podem receber todo o suporte nutricional por meio da via enteral (geralmente como alimento).
5. A terapia com probióticos deve ser considerada para a manutenção remissão na Doença de Crohn.

Assinale a opção **CORRETA**. As assertivas:

- a) 2 e 4 são falsas.
- b) 3 e 5 são falsas.
- c) 3, 4 e 5 são verdadeiras.
- d) 1 e 3 são verdadeiras.