

# RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2022-2023

5

## 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. As Redes de Atenção à Saúde apresentam três elementos constitutivos, são eles:

- a) a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde;
- b) os usuários, os profissionais e os gestores do Sistema Único de Saúde;
- c) a atenção primária à saúde, a atenção secundária e a atenção terciária;
- d) a estrutura logística e de governança, a avaliação/monitoramento e o financiamento.

02. A Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Pode-se afirmar que é diretriz da AD:

- a) ser estruturada de acordo com os princípios de prioridade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva exclusiva da Atenção Primária à Saúde – APS;
- b) estar incorporada ao sistema de regulação da APS, desarticulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- c) adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, ampliando a divisão da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais;
- d) estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

03. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/ 2017), é uma responsabilidade comum a todas as esferas de governo:

- a) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica;
- b) apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
- c) programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população;
- d) articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica.

04. Quanto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando a infraestrutura, ambiência e funcionamento, pode-se afirmar, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que estas deverão:

- a) considerar a previsão de espaços físicos e ambientes adequados para a formação exclusivamente de estudantes e trabalhadores de nível superior multiprofissional em saúde;
- b) garantir o atendimento qualificado dos indivíduos, famílias e comunidade restritamente do território adscrito da unidade;
- c) assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas;
- d) ter um ambiente adequado, sendo recomendado contemplar entre outros: conforto térmico, acústico e recepção com grades para facilitar a comunicação privativa e a segurança dos profissionais que ali atuam.

05. No debate sobre promoção da saúde, especial destaque deve ser dado às políticas públicas saudáveis. O processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores, pode ser definido como:

- a) interdisciplinaridade;
- b) **intersectorialidade;**
- c) institucionalidade;
- d) integralidade.

06. A pandemia por COVID-19 é um desafio para a ciência e sociedade que exigiu planos de gerenciamento de risco em níveis nacional, estadual, municipal e local. Na Atenção Primária à Saúde - APS o fortalecimento da atuação no território, foi central na atuação oportuna para o controle da pandemia, estabelecida em quatro eixos:

- a) infraestrutura das unidades; formação e educação permanente dos profissionais; mapeamento de problemas de saúde; e financiamento;
- b) ações de promoção da Saúde; transporte sanitário; material e equipamentos de segurança; e atendimento aos usuários acometidos pela COVID-19;
- c) vigilância sanitária ao território; educação em saúde para usuários; atendimento as urgências e emergências sanitárias; e retaguarda a ações coordenadas no território;
- d) **vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS.**

07. Sob a influência do ideário da Conferência de Alma Ata e, a partir da Constituição de 1988 - Saúde como direito de cidadania, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a construção de um novo modelo assistencial foi materializado na Atenção Primária à Saúde - APS, pelo Programa Saúde da Família. A singularidade deste modelo, em relação as experiências em outros países, é:

- a) a territorialização;
- b) a vigilância em saúde;
- c) **o agente comunitário de saúde na equipe;**
- d) a responsabilidade sanitária.

08. Ao comparar a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2011 e 2017, pode-se verificar mudanças relativas aos princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica ou APS. Na PNAB 2017 desaparece dos princípios enunciados a:

- a) equidade;
- b) descentralização;
- c) **humanização;**
- d) participação social.

09. Nas propostas dos Governos Temer e Bolsonaro para o Sistema Único de Saúde, pode-se identificar como características comuns:

- a) **financiamento reduzido e privatização;**
- b) participação da sociedade civil nos colegiados;
- c) ampliação da estratégia saúde da família nos grandes centros;
- d) recuperação da farmácia popular.

10. A contrarreforma da Saúde, iniciada no governo Temer e implementada no governo Bolsonaro, pode ser caracterizada por medidas que desresponsabiliza o Estado pela garantia do direito à saúde, a integralidade e universalidade, entre elas:

- a) a aquisição de aparelhos de Eletro-Convulso Terapia (ECT), 12 por unidades de públicas de saúde;
- b) o reconhecimento de práticas manicomiais como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do SUS;
- c) a exclusão do HIV/AIDS da nomenclatura do DDCCI como forma de ocultar a visibilidade da doença e a extinção do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs;
- d) a municipalização da Política de Atenção à Saúde Indígena.

11. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É de competência exclusiva da Comissão Intergestores Tripartite a pactuação de:

- a) diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos referentes a contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- b) responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- c) referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção a saúde para o atendimento da integralidade da assistência;
- d) critérios para o planejamento das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão.

12. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Xangai (em 2016), com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, coloca um desafio de forte articulação intersetorial da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando quatro pilares:

- a) mobilização social; alimentação saudável; exercício físico; e financiamento;
- b) cidades saudáveis; bom governo; alfabetização em saúde; e mobilização social;
- c) exercício físico; atenção integral a saúde; escolarização; e cultura;
- d) prevenção do tabagismo; da violência; controle de doenças transmissíveis; e educação em saúde.

13. Estudos sobre o perfil sanitário da população brasileira, analisados no período de existência do SUS (1990 e 2015) aponta que ocorreram importantes mudanças (positivas) na saúde/doença da população e na redução da desigualdade, observados nos indicadores de saúde entre Estados da Federação, como verificado:

- a) no aumento das taxas de mortalidade por causas externas, violência e na redução da expectativa de vida;
- b) na redução das demandas por atendimento especializado e no aumento das mortes por AVC;
- c) na queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, no aumento da expectativa de vida e em anos de vida saudáveis;
- d) na ampliação do acesso aos serviços de alta complexidade e mortalidade neonatal.

14. Desde sua criação em 1988, a expansão do SUS não foi acompanhada do aporte de recursos requeridos para implementar plenamente o seu desenho constitucional. Esse subfinanciamento crônico levam a persistentes desigualdades regionais e sociais. Estas desigualdades são agravadas por medidas político-econômicas desfavoráveis, como:

- a) Política Nacional de Atenção Básica - PNAB – Portaria nº 2488/2011;
- b) Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC95);
- c) Política de Assistência Farmacêutica – “Farmácia Popular”;
- d) Normas operacionais Básica/1996.

15. A conquista da participação social na gestão SUS é fundamental para sustentabilidade e continuidade de um sistema de saúde universal, igualitário e equânime. São consideradas instâncias colegiadas do SUS:

- a) conferências e conselhos de saúde, em cada esfera de gestão do SUS;
- b) conselhos de saúde no âmbito municipal e estadual;
- c) conselhos de saúde nas esferas municipais e conferências nacionais de saúde;
- d) conselhos de saúde em todas as esferas de gestão do SUS .

16. Não faz parte do rol das competências do SUS, nos termos da lei:

- a) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, com exceção da área de saúde do trabalhador;
- b) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- c) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- d) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

17. Segundo previsto no artigo 6º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, **NÃO** se inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a:

- a) execução de ações: de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- b) participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- c) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- d) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

18. **ANULADA** A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para efeitos de cálculo ponderado **NÃO** considera:

- a) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na ESF e na equipe de Atenção Primária (EAP);
- b) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na ESF e na EAP;
- e) a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- d) a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e no Programa Auxílio Brasil.

19. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência colocou a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendou alguns pontos considerados essenciais para atingir tal objetivo, **excetuando-se**:

- a) promoção de suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- b) distribuição de insumos básicos;
- c) abastecimento de água e saneamento básico;
- d) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle.

20. Para MEDINA, Maria Guadalupe, et al.(2020) o enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, e deve considerar outras ações, **EXCETO**:

- a) a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação;
- b) as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção);

- c) parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade;
- d) dotar o sistema de recursos medicamentosos para oferecer a atenção preventiva adequada e oportuna.

### QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. A antropometria nas diferentes fases do curso da vida é fundamental para a realização da Vigilância Nutricional. Sobre a antropometria no âmbito da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), pode-se afirmar que:

- a) o índice antropométrico IMC/I apresenta diagnóstico nutricional diferente para  $>\text{escore-z} +2$  e  $\leq \text{escore-z} +3$ , para crianças menores de 5 anos e crianças de 5 aos 10 anos;
- b) uma das vantagens da utilização dos indicadores antropométricos na VAN é a pequena e focada quantidade de ferramentas e recursos técnicos para a análise da situação nutricional;
- c) em antropometria, o índice é a combinação de, no mínimo duas medidas antropométricas e indicador equivale ao percentil ou escores-z, no caso de crianças;
- d) o escores-z +2 significa que 2,5% de uma população saudável estariam acima desse valor.

10

22. De acordo com o Manual de Atenção às Pessoas com Obesidade do SUS, a perda de peso pode ser considerada um dos elementos ou resultados da promoção da saúde do usuário com sobrepeso e obesidade. Sobre este tema, pode-se afirmar que:

- a) a obesidade é uma doença e não um fator de risco para outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares e hipertensão arterial sistêmica;
- b) a avaliação dos marcadores de consumo alimentar do SISVAN está entre os objetivos principais da abordagem inicial realizada por profissional de nível superior da equipe de saúde nos indivíduos com sobrepeso e obesidade;
- c) os marcadores de consumo alimentar permitem a atuação em uma perspectiva de longo prazo das equipes de saúde da família, mas preterem as demais ações de promoção, prevenção e de tratamento de combate à obesidade que são realizadas no cotidiano dos serviços;
- d) entre os temas prioritários relacionados à condição de sobrepeso e obesidade na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e no Guia Alimentar da População Brasileira estão a alimentação adequada e saudável e as práticas corporais.

23. A situação alimentar e nutricional da população idosa na atenção primária à saúde no Brasil tem sido amplamente discutida. A respeito desta assertiva pode-se afirmar que:

- a) a atenção integral à saúde da pessoa idosa é estruturada nos moldes das redes de atenção à saúde, com foco coletivo, respeitando os direitos, preferências e capacidades das equipes no âmbito regional;
- b) o estado nutricional de idosos no Brasil demonstra a transição nutricional com valores equilibrados de desnutrição e sobrepeso;
- c) o Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar da Pessoa Idosa é a ferramenta prioritária da intervenção na prática clínica no cuidado individual de idosos na Atenção Primária à Saúde;
- d) os marcadores de consumo alimentar de idosos acompanhados na Atenção Primária evidencia a maior prevalência de consumo de feijão nestes usuários, independente do sexo.

24. Pode-se dizer em relação à organização da atenção nutricional no SUS, que:

- a) deve-se priorizar a atenção de média complexidade, dada as características multicausais dos problemas de saúde;
- b) a atenção nutricional deverá priorizar a realização de ações no âmbito da Atenção Básica;
- c) o Programa Academia da Saúde se constitui enquanto uma porta de entrada para a atenção nutricional no SUS;

d) o foco prioritário deve ser o atendimento por demanda espontânea nas unidades especializadas.

25. Sobre tudo na primeira década dos anos 2000, o Brasil avançou na construção e institucionalização do campo da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), com destaque para a Emenda Constitucional 64 de 2010 que inseriu a Alimentação enquanto direito social na Constituição Federal de 1988. Dentre os demais direitos sociais presentes na nossa constituição, destaca-se a Saúde. Sobre esse debate, pode-se afirmar que:

- a) o direito humano à alimentação adequada é fundamental, mas não depende da garantia de outros direitos;
- b) a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional exige que o direito à saúde seja respeitado e concretizado;
- c) o conceito de Segurança Alimentar e Nutricional se refere especificamente a garantir o acesso a uma alimentação de qualidade;
- d) as contribuições do Sistema Único de Saúde para a SAN estão localizadas somente nas ações de Vigilância Alimentar e Nutricional.

11

26. As equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) possuem um papel estratégico no apoio às equipes de Atenção Básica. Sobre a atuação de Nutricionistas no NASF pode-se afirmar que:

- a) dentro da lógica de apoio matricial, é possível a realização de atendimento individual específico pelo nutricionista do NASF;
- b) os cuidados relativos à alimentação e nutrição são de responsabilidade apenas do profissional nutricionista do NASF;
- c) a prioridade na atuação do nutricionista no NASF deve ser a Vigilância Alimentar e Nutricional, com foco nas carências nutricionais;
- d) as ações do Nutricionista do NASF devem ter como prioridade atendimento à demanda espontânea.

27. Sistemas alimentares são elementos e atividades relacionadas à produção, processamento, distribuição, preparo, consumo e descarte de alimentos com efeitos na saúde e nas questões socioeconômicas e ambientais (FAO, 2018). Pode-se afirmar sobre as recomendações para sistemas alimentares saudáveis e sustentáveis que:

- a) consumo reduzido de carne vermelha e processada, alimentos ultra processados, grãos integrais e tubérculos;
- b) adoção de práticas agrícolas ambientalmente adequadas, com aumento da produção de monoculturas;
- c) preservação dos bens comuns e da socio biodiversidade;
- d) políticas públicas sobre alimentação e nutrição que abordem, exclusivamente, o excesso de massa corporal.

28. Pode-se afirmar como abrangência e características das práticas de cuidado em Alimentação e Nutrição na atenção primária à saúde que:

- a) a redução de danos tem por objetivo intervir na oferta ou consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, além da disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção e doenças;
- b) a vigilância em saúde, por exemplo, compreende a vigilância da alimentação complementar até os 12 meses;
- c) os cuidados paliativos objetivam a prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais;
- d) a participação social é um componente restrito da promoção da saúde.

29. A Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN tem como objetivo geral de promover a segurança alimentar e nutricional. Com relação à PNSAN, pode-se afirmar que:

- a) é diretriz da PNSAN apoiar a iniciativas de promoção da soberania alimentar, segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada em âmbito internacional;
- b) é objetivo específico da PNSAN contemplar todos os cidadãos brasileiros;

- c) as câmaras intersetoriais de segurança alimentar e nutricional dos Estados que aderirem ao SISAN deverão realizar reuniões periódicas com representantes dos Municípios, denominadas fóruns tripartites;
- d) o financiamento da PNSAN será de responsabilidade do Poder Executivo Federal e Estadual, por deterem maior orçamento.

30. Pode-se afirmar que a Estratégia de Prevenção e Atenção à Obesidade Infantil (PROTEJA), instituída pela Portaria GM/MS nº 1.862, de 10 de agosto de 2021 tem como objetivo deter o avanço da obesidade infantil e contribuir para a melhoria da saúde e da nutrição das crianças brasileiras por meio de:

- a) um conjunto de ações essenciais e complementares que, reunidas e implementadas, em nível Federal e Estadual, apoiando a reversão do cenário de obesidade infantil no país;
- b) cuidado de crianças com sobrepeso ou obesidade deve ser feito por meio de profissionais nutricionistas do Núcleo Ampliado de Saúde da Família de acordo com as diretrizes terapêuticas vigentes do Ministério da Saúde;
- c) ações contínuas para a educação permanente relacionadas à obesidade infantil que devem ser direcionadas aos diferentes profissionais de saúde, inclusive agentes comunitários de saúde;
- d) ações essenciais, o cuidado médico para crianças com diagnóstico de sobrepeso e obesidade ofertado na atenção primária à saúde.

12

31. O tratamento nutricional da Síndrome do Intestino Irritável tem por objetivo garantir a ingestão adequada de nutrientes e controle de sintomas, sendo a primeira linha de tratamento a dieta sem ou com pouco FODMAPs, que limita os alimentos que contêm:

- a) sacarose, sucralose, ômega 6 e aminoácidos de cadeia ramificada;
- b) ômega 3, ácidos graxos monoinsaturados, maltose e lactulose;
- c) probióticos e prebióticos;
- d) lactose, frutose, fruto-oligossacarídeos, galacto-oligossacarídeos e polióis.

32. Considerando as diretrizes de cuidados nutricionais pra reduzir o refluxo gastroesofágico e a esofagite, recomenda-se:

- a) abaixar a cabeceira da cama em 15 a 20 cm;
- b) usar roupas apertadas na área do estômago para facilitar o esvaziamento gástrico;
- c) evitar o consumo de alimentos ácidos e muito condimentados;
- d) deitar-se logo após o almoço e o jantar.

33. A cirurgia bariátrica é considerada o único tratamento eficaz em longo prazo para obesidade grau III que reduz co-morbidades. Porém, por outro lado, promove deficiências nutricionais que exigem a realização de suplementação das seguintes vitaminas e minerais:

- a) vitamina C, piridoxina, riboflavina, magnésio e enxofre;
- b) vitamina A, D, E, K, cobalamina, folato, ferro, cálcio e cobre;
- c) biotina, ácido pantotênico, fósforo, sódio, potássio e cloro;
- d) niacina, tiamina, selênio, manganês, cobre e zinco.

34. Interpretando os elementos básicos do hemograma, o volume corpuscular médio está diminuído nos casos de:

- a) deficiência de cobalamina e folato;
- b) leucemia e neoplasia;
- c) talassemia e insuficiência renal crônica;
- d) alergia e doença autoimune.

35. A recomendação de ingestão de proteínas para pacientes com hepatites e cirrose não complicadas e sem encefalopatias, é de:

- a) 1,8 a 2,0 g/kg de peso atual por dia;

- b) 1 a 1,5 g/kg de peso ideal por dia;  
c) 0,8 a 1,0 g/kg de peso ideal por dia;  
d) 1,2 a 1,8 g/kg de peso atual por dia.
36. Pode-se afirmar que são produtos alimentares associados à hepatotoxicidade:  
a) cardo mariano e óleo de cártamo;  
b) erva de São João e Valeriana;  
c) Confrei e silimariana;  
d) aloe vera e sene.
37. Pode-se afirmar que o requerimento de energia e proteínas para paciente com câncer, com objetivo de ganho de massa corporal, deve ser de:  
a) 30 a 35 kcal/kg/dia e 1,0 a 1,5g/kg/dia;  
b) 25 a 30 kcal/kg/dia e 0,8 a 1,0g/kg/dia;  
c) 20 a 25 kcal/kg/dia e 1,2 a 2,0g/kg/dia;  
d) 20 a 40 kcal/kg/dia e 1,0 a 1,8g/kg/dia.
38. Pode-se afirmar que o tratamento nutricional do Transtorno de Ansiedade deve considerar:  
a) ingestão adequada de cobalamina, folato, zinco, magnésio e vitamina D;  
b) suplementação com cafeína e ômega 3;  
c) alto teor de carboidratos glicêmicos e proteínas;  
d) alto consumo de fósforo, potássio e zinco.
39. As diretrizes para prevenção de sintomas de hipoglicemia em pacientes com diabetes indicam:  
a) o consumo de alimentos ricos em açúcares quando o estômago estiver vazio;  
b) a ingestão de bebidas alcoólicas apenas com o estômago vazio;  
c) realização de 5 a 6 pequenas refeições ao longo do dia;  
d) estímulo ao consumo de bebidas ricas em cafeína.
40. Pode-se afirmar que a dietoterapia recomenda para pacientes com hipercolesterolemia maior consumo de:  
a) celulose e sibo;  
b) lactulose e lignina;  
c) hemicelulose e inulina;  
d) pectina, gomas e mucilagens.
41. Na Caderneta da Gestante publicada pelo Ministério da Saúde em 2022 encontram-se as novas curvas de ganho de peso para gestantes brasileiras. Em relação às novas faixas de ganho de peso pode-se afirmar que:  
a) o ganho de peso a ser avaliado em cada consulta deve ser calculado considerando: o peso medido na consulta menos o peso pré-gestacional;  
b) as faixas de ganho de peso variam conforme o Índice de Massa Corporal Pré-gestacional ou gestacional de gestantes adultas;  
c) para uma gestante obesa a faixa de ganho de peso deve ser de 5 a 9,5kg visando diminuir o risco de baixo peso ao nascer;  
d) as novas curvas de ganho de peso podem ser adotadas na avaliação nutricional de gestantes gemelares, adolescentes e indígenas.

42. No Brasil, estima-se que 18% das mulheres grávidas, assistidas no Sistema Único de Saúde (SUS), tenham o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional (DMG). Como medidas não farmacológicas para atingir o controle glicêmico estão a orientação nutricional e prática de exercícios. Para elaboração do plano alimentar da gestante com DMG deve-se considerar o índice de massa corporal (IMC); a idade materna; a atividade física usual e, as condições clínicas, socioeconômicas e culturais. Em relação com a distribuição dos macronutrientes da dieta, segundo o Manual de gestação de alto risco (Ministério da Saúde, 2022), deve-se considerar:

- a) 40% a 55% de carboidratos, 15% a 20% de proteínas e 30% a 40% de lipídios;
- b) 30% a 40% de carboidratos, 20% a 30% de proteínas e 30% de lipídios;
- c) 40% a 45% de carboidratos, 15% a 25% de proteínas e 30% a 45% de lipídios;
- d) 45% a 65% de carboidratos, 10% a 15% de proteínas e 25% a 30% de lipídios.

43. As Síndromes Hipertensivas da Gravidez (SHG) representam a principal de causa de morte materna no Brasil, além de maior risco de parto prematuro e restrição de crescimento intrauterino. No Manual de gestação de alto risco, publicado pelo Ministério da Saúde em 2022, é recomendada para a prevenção de pré-eclâmpsia:

- a) a dieta hipossódica é uma importante estratégia na prevenção da pré-eclâmpsia em mulheres com diagnóstico de hipertensão gestacional, assim, como a perda de peso na gestação para mulheres com sobrepeso ou obesidade pré-gestacional;
- b) a suplementação de Cálcio com dose mínima de 1g/dia até o parto, para mulheres de alto risco (exemplo- diabetes tipo 1 ou 2; ou Hipertensão arterial crônica) ou moderado (ex. História familiar de pré-eclâmpsia - mãe e/ou irmãs; e Idade  $\geq$  35 anos);
- c) a suplementação de Cálcio com dose mínima de 2g/dia até o parto, para mulheres de alto risco (ex. com diabetes tipo 1 ou 2) ou moderado (ex. História familiar de pré-eclâmpsia -tia e Gravidez prévia de termo);
- d) a suplementação de Cálcio não é recomendada pelo Ministério da Saúde (2022) para a prevenção de pré-eclâmpsia. As estratégias recomendadas são apenas o controle do ganho de peso gestacional e a dieta hipossódica.

44. A suplementação de ferro e de vitamina A estão previstas pelos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes, tendo em vista a deficiência desses nutrientes serem importantes agravos nutricionais, que acometem o grupo materno-infantil no Brasil. Os Programas visam a promoção da saúde, a nutrição adequada de gestantes e crianças, por meio da ação de prevenção e controle das carências. Com isso, pode-se afirmar que os grupos prioritários para suplementação de ferro e de vitamina A atendidos na Atenção Primária à Saúde são:

- a) ferro: crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes e mulheres no pós-parto e/ ou pós-aborto; vitamina A: regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste crianças de 6 a 59 meses e, regiões Sul e Sudeste crianças de 6 a 24 meses;
- b) ferro: crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes; vitamina A: regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste crianças de 6 a 24 meses e, regiões Sul e Sudeste crianças de 6 a 59 meses;
- c) ferro: crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes e mulheres no pós-parto e/ ou pós-aborto; vitamina A: regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste crianças de 6 a 59 meses e, regiões Sul e Sudeste crianças de 6 a 50 meses, puérperas no pós-parto imediato;
- d) ferro: crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes e mulheres no pós-parto e/ ou pós-aborto; vitamina A: regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste crianças de 6 a 59 meses e, regiões Sul e Sudeste crianças de 6 a 24 meses, gestantes adolescentes.

45. O Ministério da Saúde (2021) recomenda a avaliação dietética da gestante com base nos Marcadores de Consumo Alimentar, para orientar conduta a ser seguida no atendimento da grávida na Atenção Primária. Os Marcadores de Consumo Alimentar propostos são:

- a) feijão, frutas frescas e/ou sucos, verduras e/ou legumes (considerar batata inglesa e doce), hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha), bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de côco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com ou sem adição de açúcar), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina);
- b) feijão, frutas frescas e secas, verduras e/ou legumes (considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame), hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha), bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de côco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com ou sem adição de açúcar), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina);
- c) feijão, frutas frescas (não considerar suco de frutas), verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame), hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha), bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de côco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar), macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina);
- d) feijão, frutas frescas ou secas, verduras e/ou legumes cozidos, hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha), bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de côco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar), macarrão instantâneo ou integral, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina).

46. Na abordagem à criança com desnutrição, o edema é uma alteração clínica comumente observada. Assinale a alternativa que **NÃO** representa um fator etiológico para a ocorrência do edema em crianças acometidas pela desnutrição.

- a) falência da bomba de sódio e potássio;
- b) aumento da permeabilidade celular pela hipoalbuminemia secundária à menor síntese;
- c) aumento de citocinas pró-inflamatórias e estresse oxidativo;
- d) deficiência de zinco e cálcio.

47. Diante de uma mãe com confirmação do diagnóstico de COVID-19, pode-se afirmar que a orientação adequada para a prática da amamentação é:

- a) amamentação deve ser suspensa imediatamente;
- b) medidas de higiene e a recomendação para uso de máscaras não reduzem a possibilidade de contaminação da criança;
- c) somente a oferta de leite materno pasteurizado ao lactente.
- d) amamentação deve continuar sendo promovida; não há evidências que suportem sua contra-indicação;

48. Pode-se afirmar que a alternativa que representa uma indicação para terapia nutricional enteral em pediatria é:

- a) diminuição da velocidade de crescimento superior a 2 cm/ano em relação ao ano anterior no início/meio da puberdade;
- b) dobra cutânea tricipital menor que o percentil 10 para idade;
- c) declínio em um canal de crescimento no gráfico de peso para idade;

d) tempo total de alimentação em crianças com necessidades especiais maior que 1 a 2 horas/dia.

49. Em relação à avaliação nutricional de prematuros, pode-se afirmar que:

- a) não é necessário o uso da idade corrigida a partir de 18 meses;
- b) é considerado ganho de peso insuficiente aquele menor que 25g/dia, independente do período e faixa etária;
- c) a recuperação do peso ao nascer deve ocorrer no período de até 5 dias após o nascimento;
- d) recomenda-se o uso da idade corrigida até 3 anos de vida nos casos de prematuros extremos.

50. O Guia alimentar para menores de 2 anos é um documento oficial do Ministério da Saúde que traz recomendações sobre a alimentação infantil com o objetivo de promover saúde, crescimento e desenvolvimento. De acordo com o Guia, pode-se afirmar que:

- a) é recomendado o uso de suco da fruta desde 6 meses, porém sem adição de açúcar;
- b) desde o início da alimentação complementar a criança deve receber alimentação preparada com uma quantidade mínima de sal;
- c) a água deve ser oferecida para todas as crianças, independente da idade e tipo de aleitamento;
- d) crianças não amamentadas devem utilizar fórmulas infantis até 24 meses.