

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROCESSO SELETIVO – EDITAL N.º 28/2016

PROVA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO IDOSO

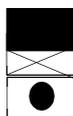
02 DE DEZEMBRO DE 2016

NUTRIÇÃO

CÓDIGO DE PROVA: 00005

**LEIA ATENTAMENTE AS
INFORMAÇÕES E INSTRUÇÕES ABAIXO:**

1. Esta **PROVA** contém 35 questões numeradas de 01 a 35.
2. Confira se sua **PROVA** contém a quantidade de questões correta. Caso negativo, comunique imediatamente ao fiscal de sala para a substituição da prova.
3. Verifique, no **CARTÃO-RESPOSTA**, se os seus dados estão registrados corretamente. Caso encontre alguma divergência, informe imediatamente ao fiscal de sala.
4. Após a conferência, assine seu nome no local indicado.
5. Para as marcações do **CARTÃO-RESPOSTA**, utilize apenas caneta esferográfica, escrita normal, tinta azul ou preta.
6. Para cada uma das questões objetivas, são apresentadas 05 opções identificadas com as letras **A, B, C, D** e **E**. Apenas uma responde corretamente à questão.
7. Para o preenchimento do **CARTÃO-RESPOSTA**, observe:
 - a. Para cada questão, preencher apenas uma resposta.
 - b. Preencha totalmente o espaço compreendido no retângulo correspondente à opção escolhida para resposta. A marcação em mais de uma opção anula a questão, mesmo que uma das respostas esteja correta.
8. O tempo disponível para esta prova é de 03 (três) horas, com início às 14 horas e término às 17 horas.
9. Você poderá deixar o local de prova somente depois das 15 horas.
10. O caderno de prova **NÃO** poderá ser levado pelo candidato.
11. Você poderá ser eliminado da **PROVA**, a qualquer tempo, no caso de:
 - a. Ausentar-se da sala sem o acompanhamento do fiscal;
 - b. Ausentar-se do local de provas antes de decorrida 01 (uma) hora do início da **PROVA**;
 - c. Ausentar-se da sala de provas levando **CARTÃO-RESPOSTA** da Prova Objetiva.
 - d. Ser surpreendido, durante a realização da **PROVA**, em comunicação com outras pessoas ou utilizando-se de livro ou qualquer material não permitido;
 - e. Fazer uso de qualquer tipo de aparelho eletrônico ou de comunicação, bem como protetores auriculares;
 - f. Perturbar, de qualquer modo, a ordem dos trabalhos, incorrendo em comportamento indevido;
 - g. Não cumprir com o disposto no edital do Exame.



Preenchimento correto.
 Preenchimento incorreto.
 Preenchimento incorreto.

RESPOSTAS

RESPOSTAS						
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.
22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.
29.	30.	31.	32.	33.	34.	35.

EM BRANCO

NÚCLEO COMUM

1. A política nacional de atenção básica (PNAB), divulgada por meio da portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A respeito dessa política pública de saúde, a única afirmativa **CORRETA** é que
 - A) as atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. Nesse sentido, compete exclusivamente aos agentes comunitários de saúde participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.
 - B) a atenção básica, que na PNAB tem sentido equivalente a atenção primária à saúde, é conceituada como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde.**
 - C) a saúde é um direito fundamental previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988 como um dever do Estado, portanto a atenção básica não deve ser financiada com recursos federais ou municipais.
 - D) por ser desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, a atenção básica está mais afastada dos usuários e, portanto, não deve ser a principal porta de entrada da rede de atenção à saúde.
 - E) a estratégia de saúde da família visa aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Nesse sentido, a estratégia de saúde da família dispensa a existência de equipe multiprofissional, pois com a presença de somente um médico ou enfermeiro, desde que este profissional tenha formação de especialista em saúde da família, é possível atingir esses objetivos.

2. A política nacional de saúde da pessoa idosa (PNSPI) surge da necessidade do setor de saúde dispor de uma política atualizada em relação à saúde do idoso. Nesse contexto, compõem as justificativas para a implementação da PNSPI as seguintes constatações.
 - I. A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida e intensa, e uma importante consequência disso é que esses indivíduos idosos provavelmente apresentarão um maior número de doenças ou condições crônicas, o que requer mais serviços de saúde e por mais tempo.
 - II. A formulação de políticas públicas para os idosos também sofre impacto da heterogeneidade deste grupo populacional, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos.
 - III. As políticas públicas de saúde, que têm o objetivo de assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento até então pouco percebido pela saúde pública – indivíduos idosos com alto grau de dependência funcional.
 - IV. Com o envelhecimento, são inevitáveis as limitações físicas, cognitivas e sensoriais e, por consequência, a incapacidade funcional, o que, porém, não acarreta maior risco para problemas de saúde.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

 - A) Somente I, II e III.**
 - B) Somente II, III e IV.
 - C) Somente II e III.
 - D) Somente I e IV.
 - E) Somente I e II.

3. As ações e os serviços de saúde que integram o sistema único de saúde (SUS) devem respeitar alguns princípios previstos na lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institucionaliza o SUS. Em relação a esses princípios, avalie as seguintes afirmativas.
 - I. Segundo o princípio da universalidade, todas as pessoas devem ter as mesmas facilidades de acesso. Prioridades só podem ser definidas por classificações de risco e vulnerabilidade.
 - II. O princípio da integralidade pressupõe um equilíbrio de ações para promover saúde, prevenir, tratar e reabilitar, além de abordar os aspectos fisiológicos, patológicos, psicoemocionais, familiares e sociais do usuário.
 - III. Com base no princípio da equidade, risco e vulnerabilidade não podem garantir preferências no acesso ao atendimento, visto que todos têm direito à assistência integral.
 - IV. A aplicação do princípio do controle social garante ao usuário autonomia para participar ativamente nas decisões sobre sua própria saúde, assim como para participar, somente quando convidado, também na definição das prioridades na aplicação dos recursos locais da saúde.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Somente II, III e IV.
- B) Somente II.
- C) Somente I e IV.
- D) Somente I e II.**
- E) Somente II e III.

4. A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que institucionaliza o sistema único de saúde (SUS), reconhece a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado. Em relação a essa legislação, é **CORRETO** afirmar que

- I. o dever do Estado exclui o dever das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade.
- II. os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
- III. é um dos objetivos do SUS a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.
- IV. é vedada a participação da iniciativa privada no SUS.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Somente I, II e III.
- B) Somente I e III.
- C) Somente I, II e IV.
- D) Somente III e IV.
- E) Somente II e III.**

5. O pacto pela saúde, divulgado por meio da portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, simboliza o acordo entre os gestores do sistema único de saúde (SUS) em atender às necessidades de saúde da população, definindo em conjunto as prioridades, ou seja, as respostas às demandas da sociedade. o pacto pela saúde está articulado em três dimensões, que são

- A) o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS, o pacto de gestão do SUS.**
- B) o controle do câncer de colo de útero e de mama, a redução da mortalidade infantil e materna, a saúde do idoso.
- C) a implementação de um projeto permanente de mobilização social, elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS, estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS.
- D) a responsabilização dos gestores, a ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania, o incremento de recursos orçamentários e financeiros para a saúde.
- E) o estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS, o fortalecimento da atenção básica, o fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias.

6. O pacto pela vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2006). No que se refere à prioridade do pacto pela vida voltada à saúde do idoso, o objetivo estabelecido foi

- A) fornecer cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo.
- B) fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.
- C) reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia.
- D) implantar a política nacional de saúde da pessoa idosa, buscando a atenção integral.**
- E) ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.

7. Em um determinado município com população de 18 mil habitantes, os dados disponíveis indicam que 3.000 habitantes são maiores de 60 anos. Pelas estatísticas da secretaria municipal de saúde deste município, foram diagnosticados 300 idosos com H1N1 no último ano, dos quais 60 evoluíram para óbito. Portanto, é **CORRETO** afirmar que, no período avaliado, neste município

- A) a taxa de mortalidade por H1N1 entre os idosos foi de 20%.
- B) a taxa de incidência de H1N1 entre idosos no último ano foi de 2%.
- C) o coeficiente de letalidade do H1N1 em idosos foi de 20%.**
- D) a taxa de incidência de H1N1 entre idosos no último ano foi de 20%.
- E) o coeficiente de letalidade do H1N1 em idosos foi de 10%.

8. Segundo definição do ministério da saúde, a vigilância em saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à 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 (BRASIL, 2013). Em termos práticos, a vigilância pode ser entendida como sendo a observação sistemática e contínua da frequência, da distribuição e dos determinantes dos eventos de saúde e suas tendências na população (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010, p. 10). Coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no SUS, as ações de vigilância em saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho, tais como
- I. a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis.
 - II. a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências.
 - III. a vigilância da saúde do trabalhador.
 - IV. a vigilância da qualidade dos cursos de educação superior na área da saúde.
 - V. a vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Somente I, III e V.
 - B) Somente I, II e IV.
 - C) Somente I e II.
 - D) Somente I, II, III e V.**
 - E) Somente III e V.
9. De acordo com a organização pan-americana de saúde (2010), os tipos fundamentais de vigilância que podem ser realizados no serviço de saúde são: vigilância ativa, vigilância passiva e vigilância sentinela. Em relação a esses conceitos, pode-se afirmar que
- I. na vigilância passiva, cada nível de saúde envia informação de forma rotineira e periódica sobre os eventos sujeitos à vigilância ao nível imediatamente superior.
 - II. na vigilância ativa, os profissionais de saúde recorrem à fonte de informação para realizar uma busca intencional de casos do evento sujeito à vigilância, revisando até mesmo os registros rotineiros do serviço de saúde e os registros diários de atenção às pessoas.
 - III. a vigilância ativa tem a vantagem de ser fácil, de baixo custo e, portanto, é mais sustentável no tempo, enquanto a vigilância passiva garante maior integridade ao sistema, isto é, permite reduzir significativamente a probabilidade de não detectar casos que efetivamente estejam ocorrendo.
 - IV. em geral, a vigilância ativa está particularmente indicada naquelas situações em que a integridade das informações é o mais importante: doenças em fase de erradicação e eliminação (poliomielite, sarampo, etc.), danos de alta prioridade sanitária (mortalidade infantil, mortalidade materna, etc.), após uma exposição ambiental da comunidade (dejetos tóxicos, poluição no sistema de abastecimento de água, etc.) ou durante e imediatamente depois de uma epidemia.
 - V. a vigilância sentinela baseia-se na informação proporcionada por um grupo selecionado como fonte de notificação do sistema que se comprometem a estudar uma amostra pré-concebida de indivíduos de um grupo populacional específico, no qual é avaliada a presença de um evento de interesse para a vigilância. Esse tipo de vigilância permite estudar as tendências de certos eventos de interesse.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Somente I, IV e V.
 - B) Somente I, II e III.
 - C) Somente I e II.
 - D) Somente IV e V.
 - E) Somente I, II, IV e V.**
10. Os sistemas de informação em saúde (SIS) referem-se a um conjunto de mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados que têm por objetivo
- A) a produção e a transmissão de informações para tomada de decisões sobre as ações a serem realizadas, avaliação dos resultados de sua execução e o impacto provocado na situação de saúde.**
 - B) subsidiar a tomada de decisão baseada em ações individuais.
 - C) subsidiar as duas esferas administrativas do sistema único de saúde (federal e municipal) com informações.
 - D) servir de instrumento de apoio somente às equipes de saúde da família sobre a situação de saúde de população.
 - E) a tomada de decisões relacionadas prioritariamente a dimensão técnica.

11. No modelo biomédico de doença infecciosa, infectividade, patogenicidade, virulência e poder imunogênico são as propriedades dos patógenos que mais importam, pois regem sua relação como o hospedeiro e contribuem para o aparecimento de doença como produto desta relação. Sobre essas propriedades dos patógenos, pode-se afirmar que
- I. infectividade é o conjunto de qualidades específicas do agente que lhe permite vencer barreiras externas e penetrar em outro organismo vivo, no qual se desenvolverá e multiplicará. Agentes, como o vírus da gripe, têm alta infectividade, ao contrário, por exemplo, dos fungos em geral, que embora presentes no ambiente, dificilmente se multiplicam no organismo humano.
 - II. patogenicidade é a capacidade do agente infeccioso de, uma vez instalado no organismo, produzir sintomas em maior ou menor proporção. Vírus, como o do sarampo, tem alto grau de patogenicidade, pois quase todos os infectados desenvolvem sinais e sintomas. Já o vírus da pólio tem patogenicidade reduzida.
 - III. virulência é a capacidade que um bioagente tem de produzir casos graves ou fatais, o que ocorre com a associação das capacidades de produção de toxinas e de multiplicação no organismo parasitado. Por exemplo, o vírus do sarampo, além da alta infectividade e patogenicidade, também é de elevada virulência. Ao contrário, o vírus da raiva é de baixa virulência, pois são raros os casos em que acarreta óbitos ou complicações graves.
 - IV. poder imunogênico é a capacidade que um bioagente tem de induzir imunidade no hospedeiro, em caráter temporário ou definitivo. Vírus como os de rubéola, sarampo, caxumba e varicela são dotados de baixo poder imunogênico, pois conferem imunidade apenas temporária. Ao contrário, salmonelas e vírus da gripe, por exemplo, têm alto poder imunogênico, pois uma vez infectadas é comum que as pessoas fiquem imunes a esses agentes pelo resto da vida.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Somente I e III.
 - B) **Somente I e II.**
 - C) Somente I, II e III.
 - D) Somente II e IV.
 - E) Somente III e IV.
12. A biossegurança com enfoque na área da saúde pode ser entendida como aplicação e a reflexão de princípios de segurança para a proteção do meio ambiente, da saúde do trabalhador e do paciente. Assinale a alternativa **CORRETA** para as medidas de segurança na assistência ao idoso em ambiente hospitalar.
- A) As luvas deverão ser utilizadas independente do contato ou não com paciente ou material infectante, devendo ser descartadas após o uso.
 - B) É obrigatório uso de máscara comum para impedir a transmissão de microrganismos por aerossóis, durante o período de transmissibilidade de cada doença, para todas as pessoas que entrarem no quarto. A máscara poderá ser guardada na saída do quarto, e reutilizada em seu retorno ao ambiente.
 - C) Uso de máscara, óculos e protetor facial deve ser utilizado nos atendimentos ao paciente, independente de contato ou não.
 - D) Os aventais de contágios devem ser aplicados às doenças de transmissão que envolve o contato direto e indireto.
 - E) **Os equipamentos de proteção individual – EPI (touca, máscara, luvas, óculos de proteção, jaleco) deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição.**
13. A imunização é uma medida de proteção para os profissionais de saúde e deve estar baseado no programa nacional de imunização. Assinale a alternativa **CORRETA** para a vacinação do profissional que presta assistência ao idoso em ambiente hospitalar.
- A) **A vacinação dos profissionais que prestam assistência em instituições de saúde são: tétano, difteria, hepatite B e o que mais estiver contido no PCMSO, com reforços pertinentes, devidamente registrada em prontuário funcional.**
 - B) O controle da eficácia da vacinação, sempre que for recomendado pelo ministério da saúde e seus órgãos, deve ser providenciada pelo empregado e comprovado para o empregador.
 - C) A campanha de vacinação deve ser recomendada pela CCIH da instituição, independente das recomendações do ministério da saúde.
 - D) O empregado deve assegurar que o empregador seja informado das vantagens e dos efeitos colaterais, quando expostos a vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho.
 - E) Após as campanhas de vacinação, o comprovante de aplicação da vacina deve ser anexado no prontuário do funcionário, sendo desnecessário o fornecimento de cópia ao trabalhador.

14. O controle de infecções nos serviços de saúde, incluindo as práticas da higienização das mãos, além de atender às exigências legais e éticas, concorre também para melhoria da qualidade no atendimento e assistência ao paciente. Assinale a alternativa **CORRETA** para as medidas de segurança na assistência ao idoso em ambiente hospitalar.
- A) A higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma medida primária, sendo desnecessária no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde aos pacientes idosos.
 - B) A higienização das mãos devem ser realizada em cinco momentos: antes de tocar no paciente, de realizar procedimentos limpo/asséptico e após o risco de exposição a fluidos corporais e secreções, tocar o paciente e superfícies próximas dos pacientes.**
 - C) A higienização das mãos deve ser realizada com sabões e detergentes registrados na Anvisa/MS como saneantes.
 - D) A higienização das mãos deve ser realizada com água e detergente, sendo a data de validade do produto colocada no *dispenser* a mesma definida pelo fabricante e deve constar no rótulo.
 - E) A higienização das mãos deve ser realizada com água e detergente, seguida de enxague com água proveniente de poço artesiano, com controle microbiológico realizado a cada 2 anos.
15. A preocupação com o conhecimento do estado ou nível de saúde passou do âmbito individual para o populacional com a criação do sistema único de saúde no Brasil, tornando-se necessária a investigação dos vários tipos de eventos, como sua distribuição, a fim de avaliar as prioridades e estabelecer programas voltados para elas. Em relação ao sistema de informação da atenção básica (SIAB), pode-se afirmar que
- I. é um sistema (software) de informação territorializado, com populações delimitadas geograficamente, no qual os dados são coletados em âmbito domiciliar pelos agentes comunitários em saúde (ACS) e consolidados por profissionais da equipe da saúde da família.
 - II. o SIAB se caracteriza por descrever a realidade socioeconômica da população adscrita, porém não permite identificar a situação de adoecimento e morte desta, tendo em vista o grande número de dados com que se trabalha.
 - III. contribui para o monitoramento da situação de saúde de uma população bem definida e atuando com uma vigilância epidemiológica em saúde.
 - IV. as informações oriundas do SIAB subsidiam a etapa de reunião de dados e, por isso, correspondem a uma importante ferramenta de apoio à gestão do trabalho dos profissionais em saúde.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Somente I e III.
 - B) Somente II e IV.
 - C) Somente II, III e IV.
 - D) Somente III e IV.
 - E) Somente I, III e IV.**
16. A política nacional de humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Em relação às diretrizes para a implantação do HumanizaSUS, pode-se afirmar que
- I. o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem por objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.
 - II. a cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.
 - III. a ambiência objetiva criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas
 - IV. a clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática e que sua finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença.

Assinale a alternativa **CORRETA**

- A) Somente I e IV.
- B) Somente II, III e IV.
- C) Somente I, II, III e IV.**
- D) Somente I, II e III.
- E) Somente I e III.

17. Os princípios orientadores da política nacional de humanização são
- A) transversalidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.
 - B) transversalidade, indissociabilidade entre a atenção e gestão e protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.**
 - C) contrato de gestão, transversalidade, e equidade.
 - D) transversalidade, universalidade e participação social.
 - E) indissociabilidade entre atenção e gestão, transversalidade, acessibilidade e integralidade.
18. O planejamento é um instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação em saúde. Em relação ao planejamento pode-se afirmar que
- I. é uma ferramenta do processo organizacional que busca intervir na realidade, procurando responder questões básicas, como: por que a organização existe? o que ela faz? como faz?
 - II. os níveis de decisão do planejamento são o tático e o operacional.
 - III. permite a focalização, a flexibilização, a melhoria da coordenação e controle, e a administração do tempo.
 - IV. a avaliação dos resultados é etapa importante que determinar a relevância, a efetividade e o impacto das ações, cujo objetivo maior é melhorar as atividades em andamento, planejar o futuro e ajudar nas tomadas de decisões.
- Assinale a alternativa **CORRETA**.
- A) Somente I, III e IV.**
 - B) Somente I e IV.
 - C) Somente II e III.
 - D) Somente II, III e IV.
 - E) Somente I e II.
19. O gerenciamento dos serviços de saúde envolve as dimensões sociais, políticas e econômicas, que dizem respeito ao macro espaço do trabalho, exigem dos profissionais da saúde competências que viabilizem uma atenção eficiente, efetiva e eficaz no atendimento às múltiplas complexidades do processo saúde-doença dos cidadãos. Nesse contexto, os administradores em saúde necessitam de técnicas e ferramentas como forma de melhoria dos processos, redução de custos, aumento da produtividade e conseqüentemente melhoria da sua competitividade no setor. Os processos relacionados à gestão estratégica incluem-se nesse movimento e podem contribuir para um melhor posicionamento da organização e assim viabilizar os meios para alcançar o novo patamar desejado. O processo de gestão estratégica apresenta as seguintes etapas
- A) análise do ambiente, formulação de estratégias e execução da estratégia.
 - B) planejamento, implementação das ações e controle social.
 - C) planejamento, gerenciamento do tempo e de recursos financeiros.
 - D) análise do ambiente, formulação de estratégias, execução da estratégia e gerenciamento da estratégia.**
 - E) análise do ambiente, gestão de pessoas e gestão recursos financeiros.
20. A educação está presente a todo momento na vida do ser humano. Ela prevê a interação entre as pessoas envolvidas dentro do contexto educativo e com o mundo que as cerca, visando à modificação de ambas. As ações de educação em saúde passam a ser definidas como um processo, que tem como objetivos
- A) realizar campanhas educativas visando a um público específico da comunidade.
 - B) capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população, devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas, bem como as ações necessárias para sua resolução.**
 - C) realizar ações em saúde relacionadas aos programas e serviços destinados à população de baixa renda.
 - D) desenvolver ações educativas voltadas as doenças, com ênfase no conhecimento técnico-científico especializado.
 - E) utilizar estratégias de ensino que possibilitem ao sujeito a memorização de ações que deve realizar para melhorar sua condição e vida e saúde

21. O processo de envelhecimento populacional tem sido discutido e acompanhado por medidas destinadas a proteger os idosos, como cidadãos cada vez mais presentes nas sociedades mundiais. Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 19 de outubro de 2006 foi aprovada a portaria nº 2.528/2006, que estabelece a política nacional de saúde da pessoa idosa. Sobre essa política, pode-se afirmar que sua finalidade é
- A) assegurar os direitos sociais do idoso (pessoas maiores de 60 anos de idade), criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Dispõe sobre os princípios, diretrizes, organização, ações governamentais e disposições gerais que deverão orientar a política.
 - B) regular e reconhecer os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sendo um instrumento para a realização da cidadania. Dispõe sobre os direitos do idoso à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos fundamentais (individuais, sociais, difusos e coletivos), cabendo ao Estado, à comunidade, à sociedade e à família a responsabilidade em assegurar esses direitos.
 - C) recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do sistema único de saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.
 - D) estabelecer normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Essa portaria integra a regulamentação da política nacional do idoso e propõe novas modalidades de atenção ao idoso, que poderão ser adequadas à realidade de cada município, entendendo que é fundamental a participação do idoso, da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, a saber: família natural; família acolhedora; residência temporária, centro dia, centro de convivência, casa lar, república, atendimento integral institucional, assistência domiciliar/atendimento domiciliar.
 - E) elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da política nacional do idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe o estatuto do idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do conselho nacional dos direitos do idoso (CNDI), que é um órgão colegiado de caráter deliberativo, integrante da estrutura básica da secretaria especial dos direitos humanos da presidência da república.
22. A política nacional de saúde da pessoa idosa, instituída pela portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, busca garantir a atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, visando a sua integração. Nessa política estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor de saúde e indicadas às responsabilidades institucionais para o alcance da proposta. Sobre as diretrizes apresentadas na política nacional de saúde da pessoa idosa, pode-se afirmar
- I. promoção do envelhecimento ativo e saudável.
 - II. atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa.
 - III. estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.
 - IV. provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.
 - V. estímulo à participação e fortalecimento do controle social.
 - VI. formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.
 - VII. divulgação e informação sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS.
 - VIII. organização e implementação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso, que são integradas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso.
 - IX. promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa.
 - X. apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

É **CORRETO** apenas o que se afirma em

- A) I, II, III, IV, V, VI, VIII, IX, X.
- B) I, II, III, IV, V, VI, VII, IX, X.
- C) I, II, V, VII, VIII, IX, X.
- D) I, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX.
- E) I, II, III, V, IX, X.

23. No Brasil, a atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Portanto, é fundamental que ela se oriente pelos princípios
- A) da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.
 - B) da garantia da atenção à saúde, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.
 - C) da participação do acolhimento dos usuários, realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.
 - D) da prática cuidado familiar e dirigido à coletividades e grupos sociais, que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias, das coletividades e da própria comunidade.
 - E) da realização de ações de atenção à saúde, conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.
24. As pessoas mais velhas possuem necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sociofamiliares peculiares a esse grupo. Os modelos de atenção a esse segmento populacional precisam ser centrados na pessoa, considerando tais características. Para isso, a atenção à saúde deve ser
- A) organizada nas práticas de saúde, com foco nas queixas dos indivíduos que procuram os serviços na identificação de sinais e sintomas e no tratamento das doenças.
 - B) priorizada no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada ou “não-funcionante do corpo-máquina”.
 - C) organizada no trabalho desenvolvido de forma fragmentada, com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais.
 - D) organizada na promoção do alívio da dor e no tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade.
 - E) organizada de maneira integrada e os cuidados necessitam ser coordenados ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede.
25. A comunicação em saúde deve ser entendida de forma integralizada, considerando o sujeito na sua totalidade, suas dificuldades, seus anseios, e não meramente como o repasse de informações. Assim pode-se afirmar que
- I. os sujeitos envolvidos, trabalhadores ou usuários, devem usufruir dessas informações de forma a viabilizar o acesso e a efetivação dos seus direitos.
 - II. os coletivos de saúde pública, quer sejam trabalhadores ou usuários, não se constituem ainda como efetivos instrumentos de avanço em direção às estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos.
 - III. a comunicação se configura como importante estratégia para o processo de efetivação dos direitos relacionados à saúde.
 - IV. a comunicação que permeia o sistema de saúde vigente na atual conjuntura, não corresponde às necessidades e demandas da população usuária, ou seja, não corresponde às propostas do SUS.

Assinale a alternativa **CORRETA**.

- A) Somente I, III e IV.
- B) Somente I, II, III e IV.
- C) Somente II e III.
- D) Somente II, III e IV.
- E) Somente I, II e III.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

26. Em 2012, o ministério do desenvolvimento e combate à fome publicou o marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. A educação alimentar e nutricional, no contexto da realização do direito humano à alimentação adequada e da garantia da segurança alimentar e nutricional, é definida como “um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis”. Um grupo de nutricionistas programou ações educativas direcionadas a idosos, que vivem em áreas críticas no que se refere à pobreza e à criminalidade. Nessa área, 70% dos idosos recebem um salário mínimo como aposentadoria, mas residem com filhos e netos, utilizando grande parte do valor para auxiliar nas despesas do domicílio. A principal estratégia proposta inclui o preparo de receitas de patês a base de queijo, requeijão e enlatados, de rápido preparo, ingeridos sobre mini torradas de pão à base de linhaça dourada, devido seu valor como alimento funcional. Fundamentando-se nos princípios básicos do marco de referência citado acima, observa-se que essa estratégia
- A) atende ao princípio da quantidade, qualidade, hegemonia e adequação de nutrientes, sobretudo da proteína e das fibras da dieta.
 - B) atende ao princípio da intersetorialidade, compreendida como a articulação dos distintos setores governamentais, de forma que se corresponsabilizem pela garantia da alimentação saudável.
 - C) fere o princípio da valorização da cultura alimentar local, que envolve práticas e saberes desta comunidade.
 - D) promove o autocuidado e autonomia para aquisição de alimentos saudáveis, favorecendo o acesso ao comportamento alimentar saudável.
 - E) fere o princípio da crítica aos modelos políticos vigentes, que impedem o acesso ao alimento saudável pela população carente.
27. Paciente G.S., 86 anos, sexo feminino, está internada devido dispneia com evolução para ortopneia e hemoptise. Diagnóstico médico: hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio e sepse pulmonar. Atualmente está medicada com anti-hipertensivo (Enalapril) e diurético (Furosemida). Além desses medicamentos, faz uso de antiagregante plaquetário e de antibiótico. Após início do uso do antibiótico, teve episódios frequentes de diarreia. Resultados de exame demonstram: eritrócitos 3,22 milhões/mm³ (VR 4-5 milhões; mm³); hemoglobina 10,8 g/dL (VR = 12 -16 g/dL); VGM 86,98 fL (80-100 fL); CHGM 34,4 g/dL (VR = 31-36 g/dL); albumina sérica 3,1 g/dL (VR = 3,5 – 4,8 g/dL). Considerando os dados apresentados, é **CORRETO** afirmar que
- A) como a diarreia ocorreu após início da antibioticoterapia, está indicada a prescrição de frutooligossacarídeos e inulina.
 - B) o diurético prescrito é um repletor de potássio, portanto, deve-se restringir potássio dietético.
 - C) o antiagregante plaquetário previne a hemodiluição para facilitar fluxo de sangue para os rins, pois resultados de microalbuminúria indicam evolução para nefropatia.
 - D) a anemia apresentada pela paciente é hipocrômica e microcítica, típica da anemia ferropriva.
 - E) devido a ortopneia e hemoptise deve-se ofertar alimentos de consistência branda hipossódica, com prescrição de sódio de 6000 a 7000 mg diárias.
28. L.N., 64 anos, sexo feminino, está internada devido angina instável. A altura foi obtida por estimativa, pois a paciente não consegue se levantar devido à dor. Índice de massa corporal (IMC) atual: 29,5 kg/m². prega cutânea tricipital (PCT) 123% de adequação (excesso de peso), circunferência muscular do braço (CMB) 88% (depleção leve). Circunferência da panturrilha com 28 cm (abaixo do ponto de corte de 31 cm). Mini avaliação do estado nutricional (MAN): 23 pontos (risco de desnutrição). Escala de atividades básicas da vida diária (AVD): independente. Escala de atividades instrumentais da vida diária (AIVD): parcialmente dependente.
- A) A MAN é específica para o idoso e contém informações antropométricas de área muscular do braço, PCT e circunferência da panturrilha.
 - B) Laudos de PCT, CMB e circunferência da panturrilha indicam depleção de massa magra nesta idosa.
 - C) Dados indicam que se trata de uma paciente cuja classificação do nível de assistência é primário, ou seja, apresenta risco nutricional e a doença de base exige cuidados nutricionais específicos.
 - D) Os itens transferência e dependência para alimentar-se contidos na AVD são avaliados também na MAN.
 - E) A estimativa da altura para avaliação do IMC atual pode ser realizada pela altura do joelho, altura recumbente e largura do cotovelo.

29. Em visita domiciliar a um idoso de 72 anos, observou-se redução da ingestão alimentar por via oral e consequente perda de peso de intensidade moderada, avaliada pelo cálculo da porcentagem de peso atual em relação ao usual no período de um mês. O idoso relata perda de apetite, porém apresenta prótese dentária superior e presença de dentes inferiores. Índice de massa corporal atual: 24 kg/m². Apresenta hipertensão arterial sistêmica controlada por medicamentos. Realiza atividade física em uma praça próxima à unidade básica de saúde. Na investigação da causa da inapetência deste idoso o nutricionista, deve-se considerar que
- I. a redução fisiológica de gemas gustativas nas papilas linguais alteram o limiar de detecção do sabor reduzindo a palatabilidade dos alimentos.
 - II. a ingestão de cálcio acima da UL (nível máximo de ingestão tolerável) induz a calcificação de tecidos moles, resultando em redução da biodisponibilidade de vitamina E, que leva a redução da força de músculos mastigatórios.
 - III. o esvaziamento gástrico é mais lento no idoso quando comparado a indivíduos jovens, produzindo sensação de saciedade precoce.
 - IV. a carência de fontes alimentares de zinco, assim como a redução de sua biodisponibilidade produzida por ação do ácido fítico contido nos alimentos, induz a perda de paladar.

Está(ão) **CORRETA(S)** apenas as afirmativas

- A) I, II e III.
 - B) II, III e IV.
 - C) I, III e IV.**
 - D) I.
 - E) II.
30. Uma nova formulação de dieta para nutrição por sonda enteral em pó foi apresentada aos nutricionistas do grupo de suporte nutricional do hospital, visando a possível padronização no momento da orientação de alta hospitalar. A formulação tem como fontes proteicas a ovoalbumina (50%) e a proteína isolada de soja (50%) como fonte lipídica, o triglicérido de cadeia média (100%) como fonte glicídica, a maltodextrina (100%), além de goma guar e polivitamínico-mineral. Na diluição padrão recomendada pelo fabricante apresenta osmolalidade de 320mOsm/kg de água. Foi realizada uma discussão para avaliação de vantagens e desvantagens do produto e encaminhamento de sugestões de modificação ao fabricante, dentre elas
- A) a formulação é classificada como hiperosmolar devido a presença de 100% de carboidrato simples, portanto, pode produzir complicações como regurgitação e vômito, que constituem a principal desvantagem do produto.
 - B) a vantagem do produto é a ovoalbumina, uma fonte proteica hidrolisada rica em aminoácidos de cadeia aromática, estando portanto, indicada a prescrição desta formulação para pacientes com encefalopatia hepática.
 - C) o triglicérido de cadeia média é de fácil digestibilidade, mas produz aumento da osmolalidade, portanto, os nutricionistas recomendarão ao fabricante a introdução do óleo de canola na formulação.
 - D) a goma guar é uma fonte de probiótico que estimulará a reposição da microbiota intestinal trazendo benefícios ao sistema imune do idoso.
 - E) os pacientes que receberem essa formulação por período prolongado poderão apresentar sinais de carência de ácidos graxos essenciais.**
31. Para um idoso internado na UTI por traumatismo crâneo encefálico, devido a acidente automobilístico, com seqüela neurológica, foi prescrita uma dieta de densidade calórica 1,2 kcal/ml, constituída de 53% de carboidratos, 17% de proteínas e 30% de lipídeos. Quilocalorias por grama de nitrogênio totalizaram 137:1. As necessidades calóricas do paciente totalizaram 1800 kcal. Com base nesses dados, pode-se afirmar que
- A) quando 1200ml desta formulação for infundida o paciente estará recebendo 1000 kcal e 244 g proteína .
 - B) quando o valor energético total calculado for infundido por meio desta formulação, o paciente estará recebendo 50g de lipídeos.
 - C) Pacientes críticos, como nessa situação, devem receber dietas com relação de quilocalorias não proteicas por grama de nitrogênio de 200 a 300 para 1, garantindo desta maneira, o suprimento de proteína para reverter o catabolismo.
 - D) em gotejamento intermitente gravitacional, a infusão de 6 frascos de 250ml totalizarão o valor energético total diário necessário desse paciente.**
 - E) quando a bomba infusora marcar 53 ml/h em gotejamento contínuo por 24h, o valor energético total desejado estará sendo atingido.

32. Doenças do aparelho circulatório e do coração são as principais causas de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná. Esse resultado foi publicado em um estudo que analisou dados do Sistema Único de Saúde do período de 2008 a 2012. Com base neste resultado, os nutricionistas organizaram um grupo de estudos para elaboração de um programa de educação alimentar e nutricional. O grupo iniciou a discussão com uma atualização sobre a digestão, absorção, classificação e fontes alimentares de lipídeos, bem como seus efeitos nas doenças circulatórias e do coração. Sobre os assuntos discutidos, é **CORRETO** afirmar que
- A) a interesterificação do óleo de soja resultou no óleo de palma que é rico em ácido graxo poliinsaturado e monoinsaturado, portanto, o óleo de palma deve ser recomendado no tratamento da dislipidemia.
 - B) o consumo de chocolate com mais de 75% de cacau está relacionado com o aumento de LDL colesterol e redução de HDL colesterol.
 - C) coco e óleo de coco são fontes de ácido láurico, que é um ácido graxo saturado de cadeia média.
 - D) triglicerídeos são convertidos em ácidos graxos e glicerol por ação direta de ácidos biliares no intestino delgado e transportados pela corrente sanguínea na forma de micelas.
 - E) o ácido alfa linolênico é um ácido graxo essencial, de cadeia média, considerado o principal ácido graxo ômega 9.
33. A partir de 2011, o ministério da saúde desencadeou o processo de elaboração de uma nova edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, que foi publicado no ano de 2014. Para aprofundamento do conhecimento do novo guia foi realizado um estudo comparativo com o guia anterior, com publicação realizada em 2006. Dado esse contexto, pode-se afirmar que
- I. os dois guias abordam o cuidado necessário quanto ao uso do açúcar e do sal, demonstrando prejuízos à saúde produzidos pela ingestão exagerada destes alimentos.
 - II. o guia alimentar de 2014 enfatiza a necessidade de excluir alimentos industrializados, tanto os minimamente processados quanto os ultra processados, destacando a importância da ingestão de alimentos *in natura* provenientes da agricultura familiar.
 - III. ambos os guias abordam a importância da água, da qualidade sanitária dos alimentos e da ingestão de suplementos alimentares multivitamínicos em pó ou em drágeas, quando as necessidades não podem ser supridas pela alimentação.
 - IV. o guia alimentar de 2006 enfatiza o número de porções necessárias de cada grupo alimentar, incluindo uma lista de substituições por grupo de alimentos, enquanto o novo guia alimentar apresenta os grupos alimentares e a importância da inclusão de alimentos fonte de todos os grupos, sem determinar quantidades, através de listas em medidas caseiras.

Estão **CORRETAS** apenas

- A) I e II.
 - B) II e III.
 - C) III e IV.
 - D) I e III.
 - E) I e IV.
34. S.M.P, 67 anos, sexo feminino, foi encaminhada pelo endocrinologista ao atendimento nutricional. Diabética há 5 anos, faz uso de 40 unidades de insulina NPH às 7 horas da manhã, além do hipoglicemiante oral Metformina. Resultados de exame: hemoglobina glicada 10,83% (valor de referência entre 7,5-8,5%), albuminúria: 60 mg/24h (valor de referência < 30 mg/24h). Índice de massa corporal: 35,7 kg/m². Circunferência abdominal: 125 cm. Diariamente ingere chocolate diet, pois relatou desejo de comer doces. O nutricionista observou que o chocolate tem como ingredientes gordura vegetal hidrogenada, cacau, leite desnatado e taumatina. A paciente mencionou que houve dois episódios de hipoglicemia noturna leve (glicemia de 50-70mg/dL). No processo de educação nutricional, ela deve ser orientada sobre
- A) a hipoglicemia noturna leve do idoso deve ser tratada com 1 colher de sopa de açúcar, dissolvida em 150ml de suco comum, mais a ingestão de 3 balas, o que equivale a 30g de carboidratos.
 - B) a presença de gordura *trans* no chocolate é um fator para aumento tanto do LDL colesterol quanto do HDL colesterol e da circunferência abdominal, bem como sobre o perigo da utilização da taumatina, devido a comprovação de seu efeito carcinogênico em altas doses.
 - C) a possibilidade de utilização de sacarose, desde que totalize até 10% das necessidades calóricas totais diárias.
 - D) a necessidade de terapia de substituição renal (diálise), caso valores de albuminúria reduzam progressivamente, denotando perda de função renal.
 - E) formas de controle de carboidratos na dieta, pois a hemoglobina glicada que reflete episódios de hiperglicemia até 15 dias antes da data de coleta do sangue para realização do referido exame está muito acima da normalidade.

35. O nutricionista da prefeitura de uma cidade situada a 50 km de Curitiba realizou um levantamento populacional e verificou que está ocorrendo aumento de mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer, apesar de 60% da população residir no meio rural. Semanalmente, há reuniões na unidade básica de saúde para estimular a ingestão de alimentos funcionais acessíveis à população. Nessas reuniões, observou-se grande interesse nas formas e doses de utilização de alimentos funcionais para doença cardiovascular, acessíveis à população. Baseando-se no posicionamento da *American Dietetic Association* (2004), o nutricionista verificou que
- A) no mínimo 80 g de proteína de soja por dia são necessários para redução de LDL colesterol e colesterol total.
 - B) pelo menos 20 g de alho cru fornecem alicina, que pode reduzir a pressão arterial, o LDL colesterol e colesterol total.
 - C) a aveia e a cevada possuem beta glucana, que ingeridas na dose de 150 g diárias, reduzem o LDL colesterol e colesterol total.
 - D) os produtos processados a base de tomate (molho ou suco) possuem licopeno, que na dose de meia xícara diária são capazes de reduzir risco de câncer de próstata.**
 - E) 5 gramas diários de margarina fortificada com fitoesteróis reduzem o LDL colesterol e colesterol total.
-

EM BRANCO

EM BRANCO