

# **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2021-2022**

## **PROVA DE NUTRIÇÃO**

### **INSTRUÇÕES**

01. Antes de ler as instruções, verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** é o mesmo no **CARTÃO DE CONFIRMAÇÃO** e na **FOLHA DE RESPOSTAS**. Verifique também se a Área está correta.
02. Esta prova compõe-se de 50 (cinquenta) questões de escolha múltipla.
03. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
04. A maneira correta de marcar a resposta encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize a caneta azul ou preta**. Assine a folha de respostas **NA ÁREA CORRETA**. **NÃO rasure a folha de respostas**.
05. A prova terá a duração de **02 horas**.
06. Ao ser dado o sinal para o início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo**.
07. Os últimos 03 (três) candidatos a terminar a prova só poderão retirar-se da sala juntos.
08. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
09. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE REPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

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

01. A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil passou por mudanças importantes com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Considerando as alterações relacionadas à dimensão organizativa e funcional e de gestão, a alternativa que aponta mudanças trazidas pela política é:

- a) o modelo de Estratégia Saúde da Família se torna prioritário e exclusivo
- b) os profissionais podem se vincular em mais de uma equipe e ter carga horária de 10, 20 ou 30 horas semanais
- c) o tempo destinado à educação permanente foi garantido com o mínimo de 8h
- d) sem a definição clara de número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe, as equipes podem funcionar tendo apenas um ACS

02. O financiamento é um desafio a todo o Sistema Único de Saúde, e não só à Atenção Básica. Considerando as alterações que o Previne Brasil imprime na forma de financiamento e nos efeitos que ela produz, pode-se afirmar que:

- a) a possibilidade de participação do setor privado através da contratação de serviços fica excluída
- b) os recursos financeiros da Atenção Básica passam a ser captados baseado no número de pessoas cadastradas e no pagamento por desempenho
- c) o PAB fixo é acrescentado da precificação dos serviços realizados
- d) a Carteira de Serviços da APS amplia e torna possíveis ações cada vez mais próximas do horizonte da integralidade

03. A Pandemia de Covid-19 impactou de modo importante serviços em todos os pontos de atenção das Redes de Saúde. A Atenção Primária à Saúde foi e tem sido crucial neste enfrentamento, o que exigiu a reorganização dos serviços. **NÃO** corresponde a eixo de intervenção da APS no curso da pandemia:

- a) vigilância em saúde nos territórios
- b) suporte social a grupos vulneráveis
- c) garantia de atenção cotidiana e capilarizada
- d) suspensão de atendimentos aos usuários com Covid-19

04. A partir do decreto 7508/2011, a organização do Sistema de saúde brasileiro tem um importante realinhamento, entre eles o estabelecimento da atenção à saúde em redes. A alternativa que contempla o que é definido no decreto é:

- a) rede de atenção à saúde compreende um conjunto de ações e serviços de saúde hierarquizados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde
- b) uma região de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e vigilância em saúde
- c) o planejamento da saúde deverá ouvir os Conselhos de saúde - ser de modo ascendente e integrado - considerar a disponibilidade de recursos financeiros e ser obrigatório para os entes públicos
- d) a organização e funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde será pactuada pela CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais

05.A elegibilidade dos usuários para implementação da Atenção Domiciliar - AD segue critérios específicos que devem ser observados pela equipe de saúde. Dentre estes critérios, será considerado inelegível o usuário que apresentar a necessidade de pelo menos uma das seguintes situações:

- a) assistência contínua de enfermagem; aparelhos de monitorização contínua; intervenções cirúrgicas de urgência, sucessivos exames diagnósticos e propedêutica complementares, uso de ventilação mecânica não invasiva
- b) monitorização contínua, aparelhos de ventilação mecânica não invasiva, exames complementares contínuos, assistência contínua de enfermagem, propedêuticas complementares e vários procedimentos diagnósticos
- c) monitorização contínua, assistência contínua de enfermagem; propedêutica complementar, tratamento cirúrgico em caráter de urgência; uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento
- d) assistência de enfermagem contínua, exames diagnósticos e complementares contínuos de maior complexidade, nutrição parenteral, transfusão sanguínea, ventilação mecânica invasiva, intervenções cirúrgicas de urgência e eletivas

06.A Educação Permanente segue princípios norteadores para a qualificação dos profissionais da RAS. Pela revisão de diretrizes da PNAB, a Educação Permanente é de responsabilidade:

- a) da esfera municipal e está circunscrita na ESF. No âmbito estadual, é executada nos ambulatórios especializados
- b) comum de todas as esferas de governo e está amparada pela PNAB
- c) comum aos Estados e Municípios, sendo operacionalizada pelo MS
- d) dos gestores estaduais, sendo oferecidas nas UBS

07.Nos últimos anos observa-se a implementação de ações e de atos legislativos que reordenam os repasses das transferências para o financiamento do SUS, o que acarreta uma ruptura do princípio da universalidade. Desta maneira, pode-se afirmar que o Previde Brasil:

- a) aponta uma mudança muito radical, extinguindo o PAB fixo – única transferência intergovernamental em saúde com base populacional – implicando no fim do financiamento universal da atenção básica
- b) não modifica profundamente a forma de transferência, acrescentando percentuais ao PAB fixo, o que dificulta a gestão dos recursos financeiros pelos gestores municipais e estaduais
- c) modifica parcialmente a gestão dos recursos financeiros, diminuindo os recursos advindos do PAB fixo – transferências intergovernamentais com base no cadastro da população adscrita
- d) propõe a diminuição dos repasses advindos do PAB fixo, que não está vinculada à base populacional, refletindo diretamente na gestão dos fundos de repasse intergovernamental diretos do MS

08.As regiões de Saúde são espaços geográficos nos quais as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde são implementadas de forma harmoniosa e pactuada entre os elementos federados. Com base nessa assertiva, pode-se afirmar que esses espaços:

- a) são organizados entre os gestores bipartites com coordenação central do MS
- b) obedecem apenas aos critérios de divisão por áreas programáticas dos Municípios
- c) poderão ser interestaduais, compostos por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios
- d) não estão vinculados ao ordenamento administrativo das áreas programáticas, obedecendo somente aos critérios de proximidade

09. Considerada a Constituição Cidadã, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, é a lei fundamental e suprema do país, que recuperou e implementou direitos fundamentais de cidadania. O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um desses direitos humanos fundamentais, sendo um de seus princípios, o direito universal à saúde, o qual deve:

- a) priorizar a assistência médica aos trabalhadores rurais
- b) ampliar a cobertura da população pela rede privada
- c) ser garantido a todos pelo Estado, mediante políticas sociais e econômicas
- d) considerar extratos econômicos e sociais para garantir acesso

10. Entre os aprendizados da Pandemia pelo Covid-19, podemos afirmar que houve um reconhecimento da atuação ampliada do SUS para além das fronteiras da assistência à saúde. Esses atributos estão previstos no art. 200 da Constituição Federal, como:

- a) “controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos”
- b) “participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho”
- c) “os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)”
- d) “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”

11. A Promoção da Saúde se trata de uma importante estratégia para o enfrentamento de problemas de saúde que afetam a população e os seus determinantes. Essa estratégia pressupõe a:

- a) introdução de valores como qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação
- b) formação de redes hierarquizada de serviços de saúde
- c) instalação de consórcios inter federativos de saúde
- d) organização dos serviços de saúde com ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação

12. A gestão do Sistema Único de Saúde é hierarquizada, com direção única em cada esfera de gestão. Os consórcios Inter federativos são arranjos colaborativos entre entes federados dos diferentes níveis, com objetivo de:

- a) desenvolver as regiões de saúde e ampliar serviços de alta complexidade
- b) desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde, de caráter solidário
- c) agregar serviços da rede privada no atendimento à população
- d) definir as regiões de saúde de forma autônoma

13. O movimento das cidades saudáveis, surgido no ano de 1986, propõe uma reestruturação do sistema de saúde e de sua articulação com os outros sistemas, na conformação de políticas e programas integrados para o desenvolvimento humano e o bem-estar. A construção do programa inclui quatro fases: Início com determinação de prioridades; preparação de um plano de ação; unificação dos comitês organizadores e a execução de atividades, e ainda:

- a) ampliação da capacidade comunitária por meio da troca de experiências interdisciplinares
- b) elaboração de inovações tecnológicas digitais para o monitoramento das iniciativas
- c) criação de sistemas de informação para o monitoramento e avaliação das iniciativas
- d) mediação da população com o poder público para a capacitação em gestão pública

14. A “Carta de Curitiba” documento resultado da 22ª Conferência Global de Promoção da Saúde da União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação (UIPES), ocorrida em 2016, reafirmou:

- a) a articulação intra e intersetoriais na busca da produção do cuidado e autonomia dos indivíduos e comunidade
- b) a necessidade de novos paradigmas sobre a compreensão das práticas educativas em saúde
- c) a articulação de ações de proteção às vítimas entre os setores da saúde e redes de atenção às pessoas em situação de violência
- d) a necessidade de intervir nos determinantes e condicionantes socioambientais para a Promoção da Saúde, tendo a equidade como um ponto central

15. **NÃO** corresponde ao rol de atribuições competentes ao Sistema Único de Saúde, assegurados no artigo 200 da Constituição da República Federativa do Brasil (1986):

- a) ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde
- b) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, com exceção da área de saúde do trabalhador
- c) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico
- d) controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos

4

16. Segundo artigo 198 da Constituição Federal Brasileira de 1986, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado seguindo diretrizes. **NÃO** corresponde às diretrizes citadas:

- a) descentralização, com direção única em cada esfera do governo
- b) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho
- c) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais
- d) participação da comunidade

17. O papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde se sustenta no entendimento de um amplo espectro de fatores como alimentação, habitação e saneamento; condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; ambiente físico; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e cuidados de saúde. Este entendimento surgiu formalmente no Canadá, em 1974, com a divulgação do documento conhecido como Informe Lalonde. Sobre este documento, leia e analise as afirmações a seguir e, em seguida, assinale a alternativa que contém apenas a(s) afirmativa(s) que está(ão) **CORRETA(S)**:

- I. O documento apresenta o conceito de campo da saúde, que contempla quatro componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde.
- II. A motivação central do documento se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, cujos resultados eram pouco significativos.
- III. O documento concluiu que quase todos os esforços da sociedade canadense destinados a melhorar a saúde concentravam-se nas principais causas das enfermidades e mortes.

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

18. Ao longo dos últimos 34 anos, foram realizadas nove Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, das quais a primeira, realizada em 1986, em Otawa, que a definiu como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo participação no controle deste processo. O documento final desta Conferência, que ficou conhecido como Carta de Otawa, propôs cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde. Todas as demais Conferências também produziram documentos finais com fortes recomendações políticas voltadas para a promoção da saúde. Em relação a tais documentos, correlacione a Coluna 2 com a Coluna 1 e assinale a alternativa que corresponde ao preenchimento em ordem descendente dos parênteses:

COLUNA 1	COLUNA 2
(1) Adelaide (1988)	( ) reforçou cinco prioridades entre elas: promover a responsabilidade social com a saúde, inclusive por meio do setor privado e investimentos no setor saúde de forma articulada com as áreas de educação, habitação e sociais.
(2) Jacarta (1997)	( ) realizou um “chamado à ação” para que os compromissos assumidos acelerem a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), por meio do compromisso político e do investimento financeiro na promoção da saúde.
(3) Bangkok (2005)	( ) reiterou a necessidade da participação ativa da sociedade civil para o alcance da “Saúde para Todos” e solicitou às Organizações das Nações Unidas que avaliassem os benefícios de estabelecer um Tratado Global para a Saúde.
(4) Xangai (2016)	( ) estabeleceu que os países desenvolvidos têm obrigação de assegurar que suas políticas públicas resultem em impactos positivos na saúde das nações em desenvolvimento.

- a) (2) - (4) - (3) - (1)  
 b) (3) - (2) - (4) - (1)  
 c) (4) - (1) - (3) - (2)  
 d) (2) - (4) - (1) - (3)

19. O Programa Nacional de Imunizações enfrenta importantes desafios, entre estes a queda crescente dos índices de cobertura vacinal, que pode propiciar o reaparecimento ou o recrudescimento de doenças imunopreveníveis, como a polio e o sarampo, e dificultar o controle de doenças emergentes, como a COVID-19. É um dos fatores que explicam esse quadro:

- a) frequência elevada de reações adversas pós-vacinais, que levam ao temor da população  
 b) incapacidade das indústrias farmacêuticas de produzir vacinas em quantidade suficiente para toda a população  
 c) a inexistência de protocolos de procedimentos da rede de frio para o acondicionamento das vacinas nos locais de aplicação  
 d) oferta insuficiente da vacinação em locais externos aos serviços, como escolas e locais de trabalho

20. Segundo Bousquat et al (2021), o sentido de qualquer sistema de saúde, em especial os sistemas universais é:

- a) atender às necessidades de recuperação dos problemas de saúde de toda a população, por meio de serviços hierarquizados por nível de complexidade  
 b) estruturar uma rede de atendimento à saúde, integrando os serviços públicos e privados disponíveis para o atendimento da população nos territórios  
 c) responder às demandas de atendimento de questões de saúde da população, com prioridade aos serviços hospitalares, que demandam mais recursos  
 d) responder às necessidades de saúde da população, não apenas por meio de uma rede integrada de serviços, mas também por meio de políticas públicas intersetoriais

## QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Após o procedimento de desvio gástrico, que consiste na redução do tamanho do estômago com objetivo de promover o emagrecimento, a progressão da dieta no período pós-operatório (PO) deve ser:

- a) zero no 1º e 2º dia PO e dieta líquida no 3º dia PO
- b) líquida no 1º e 2º dia PO e dieta pastosa no 3º PO
- c) branda no 3º dia PO
- d) incluir carnes macias no 3º dia PO

22. O tratamento nutricional do indivíduo com baixa massa corporal exige encorajamento para comer mesmo sem fome, motivo pelo qual deve-se adotar a estratégia de:

- a) aumentar o consumo de gordura saturada e proteínas
- b) estimular o consumo de líquidos hipocalóricos com as grandes refeições
- c) estimular consumo de alimentos *diet* e *light* para pequenos lanches
- d) oferecer pequenos lanches com alimentos fortificados ao longo do dia

6

23. O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. É considerada uma complicação crônica do DM:

- a) neuropatia periférica
- b) hiperosmolaridade acentuada
- c) cetoacidose diabética
- d) hipoglicemia

24. Pacientes com insuficiência cardíaca apresentam alterações hormonais que resultam no desequilíbrio entre o anabolismo e catabolismo. Desta forma, a oferta de energia para esses pacientes nutricionalmente depletados deve ser de:

- a) 22 kcal/kg massa corporal
- b) 42 kcal/kg massa corporal
- c) 32 kcal/kg massa corporal
- d) 52 kcal/kg massa corporal

25. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória caracterizada pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo. Essa obstrução geralmente é progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal. A terapia nutricional recomendada para o indivíduo com DPOC exacerbada deve ser:

- a) hipercalórica e normoproteica para a manutenção do estado nutricional
- b) normocalórica e hiperproteica para a recuperação do estado nutricional
- c) normocalórica e normoproteica para a manutenção do estado nutricional
- d) hipercalórica e hiperproteica para a recuperação do estado nutricional

26. A Litíase Renal é o resultado de uma formação cristalina que ocorre no sistema geniturinário. São recomendações dietoterápicas para indivíduos com esta condição:

- a) restrição de cálcio para pacientes com cálculo de oxalato de cálcio
- b) dieta normoproteica para pacientes com alto risco de litíase renal
- c) apenas restrição de oxalato para paciente com cálculo de ácido úrico
- d) consumo de alimentos com alto teor de purinas para pacientes com cálculo de cistina

27. Dentre os nutrientes considerados protetores contra a ocorrência da Doença Hepática Gordurosa Não Alcoólica, destacam-se:

- a) ácido graxo ômega 6 e probióticos
- b) ácidos graxos monoinsaturados e ômega 3
- c) colina e betaína
- d) ácidos graxos saturados e ácidos graxos *trans*

28. Pacientes oncológicos críticos encontram-se em estado hipermetabólico e hipercatabólico, acompanhado de proteólise, lipólise e neoglicogênese. O aporte energético consensuado para o paciente oncológico crítico adulto é de:

- a) 11 a 14 kcal/kg de peso atual/dia para indivíduos obesos com IMC entre 30 e 50 kg/m<sup>2</sup>
- b) 20 a 25 kcal/kg de peso ideal/dia para indivíduos obesos com IMC > 50 kg/m<sup>2</sup>
- c) entre 15 a 20 kcal/kg de peso atual/dia na fase aguda do tratamento
- d) entre 30 a 35 kcal/kg de peso atual/dia na fase aguda de recuperação

7

29. Leia as assertivas abaixo sobre as recomendações das diretrizes da ESPEN para pacientes cirúrgicos:

I - Pacientes submetidos à cirurgia, sem risco de aspiração, devem consumir líquidos claros até 2 horas antes da anestesia e sólidos até 6 horas antes da anestesia.

II - A fim de reduzir o desconforto perioperatório, deve ser administrado tratamento oral pré-operatório com proteínas na noite anterior e duas horas antes da cirurgia.

III - Pacientes com risco nutricional grave devem receber terapia nutricional antes da cirurgia de grande porte, mesmo que as cirurgias devam ser adiadas.

IV - Suplementos nutricionais orais enriquecidos com imunomoduladores como arginina, ômega 3 e nucleotídeos podem ser administrados por 3 a 7 dias no pré-operatório.

V - O consumo nutricional oral deve ser descontinuado após a cirurgia, uma vez que essa prática diminui o período de permanência hospitalar e complicações pós-operatórias.

Assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) III e V são falsas.
- b) II e V são falsas.
- c) I, II e III são verdadeiras.
- d) I, IV e V são verdadeiras.

30. Considerando os 11 passos para combater a desnutrição hospitalar, preconizados pela BRASPEN/SBNPE, a recomendação da oferta proteica para pacientes internados em enfermaria e com alto catabolismo deve ser de:

- a) 2,5 a 3,0 g/kg de massa corporal
- b) 3,5 a 4,0 g/kg de massa corporal
- c) 1,5 a 2,0 g/kg de massa corporal
- d) 0,8 a 1,0 g/kg de massa corporal



31. As recomendações da Organização Mundial da Saúde (2016), em relação ao calendário de consultas de pré-natal, visando redução da mortalidade perinatal são:

- I - No mínimo 8 (oito) consultas de pré-natal para melhorar a experiência das mulheres na gestação.
- II - No mínimo 6 (seis) consultas de pré-natal para melhorar a experiência das mulheres na gestação.
- III - Em contexto específico, as consultas pré-natais em grupo, prestadas por profissionais de saúde habilitados, podem ser oferecidas como alternativa às consultas individuais.
- IV - Em ambientes rurais com dificuldade de acesso ao serviço de pré-natal, recomenda-se a mobilização das famílias, das comunidades e consultas domiciliares.

São **CORRETAS**:

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

8

~~32. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2016) recomenda a todas as gestantes a suplementação de ferro e ácido fólico diariamente, visando a prevenção de anemia gestacional, infecção puerperal, baixo peso ao nascer e parto prematuro. Nas situações em que o esquema diário não seja aceitável devido aos efeitos colaterais, a OMS recomenda:~~ **QUESTÃO ANULADA**

- ~~a) suplementação oral intermitente com 120 mg de ferro elementar e 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico, duas vezes por mês, para gestantes visando a prevenção da anemia, independente da prevalência de anemia entre mulheres em idade fértil~~
- b) **suplementação oral intermitente com 120 mg de ferro elementar e 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico, uma vez por semana, em populações com prevalência de anemia gestacional menor que 20%**
- ~~c) o uso de suplementos com ferro e ácido fólico pode ser suspenso e deve ser fornecida orientação nutricional para aumento do consumo de alimentos fontes de ferro e alimentação saudável~~
- ~~d) suplementação oral intermitente com 120 mg de ferro elementar e 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico, uma vez por semana, em populações com prevalência de anemia gestacional menor que 30%~~

33. Em relação à assistência pré-natal de gestantes adolescentes, o Ministério da Saúde (2013) recomenda:

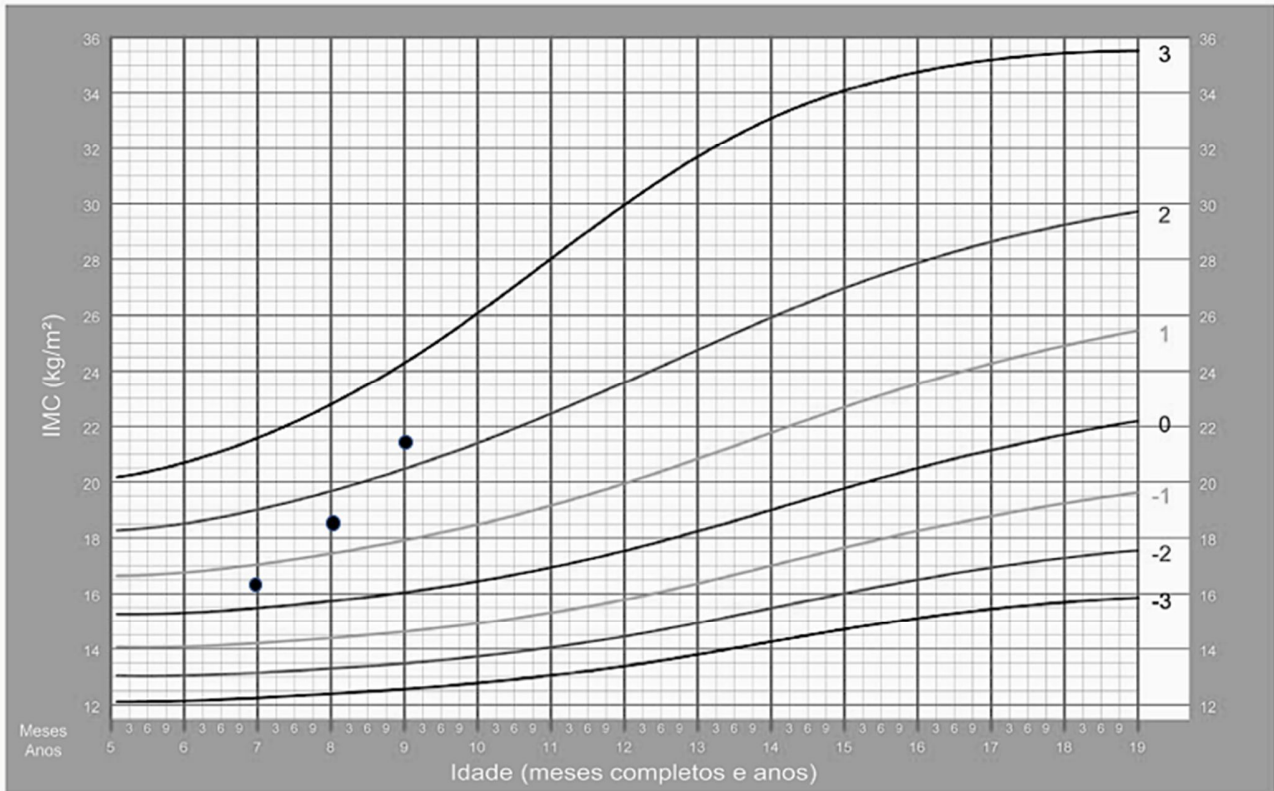
- a) **para adolescentes que engravidam dois ou mais anos depois da menarca (em geral, maiores de 15 anos), a interpretação da avaliação antropométrica deve ser equivalente à das adultas. Para as que apresentam IMC pré-gestacional de 18 kg/m<sup>2</sup>, o ganho de peso total deve ser de 12,5 a 18,0 kg**
- b) para adolescentes que engravidam menos de dois anos após a menarca, a programação do ganho de peso materno da 14<sup>a</sup> semana de gestação até o parto deve ser de 0,580 kg/semana
- c) gestantes adolescentes (menor de 20 anos de idade) devem ser pesadas em todas as consultas e a estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta de pré-natal, da mesma forma que as adultas
- d) é recomendado que a assistência à gestante adolescente seja realizada por equipe multiprofissional e que as consultas de pré-natal sejam feitas por médico(a) e enfermeiro(a) pré-natalista, em serviço de pré-natal de alto risco

34. Os três pontos marcados no gráfico de índice de massa corporal (IMC) por idade representam valores de IMC de um menino aos 7, 8 e 9 anos de idade. A classificação antropométrica desta criança em cada uma dessas idades, respectivamente é:

### IMC por idade MENINOS

Dos 5 aos 19 anos (escores-z)

Ministério da Saúde  
GOVERNO FEDERAL



Fonte: WHO Growth reference data for 5-19 years, 2007 (<http://www.who.int/growthref/en/>)

- a) eutrofia, eutrofia e risco de sobrepeso
- b) eutrofia, eutrofia e obesidade
- c) eutrofia, sobrepeso e obesidade**
- d) eutrofia, risco de sobrepeso e sobrepeso

35. A recomendação do Ministério da Saúde sobre a ingestão de açúcar para crianças menores de dois anos de idade é:

- a) redução da ingestão alimentos adicionados de açúcar refinado e mel no primeiro ano de vida; e permissão da ingestão moderada após essa idade
- b) não ingestão de açúcar ou mel proveniente de alimentos processados e ultraprocessados no primeiro ano de vida; permissão da ingestão de mel após essa idade
- c) não ingestão de: qualquer tipo de açúcar (exemplo: mel, melado, açúcar refinado), preparações adicionadas de açúcar e alimentos contendo açúcar como ingrediente**
- d) redução da ingestão de: alimentos processados, alimentos ultraprocessados e sucos de frutas adicionados de qualquer tipo de açúcar (exemplo: mel, melado, açúcar refinado)

36. O início da dietoterapia na Fase I – inicial / estabilização do tratamento da desnutrição grave na infância deve ser:

- a) cauteloso, com aporte de energia = 50 a 60 kcal/kg/dia, proteína = 0,5 g/kg/dia e líquidos = 180 a 200 mL/kg/dia
- b) para promover o crescimento rápido, com aporte de energia = 150 a 180 kcal/kg/dia, proteína = 2 a 2,5 g/kg/dia e líquidos = 120 a 140 mL/kg/dia
- c) para promover o crescimento rápido, com aporte de energia = 200 kcal/kg/dia, proteína = 0,8 a 1 g/kg/dia e líquidos = 120 a 140 mL/kg/dia
- d) cauteloso, com aporte de energia = 100 kcal/kg/dia, proteína = 1 a 1,5 g/kg/dia e líquidos = 120 a 140 mL/kg/dia

37. Lactente, 6 meses, em aleitamento artificial, com quadro de diarreia aguda foi atendido em um hospital pediátrico. Ao exame, apresentava: lágrimas ausentes, boca e línguas secas, bebendo água rapidamente e com avidez, sinal de prega desaparecendo lentamente e enchimento capilar prejudicado (3 a 5 segundos). Diante do caso apresentado, pode-se afirmar que, de acordo com o grau de hidratação da criança, o tratamento mais adequado é:

- a) plano A; deve acontecer no domicílio e não apresenta necessidade do uso da solução de reidratação oral
- b) plano B; deve acontecer em uma unidade de saúde e recomendação inicial de 50 a 100 mL/kg de solução de reidratação oral no período de 4 a 6 horas
- c) plano C; deve acontecer em uma unidade de saúde e recomenda-se obrigatoriamente a hidratação venosa
- d) plano A; deve acontecer no domicílio e recomenda-se restrição da lactose da alimentação

38. Uma criança de 10 anos apresenta obesidade e os seguintes valores de lipídios e lipoproteínas: colesterol total = 150 mg/dL, HDL-colesterol (HDL-c) = 40 mg/dL, triglicerídeos (TG) = 90 mg/dL e LDL-colesterol (LDL-c) = 92 mg/dL. Considerando as mais recentes recomendações sobre dislipidemias (Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017), pode-se afirmar que:

- a) todos os valores estão dentro dos limites de normalidade
- b) apenas LDL-c está acima dos valores de normalidade
- c) LDL-c e TG estão acima dos valores de normalidade
- d) HDL-c está abaixo e TG está acima dos limites de normalidade

## QUESTÃO ANULADA

39. Representa um critério correto para a indicação de suporte nutricional enteral em pediatria:

- a) não atingir 60 a 80% da necessidade nutricional estimada por um período maior que 10 dias
- b) não atingir  $\geq 50\%$  da necessidade nutricional estimada por um período maior que 7 dias
- c) perda ou não ganho ponderal por tempo superior a 3 meses em crianças menores de 2 anos de idade
- d) diminuição da velocidade de crescimento maior que 1 cm/ano em relação ao ano anterior no início ou no meio da puberdade

40. Com relação à indicação da terapia nutricional em crianças e adolescentes com câncer em tratamento clínico, cirúrgico ou transplantado, pode-se afirmar que a terapia nutricional:

- a) oral deve ser indicada obrigatoriamente 1 vez ao dia, independente do estado nutricional do paciente
- b) enteral deve ser indicada associada à ingestão oral, quando esta não for capaz de cobrir totalmente as necessidades nutricionais e for menor que 50% das necessidades nutricionais nos últimos 7 dias
- c) oral deve ser indicada quando a ingestão oral for menor que 75% das necessidades nutricionais nos últimos 3 dias, sem perspectiva de melhora
- d) parenteral é contraindicada para pacientes pós-transplante de medula óssea, com plaquetopenia grave não resolvida após infusão de plaquetas

41. A obesidade na infância e adolescência é um problema que ocasiona repercussões deletérias importantes em crianças, adolescentes, jovens e adultos e sobrecarga ao SUS, com altos custos relacionados ao seu tratamento e suas complicações. A obesidade entre crianças e adolescentes é resultado de uma série complexa de fatores genéticos, individuais/comportamentais e ambientais. Sobre estes fatores, pode-se afirmar que:

- a) ambientes obesogênicos, aqueles que dificultam a realização de alimentação não-saudável, podem se constituir como um fator ambiental importante no desenvolvimento da obesidade infantil
- b) a obesidade na gestação, o ganho de peso excessivo nesta fase e o diabetes gestacional são importantes fatores que podem contribuir para a obesidade infantil
- c) o aleitamento materno tem sido associado à prevenção de obesidade em gestantes, mas não em crianças
- d) a modificação de comportamentos, como a adoção de hábitos saudáveis, é um importante entrave para a reversão da situação epidemiológica de obesidade infantil

42. São ações essenciais que contribuem para a reversão do cenário de obesidade infantil:

- a) realizar campanhas institucionais nos meios de comunicação de massa sobre a obesidade infantil
- b) ofertar cuidado multiprofissional individual, prioritariamente, na Atenção Primária em Saúde, para crianças e adolescentes com diagnóstico de sobrepeso e obesidade, de acordo com os documentos oficiais do Ministério da Saúde
- c) qualificar exclusivamente profissionais da educação sobre obesidade infantil, com base nos manuais, guias e protocolos do Ministério da Saúde
- d) implementar, fortalecer e/ou expandir a Estratégia Alimentação Saudável no Estado

43. Vários são os desafios enfrentados para a atenção às pessoas com sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde, **EXCETO**:

- a) adequação do modelo biomédico para abordagem terapêutica integral da obesidade
- b) pouca integração das ações de promoção da saúde no cotidiano de cuidado
- c) despreparo para lidar com a complexidade das doenças crônicas, em especial a obesidade
- d) baixa atuação em equipe multiprofissional

44. A portaria GM/MS nº 3.297, de 4 de dezembro de 2020, institui, em caráter excepcional e temporário, o incentivo financeiro de custeio para as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável para crianças no âmbito da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) na Atenção Primária à Saúde. Sobre essa portaria, pode-se afirmar que:

- a) deverá ser observada a implementação de ações intersetoriais e de caráter comunitário para promoção da saúde de crianças menores de 5 anos de idade, de forma a apoiar famílias e comunidades na adoção de modos de vida saudáveis e o controle de doenças e agravos decorrentes da má alimentação
- b) o monitoramento das ações deverá ser realizado por meio de indicadores, como aumento do número de crianças menores de 5 anos com práticas alimentares registradas nos Sistemas de Informação da Atenção Primária, com base nos marcadores de consumo alimentar
- c) os incentivos financeiros têm caráter temporário e excepcional e serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Estaduais e Distrital de Saúde em parcela única
- d) o incentivo financeiro deverá observar o fortalecimento da atenção nutricional integral, priorizando as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e saudável, de acordo com a EAAB

12

45. A Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN /MS (2011) apresenta os índices antropométricos e demais parâmetros adotados pela Vigilância Nutricional. Assinale a afirmativa **CORRETA**:

- a) A circunferência da cintura é recomendada para a avaliação de adultos e idosos
- b) A estatura por idade é preconizada apenas para a avaliação do crescimento de crianças
- c) O peso por estatura é preconizado apenas para crianças
- d) O peso por idade deve ser utilizado na avaliação de crianças e adolescentes

46. O Guia Alimentar para a População Brasileira, elaborado pelo Ministério da Saúde, pode subsidiar políticas, programas e ações para incentivo, apoio, proteção e promoção da saúde e segurança alimentar e nutricional da população. Além disso, busca incentivar ações de educação alimentar e nutricional (EAN) no Sistema Único de Saúde, mediante abordagem de princípios e recomendações de uma alimentação adequada e saudável. Considerando a importância de atividades educativas nesse contexto, os elementos que em sua totalidade devem estar presentes no conceito de EAN, de acordo com o Marco de Referência de EAN (2012) são campo de prática:

- a) permanente, transdisciplinaridade e problematização na abordagem educativa
- b) ocasional, equipe multiprofissional e normatização na abordagem educativa
- c) intermitente, intersectorialidade e reprodução na abordagem educativa
- d) autônoma, transdisciplinaridade e inculcação na abordagem educativa

47. Com relação à Atenção Nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS), a afirmativa **INCORRETA** é:

- a) as atividades de alimentação e nutrição devem ser previstas em políticas e programas intersetoriais articuladas nas três esferas de governo
- b) a Política Nacional de Alimentação e Nutrição está organizada em diretrizes que abrangem o escopo da atenção nutricional no SUS com foco em vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e à nutrição
- c) a promoção da alimentação saudável está cada vez mais sendo reconhecida como uma responsabilidade coletiva, com base no trabalho em equipe
- d) a atenção nutricional no SUS deve ser realizada dentro de uma rede integrada de cuidados e de forma horizontal

48. Dentre os pressupostos conceituais e organizacionais da matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde, pode-se afirmar que:

- a) o diagnóstico nutricional é entendido como as ações e atividades que visam à identificação e à avaliação do estado nutricional do usuário do SUS, elaborado com base em dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, exclusivamente
- b) os sujeitos das ações podem ser a família e a comunidade
- c) a assistência ambulatorial que trata de um conjunto de procedimentos terapêuticos de baixa e média complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde, envolvendo o tratamento e a reabilitação dos problemas relacionados ou associados à alimentação e nutrição
- d) para o sujeito da abordagem “indivíduo”, nenhuma ação específica de promoção da saúde foi elencada na matriz

49. Dentre as ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde, pode-se afirmar que:

- a) mapeamento das áreas de risco de insegurança alimentar e nutricional (favelas, ocupações urbanas e rurais, áreas rurais e urbanas vulneráveis) constitui ação universal de prevenção de doenças cujo sujeito de abordagem é a família
- b) ações educativas sobre as doenças mais prevalentes na infância (inclusive doenças infecciosas e parasitárias) constituem ações universais de prevenção de doenças em indivíduos
- c) discussão com a comunidade sobre segurança alimentar e nutricional e Direito Humano à Alimentação Adequada integra o rol de ações universais de promoção da saúde na comunidade
- d) acompanhamento periódico dos casos de doenças crônicas não transmissíveis, desnutrição, baixo peso e transtornos alimentares constituem ações universais de promoção da saúde cujo sujeito da abordagem é a família

50. ~~As orientações para a abordagem nutricional de crianças e adolescentes levam em consideração a estratificação do risco para organização do cuidado de acordo com o estado nutricional. Dentre essas orientações, pode-se afirmar que:~~

- ~~a) as orientações de alimentação adequada e saudável, atividade física, comportamento sedentário, sono e saúde mental para crianças e adolescentes com peso adequado e sobrepeso~~
- ~~b) a construção de Projeto Terapêutico Singular para a organização do cuidado para crianças e adolescentes com obesidade e na presença ou ausência de comorbidades~~
- ~~c) a realização de exames para rastreamento de comorbidades, como aferição da pressão arterial, e exames bioquímicos de glicemia de jejum, perfil lipídico e marcadores hepáticos apenas para crianças e adolescentes com obesidade grave~~
- d) a avaliação dos hábitos de alimentação, atividade física, comportamento sedentário, sono e aspectos da saúde mental em crianças e adolescentes com peso adequado

**QUESTÃO ANULADA**