

1. Em 1985 com a eleição indireta para Presidente da República, encerra-se o regime militar no Brasil. Neste contexto ocorre grande mobilização popular na qual foram discutidas as principais demandas do movimento sanitário que foram:
 - a) fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária à saúde, constituindo o Sistema Único de Saúde.
 - b) fortalecer o setor público e privado do setor saúde.
 - c) fortalecer o setor privado, expandir a medicina previdenciária e criar o SUS.
 - d) expandir a cobertura a todos os cidadãos e integrar a medicina previdenciária.
 - e) simplesmente criar o Sistema Único de Saúde.
2. O Sistema Único de Saúde, criado após o movimento da Reforma Sanitária e da Constituinte de 1988, é embasado nas seguintes Leis:
 - a) Constituição Federal, Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990
 - b) Constituição Federal e Decreto Nº 7.508/2011
 - c) Constituição Federal, a Resolução 322/2003 e a Lei 8080/1990
 - d) Constituição Federal e Resolução 322/2003
 - e) Constituição Federal e Lei 8.142/1990
3. O movimento sanitário que elaborou as bases para a implantação do Sistema Único de Saúde, teve sua culminância em uma Conferência Nacional de Saúde. Sobre esse assunto, assinale a alternativa que corresponde a Conferência e ano de realização, respectivamente:
 - a) 8ª CNS em 1987
 - b) 5ª CNS em 1986
 - c) 7ª CNS em 1986
 - d) 8ª CNS em 1986
 - e) 9ª CNS em 1986
4. A Lei Orgânica da Saúde em seu artigo 7º prevê os princípios fundamentais do SUS que são:
 - a) Universalidade, Equidade e Controle Social.
 - b) Universalidade, Equidade e Integralidade.
 - c) Universalidade, Integralidade e Regionalização.
 - d) Universalidade, Equidade e Hierarquização.
 - e) Territorialização, Resolutividade e Controle Social.
5. A Política Nacional de Humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores do SUS, existe desde 2003 e deve se fazer presente em todas as políticas e programas do Sistema Único, possuindo os seguintes princípios:
 - a) acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários.
 - b) acolhimento, ambiência e defesa dos direitos dos usuários.
 - c) acolhimento, gestão participativa e valorização do trabalhador.
 - d) acolhimento, ambiência e clínica ampliada e compartilhada.
 - e) acolhimento, ambiência e cogestão.
6. A Constituição Brasileira em seu artigo 196 define saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse artigo, na prática, significou:
 - a) a criação do Ministério da Saúde
 - b) a base fundamental para a criação do Sistema Único de Saúde
 - c) a criação de Unidades Básicas de Saúde
 - d) definição de Saúde de acordo com a Organização Mundial da Saúde
 - e) a criação do Conselho Nacional de Saúde
7. A formação e educação permanente é um tema prioritário da Política Nacional de humanização à saúde e compreende:
 - a) mobilizar gestores e trabalhadores para a educação em saúde.
 - b) promover alimentação adequada e saudável aos servidores gestores e usuários.
 - c) incluir práticas corporais e atividades físicas nas ações.
 - d) mobilizar, sensibilizar e promover capacitação para gestores e trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de ações de educação em saúde.
 - e) promover o enfrentamento do uso abusivo de tabaco e do álcool.
8. Uma das Diretrizes do Sistema Único é a Participação Popular, para que a sociedade possa participar das formulações de estratégias de ação, do controle e avaliação das políticas de saúde. Para tanto devem existir:
 - a) Conselhos de Educação
 - b) Conselhos e Conferências de Saúde
 - c) Conselhos de pais e mestres
 - d) Clubes de mães da comunidade
 - e) Conselho Diretor das Unidades de Saúde

9. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, todas as Unidades de Saúde são consideradas:
- a) espaço para consultas e atendimentos diversos.
 - b) locais para a realização de procedimentos em saúde.
 - c) espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a Rede de atenção à saúde.
 - d) espaço público para realização de atendimentos e atividades em saúde.
 - e) espaço somente para consultas.
10. A longitudinalidade do cuidado é uma das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e pressupõe:
- a) a relação de cuidado igualitário entre profissionais e usuários do SUS.
 - b) relação fraterna de trabalho entre trabalhadores e usuários do SUS.
 - c) uma relação horizontal e dialógica na atenção à saúde.
 - d) relação de compreensão e harmonia no serviço de saúde entre profissionais e usuários.
 - e) a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções.
11. Implantado como Programa em 1994 com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde no Brasil, a Estratégia Saúde da Família é composta por no mínimo:
- a) médico generalista, enfermeiro generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem e no máximo 12 agentes comunitários de saúde.
 - b) médico, enfermeiro, dentista, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
 - c) dois médicos generalistas, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde.
 - d) médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
 - e) enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.
12. O Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo objetivo principal é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica foi instituído pela Portaria:
- a) Portaria Nº 1.657 /MS /2011
 - b) Portaria Nº 1.654/MS /2014
 - c) Portaria Nº 1.654/MS/ 2011
 - d) Portaria Nº 1.802/MS/2008
 - e) Portaria Nº 150/MS/2018
13. A Portaria Nº 4.279 de dezembro de 2010 estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS e apresenta a seguinte conceituação de RAS:
- a) "São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade da assistência"
 - b) "São arranjos organizativos de ações e serviços que visam a assistência integral da saúde"
 - c) "São formas de gerenciar, planejar e organizar os serviços de saúde"
 - d) "É uma sequência de encaminhamentos"
 - e) "São ações de planejamento e execução de ações encadeadas e hierarquizadas"
14. A constituição de 1988 determinou no artigo 198, que a sociedade participasse da gestão do Sistema Único de Saúde. Dois anos depois, duas leis trouxeram conteúdos importantes sobre essa participação. A Lei Nº 8.080 aborda aspectos relacionados ao Conselho Nacional de Saúde. A outra lei no mesmo ano que dispõe sobre a participação da comunidade é:
- a) Lei Nº 7.520 /90
 - b) Lei Nº 8.081/90
 - c) Lei Nº 8.142/90
 - d) Lei Nº 8.147/90
 - e) Lei Nº 8.242/90
15. A Resolução Nº 333/2003 do CNS, aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, os quais possuem as características:
- a) Colegiado e deliberativo
 - b) Colegiado e consultivo
 - c) Colegiado, consultivo e deliberativo
 - d) Colegiado, permanente e deliberativo
 - e) Colegiado, permanente e consultivo

Leia o texto abaixo para responder a questão 16.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) foi instituído oficialmente por meio da Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005, cujo objetivo é reduzir e controlar a Hipovitaminose A, a mortalidade e morbidade em crianças de 6 a 59 meses de idade. A partir de 2012 o programa foi expandido para todas as crianças residentes nas Regiões Norte e Nordeste e em diversos municípios das Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, além dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

16. A administração da vitamina A para crianças menores de 12 meses deve seguir as seguintes orientações:

- a** todas as doses de 200.000 UI administradas de janeiro a junho correspondem a 1ª dose do ano.
- b** as doses administradas de julho a dezembro correspondem à dose primária do ano para as crianças que receberam a primeira dose de 200.000 UI no 1º semestre do ano.
- c** recomenda-se suplementar a criança que faz o uso diário de polivitamínico com vitamina A ou qualquer outro suplemento isolado de vitamina A.
- d** as doses administradas de 50.000 UI administradas de janeiro a junho correspondem a 1ª dose do ano.
- e** as doses de 150.000 UI administradas de julho a dezembro correspondem a 1ª dose para relatório do programa.

Leia o texto abaixo para responder a questão 17.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, em 2030, podem-se esperar 27 milhões de novos casos de câncer e 75 milhões de pessoas vivendo com a doença. No Brasil, a estimativa para o biênio de 2016-2017, aponta a ocorrência de aproximadamente 600 mil casos novos de câncer em cada um desses anos, incluindo os casos de pele não melanoma, o que reforça a magnitude do problema no país.

(INCA, 2016).

17. Pacientes oncológicos adultos internados em unidades de terapia intensiva (UTI) são considerados críticos e necessitam de uma terapia nutricional especializada pois desenvolvem a síndrome anorexia-caquexia que é responsável pela:

- a** perda ponderal voluntária e astenia.
- b** atrofia da massa muscular e perda de peso voluntária.
- c** astenia e perda de peso involuntária.
- d** perda de massa magra voluntária e astenia.
- e** alterações metabólicas na fase inicial da doença.

Leia o texto abaixo para responder a questão 18.

Tradicionalmente, a terapia nutricional para o paciente crítico era considerada um cuidado adjuvante, fornecendo combustível exógeno para preservar a massa magra durante a resposta ao estresse. Nas últimas três décadas, a terapia nutricional tem o papel, além de nutrir, de fornecer nutrientes que atenuem a resposta imunoinflamatória ao estresse

(MCCLAVE et al., 2013, 2016; OSLAND et al., 2014).

18. Sobre dietas Imunomoduladoras para paciente oncológico, é correto afirmar que:

- a** não existem benefícios do uso de dietas imunomoduladoras enriquecidas com arginina, nucleotídeos e ômega-3 em pacientes oncológicos a serem submetidos à cirurgia de grande porte do trato digestório e de cabeça e pescoço.
- b** não tem demonstrado redução nas complicações perioperatórias e do tempo de hospitalização em pacientes em unidade de terapia intensiva.
- c** fórmulas enterais com imunonutrientes (arginina, ácido eicosapentaenoico – EPA, ácido docosa-hexaenoico – DHA, glutamina e ácido nucleico) devem ser usadas rotineiramente para pacientes críticos em unidades de internação da clínica médica.
- d** fórmulas enterais com imunonutrientes (arginina, ácido eicosapentaenoico – EPA, ácido docosa-hexaenoico – DHA, glutamina e ácido nucleico) não devem ser usadas rotineiramente para pacientes críticos em unidades de internação da clínica médica.
- e** os imunonutrientes variam nas quantidades, nas proporções entre eles e podem ser considerados equivalentes.

19. Sobre Dieta Imunomoduladora para pacientes adultos, quando deverá ser iniciada e descontinuada:

- a** Iniciar: de dois a quatro dias antes de cirurgias de grande porte do trato digestório e de cabeça e pescoço, independente do estado nutricional e Descontinuar: no dia da cirurgia ou até o quinto dia de pós-operatório.
- b** Iniciar: de cinco a dez dias antes de cirurgias de grande porte do trato digestório e de cabeça e pescoço, independente do estado nutricional e Descontinuar: no dia da cirurgia ou até o décimo dia de pós-operatório.
- c** Iniciar: de três a quatro dias antes de cirurgias de grande porte do trato digestório e de cabeça e pescoço, independente do estado nutricional e Descontinuar: no dia da cirurgia ou até o sétimo dia de pós-operatório.
- d** Iniciar: de três a quatro dias antes de cirurgias de grande porte do trato digestório e de cabeça e pescoço, independente do estado nutricional e Descontinuar: no dia da cirurgia ou até o décimo dia de pós-operatório.
- e** Iniciar: de cinco a dez dias antes de cirurgias de grande porte do trato digestório e de cabeça e pescoço, independente do estado nutricional e Descontinuar: no dia da cirurgia ou até o sétimo dia de pós-operatório.

20. No Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, o esquema para administração em puérperas prevê:

- a** as mulheres grávidas ou em idade fértil, que podem estar na etapa inicial da gravidez sem saber, devem receber a megadose de vitamina A.
- b** os suplementos de vitamina A em grandes doses administradas no início da gravidez podem causar problemas de má-formação fetal (teratogenicidade).
- c** só é seguro fornecer suplementos de vitamina A em megadoses (200.000 UI) a puérperas, até 7 dias após a alta hospitalar.
- d** as puérperas devem receber uma única dose de vitamina A na concentração de 100.000 UI, imediatamente após o parto, na maternidade ou hospital.
- e** a suplementação de mulheres no pós-parto imediato acontece somente na Região Nordeste e em alguns municípios localizados na Região Norte, estados de Minas Gerais e Mato Grosso.

Leia o texto abaixo para responder a questão 21.

A anemia por deficiência de ferro é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil em virtude das altas prevalências e da estreita relação com o desenvolvimento das crianças. No mundo, é considerada a carência nutricional de maior magnitude, destacando-se a elevada prevalência em todos os segmentos sociais, acometendo principalmente crianças menores de dois anos de idade e gestantes.

(BRASIL, 2013). Pag 11

21. As ações de prevenção da anemia devem priorizar intervenções que contribuam para o enfrentamento dos seus principais determinantes. Assinale a alternativa correta quanto ao esquema do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

- a** A gestante não deve fazer suplementação profilática com ferro e sim ser orientada a ingestão de alimentos que contenham farinhas enriquecidas com ferro e ácido fólico e alimentação adequada e saudável com ingestão de ferro de alta biodisponibilidade.
- b** Deve ser estimulado o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e suplementação profilática de ferro para qualquer criança, independentemente da condição ponderal.
- c** A partir dos seis meses a criança deverá iniciar a introdução alimentar saudável e adequada em frequência, quantidade e biodisponibilidade de ferro, bem como a suplementação profilática de ferro, com o desmame.
- d** Fortificação dos alimentos preparados para as crianças com micronutrientes em pó, não é indicado para crianças menores de 2 anos.
- e** Na gestação deve ser realizada a suplementação profilática com ferro e ácido fólico, bem como a orientação de consumo de farinhas enriquecidas com ferro e ácido fólico e alimentação saudável com ingestão de ferro de alta biodisponibilidade.

22. Os suplementos de ferro e ácido fólico deverão estar gratuitamente disponíveis nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde, em todos os municípios brasileiros. Sobre a suplementação de ferro é correto afirmar que:

- a** a suplementação é recomendada nos casos de aborto na dose de 20 mg de ferro elementar/dia até o terceiro mês pós-aborto.
- b** todas as mulheres até o primeiro mês pós-parto devem ser suplementadas apenas com ferro.
- c** a suplementação profilática com ferro pode ocasionar o surgimento de efeitos colaterais como: vômitos, diarreia e constipação intestinal.
- d** crianças em aleitamento materno exclusivo devem receber suplementos a partir do quarto mês de idade.
- e** nos casos de aborto deve ser feita a suplementação de 10 mg de ferro elementar/dia até o primeiro mês pós-aborto.

23. Sobre as Boas Práticas na manipulação de Dietas Enterais e Parenterais, é correto afirmar que:

- a** cabe ao enfermeiro a responsabilidade pelo registro em prontuário da linha do cuidado de pacientes com dietas enterais da equipe de saúde.
- b** a guarda do prontuário é de responsabilidade do serviço de saúde devendo obedecer às normas vigentes, bem como deverá ser assegurado a guarda dos prontuários no que se refere à confidencialidade e integridade.
- c** os dados que compõem o prontuário devem estar permanentemente disponíveis à autoridade sanitária quando necessário e ao paciente com mandato judicial para consulta aos registros.
- d** o serviço de saúde deve garantir a continuidade do fornecimento de água, sendo isento em caso de interrupção do fornecimento pela concessionária, nos locais em que a água é considerada insumo crítico.
- e** o serviço de saúde deve garantir que os trabalhadores com agravos agudos à saúde ou com lesões nos membros superiores só iniciem suas atividades com luvas adequadas.

Leia o texto abaixo para responder a questão 24.

O termo "diabetes mellitus" (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina.

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

24. Sobre a Fisiopatologia do Diabetes Mellitus (DM) é correto afirmar que:

- a** o termo "tipo 1" indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência relativa de insulina e quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose.
- b** o termo "tipo 2" é usado para designar uma deficiência absoluta de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1.
- c** Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico.
- d** no DM tipo 2 a cetoacidose é frequente, em geral é ocasionada por infecção ou estresse muito grave.
- e** com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se uma diminuição na incidência de diabetes em adultos.

25. O controle dos níveis glicêmicos é essencial para o tratamento do Diabetes Mellitus (DM). Com a realização do controle metabólico o paciente mantém-se assintomático e previne-se das complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade (BRASIL, 2013). Dentre o tratamento dietoterápico dos 10 passos para pessoa portadora de Diabetes Mellitus tipo 2 é correto afirmar que:

- a** são recomendadas dietas "Low Carb", isto é, com menos de 130g de carboidratos/dia.
- b** a carga glicêmica associa o índice glicêmico à quantidade de carboidratos ingeridos e está relacionada positivamente com o diabetes tipo 2.
- c** a utilização de dietas com baixo índice glicêmico-IG não serve como estratégia complementar no plano alimentar para o diabético, principalmente em períodos de hiperglicemias.
- d** o consumo de fibras solúveis está associado a piora do controle glicêmico.
- e** o farelo de aveia é o alimento com menor teor de fibras solúveis, portanto seu consumo não deve ser estimulado.

Leia o texto abaixo para responder a questão 26.

A Organização Mundial de Saúde – OMS aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde no mundo (WHO, 2010). Sabe-se que a obesidade é uma doença multifatorial, recidivante e muitas vezes silenciosa, e se não prevenida e cuidada corretamente, tem um impacto devastador na vida do indivíduo, bem como na economia do País.

(BRASIL, 2017).

26. Alguns fatores de risco para desenvolvimento de obesidade na infância são:

- a** prematuridade, bebês pequenos para idade gestacional (PIG), bebês grandes para idade gestacional (GIG), filhos de mães diabéticas, pais obesos e introdução de fibras alimentares solúveis antes dos dois anos de vida.
- b** filhos de mães diabéticas, pais obesos, interrupção precoce do aleitamento materno e introdução inadequada da alimentação complementar, com oferta de alimentos com gorduras poliinsaturados antes dos dois anos de vida.
- c** pais obesos, interrupção precoce do aleitamento materno e introdução de fibras alimentares insolúveis antes dos dois anos de vida.
- d** prematuridade, bebês pequenos para idade gestacional (PIG), bebês grandes para idade gestacional (GIG), filhos de mães diabéticas, pais obesos e interrupção precoce do aleitamento materno.
- e** pais obesos, filhos de mães diabéticas, introdução de alimentos aos seis meses de idade com fibras solúveis e gordura poliinsaturada.

27. Mais recentemente, o estudo populacional de base escolar ERICA 2 - Estudo de Risco Cardiovascular em Adolescentes, constatou taxa de obesidade de 8,4% entre os adolescentes, sendo mais alta na região Sul, atingindo 12,5% do total. O excesso de peso foi constatado em 17,1% do total de estudantes (BLOCH et al., 2016). Os períodos críticos na infância e adolescência para desenvolvimento da obesidade, levando-se em consideração os fatores de risco, são:

- a** período intrauterino, o primeiro ano de vida, entre cinco e seis anos e adolescência.
- b** primeiro ano de vida, entre cinco e seis anos e adolescência.
- c** período intrauterino, o primeiro ano de vida e adolescência.
- d** Período intrauterino, o primeiro ano de vida, entre 8 a 10 anos e adolescência.
- e** após os seis meses de vida, primeiro ano de vida, entre cinco e seis anos e adolescência.

28. Um dos alicerces para o enfrentamento do excesso de peso e da obesidade reside na promoção da alimentação saudável. A 2ª edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2014, aborda quais cuidados e caminhos são recomendados para se alcançar uma alimentação saudável, saborosa e balanceada. Segundo o manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira (2017), as orientações para açúcares, gordura e sal são:

- a** açúcares livres não devem ultrapassar 20% do VET.
- b** gorduras saturadas não devem ultrapassar 20% do VET.
- c** consumo máximo de sódio recomendado 3g/dia.
- d** consumo máximo de sal de cozinha é equivalente a 8g por dia.
- e** consumir ao máximo por dia de 3 porções de frutas e 3 porções de verduras e legumes.

29. Em 2014, a Pesquisa Nacional de Saúde-PNS, mediu a pressão arterial (PA) de moradores selecionados em domicílios sorteados, utilizando aparelhos semi-automáticos digitais, calibrados. Foram realizadas três medidas de Pressão Arterial (PA), com intervalos de dois minutos, considerando-se a média das duas últimas, inseridas em smartphone. A prevalência geral de PA $\geq 140/90$ mmHg foi 22,3%, com predomínio entre os homens (25,3% vs 19,5%), variando de 26,7% no Rio de Janeiro a 13,2% no Amazonas, com predomínio na área urbana em relação à rural (21,7% vs 19,8%). São considerados fatores protetores para desencadeamento de Hipertensão arterial:

- a** HDL > 20 mg/dl para homens e > 30 mg/dl para mulheres, Triglicérides ≤ 150 mg/dl para ambos os sexos.
- b** Obesidade abdominal < 100 cm para homens e < 94 cm para mulheres.
- c** Glicemia > 100 mg/dl e HDL < 30 mg/dl para homens.
- d** HDL > 40 mg/dl e Triglicérides ≤ 150 mg/dl para homens.
- e** Obesidade abdominal > 94 cm para homens e glicemia ≤ 100 mg/dl para mulheres.

- 30.** A Atenção Nutricional é parte do cuidado integral na Rede de Assistência à Saúde-RAS, abrangendo os cuidados relativos à alimentação e nutrição que devem estar associados às demais ações de atenção à saúde do SUS, para indivíduos, famílias e comunidades, contribuindo para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados (BRASIL,2015). Sobre aspectos relacionais a avaliação nutricional é correto afirmar que:
- o peso é a soma de todos os componentes da composição corporal e reflete mudanças no equilíbrio energético-proteico do indivíduo, sendo utilizado como um dos marcadores diretos da massa protéica e reservas de energia.
 - em indivíduos acamados ou que não podem manter-se em pé, a aferição do peso atual torna-se difícil. É possível estimar o peso por meio de medidas de segmentos, perímetros corporais e equações matemáticas, como as sugeridas por Chumlea e Cols (1985).
 - em indivíduos acamados ou que não podem manter-se em pé, a aferição do peso atual torna-se difícil. É possível estimar o peso por meio de medidas de segmentos como Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Circunferência da Cintura.
 - o peso é a soma de todos os componentes da composição corporal e reflete mudanças no equilíbrio energético-proteico do indivíduo, sendo utilizado como um dos marcadores diretos da Avaliação Subjetiva Global.
 - a Altura é um dos componentes da composição corporal e reflete mudanças no equilíbrio energético-proteico do indivíduo, sendo utilizado como um dos marcadores diretos da massa proteica e reservas de energia.
- 31.** Os requerimentos hídricos para os pacientes baseiam-se na oferta de líquidos preconizada para indivíduos normais são:
- de 18 a 55 anos, 25 ml/kg de peso atual/dia; de 55 a 65 anos, 20 ml/kg de peso atual/dia; mais de 65 anos, 15 ml/kg de peso atual/dia.
 - de 18 a 45 anos, 15ml/kg de peso atual/dia; de 46 a 55 anos, 20 ml/kg de peso atual/dia; mais de 55 anos 25 ml/Kg de peso atual/dia.
 - de 18 a 55 anos, 20 ml/kg de peso atual/dia; de 55 a 65 anos, 25 ml/kg de peso atual/dia; mais de 65 anos, 15 ml/kg de peso atual/dia.
 - de 18 a 55 anos, 35 ml/kg de peso atual/dia; de 55 a 65 anos, 30 ml/kg de peso atual/dia; mais de 65 anos, 25 ml/kg de peso atual/dia.
 - de 18 a 55 anos, 10 ml/kg de peso atual/dia; de 55 a 65 anos, 15 ml/kg de peso atual/dia; mais de 65 anos, 25 ml/kg de peso atual/dia.
- 32.** São indicadores de risco na avaliação nutricional:
- Albumina \leq 5,5 mg/dl; Colesterol sérico total $<$ 160 mg/dl; Proteína C reativa \geq 5 mg/dl.
 - Proteína C reativa \geq 2 mg/dl e tumor de cavidade oral, faringe, laringe, esôfago, abdominal e pulmão, Radioterapia e cirurgias (cabeça e pescoço, tórax e abdômen).
 - Albumina \leq 3,5 mg/dl; Colesterol sérico total $<$ 160 mg/dl; Proteína C reativa \geq 10 mg/dl.
 - Albumina \leq 4,5 mg/dl; Colesterol sérico total $<$ 180 mg/dl e paciente em quimioterapia.
 - Albumina \leq 3,5 mg/dl; Colesterol sérico total $<$ 130 mg/dl; Proteína C reativa \geq 10 mg/dl.
- 33.** Crianças que sofreram asfixia perinatal grave, portadoras de síndromes genéticas, com diversos tipos de infecções congênicas e com malformações do sistema nervoso central podem ter distúrbios neurológicos. Frequentemente elas não têm coordenação motora-oral, dificuldades na deglutição e na sucção, na coordenação de ambas com a respiração, refluxo gastroesofágico, além de eventualmente não aceitarem a alimentação, com risco de se desnutrirem (BRASIL, 2015). No caso de a criança não ter condições de sugar a mama ou tem sucção fraca, a conduta nutricional deve ser:
- a Mãe deve ser orientada a realizar ordenha com frequência de 3 em 3 horas e oferecer fórmula de partida a noite.
 - estimular a região peri oral da criança e incentivar a introdução da fórmula de partida para evitar broncoaspiração.
 - mesmo que a criança estabeleça coordenação entre sucção, deglutição e respiração, a mãe não pode oferecer o seio.
 - a hipotonia característica das crianças portadoras de síndrome de Down costuma ser um dos fatores que dificultam o aleitamento materno, portanto nestes casos é contraindicado a amamentação.
 - o apoio do serviço de saúde nessas circunstâncias concorre para o aumento do vínculo entre os profissionais e a dupla mãe-bebê e a família, bem como consolidam direitos humanos de forma inclusiva.

- 34.** O conjunto de estratégias da organização da linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, tem como objetivo qualificar e organizar a atenção a essas pessoas por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado nos diversos pontos das Rede de Assistência à Saúde-RAS e também com a integração de outros equipamentos públicos do território. Entre as possíveis ações que podem compor a linha de cuidado, estão:
- a** o estímulo a hortas comunitárias, bloqueando o acesso à cirurgia bariátrica.
 - b** oficinas culinárias que valorizem os alimentos regionais estimulando o encaminhamento à cirurgia bariátrica.
 - c** a promoção de atividades de educação alimentar e nutricional e o incentivo às práticas corporais em escolas ou em polos do Programa Academia da Saúde.
 - d** a instituição de grupos de apoio para o controle do peso (perda, ganho ou manutenção do peso) e uso de medicação inibidora de apetite.
 - e** a organização da comunicação entre os diferentes pontos da RAS para a garantia do cuidado adequado às pessoas com obesidade e agendamento da Cirurgia como prioridade.
- 35.** As gestantes com Síndrome HELLP, de preferência, devem ser hospitalizadas para avaliação diagnóstica inicial e mantidas com dieta normossódica e repouso (BRASIL, 2012). Sobre a terapia para Gestantes de Alto Risco com pré-eclâmpsia é correto afirmar que:
- a** a presença de náuseas, vômitos e/ou dor epigástrica é um fator de risco comum, portanto não necessita de terapia específica.
 - b** a ingestão de sódio deve ser restrita a 3,4g diariamente (uma ponta de bocal de caneta Bic = 3,4g).
 - c** as que estiverem em dieta mais restrita de sal devem ser mantidas com 2,4g diárias (uma ponta de bocal de caneta Bic = 2,4g).
 - d** as crianças de mães que usam anti-hipertensivos e que amamentam ao seio devem informar o pediatra para vigilância de eventuais efeitos adversos.
 - e** as crianças de mães que usam anti-hipertensivos não devem ser encorajadas a amamentação ao seio.
- 36.** A Portaria MS/GM nº 424, de 19 de março de 2013, redefine as diretrizes da organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária. A finalidade é fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado. Nesse sentido é correto afirmar que:
- a** é componente da atenção básica, diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação.
 - b** é subcomponente ambulatorial especializado: prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Telessaúde.
 - c** é componente da atenção especializada, realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade.
 - d** é subcomponente hospitalar: prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem Índice de Massa Corporal (IMC) entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas.
 - e** subcomponente ambulatorial especializado: organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde.
- 37.** A avaliação do estado nutricional de crianças pré-termo pode ser realizada por meio das curvas de crescimento para prematuros, utilizando-se diretamente a idade cronológica da criança. Após as 40 semanas de idade cronológica, as curvas de referência de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), que estão disponíveis na Caderneta da Criança, são utilizadas para a avaliação nutricional, empregando a idade corrigida. Sendo assim, calcule a Idade Corrigida (IC) de uma criança cuja Idade Cronológica (ICr) é igual a 44 semanas e a Idade Gestacional (IG) ao nascimento é igual a 28 semanas, e assinale a afirmativa correta.
- a** Idade Corrigida (IC) = 12 semanas
 - b** Idade Corrigida (IC) = 34 semanas
 - c** Idade Corrigida (IC) = 32 semanas
 - d** Idade Corrigida (IC) = 16 semanas
 - e** Idade Corrigida (IC) = 20 semanas

38. A terapia nutricional em paciente oncológico crítico pediátrico, é indicada:

- a** o mais precocemente possível: em até 48 h após a admissão na UTI ou logo após a estabilidade hemodinâmica, com a oferta de pelo menos 25% das necessidades energéticas.
- b** o mais precocemente possível: em até 24 h após a admissão na UTI ou logo após a estabilidade hemodinâmica, com a oferta de pelo menos 20% das necessidades energéticas.
- c** o mais precocemente possível: em até 36 h após a admissão na UTI ou logo após a estabilidade hemodinâmica, com a oferta de pelo menos 35% das necessidades energéticas.
- d** o mais precocemente possível: em até 48 h após a admissão na UTI independente da estabilidade hemodinâmica, com a oferta de pelo menos 25% das necessidades energéticas.
- e** o mais precocemente possível: em até 24 h após a admissão na UTI ou logo após a estabilidade hemodinâmica, com a oferta de pelo menos 10% das necessidades energéticas.

39. De acordo com o Regulamento Técnico que fixa os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral (TNE), aprovados na Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC nº 63, de 6 de julho de 2000, é correto afirmar que:

- a** o médico é responsável pela prescrição dietética da TNE.
- b** o nutricionista é responsável pela supervisão da preparação da Nutrição Enteral (NE).
- c** a NE não industrializada poderá ser manipulada para aguardar sua posterior administração.
- d** toda NE preparada, deve ser conservada sob refrigeração, em geladeira exclusiva, com temperatura de - 2°C a 8°C.
- e** a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) deve ser constituída exclusivamente pelas categorias profissionais, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro e farmacêutico.

Leia o texto abaixo para responder a questão 40.

Informar a gestante sobre a prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de colaborar para que a mãe e a criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, gerando grande impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno.

(BRASIL, 2015)

40. Quanto aos aspectos relacionados à amamentação no pré-natal, são consideradas práticas efetivas:

- a** Realizar o exame e a “preparação” das mamas para amamentação.
- b** orientar a gestante sobre a pega e opções de posição para amamentar
- c** aconselhar a gestante sobre o uso de sabonete e creme nas mamas.
- d** ensinar o exercício de Hoffman e a interpretação do choro do bebê.
- e** orientar sobre o uso do sutiã e manobras para aumentar e fortalecer o mamilo.

Leia o texto abaixo para responder a questão 41.

De acordo com as fases do curso da vida, índices antropométricos e demais parâmetros são adotados para vigilância nutricional, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

(BRASIL, 2011).

41. Considerando cada curso da vida, assinale a alternativa correta que está com os índices e parâmetros correspondentes.

- a** Para avaliação da vigilância nutricional da criança = Peso por idade; Estatura por idade; Peso por estatura.
- b** Para vigilância nutricional do adolescente = Estatura por idade; Índice de Massa Corporal (IMC) por Idade.
- c** Para vigilância nutricional do adulto = IMC; Peso por idade.
- d** Para vigilância nutricional da Gestante = Ganho de peso gestacional.
- e** Para vigilância nutricional do Idoso = IMC; Circunferência da cintura.

Leia o texto abaixo para responder a questão 42.

A vantagem do uso de indicadores antropométricos na avaliação do estado nutricional de indivíduos ou populações, é a grande quantidade de ferramentas e recursos metodológicos e técnicos já disponíveis para avaliação do estado nutricional.

(BRASIL, 2015)

- 42.** Considerando definições e conceitos para o diagnóstico e acompanhamento do estado nutricional de indivíduos e populações, é correto afirmar que:
- a** o indicador é a combinação entre duas medidas antropométricas (por exemplo, peso e estatura) ou entre uma medida antropométrica e uma medida demográfica.
 - b** o índice corresponde à classificação que é atribuída a um indivíduo ou a uma população, saudável ou não, como resultado da aplicação de um valor crítico.
 - c** os pontos de corte correspondem aos limites que separam os indivíduos que estão saudáveis daqueles que não estão.
 - d** uma população de referência é aquela cujas medidas antropométricas foram aferidas em indivíduos doentes.
 - e** a avaliação antropométrica é um método de investigação aplicável em todas as fases do curso da vida e permite a classificação somente de indivíduos.
- 43.** A avaliação do estado nutricional e do ganho de peso da gestante consiste em:
- a** tomada da medida do peso e da altura, Índice de Massa Corporal (IMC), cálculo da semana gestacional, na primeira consulta. Estimativa do ganho de peso conforme situação nutricional inicial.
 - b** tomada da medida do peso e da altura, Índice de Massa Corporal (IMC). Cálculo do peso em todas as consultas conforme situação nutricional inicial.
 - c** tomada da medida do peso na primeira consulta, o cálculo da semana gestacional e a estimativa do ganho de peso durante a gestação, conforme situação nutricional inicial.
 - d** tomada da medida da altura na primeira consulta, o cálculo da semana gestacional, o IMC e a estimativa do ganho de peso conforme situação nutricional inicial.
 - e** tomada da medida do peso em todas as consultas, o cálculo da semana gestacional e a estimativa do ganho de peso.
- 44.** A Detecção da desnutrição e a intervenção precoce são necessárias para evitar o agravamento do estado nutricional durante a internação. Dessa forma, a melhor maneira para tratar a desnutrição, principalmente do paciente pediátrico é pela implementação da terapia nutricional precoce (BRASIL, 2016). Sendo assim, é possível iniciar a fase de recuperação do estado nutricional:
- a** se inadequado crescimento ou inadequado ganho de peso por aproximadamente 1 mês e antes dos 2 anos de idade.
 - b** após a perda de peso ou ausência de ganho de peso por mais de 1 mês e após 2 anos de idade.
 - c** após a alteração do peso/idade ou peso/estatura abaixo de 2 desvio padrão.
 - d** após a estabilização clínica, verificada pela normalização da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e outros.
 - e** se Dobra Cutânea Tricipital (DCT) > P5 e Ingestão oral < 80% das necessidades.
- 45.** Quanto a indicação da terapia nutricional enteral é correto afirmar que:
- a** as fórmulas enterais poliméricas possuem 100% de aminoácidos livres e são indicadas para fístulas intestinais, intestino curto e alergia grave.
 - b** as fórmulas enterais oligoméricas, também chamadas de elementares, são compostas por proteína hidrolisada, e são indicadas para esteatorréia, diarreia persistente e alergias.
 - c** as fórmulas enterais elementares são 100% aminoácidos livres e são indicadas para fístulas intestinais, má absorção grave, intestino curto e alergia grave.
 - d** as fórmulas enterais semielementares possuem proteínas intactas e são indicadas no estresse metabólico e desnutrição.
 - e** as fórmulas enterais poliméricas possuem 100% de proteínas intactas e são indicadas na diarreia persistente, ressecção intestinal e fibrose cística.

- 46.** A Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com o Ministério da Saúde do Brasil, recomenda aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de idade da criança. Após esse período a criança deverá iniciar a alimentação complementar. Considerando a introdução de novos alimentos na alimentação do lactente, é correto afirmar que:
- a** a alimentação complementar deverá ser iniciada no período entre 6 a 8 meses de idade da criança conforme a aceitabilidade aos novos alimentos.
 - b** a introdução precoce da alimentação complementar pode estar associada a menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco.
 - c** aos seis meses de idade a criança já pode consumir a alimentação da família, como por exemplo, feijão, arroz, carne, hortaliças e ovo.
 - d** na alimentação complementar o leite materno mantém a eficácia da amamentação como método anticoncepcional evitando que a mãe possa ter uma nova gravidez.
 - e** para início da alimentação complementar é necessária que a consistência dos alimentos seja líquida, compatível com a digestibilidade da criança nesta idade.
- 47.** As diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM 1), encontra-se no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellitus Tipo 1, aprovado pela Portaria Conjunta Nº 08, de 15 de Março de 2018. Esse protocolo considera como critério de exclusão para o tratamento e acompanhamento do indivíduo com DM:
- a** sinais e sintomas de hiperglicemia grave (poliúria, polidipsia, polifagia e /ou emagrecimento).
 - b** glicemia aleatória maior do que 200mg/dL, na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia.
 - c** ocorrência de cetoacidose diabética prévia.
 - d** glicemia em jejum de 8h maior ou igual a 126 mg/dL em duas ocasiões.
 - e** pacientes apresentando hipersensibilidade à insulina.
- 48.** Quanto ao tratamento e acompanhamento de indivíduos com Diabetes Mellitus (DM), é correto afirmar que:
- a** recomenda-se a monitorização da glicemia capilar três vezes ao dia a apenas as pessoas com DM tipo 2 em uso de insulina em doses múltiplas.
 - b** os hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, sobre a qual deve ser acrescido o tratamento farmacológico.
 - c** fundamental manter a alimentação adequada e a atividade física regular; evitar o fumo e o excesso de álcool, além de estabelecer metas para o controle de peso.
 - d** alimentos como a frutose, o mel e o açúcar mascavo, devido seu valor calórico, podem ser recomendados para pessoas com DM.
 - e** em situações onde o controle glicêmico encontra-se insatisfatório, é necessária uma abordagem mais específica na alimentação, principalmente quanto à ingestão de proteínas.
- 49.** A Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC) é um estado fisiopatológico que altera a estrutura e a função do músculo cardíaco onde compromete a entrega de oxigênio e nutrientes ao tecido (AMB, 2011). Diante da terapia nutricional do paciente com ICC, recomenda-se:
- a** tratamento das condições pré-existentes como corrigir a dislipidemia, o diabetes e a obesidade além de manter o peso do paciente.
 - b** corrigir o sal da dieta em valores mínimos possíveis é o suficiente, além de evitar a retenção de fluídos.
 - c** realizar a terapia nutricional mediante o uso exclusivo da sonda enteral.
 - d** evitar o uso de diuréticos para não tornar o paciente deficiente em vitaminas e micronutrientes.
 - e** a suplementação com aminoácidos deve ser evitada.
- 50.** São informações mínimas indispensáveis do prontuário do paciente internado que são de competência do nutricionista:
- a** identificação do paciente, triagem nutricional e prescrição do nutrólogo.
 - b** evolução ambulatorial, prescrição nutricional e histórico clínico nutricional.
 - c** triagem, avaliação e diagnóstico nutricional.
 - d** sumário de alta hospitalar e prescrição da nutrição parenteral.
 - e** evolução nutricional e Sistematização do Serviço de Enfermagem.



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - 2020
Categoria Profissional: Nutrição

GABARITO DO CANDIDATO

O gabarito poderá ser copiado, **SOMENTE**, no espelho constante no final do boletim de questões disponibilizado para este fim que somente será destacado no final de sua prova, pelo fiscal de sua sala.

QUESTÃO	ALTERNATIVA	QUESTÃO	ALTERNATIVA
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	