

EDITAL n. 01/2019
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2020
COREMU/UFG

NUTRIÇÃO

17/11/2019

PROVAS	QUESTÕES
CONHECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA	01 a 15
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS	16 a 50

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO FOR AUTORIZADO

ATENÇÃO: Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

Cada qual sabe amar a seu modo.

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Quando for permitido abrir o caderno de provas, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de provas.
2. Este caderno contém **50** questões de múltipla escolha. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta AZUL ou PRETA, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com emenda, corretivo, rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.
5. Estas provas terão **quatro horas** de duração, incluídos, nesse tempo, os avisos, a coleta de impressão digital e a transcrição das respostas para o cartão-resposta.
6. Iniciada a prova, você somente poderá retirar-se do ambiente de realização da prova após decorridas **três horas** de seu início e mediante autorização do aplicador de prova.
7. Os três últimos candidatos, ao terminarem a prova, deverão permanecer no recinto, sendo liberados após a entrega do material utilizado por todos eles, e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual irão colocar suas respectivas assinaturas.

— QUESTÃO 01 —

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que visa promover a saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora. Dentre as ações deste componente estão as de vigilância da situação de saúde do trabalhador, cujas atividades são a análise da situação de saúde proveniente de vigilância de ambientes e processos de trabalho, a busca ativa de casos e a investigação

- (A) da relação da doença ou do agravamento com o trabalho, o monitoramento dos fatores de risco, os inquéritos epidemiológicos e os estudos da situação de saúde a partir dos territórios.
- (B) de casos, os estudos da situação de saúde a partir dos territórios, o levantamento das condições socioeconômicas dos trabalhadores e o controle das condições estruturais dos ambientes de trabalho.
- (C) da relação da doença ou do agravamento com o trabalho, a análise do impacto das condições psicológicas dos trabalhadores no desempenho laboral, os inquéritos epidemiológicos e o controle das condições estruturais dos ambientes de trabalho.
- (D) de casos, o monitoramento dos fatores de risco, o levantamento das condições socioeconômicas dos trabalhadores e a análise do impacto das condições psicológicas dos trabalhadores no desempenho laboral.

— QUESTÃO 02 —

A investigação epidemiológica de campo de casos, surtos, epidemias ou de outras formas de emergência em saúde é uma atividade obrigatória de todo sistema local de vigilância em saúde. Nessa atividade,

- (A) é importante detectar e controlar as possíveis ameaças à saúde da população em geral, para qualquer doença ou agravamento, a fim de se impedir a ocorrência de casos.
- (B) é necessário utilizar o rigor metodológico científico durante seu planejamento e execução para a confiabilidade das informações obtidas.
- (C) a execução primária das ações é de responsabilidade de cada respectiva unidade técnica que, no contexto estudado, pode ser apoiada pelos demais setores relacionados e níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (D) o objetivo é garantir a obtenção, mesmo que de forma incompleta, por meio de fontes primárias e secundárias, das informações necessárias referentes a diferentes situações de saúde.

— QUESTÃO 03 —

A política nacional de promoção da saúde (Pnps) baseia-se no conceito ampliado de saúde e apresenta sua promoção como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, com responsabilidades para os três entes federados. Dentre outros, são valor e princípio fundamentais no processo de concretização da Pnps, respectivamente:

- (A) a intersetorialidade e a justiça.
- (B) o respeito às diversidades e a participação social.
- (C) o empoderamento e a inclusão social.
- (D) a autonomia e a corresponsabilidade.

— QUESTÃO 04 —

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre

- (A) clínica e política, entre equipe multiprofissional e usuários e entre atenção e gestão.
- (B) produção de saúde e produção de subjetividade, entre os modos de produção e de circulação de poder e entre clínica e política.
- (C) atenção e gestão, entre clínica e política e entre produção de saúde e produção de subjetividade.
- (D) equipe multiprofissional e usuários, entre os modos de produção e de circulação de poder e entre atenção e gestão.

— QUESTÃO 05 —

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia utilizada para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário assistência efetiva e eficiente. Um dos objetivos da RAS é:

- (A) garantir a integralidade do cuidado por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de densidade tecnológica leve e integradas por meio de sistemas de apoio técnico.
- (B) formar relações verticais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção primária à saúde (APS), pela centralidade da assistência aos usuários e pelo cuidado multiprofissional em saúde.
- (C) promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.
- (D) garantir a continuidade da assistência ao usuário e, por conseguinte, a integralidade e qualidade do cuidado, fundamentando-se na compreensão da necessidade de investimento na atenção secundária.

— QUESTÃO 06 —

O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde. Neste contexto, considera-se como um dos objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:

- (A) contribuir para o controle da natalidade, da morbidade e da mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- (B) promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- (C) reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina, organizando em municípios polos de microrregiões, redes de referência e contrarreferência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama.
- (D) fortalecer a participação e o controle social, promovendo a integração do movimento de mulheres feministas na definição, implementação e aperfeiçoamento das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

— QUESTÃO 07 —

No contexto da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, o ano de 1985 foi marcado pelo movimento das Diretas Já e pelo fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação

- (A) das associações dos secretários de saúde estaduais (Conass) ou municipais (Conasems) e com uma mobilização nacional durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds).
- (B) da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (Sucam) para executar atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o departamento nacional de endemias rurais (Deneru) e a campanha de erradicação da malária.
- (C) do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) ligado ao Inamps que propôs a reversão gradual do modelo médico-assistencial por meio do aumento da produtividade do sistema e da melhoria da qualidade da atenção.
- (D) do instituto nacional de previdência social (Inps), que reuniu os institutos de aposentadorias e pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (Samdu) e a superintendência dos serviços de reabilitação da previdência social.

— QUESTÃO 08 —

O projeto terapêutico singular (PTS) é entendido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas e elaboradas por uma equipe interdisciplinar, com o objetivo de assistir a um sujeito individual ou coletivo, com alguma demanda de cuidado em saúde. O PTS contém quatro momentos sequenciais, que são, respectivamente:

- (A) definição de metas, diagnóstico, reavaliação e divisão de responsabilidade.
- (B) divisão de responsabilidades, definição de metas, diagnóstico e reavaliação.
- (C) reavaliação, diagnóstico, divisão de responsabilidades e definição de metas.
- (D) diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

— QUESTÃO 09 —

Para que as políticas destinadas à redução das desigualdades em saúde sejam coerentes, é necessário que o estilo de governança adotado deixe claro qual é o papel de cada setor e ator envolvidos no processo. Para tanto é recomendado adotar como princípios para uma boa governança:

- (A) solidariedade, liderança política, universalidade, compromisso e participação da sociedade.
- (B) isonomia, redução das iniquidades, orçamento integrado e monitoramento de processos.
- (C) legitimidade, direção e visão estratégicas, desempenho satisfatório, responsabilidade e igualitarismo.
- (D) coerência, resolução de conflitos, equidade, desenvolvimento integrado e transparência.

— QUESTÃO 10 —

A complexidade das ações de saúde e a necessidade de direcionar a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) exigem que os gestores do setor busquem um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento. Com esse intuito, foi criado o Sistema de Planejamento do SUS, que possui como instrumentos básicos:

- (A) o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão.
- (B) o diagnóstico de saúde, a definição de metas e a avaliação dos resultados.
- (C) a programação anual de saúde, a avaliação dos resultados e o plano de saúde.
- (D) o relatório anual de gestão, o diagnóstico de saúde e a definição de metas.

— QUESTÃO 11 —

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, o Plano de Saúde é definido como um instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem alcançados, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Nesta perspectiva, são indicados, como eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação de objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde:

- (A) as condições socioeconômicas da população, o perfil epidemiológico das doenças e o perfil educacional dos usuários.
- (B) a análise da execução da programação física e orçamentária, o resultado das ações executadas e a avaliação dos processos de trabalho.
- (C) o estabelecimento das metas, a definição das ações a serem desenvolvidas e a definição dos recursos orçamentários.
- (D) as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde e a gestão em saúde.

— QUESTÃO 12 —

Frente a desafios complexos e plurais que envolvem a assistência à criança e com vistas à qualificação das estratégias e ações voltadas à saúde dessa população, em agosto de 2015, foi instituída no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc). Os princípios que orientam esta política afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade,

- (A) a proteção da saúde da criança, a promoção do aleitamento materno e a individualização dos cuidados durante a gestação.
- (B) a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa.
- (C) a organização das ações a partir das necessidades das crianças, a redução de riscos e a responsabilização de familiares.
- (D) a gestão interfederativa, a organização dos serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e a qualificação de gestores e trabalhadores.

— QUESTÃO 13 —

As mudanças no padrão de morbimortalidade indicam que as principais causas das doenças são preveníveis. A prevenção possui quatro níveis que apontam fatores ou condições que têm um conhecido papel na causalidade das doenças. Todos eles são importantes, entretanto, dois deles possuem maior impacto sobre a saúde das populações, a saber, os níveis

- (A) primordial e primário.
- (B) secundário e terciário.
- (C) primordial e secundário.
- (D) primário e terciário.

— QUESTÃO 14 —

A Lei n. 8.080/1990, do Ministério da Saúde, orienta a implantação, no âmbito do Sistema Único de Saúde, do atendimento e da internação domiciliar. Essas modalidades de assistência

- (A) podem ser realizadas por indicação de qualquer um dos membros da equipe multiprofissional de saúde, mediante concordância do paciente e de sua família.
- (B) preveem, principalmente, a execução de procedimentos de enfermagem, assistência psicológica e social.
- (C) são realizadas por equipes multidisciplinares que atuam nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.
- (D) são direcionadas, preferencialmente, para a população em extremos de idade, ou seja, para crianças e idosos.

— QUESTÃO 15 —

A política nacional de atenção básica tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da estratégia de saúde da família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades

- (A) regionais.
- (B) locoregionais.
- (C) estaduais.
- (D) federais.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 16 —

Qual é a recomendação para a programação de ganho de peso, até o final da gestação, para uma gestante de vinte semanas, apresentando peso pré-gestacional de 49 kg, peso atual de 67 kg e altura de 1,65 m?

- (A) Manutenção do peso.
- (B) Ganho mínimo de 0,5 kg/mês.
- (C) Ganho médio de 0,5 kg/semana.
- (D) Ganho mínimo de 1,0 kg/mês.

— QUESTÃO 17 —

Leia o caso a seguir.

Uma gestante de trinta e oito anos, com vinte e quatro semanas de gestação, sobrepeso pré-gestacional, ganho de peso atual de 11 kg, altura de 1,49 m, mãe portadora de diabetes tipo 2, glicemia de jejum de 125 mg/dL, glicemia pós-prandial de duas horas de 172 mg/dL, com hipertensão não controlada induzida pela gestação, recebeu diagnóstico recente de diabetes gestacional e foi encaminhada para equipe multiprofissional para iniciar o tratamento adequado.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017/2018, o tratamento inicial para essa gestante consiste em:

- (A) terapia nutricional.
- (B) terapia nutricional e insulino terapia.
- (C) terapia nutricional e atividade física.
- (D) terapia nutricional, atividade física e insulino terapia.

— QUESTÃO 18 —

Quanto às recomendações de energia e nutrientes para uma gestante de vinte e sete anos infectada pelo HIV, na 12ª semana gestacional, peso pré-gestacional de 52 kg, peso atual de 54 kg, altura de 1,58 m, na fase assintomática da doença, orienta-se:

- (A) suplementação de proteínas, para prevenir o emagrecimento e promover aumento de massa muscular.
- (B) aumentar em 10% os requerimentos de energia, devido ao aumento da taxa metabólica basal.
- (C) aumentar a ingestão de vitaminas C, E, B6 e B12, para auxiliar na redução da transmissão vertical.
- (D) retirar a lactose e a sacarose da dieta, para prevenir a ocorrência de diarreia devido à terapia antirretroviral.

— QUESTÃO 19 —

Constitui recomendação da Organização Mundial da Saúde (2016) durante os cuidados pré-natais, visando a uma experiência positiva na gravidez:

- (A) suplementação diária de 1,5 a 2 gramas de cálcio elementar nas gestantes de populações com baixa ingestão diária deste mineral, para reduzir o risco de pré-eclâmpsia.
- (B) suplementação oral diária de 30 a 60 miligramas de ferro elementar e de 400 microgramas de ácido fólico nas gestantes com anemia, para a melhora das reservas corporais de ferro.
- (C) utilização de suplementos de zinco, vitaminas C e E, para auxiliar na melhoria da imunidade das gestantes.
- (D) utilização de suplementos com alto teor de proteínas pelas gestantes de populações subnutridas, para melhorar os resultados maternos e perinatais.

— QUESTÃO 20 —

Os hormônios produzidos na gestação são responsáveis pelas modificações corporais nas gestantes que vão permitir o desenvolvimento e o amadurecimento fetal, o parto e a lactação. Qual dos seguintes hormônios está relacionado à implantação e à placentação do embrião, à redução da motilidade do trato gastrointestinal, à deposição materna de gordura, ao aumento da excreção renal de sódio e ao estímulo do apetite na gestante?

- (A) Lactogênio placentário humano.
- (B) Gonadotrofina coriônica humana.
- (C) Progesterona.
- (D) Estrogênio.

— QUESTÃO 21 —

A gravidez é acompanhada por alterações anatômicas, fisiológicas e psicológicas que afetam quase todas as funções orgânicas da gestante. O entendimento dessas modificações é indispensável para o nutricionista subsidiar a assistência nutricional durante o pré-natal. Dentre as modificações metabólicas e bioquímicas ocorridas na gestação e destacadas por Accioly, Saunders e Lacerda (2009), pode-se citar o aumento

- (A) da mobilização de gordura corporal, ocorrendo elevação dos níveis plasmáticos de ácidos graxos, triglicérides e colesterol.
- (B) da taxa metabólica basal, em 30%, a partir do início da gestação, refletindo em maior gasto energético, além do aumento das funções renal e cardíaca.
- (C) da utilização periférica de glicose, em torno de 40 a 50%, a partir do 3º trimestre, associada a maiores níveis séricos de aminoácidos.
- (D) dos níveis plasmáticos de insulina, que se torna mais eficaz por ação dos hormônios da tireoide.

— QUESTÃO 22 —

O colostro é o leite produzido em pequena quantidade nos primeiros três a sete dias após o parto. É um fluido espesso e amarelado, constituindo o leite ideal nos primeiros dias de vida, inclusive para bebês prematuros, pelo seu alto teor de

- (A) vitaminas lipossolúveis.
- (B) calorias.
- (C) proteínas.
- (D) imunoglobulina A.

— QUESTÃO 23 —

Sabendo que a produção de leite materno no primeiro semestre de vida do bebê é estimada em 807 mL/dia, que o teor de energia do leite produzido é de 67 kcal/100mL, que a eficiência de conversão da energia dos alimentos em energia corporal é de 80% e que a energia fornecida pela mobilização de gordura das reservas acumuladas durante a gestação é de 170 kcal/dia, qual é o adicional diário de energia necessário para essa lactante manter uma produção de leite adequada?

- (A) 675 kcal/dia.
- (B) 540 kcal/dia.
- (C) 505 kcal/dia.
- (D) 460 kcal/dia.

— QUESTÃO 24 —

A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual. A alimentação deve complementar o leite materno, sendo que o início das refeições não deve substituir as mamadas no peito, recomendando-se o aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais. Constitui uma das orientações do Ministério da Saúde (2015) para a introdução da alimentação complementar para uma criança que atinge os sete meses:

- (A) oferecer alimentos complementares três vezes ao dia, sendo duas papas de fruta e uma papa salgada.
- (B) oferecer alimentos complementares quatro vezes ao dia, sendo duas papas de fruta e duas papas salgadas.
- (C) introduzir o ovo inteiro cozido, considerando a história familiar de alergias alimentares.
- (D) introduzir gradativamente a alimentação da família, com ajuste da consistência.

— QUESTÃO 25 —

Para crianças e adolescentes com doença renal crônica, as DRIs (*Dietary Reference Intake*) são indicadas como ponto de partida, embora haja guias e recomendações específicos. De acordo com Riella e Martins (2013), em crianças com DRC,

- (A) as dietas hipoproteicas (0,8 a 1 g/kg/dia) são indicadas, concomitante à suplementação dietética com aminoácidos essenciais ou cetoácidos.
- (B) a ingestão de ferro, zinco e selênio deve ser mantida em 100% da DRI para a idade, enquanto para cálcio e fósforo é necessário considerar seus níveis séricos, além do paratormônio e da fosfatase alcalina.
- (C) a recomendação líquida diária em situação de hemodiálise e diálise peritoneal deve ser correspondente ao volume urinário excretado no período de 24 horas.
- (D) a ingestão de potássio deve ser limitada nos casos de risco de hiperpotassemia, devendo-se observar os níveis séricos desse nutriente.

— QUESTÃO 26 —

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (2011), quais são as recomendações para a terapia nutricional no paciente pediátrico gravemente desnutrido durante a fase de estabilização?

- (A) Dieta isenta de lactose e à base de aminoácidos livres, com até 100 kcal/kg/dia, 130 mL/kg dia de oferta hídrica e de 2 a 2,5 g de proteína/kg/dia.
- (B) Dieta com baixos teores de lactose e sódio, com até 100 kcal/kg/dia, 130 mL/kg dia de oferta hídrica e de 1 a 1,5 g de proteína/kg/dia.
- (C) Dieta com baixo teor de lactose e suplementação de micronutrientes, com 150 kcal/kg/dia, 150 a 200 mL/kg dia de oferta hídrica e de 3 a 4 g de proteína/kg/dia.
- (D) Dieta isenta de lactose e suplementação de micronutrientes, com 200 kcal/kg/dia, 150 a 200 mL/kg dia de oferta hídrica e de 2 a 2,5 g de proteína/kg/dia.

— QUESTÃO 27 —

Você é nutricionista da pediatria de um hospital público e está preparando um relatório nutricional para solicitação de fórmula infantil à prefeitura, para a programação de alta de um paciente. Considerando as seguintes características do produto: lata de 400 gramas, densidade calórica de 0,70 kcal/mL, medida de 4 gramas com rendimento de 30 mL de dieta preparada, qual será a quantidade de latas da fórmula infantil a ser solicitada para atender durante 30 dias um lactente com necessidade de 490 kcal diárias?

- (A) 4
- (B) 5
- (C) 6
- (D) 7

— QUESTÃO 28 —

O início precoce da terapia de nutrição enteral (TNE) no paciente crítico visa:

- (A) impedir a quebra de barreira e o aumento da permeabilidade das células epiteliais intestinais.
- (B) aumentar o fluxo sanguíneo local e a liberação de hormônios e agentes endógenos.
- (C) aumentar o funcionamento do tecido linfóide intestinal e a liberação de IgA.
- (D) impedir o hipermetabolismo e catabolismo associados à resposta inflamatória sistêmica.

— QUESTÃO 29 —

Leia o caso a seguir.

Paciente A.D.C., do sexo masculino, de quarenta anos, peso de 130 kg e altura de 1,70 m, relata fazer quatro refeições por dia e ter baixo consumo de frutas e de grãos integrais.

De acordo com a ABESO (2016), a dieta para esse paciente deverá ser balanceada, apresentando:

- (A) 25 a 30% de gorduras, 50 a 60% de carboidratos e 10 a 15% de proteínas, com um déficit de 500 a 1000 kcal/dia.
- (B) 25 a 30% de gorduras, 50 a 60% de carboidratos e 10 a 15% de proteínas, com um déficit de 600 a 1200 kcal/dia.
- (C) 20 a 30% de gorduras, 55 a 60% de carboidratos e 15 a 20% de proteínas, com um déficit de 500 a 1000 kcal/dia.
- (D) 20 a 30% de gorduras, 55 a 60% de carboidratos e 15 a 20% de proteínas, com um déficit de 600 a 1200 kcal/dia.

— QUESTÃO 30 —

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016), o programa nutricional pós-operatório de cirurgia bariátrica deve ser orientado por nutricionista, preconizando que o início geral da dieta deve ser oral líquida,

- (A) 12 horas após o procedimento cirúrgico e protocolo de progressão da dieta alimentar a cada semana ou quinzena, com presença de fibras e administração de teste de tolerância oral à glicose.
- (B) 12 horas após o procedimento cirúrgico e protocolo de progressão da dieta alimentar a cada semana ou quinzena, sem presença de fibras e sem administração de teste de tolerância oral à glicose.
- (C) 24 horas após o procedimento cirúrgico e protocolo de progressão da dieta alimentar a cada semana ou quinzena, sem presença de fibras e com administração de teste de tolerância oral a glicose.
- (D) 24 horas após o procedimento cirúrgico e protocolo de progressão da dieta alimentar a cada semana ou quinzena, com presença de fibras e sem administração de teste de tolerância oral à glicose.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 31 —

Leia o caso a seguir e considere as informações do quadro abaixo para responder à questão.

Paciente J.B.C., do sexo masculino, setenta e um anos, diagnóstico de leucemia mieloide aguda, admitido via pronto-socorro, apresentando neutropenia e edema grau 2. Vem sendo acompanhado no ambulatório de nutrição e refere não apresentar redução na ingestão alimentar. Foi admitido para tratamento clínico. Dados antropométricos: peso usual (referido nos últimos dois meses) de 64 kg, peso atual de 66 kg e altura de 1,66 m.

NRS (Nutritional Risk Screenig) 2002 – TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL

		Triagem	
		/	
Data:		S	N
Parte 1. Triagem inicial:			
IMC < 20,5 kg/m ² ?			
Houve perda de peso não intencional em três meses?			
Houve diminuição da ingestão na última semana?			
Paciente é portador de doença grave, mau estado nutricional ou em UTI?			

Parte 2. Triagem do risco nutricional:

Escore	Situação nutricional	Escore	Gravidade da doença (Aumento das necessidades nutricionais)
0	Estado nutricional normal	0	Necessidades nutricionais normais
1 (leve)	Perda de peso maior que 5% em três meses ou ingestão alimentar 50 a 75% das recomendações na última semana	1 (leve)	Fratura de quadril; pacientes crônicos com complicações agudas: DPOC, cirrose; hemodiálise crônica; diabetes e câncer
2 (moderado)	Perda de peso maior que 5% em dois meses ou IMC 18,5-20,5 mais piora do estado geral ou ingestão alimentar 25 a 50% das recomendações na última semana	2 (moderado)	Cirurgia abdominal de grande porte, acidente vascular encefálico, pneumonia grave, leucemia e linfomas
3 (grave)	Perda de peso maior que 5% em um mês (>15% em três meses) ou IMC < 18,5 mais piora do estado geral ou ingestão alimentar 0-25% das recomendações na última semana	3 (grave)	Trauma cranioencefálico, transplantes de medula óssea, pacientes graves (APACHE>10)

Qual é o escore final do instrumento de triagem nutricional utilizado e qual é a interpretação?

- (A) 3 pontos; paciente com risco nutricional.
- (B) 3 pontos; paciente sem risco nutricional.
- (C) 2 pontos; paciente com risco nutricional.
- (D) 2 pontos; paciente sem risco nutricional.

— QUESTÃO 32 —

Leia o caso a seguir.

Paciente T.N.C., de trinta anos, no sétimo dia de internação na clínica médica, cardiopata, desnutrida, em terapia de nutrição enteral, com dieta de 1,5 kcal/mL administrada sob infusão contínua.

Para administrar nesta paciente um total de 2.100 kcal diárias é necessário prescrever o gotejamento de, aproximadamente:

- (A) 50 mL/h.
- (B) 54 mL/h.
- (C) 56 mL/h.
- (D) 58 mL/h.

— QUESTÃO 33 —

A um paciente em terapia nutricional enteral foi oferecida uma fórmula composta de 10% de proteína (75% de isolado proteico do leite, 25% de caseinato de sódio), 42% de carboidrato (60% maltodextrina, 4% de maltodextrina modificada, 18% sacarose, 18% de isomaltose) e 42% de lipídios (67% de óleo de girassol de alto teor oleico, 29% de óleo de canola, 4% de lecitina). Essa dieta é classificada como:

- (A) polimérica.
- (B) oligomérica.
- (C) elementar.
- (D) monomérica.

— QUESTÃO 34 —

Todos os pacientes submetidos a jejum prolongado e/ou desnutridos graves podem apresentar síndrome de realimentação no momento da introdução da terapia nutricional. No intuito de evitar a síndrome de realimentação, a terapia nutricional deve ser iniciada com:

- (A) 15% a 50% da meta nutricional e atingir 100% de três a cinco dias.
- (B) 20% a 50% da meta nutricional e atingir 100% de três a cinco dias.
- (C) 20% a 70% da meta nutricional e atingir 100% de três a sete dias.
- (D) 25% a 70% da meta nutricional e atingir 100% de três a sete dias.

— QUESTÃO 35 —

Leia o caso a seguir.

Paciente P.A.M., de trinta anos, peso atual de 120 kg, peso ideal de 67 kg, altura de 1,74 m, está internado em unidade de terapia intensiva em estado crítico, após acidente automobilístico.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional (2018), qual é a meta calórico-proteica diária a ser atingida nesse paciente obeso crítico?

- (A) 1320 kcal e 100,5 gramas de proteína.
- (B) 1680 kcal e 134,0 gramas de proteína.
- (C) 1760 kcal e 147,0 gramas de proteína.
- (D) 1800 kcal e 157,0 gramas de proteína.

— QUESTÃO 36 —

Leia o caso a seguir.

M.B.A., do sexo masculino, idoso de setenta anos, com diagnóstico de câncer gástrico e sarcopenia, está em acompanhamento no ambulatório de nutrição do Hospital das Clínicas/UFG-EBSERH.

Segundo a Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer (2019), quais métodos complementares devem ser considerados para avaliar a sarcopenia nesse caso?

- (A) Densitometria óssea e bioimpedância elétrica.
- (B) Dinamometria e teste de caminhada.
- (C) Tomografia computadorizada e DEXA.
- (D) Bioimpedância elétrica e ultrassonografia.

— QUESTÃO 37 —

Para pacientes com câncer, submetidos à cirurgia de médio ou grande porte, recomenda-se iniciar, em cinco a sete dias no período perioperatório, a utilização de fórmulas contendo:

- (A) glutamina, mix de carotenoides, óleo de girassol de alto teor oleico.
- (B) carnitina, taurina, triglicerídeos de cadeia média.
- (C) arginina, ácidos graxos ômega-3 e nucleotídeos.
- (D) glutamina, ácidos graxos ômega-3, aminoácidos aromáticos.

— QUESTÃO 38 —

Leia o caso clínico a seguir.

Paciente I.J.L., de vinte e cinco anos, com síndrome do intestino curto, após procedimento cirúrgico apresentou íleo adinâmico. O paciente apresenta distensão abdominal, náuseas, perda de apetite e protusão de alças intestinais.

Nesse caso, qual é a melhor conduta de terapia nutricional?

- (A) Jejunostomia com dieta oligomérica, hiperproteica.
- (B) Gastrostomia com dieta polimérica, hiperproteica.
- (C) Terapia nutricional parenteral.
- (D) Terapia oral hiperproteica e hipercalórica.

— QUESTÃO 39 —

Pacientes com doenças hepáticas e biliares cursam com diversas manifestações laboratoriais. Geralmente, esses pacientes apresentam:

- (A) elevação da proteína C-reativa e da velocidade de hemossedimentação, e redução da gama-glutamil-transpeptidase.
- (B) redução tanto da bilirrubina direta quanto da proteína C-reativa e da gama-glutamil-transpeptidase.
- (C) redução da ureia e creatinina, aumento da albumina plasmática e da alanina-amino-transferase.
- (D) elevação da gama-glutamil-transpeptidase, redução da albumina plasmática e aumento da alanina-amino-transferase.

— QUESTÃO 40 —

A nutrição enteral precoce (NEP) tem importância na evolução e no prognóstico do paciente. A maior parte das diretrizes e dos consensos estabelece como NEP aquela

- (A) realizada entre 24 horas e 48 horas após a internação hospitalar ou após evento traumático.
- (B) iniciada em até 24 horas após a admissão em Unidade de Terapia Intensiva.
- (C) realizada em até 48 horas após a finalização do jejum cirúrgico programado.
- (D) iniciada nas primeiras 24 horas após verificado funcionamento intestinal.

— QUESTÃO 41 —

Pacientes submetidos à terapia nutricional parenteral (TNP) estão sujeitos a complicações relacionadas à infusão da dieta. Dentre as complicações metabólicas, a hipertrigliceridemia pode ser controlada se

- (A) preferir a infusão cíclica de lipídios, ao invés de infusões contínuas durante 24 horas.
- (B) monitorar os níveis séricos de triglicerídeos no início da TNP e, depois, diariamente.
- (C) limitar a quantidade de lipídio infundido ao máximo de 1,0 g/kg/dia.
- (D) suspender a infusão lipídica diária em caso de triglicerídeos acima de 1000 mg/dL.

— QUESTÃO 42 —

Leia as informações dos quadros a seguir.

Paciente A: peso habitual de 80 kg apresentando perda involuntária de peso progressiva nos últimos seis meses, que se agravou nas últimas duas semanas. Peso atual: 75 kg.

Paciente B: peso habitual de 80 kg, apresentando perda de 10 kg em quatro meses. Há dois meses, teve estabilização do quadro, tendo no último mês apresentado aumento de peso, principalmente nas duas últimas semanas. Peso atual: 74 kg.

Na história clínica do paciente, a perda de peso involuntária é de suma importância para a determinação do risco nutricional. Compare os dois pacientes adultos, do sexo masculino, apresentados nos quadros. Qual deles representa o paciente com menor risco nutricional e qual é o seu percentual de perda de peso?

- (A) Paciente B, 6,25%
- (B) Paciente A, 6,25%
- (C) Paciente A, 12,5%
- (D) Paciente B, 12,5%

— QUESTÃO 43 —

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017/2018,

- (A) o valor de hemoglobina glicada (HbA1c) maior ou igual a 5,0 % e menor ou igual a 6,0% caracteriza o diagnóstico de pré-diabetes.
- (B) as mulheres grávidas sem diagnóstico de diabetes mellitus, mas com glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL, devem receber diagnóstico de diabetes mellitus gestacional.
- (C) a frutossamina pode ser utilizada como alternativa diagnóstica de diabetes mellitus quando a HbA1c não estiver disponível.
- (D) a aferição da circunferência da cintura é, na prática clínica, uma alternativa barata e não invasiva na predição de resistência à insulina.

— QUESTÃO 44 —

Leia o caso a seguir.

Paciente T.R.C., de cinquenta e nove anos, do sexo feminino, diabética insulino-dependente há doze anos, foi admitida na clínica médica para realização de procedimento no setor de hemodinâmica. Não apresenta risco nutricional e recebe dieta por via oral.

De acordo com os níveis de assistência de nutrição definidos pela Asbran (2014) e com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017/2018, o nível de assistência nutricional e a meta glicêmica para esta paciente são, respectivamente:

- (A) primário e glicemia entre 140 e 180 mg/dL.
- (B) secundário e glicemia entre 100 e 126 mg/dL.
- (C) primário e glicemia entre 100 e 126 mg/dL.
- (D) secundário e glicemia entre 140 e 180 mg/dL.

— QUESTÃO 45 —

Alguns alimentos implicam em maior risco de desenvolvimento de câncer. Neste sentido, carnes vermelhas e carnes processadas têm recebido especial atenção. Dentre os mecanismos pelos quais este grupo de alimentos parece oferecer maior risco está:

- (A) a maior chance de ingestão de carnes processadas contaminadas por *Helicobacter pylori*.
- (B) a formação de hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, devido a altas temperaturas de cocção.
- (C) o acondicionamento de carnes processadas utilizando-se plástico contendo bisfenóis.
- (D) a adição de fitoquímicos antioxidantes com propriedades estrogênicas no processamento.

— QUESTÃO 46 —

A acidose metabólica é um distúrbio comum na prática clínica. São características da acidose metabólica:

- (A) pH arterial alto, aumento da concentração plasmática de HCO_3^- , hiperventilação compensatória e hipercapnia.
- (B) pH arterial alto, redução da concentração plasmática de HCO_3^- , acúmulo de CO_2 sanguíneo e hipercapnia.
- (C) pH arterial baixo, redução da concentração plasmática de HCO_3^- , hiperventilação compensatória e redução da PCO_2 .
- (D) pH arterial baixo, aumento da concentração plasmática de HCO_3^- , redução do CO_2 sanguíneo e redução da PCO_2 .

Leia o caso a seguir para responder às questões 47 e 48.

Paciente X.A.M., de cinquenta e oito anos, do sexo masculino, tabagista há vinte e um anos, diagnosticado há três meses com câncer gástrico, foi admitido na clínica cirúrgica para realização de gastrectomia total.

- Peso atual = 58 kg, peso usual = 78 kg, altura = 1,80 m, ASG-PPP = C.

- Dieta A: DC = 1,5 kcal, 18% de proteínas (100% proteína do soro do leite hidrolisada), 49% de carboidratos (94% maltodextrina e 6% amido de milho), 33% de lipídeos (78% TCM, 16% óleo de soja e 6% lecitina), osmolaridade 424 mOsm/L, isenta de fibras.

- Dieta B: DC = 1,2 kcal, 18,5% de proteínas (100% caseinato de cálcio e sódio), 52,5% de carboidratos (100% maltodextrina), 29% de lipídios (48% óleo de açafrão, 28% óleo de canola, 19% TCM e 5% lecitina), osmolaridade 295 mOsm/L, isenta de fibras.

- Dieta C: Líquida restrita ou líquida de prova.

- Dieta D: pastosa com baixa quantidade de resíduos.

— QUESTÃO 47 —

O tratamento do câncer gástrico, em geral, envolve abordagem cirúrgica. Neste caso, o paciente terá prejuízo na absorção de nutrientes devido à modificação do trânsito gastrointestinal. Neste caso, a via de alimentação e a dieta mais indicada para o início da terapia nutricional são:

- (A) jejunostomia e dieta B.
- (B) via oral e dieta C.
- (C) via oral e dieta D.
- (D) sonda nasoentérica e dieta A.

— QUESTÃO 48 —

A meta de proteínas diárias em gramas/dia para este paciente é de:

- (A) 69 a 87 g/dia.
- (B) 87 a 116 g/dia.
- (C) 94 a 117 g/dia.
- (D) 117 a 156 g/dia.

— QUESTÃO 49 —

Leia o caso a seguir.

Paciente A.S.N., de quarenta e dois anos, do sexo feminino, nefropata em diálise peritoneal há três anos, está clinicamente bem e veio ao ambulatório de nutrição para consulta de acompanhamento. Peso de 64 kg e altura de 1,68 m.

A diálise peritoneal utiliza o peritônio como membrana semipermeável. Considerando que a necessidade energética dessa paciente é de 35 kcal/kg/dia, sendo 60% do valor energético total de carboidratos, qual é a quantidade de carboidratos a ser ofertada por meio da dieta?

- (A) 145 a 175 g/dia.
- (B) 175 a 275 g/dia.
- (C) 186 a 236 g/dia.
- (D) 236 a 336 g/dia.

— QUESTÃO 50 —

Os triglicerídeos de cadeia média (TCM) são muito utilizados na formulação de dietas enterais. A vantagem metabólica desse tipo específico de lipídios é de:

- (A) ser capaz de potencializar a absorção de lipídios essenciais, como o linoleico (ômega-6) e α -linolênico (ômega-3), necessários para a prevenção de deficiências.
- (B) dispensar o alongamento da cadeia carbônica antes de serem usados nas vias da ciclo-oxigenase ou da lipo-oxigenase.
- (C) dispensar o transportador carnitina palmitoil transferase para atravessar a membrana mitocondrial externa.
- (D) ser absorvidos por uma via única através da circulação portal, ao invés da absorção padrão por vasos linfáticos.