GOIÁS ESTADO INOVADOR

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SUS Sistema Único de Saúde

UFG UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

EDITAL n. 14/2016

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2017

NUTRIÇÃO

15/11/2016

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

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO FOR AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.

2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.

3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro, durante o seu preenchimento. Ao recebê-lo, verifique se seus dados estão impressos corretamente; se for constatado algum erro, notifique ao aplicador de prova.

4. No cartão-resposta, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta na cor PRETA ou AZUL, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.

5. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, à leitura das instruções e à transcrição das respostas para o cartão-resposta.

6. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas três horas de prova, e somente será permitido levar o caderno de prova a partir das 16 horas e 30 minutos, desde que permaneça na sala até esse horário.

7. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

OBSERVAÇÃO: Quando apenas três candidatos permanecerem na sala para terminar a prova, estes deverão aguardar até que o último a entregue e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual aporão suas respectivas assinaturas.

CENTRO DE SELEÇÃO UFG

QUESTÃO 01

O Projeto Terapêutico Singular constitui-se de propostas e intervenções em saúde, que contribuem para a integralidade do cuidado. Esse projeto apresenta

(A) um conjunto de condutas e conhecimentos articulados e compartilhados visando responder às demandas do usuário com a produção de sua autonomia.

(B) um recurso inicialmente utilizado na saúde mental e tem como principal meta a criação de vínculos fortes e longitudinais entre os usuários e os médicos que os assistem na sua saúde.

(C) um conjunto de ações e intervenções terapêuticas elaboradas e aplicadas individualmente por cada especialista membro da equipe de saúde com base em suas visões técnicas.

(D) um conjunto de ações e condutas terapêuticas que objetiva a melhoria de sinais e sintomas, tendo como foco principal a doença existente.

QUESTÃO 02

A violência é um evento complexo, de natureza diversificada, que acontece em todas as sociedades. É um fenômeno ligado às desigualdades sociais e culturais e sofre a influência de aspectos comportamentais e relacionais. Quando se analisa a violência intrafamilar/interpessoal, essa se apresenta de várias formas. É cometida geralmente por pessoas que têm laços familiares, conjugais ou de parentesco com suas vítimas. Quando se analisa os adolescentes e os jovens no Brasil, conclui-se que

(A) a morbimortalidade de adolescentes e jovens é marcada pela violência física ou sexual, sendo que a maioria das vítimas da violência interpessoal não letal é as do sexo masculino e os atos de repetição são de aproximadamente 38%.

(B) a violência contra adolescentes e jovens brasileiros tem a mesma magnitude e importância da praticada contra adultos e idosos, tanto na sua incidência quanto na sua prevalência e nos tipos que os afligem.

(C) a violência intrafamiliar é um evento urbano, característico das cidades grandes e tem uma dinâmica territorial que ocasiona o recrudescimento da violência nas grandes cidades brasileiras, principalmente a violência física contra adolescentes masculinos.

(D) a violência sexual é uma violação dos direitos humanos e tem impacto direto sobre a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens, sendo o sexo feminino o mais acometido por esse tipo de violência intrafamiliar.

QUESTÃO 03

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são o maior desafio da saúde pública em muitos países. As causas dessas doenças geralmente são conhecidas e as avaliações de custo-benefício das intervenções estão disponíveis às instituições de saúde. No Brasil,

(A) a contribuição das DCNT na mortalidade total em 1930 correspondia a 25% de todas as mortes e em 2013, a 28%.

(B) a proporção atribuída às doenças cardiovasculares na mortalidade total em 1930 correspondia a 12% e em 2003, a 31%.

(C) os principais fatores de risco para as DCNT são a obesidade, o consumo nocivo do álcool, a poluição e o gênero.

(D) as estratégias de prevenção das DCNT de maior impacto são as de abordagens individuais e ligadas a doenças específicas.

QUESTÃO 04

A Politica Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), redefinida pela Portaria n. 2.446, 2014, tem por objetivo promover a equidade, melhorar as condições e os modos de vida reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde, decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Cada esfera administrativa (Federal, Estadual, Municipal e o Distrito Federal) apresenta competências e atividades a serem implantadas e implementadas na abordagem da PNPS, que tem como temas prioritários:

(A) territorialização, promoção de ambientes saudáveis, clínica ampliada, formação e educação permanente.

(B) alimentação saudável, expansão da atenção primária, promoção da cultura da paz, promoção do desenvolvimento sustentável.

(C) promoção da mobilidade segura, cultura da paz, combate ao tabagismo, incremento de práticas corporais e atividades físicas.

(D) integralidade, criação de políticas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde, promoção dos direitos humanos.

RASCUNHO

QUESTÃO 05

A Epidemiologia se desenvolveu a partir do estudo dos surtos de doenças transmissíveis e da interação entre os agentes, vetores e reservatórios. Entre os diversos eventos relativos à saúde envolvendo a comunidade, a epidemia se configura com ocorrência de uma doença ou um agravo que:

(A) se apresenta em número de casos na quantidade esperada para a área geográfica em questão.

(B) ocorre em grande número de casos e em muitas regiões e países simultaneamente.

(C) ocorre claramente em excesso ao normal esperado para uma determinada região.

(D) se apresenta com alterações cíclicas esperadas no número de casos.

QUESTÃO 06

Os Determinantes Sociais em Saúde são as condições em que as pessoas vivem e trabalham. Atuar sobre esses determinantes é uma das formas mais amplas para melhorar a saúde das pessoas. Algumas ações realizadas sobre os determinantes sociais pedem que o governo, como um todo, e a sociedade estejam nelas envolvidos e que haja uma preocupação de que a equidade seja o objetivo prioritário. Construir a governança necessária para agir sobre os determinantes sociais é uma tarefa complexa que depende do sistema político dos países. A OMS, em 2011, listou algumas ferramentas e instrumentos considerados úteis no estabelecimento de políticas de ação, que são:

(A) intersetorialidade nas ações feitas com o orçamento participativo; trabalho em equipe e territorialização.

(B) desenvolvimento integrado de força de trabalho; sistemas intersetoriais de informação e avaliação.

(C) identificação das causas modificáveis dos agravos; consultas à comunidade e juris de cidadãos.

(D) trabalho com visão estratégica e legitimidade; orçamentos estabelecidos e contabilidade integrada.

QUESTÃO 07

A Lei n. 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre:

(A) a criação dos Conselhos de Saúde e regula a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

(B) as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

(C) a Atenção Básica da Saúde e os aspectos referentes à implantação dos postos de saúde em municípios de até 100 mil habitantes e dá outras providências.

(D) os direitos da população em relação ao atendimento de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e é conhecida como Lei Cidadã.

QUESTÃO 08

As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores. Segundo o Decreto n. 7508/2011, os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

(A) portas de entrada do sistema de saúde, rol de serviços que serão ofertados por município da região e protocolos clínicos.

(B) planejamento regional, critérios de acessibilidade e definição de protocolos clínicos a serem adotados.

(C) critérios de acessibilidade, serviços de urgência pré-hospitalar para atender à rede e escala para conformação dos serviços bem como de sua descentralização.

(D) limites geográficos, população usuária das ações e serviços, rol de serviços que serão ofertados, respectivas responsabilidades e critérios de acessibilidade.

QUESTÃO 09

A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde foi estabelecida pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A lei instituiu as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. O Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, é composto de representantes

(A) do governo e dos profissionais de saúde, que atuam na execução da política de saúde em hospitais públicos.

(B) dos profissionais de saúde que trabalham no Ministério da Saúde que controlam e executam a política de saúde.

(C) do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais da saúde e dos usuários, os quais formulam estratégias e controlam a execução da política de saúde.

(D) do governo, dos usuários e dos profissionais da área de saúde e do meio ambiente, os quais formulam e executam a política de saúde.

RASCUNHO

QUESTÃO 10

A Estratégia Saúde da Família é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, as diretrizes e os fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A Política Nacional de Atenção Básica define algumas especificidades para a Estratégia Saúde da Família, entre elas, a seguinte:

(A) o cadastramento de cada profissional que deve ser restrito a apenas uma equipe de saúde da família, sem exceção.

(B) o número de agentes comunitários de saúde deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com no mínimo 750 pessoas por agente.

(C) cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 2000 pessoas, de acordo com critérios de equidade.

(D) a equipe deve ter, no máximo 7 agentes comunitários de saúde e o grau de vulnerabilidade das pessoas de sua microárea deve ser respeitado.

QUESTÃO 11

A nova forma de gestão pública tem sido caracterizada pelo termo flexibilidade, que envolve a ideia de que é necessário reforçar as possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores uma maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções. O sistema de planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado visando dotar os gestores do planejamento daquilo que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Nesse sentido, o processo de planejamento

(A) será elaborado pelo Ministério da Saúde, órgão normatizador das políticas, e será seguido pelos municípios que acrescentarão suas especificidades.

(B) será obrigatório para os entes públicos porém não induzirá as políticas para a iniciativa privada.

(C) contará com Mapas da Saúde, que serão compostos pelos serviços de saúde públicos regionalizados.

(D) será ascendente e integrado, do nível local até o federal, compatibilizando as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

QUESTÃO 12

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Assim sendo, os NASF

(A) são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo privilegiando a escuta qualificada do sujeito sob cuidado em saúde.

(B) possuem responsabilidade compartilhada com as equipes de saúde da família e preveem a revisão da prática do encaminhamento, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes.

(C) são serviços de atendimento secundário e não primários, porém, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica.

(D) constituem serviços com unidades físicas independentes ou especiais que com base nas demandas identificadas devem atuar de forma integrada com os demais serviços da rede de atenção.

QUESTÃO 13

Sobre o financiamento da saúde, a Lei Complementar n. 141/2012 define que, para fins de apuração de valores estabelecidos na referida lei, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde, as seguintes:

(A) pagamentos de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde.

(B) merenda escolar e outros programas de alimentação, executados em unidades do SUS.

(C) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

(D) preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais.

RASCUNHO

QUESTÃO 14

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Os valores que norteiam essa política são:

(A) autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, vínculos solidários e participação coletiva.

(B) fortalecimento de redes de atenção, cogestão das unidades de saúde, participação coletiva e centralidade no usuário.

(C) autonomia dos sujeitos nos seus projetos terapêuticos, gestão compartilhada das unidades de saúde e cuidado integral.

(D) escuta qualificada dos indivíduos, compromisso ético com os sujeitos sob cuidados, respostas às demandas objetivas e atendimento às solicitações subjetivas.

QUESTÃO 15

No artigo “História das Políticas de Saúde do Brasil” (s.d.), Polignano destaca que, pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros. Segundo o autor, para que essa uniformização ocorra, é preciso que haja:

(A) grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

(B) estabilidade institucional e aumento do financiamento para a saúde, propiciando organização das redes de atenção à saúde.

(C) profissionalização da gestão da saúde com desarticulação organizacional na arena decisória federal o que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento.

(D) privatização de alguns serviços de saúde não prioritários, descentralização administrativa dos recursos federais para os municípios e maior qualificação dos profissionais da saúde.

RASCUNHO

QUESTÃO 16

Durante o estado de hiperinflamação da sepse, o catabolismo é intenso devido ao aumento da demanda metabólica. Assim o manejo nutricional, bem como o cálculo das necessidades nutricionais seguem protocolos diferenciados, de modo a adequar ao estado de saúde do paciente. O início da terapia nutricional do paciente crítico com sepse deve ocorrer:

(A) imediatamente após a admissão na Unidade de Terapia intensiva.

(B) após estabilização do estado hemodinâmico e dos quadros de acidose e hiperlactatemia.

(C) após o paciente restabelecer o quadro de consciência.

(D) imediatamente após a retirada da ventilação mecânica.

QUESTÃO 17

Os pacientes com Doença Renal Crônica em tratamento dialítico apresentam maior propensão a desenvolverem risco nutricional. Muitos estudos mostram altas taxas de morbidade e mortalidade nos indivíduos submetidos a hemodiálise, sobretudo naqueles pacientes com desnutrição. Os principais fatores que contribuem para o aumento da desnutrição em pacientes em hemodiálise são:

(A) diminuição da absorção de vitaminas do complexo B pelo lúmen intestinal, aumento da reabsorção de cálcio e resistência a insulina.

(B) hipoparatireoidismo secundário e aumento da liberação de aminoácidos do músculo com consequente perda proteica.

(C) aumento da uremia e da creatinina sérica, com consequente redução da atividade catabólica do organismo, e diminuição da síntese proteica.

(D) perda de nutrientes no dialisato, frequentes coletas de amostras de sangue e retenção de sangue no dialisador.

QUESTÃO 18

A terapia nutricional participa como uma das estratégias do manejo da Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo. A nutrição adequada no momento oportuno é fundamental na tentativa de evitar déficit energético, perda de massa magra e deterioração de massa muscular, que participa da mecânica respiratória. É de consenso que a hipercapnia (aumento das concentrações de dióxido de carbono no sangue) provoca piora no quadro respiratório do paciente, com comprometimento da função respiratória. A principal causa alimentar da hipercapnia nos pacientes críticos com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo é a adoção de:

(A) dietas ricas em potássio.

(B) dietas ricas em ácidos graxos saturados.

(C) dietas com mais de 30 kcal/kg de peso/dia.

(D) dietas ricas em proteína.

QUESTÃO 19

Analise o caso a seguir.

> Paciente, E. M. F., do sexo masculino, de 25 anos, trabalhador rural, casado e com dois filhos. Após se queixar de fortes dores abdominais, inchaço abdominal, náusea e diarreias ocasionais, foi internado em uma Unidade de Saúde do seu Bairro e em seguida encaminhado para um hospital de referência na capital do estado que reside com quadro de emagrecimento severo e risco nutricional. Após exame de colonoscopia, verificou-se a presença de processo inflamatório em áreas seccionadas no íleo distal e cólon, com presença de estrituras no lúmen intestinal.

A dietoterapia mais indicada para esse paciente, considerando um provável diagnóstico de Doença de Crohn, é:

(A) introduzir dieta líquida de baixo resíduo e baixo teor de fibras e evoluir conforme melhora dos sintomas, avaliando a tolerância.

(B) introduzir nutrição parenteral nas primeiras quarenta e oito horas após a internação.

(C) introduzir dieta enteral elementar, modulada com maltodextrina e fibras insolúveis, evoluindo para polimérica conforme tolerância do paciente.

(D) introduzir nutrição parenteral exclusiva e suplementação com prebióticos.

QUESTÃO 20

As fístulas duodenais são as que provocam maior morbidade e mortalidade e podem ser ocasionadas por diversos fatores como elevada perda eletrolítica, acidose metabólica grave, erosão da pele e da parede abdominal, bem como sepse intraperitoneal. A conduta nutricional mais indicada nos casos de fistula duodenal é a seguinte:

(A) início da Terapia de Nutrição enteral, com passagem de sonda nasoenteral, nas primeiras quarenta e oito horas de internação.

(B) nutrição parenteral inicialmente, até que o paciente tenha condições de receber nutrição enteral.

(C) estímulo da via oral com a evolução parcial de consistência, de líquida para normal, com o objetivo de preservar a integridade do trato gastrointestinal.

(D) gastrostomia com dieta enriquecida com nutrientes imunomoduladores que favorecerão a cicatrização.

QUESTÃO 21

A terapia de nutrição parenteral é utilizada para suprir as necessidades nutricionais e metabólicas de pacientes que não podem utilizar o trato gastrointestinal como via alimentar. Porém, em casos específicos, deve-se avaliar com prudência, junto a equipe multiprofissional de terapia nutricional, a necessidade e a viabilidade da utilização da nutrição parenteral. Assim sendo, a terapia nutricional parenteral é contraindicada nos casos de:

(A) perda grave de secreções e fluidos digestivos, associada à má absorção de nutrientes.

(B) necessidade de terapias nutricionais combinadas, empregando a nutrição enteral, uma vez que pode aumentar perdas nutricionais relacionadas a má absorção.

(C) prolongamento da vida de pacientes terminais, como por exemplo, nos cuidados paliativos.

(D) pacientes cirúrgicos que podem ingerir e absorver quantidades suficientes de nutrientes por via oral ou por sonda enteral, suprindo até 40% das necessidades.

QUESTÃO 22

A Lesão Renal Aguda caracteriza-se pela deterioração rápida da função renal, que resulta em desequilíbrio hidroeletrolítico e acúmulo de produtos do catabolismo nitrogenado, como a ureia e a creatinina. Ao estabelecer a conduta nutricional para pacientes com Lesão Renal Aguda, deve-se considerar que:

(A) os requerimentos energéticos são determinados pela doença de base, além disso, a própria Lesão Renal também reduz o consumo energético.

(B) deve ser oferecida dieta hiperglicídica devido ao quadro de hipoglicemia, causada pela diminuição da secreção de insulina.

(C) é recomendado dieta hiperlipídica, sendo 50% - 60% do valor energético total, diante da diminuição dos níveis séricos de triglicerídeos de lipoproteínas plasmáticas e o colesterol total.

(D) deve-se oferecer dieta hiperproteica, rica em aminoácidos essenciais, devido à quebra do glicogênio hepático, causada pela acidose metabólica.

QUESTÃO 23

A prevalência de desnutrição em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) varia de 38% a 70%, podendo chegar a 100% em alguns levantamentos, e sua presença está associada ao aumento da morbidade e mortalidade. Um fator primordial no momento da admissão do paciente grave, diz respeito ao seu diagnóstico nutricional, bem como à determinação do seu risco nutricional, para a tomada de decisão acerca da estratégia nutricional mais adequada para a sua condição clínica específica. Para avaliação nutricional do paciente crítico, é necessário considerar que,

(A) enquanto a avaliação nutricional detecta o risco nutricional, a triagem tem como objetivo principal comprovar a presença de desnutrição e classificar o seu grau.

(B) atualmente, existe um número considerável de ferramentas para avaliar o estado nutricional de pacientes críticos, e esses instrumentos têm se mostrado cada vez mais efetivos na identificação do risco nutricional, uma vez que detectam a desnutrição já estabelecida.

(C) em linhas gerais, o paciente que passar mais de dois dias na UTI, necessitando de alimentação artificial, ainda não está em risco nutricional.

(D) ao profissional nutricionista cabe realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, com base em protocolos preestabelecidos; já a identificação do risco nutricional pode ser realizada por qualquer profissional de saúde treinado para este fim.

QUESTÃO 24

O dano hepático promove, em geral, grande impacto nutricional, independentemente da etiologia, devido à participação do fígado nos processos digestivos e absortivos, na metabolização e armazenamento dos nutrientes. A Terapia Nutricional no paciente hepatopata tem como um dos objetivos promover substratos energéticos e proteicos suficientes para controlar o catabolismo proteico muscular e visceral. Ao estabelecer a terapia nutricional do paciente com cirrose hepática, o nutricionista deve levar em consideração que

(A) a oferta proteica de 0,8 g/kg de peso atual ou ideal, por dia, mantém o Balanço Nitrogenado positivo, por isso, as fontes de proteína animal são mais indicadas.

(B) a ascite, por ser um compartimento metabolicamente ativo, eleva o Gasto Energético Total, em até 10%, e deve ser considerada na programação das necessidades nutricionais.

(C) a oferta proteica de mais que 1,2 g/kg de peso atual ou ideal pode promover a piora da retenção nitrogenada e causar sobrecarga renal nos pacientes hepatopatas.

(D) a hiperalimentação pode causar elevação dos níveis séricos de aminoácidos de cadeia ramificada e comprometer o estado neurológico do paciente cirrótico.

— QUESTÃO 25 —

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, “as necessidades nutricionais do paciente com câncer podem variar, dependendo do tipo e da localização do tumor, da atividade da doença, da presença de má absorção intestinal e da necessidade de ganho de peso ou anabolismo”. A depleção proteica grave nos estoques orgânicos, causada geralmente pelo estresse prolongado e intenso, pode prejudicar ou até mesmo interromper a quimioterapia e/ou a radioterapia. As recomendações de proteína para pacientes com câncer em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico são as seguintes:

(A) 0,8 a 1,0 g de proteína/kg ao dia, atentando para as funções renais e hepáticas para a determinação da oferta proteica.

(B) 1,2 g a 1,5 g de proteína/kg ao dia para os pacientes em estresse moderado e 2,0 g/kg ao dia para os pacientes em estresse grave.

(C) 1,5 a 2,5 g de proteína/kg ao dia para os pacientes em estresse moderado e até 2,8 g/kg ao dia para pacientes em estresse grave.

(D) 1,8 a 2,5 g de proteína/kg ao dia, dando preferência para fontes de origem animal e atentando para as funções renais e hepáticas.

— QUESTÃO 26 —

A doença celíaca, também chamada de esprue celíaco não tropical ou enteropatia sensível ao glúten, caracteriza-se pela atrofia das vilosidades intestinais, hiperplasia das criptas e aumento da celularidade. Trata-se de uma resposta inflamatória que ocorre no intestino delgado, gerada pela exposição ao glúten. Uma manifestação clínica da doença celíaca em adultos é a:

(A) insuficiência respiratória.

(B) dermatite herpetiforme.

(C) artrite.

(D) úlcera gástrica.

— QUESTÃO 27 —

O nutriente que mais afeta a osmolalidade de uma solução de dieta enteral é o seguinte:

(A) glicose.

(B) amido.

(C) fibra solúvel.

(D) óleo de peixe.

— QUESTÃO 28 —

A Depleção Proteico-Calórica (DPC) é um achado frequente em pacientes hepatopatas crônicos. Dentre as repercussões provocadas pela DPC, em casos de doença hepática crônica, destacam-se a redução dos mecanismos de defesa imunológica, o aumento a incidência de infecções urinárias e pulmonares, e de peritonite espontânea. Na terapia nutricional em pacientes com hepatopatias crônicas, recomenda-se:

(A) utilizar suplementos orais com soluções ricas em aminoácidos de cadeia ramificada ou com leite de soja em pacientes que apresentam encefalopatia crônica ou, nos quais o déficit nutricional a ser corrigido é mais extenso.

(B) restringir a ingestão proteica, com ingestão de, no máximo 0,5 g/kg por dia, mesmo que o paciente não apresente sinais de encefalopatia hepática.

(C) introduzir nutrição parenteral em pacientes com encefalopatia hepática contendo 0,5 a 1,5 g/kg por dia de proteína na forma de aminoácidos de cadeia ramificada, com o objetivo de evitar a translocação bacteriana e a sobrecarga hepática.

(D) introduzir nutrição parenteral exclusiva com solução rica em aminoácidos de cadeia ramificada, na proporção de 2:1, em casos de encefalopatia grau III ou IV.

— QUESTÃO 29 —

A indicação de terapia nutricional enteral ocorre na inviabilidade do paciente em atingir as suas necessidades nutricionais por meio da via oral, seja pela instauração da doença de base, por inadequações da ingestão alimentar, problemas absortivos, baixa aceitação da dieta (disfagia, anorexia). A seleção da fórmula enteral apropriada trata-se de uma atividade extremamente complexa e exige avaliação e acompanhamento da capacidade digestiva e absortiva do paciente, além de profundo conhecimento da fonte e da forma do substrato nutricional veiculado pela dieta enteral. Para a seleção da fórmula enteral apropriada, o nutricionista deve conhecer sobre sua composição. Assim sendo, a dieta enteral pode estar disponível na forma

(A) polimérica, em que os macronutrientes apresentam-se de maneira intacta (polipeptídeo), com exceção da proteína, que é apresentada de maneira parcialmente hidrolisada.

(B) elementar polimérica, em que os macronutrientes, com exceção da proteína, apresentam-se na sua forma totalmente hidrolisada (aminoácidos).

(C) oligomérica, em que os micronutrientes encontram-se com uma osmolalidade variando de 250 a 800 mOsm/L e a osmolaridade variando entre 850 a 950 mOsm/kg.

(D) elementar, em que os macronutrientes, em especial a proteína, apresentam-se na sua forma totalmente hidrolisada (aminoácidos).

QUESTÃO 30

Muitos casos de pancreatite aguda têm um impacto leve no organismo e costumam ser revertidos espontaneamente. Todavia, em alguns casos pode ocorrer necrose com progressão para insuficiência pancreática. A Terapia Nutricional adequada no paciente com pancreatite aguda contribui para a redução da resposta inflamatória sistêmica e apoio ao metabolismo esplânico. A escolha da via de acesso para o fornecimento de nutrientes deve ser avaliada com cautela e contar com a participação de equipe multiprofissional. Dentre as vantagens do uso da Nutricional Enteral em relação a Terapia Nutricional Parenteral no paciente com pancreatite aguda, pode-se destacar a seguinte:

(A) diminuir o estímulo pancreático.

(B) evitar a translocação bacteriana.

(C) atingir rapidamente as calorias alvo.

(D) evitar erros na colocação da sonda.

QUESTÃO 31

Leia o caso a seguir.

> Paciente M.C.S., do sexo feminino, de 60 anos, reside em Goiânia, trabalha como cozinheira, portadora de Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensa e obesa. Mora com o marido, de 67 anos, recentemente aposentado, possuem dois filhos ambos casados e morando no interior de Goiás. M. C. S. mantém uma rotina mínima de atividade física, praticando caminhadas de 30 minutos três vezes na semana. Consome as refeições no restaurante que trabalha. No passado, ela não teve sucesso na manutenção e perda de peso. A sua altura é 1,55 m e o peso 80 kg. Os resultados do último lipidograma constataram os seguintes valores: triglicérides de 300 mg/dL; colesterol total: 267 mg/dL; colesterol LDL: 193 mg/dL; colesterol HDL: 34 mg/dL e Glicose sanguínea de jejum: 201 mg/dL.

Os critérios para identificação de Síndrome Metabólica nessa paciente são os seguintes:

(A) diabetes mellitus, sedentarismo e hipercolesterolemia.

(B) dificuldade na redução do peso, hipertensão arterial e colesterol HDL menor que 50 mg/dL.

(C) diabetes mellitus, hipertrigliceridemia e obesidade.

(D) dificuldade na redução do peso, sedentarismo e diabetes mellitus.

QUESTÃO 32

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, a dietoterapia do paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica deve contemplar:

(A) suplementação de óleo de girassol (ômega 3) em altas doses diárias, principalmente para pacientes idosos.

(B) fontes dietéticas de ácidos graxos monoinsaturados (oleico) como óleo de oliva, óleo de canola, azeitona, abacate e oleaginosas, leite de soja, leite desnatado, óleo de peixe e azeitona.

(C) chocolate amargo (com alto teor de cacau) por promover discreta redução da pressão arterial, devido às altas concentrações de polifenóis.

(D) máximo de 10 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha (que corresponde à 3 g de sódio), que corresponde à quantidade considerada máxima saudável para ingestão alimentar diária.

QUESTÃO 33

Na terapia nutricional enteral, a complicação mais frequente é a

(A) hiperglicemia.

(B) hiperidratação.

(C) sepse por contaminação do cateter.

(D) diarreia.

QUESTÃO 34

O primeiro trimestre da gestação é caracterizado por grandes modificações fisiológicas devido a intensa modificação celular. O segundo e o terceiro trimestre integram outra etapa em que as condições ambientais têm influência direta no estado nutricional do feto. Os hormônios desempenham papel primordial no desenvolvimento do feto, preparando o organismo materno para o desenvolvimento do feto. Assim sendo, a alteração hormonal identificada na gestação é a seguinte:

(A) aumento da elasticidade da parede uterina e do canal cervical, provocada pela progesterona, que afeta a função tireoideana, reduz proteínas séricas e participa na mamogênese.

(B) regulação das ações oxidativas relacionadas à produção de energia, pelo HCG que juntamente com a progesterona inicia o processo da produção de leite (lactogênese).

(C) relaxamento da musculatura lisa do útero, causada pelo estrogênio, interferindo também em outros órgãos, como o intestino, diminuindo sua motilidade, levando a constipação intestinal.

(D) resposta normal da insulina à glicose no início da gravidez e aumento da demanda de glicose pelo feto, na medida que a gestação avança, reduzindo a eficiência de insulina.

— QUESTÃO 35 —

A desnutrição intra-hospitalar tem sido cada vez mais frequente. Diversos trabalhos demonstram prevalência de desnutrição de 30% a 50% em pacientes internados. O grande complicador desse quadro é o aumento de complicações clínicas, do tempo de internação e da mortalidade. Para a avaliação nutricional em ambiente hospitalar, considera-se que

(A) o uso da bioimpedância é contraindicado por não detectar fluidos corporais em pacientes com ascite e edema.

(B) o Índice de Massa Corporal é um marcador de desnutrição para idosos e para pediatria, não sendo considerado para indivíduo adulto.

(C) a aferição da dobra cutânea é um método relativamente simples, de baixo custo e não invasivo para estimar a gordura corporal total.

(D) o uso de métodos subjetivos para avaliação nutricional são superficiais e inespecíficos para diagnóstico nutricional.

— QUESTÃO 36 —

A etiologia da obesidade é complexa e multifatorial. Fatores como alimentação, interação de genes, estilo de vida e fatores emocionais estão associados ao agravo de saúde. Além desses, um importante fator que contribui para o desenvolvimento da obesidade é:

(A) alteração do balanço energético, por aumento do consumo calórico, pela diminuição do gasto energético ou de ambos.

(B) desequilíbrio dos níveis de atividade física aumentados e a ingestão calórica diminuída.

(C) ação do hormônio grelina, componente do sistema neuroendócrino, que promove saciedade.

(D) situação parental, com risco de 50% (podendo chegar a 80%) dos filhos desenvolverem obesidade, nos casos em que nenhum dos pais é obeso.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 37 —

Atualmente, existe uma epidemia de Diabetes *mellitus* (DM) em curso. Estima-se que em 2.030 sejam 30 milhões de indivíduos portadores da doença no mundo. O crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência de obesidade de sedentarismo são justificativas desse aumento. O DM tipo 1 caracteriza-se por

(A) defeitos na ação e na secreção de insulina sem depender de insulina exógena. Trata-se da forma presente em 90 a 95% dos casos de DM na população.

(B) manifestar-se em 50% de todas as gestações, sendo reclassificado como DM1 tardio após o parto.

(C) sintomas de anemia, perda ponderal e glicemia casual > 200 mg/dL.

(D) destruição de células beta-pancreáticas com consequente deficiência na produção e secreção de insulina.

— QUESTÃO 38 —

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica, multifatorial, caracterizada por níveis elevados de pressão arterial. A detecção, o tratamento e o controle da HAS são importantes para redução dos eventos cardiovasculares. Nos casos de HAS

(A) a ingestão de álcool por curto período está associada ao aparecimento de pressão alta e mortalidade cardiovascular.

(B) o excesso de peso está inversamente associado ao aparecimento de HAS. Já a obesidade central se associa a elevação da PA.

(C) está constatado que a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com aumento da pressão arterial.

(D) a atividade física aumenta pressão arterial sistólica, e está relacionada com mortalidade por doença cardiovascular.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 39 —

Diagnosticar e avaliar o estado nutricional da gestante tem sido um desafio para os profissionais que trabalham com esse grupo. O diagnóstico nutricional abrange análise conjunta de vários aspectos, como antropometria, avaliação alimentar, exame clínico e avaliação bioquímica. Para avaliação nutricional da gestante, deve-se considerar que

(A) o ganho de peso na gestante com baixo peso deve ser acompanhado semanalmente, e deve ficar entre 7 e 10 kg durante o período gestacional.

(B) o ganho de peso excessivo acompanhado de edema súbito, não justificado por modificação energética, pode indicar quadro de pré-eclampsia.

(C) os elementos responsáveis pelo ganho de peso total são: peso do feto, aumento das mamas, edema e volume plasmático e gordura de depósito materno.

(D) o ganho de peso deve ficar entre 9 kg a 12 kg durante todo período gestacional, em caso de gestação gemelar.

— QUESTÃO 40 —

Inquéritos dietéticos são métodos utilizados para avaliação do consumo alimentar de indivíduos e populações em um determinado período de tempo. Cada método possui vantagens e desvantagens e apresenta aplicações específicas. Sendo assim, para avaliação do consumo alimentar o nutricionista deve valer-se do:

(A) recordatório de 24 h, por ser um método simples, fácil, porém, tem como limitação não caracterizar o consumo habitual do indivíduo e o viés da memória.

(B) registro alimentar, que consiste em anotar tudo o que o paciente comeu nas últimas 24 h, tratando-se de um método mais indicado para adultos e idosos.

(C) questionário de frequência e consumo alimentar, cuja a finalidade é conhecer o hábito alimentar do paciente da última semana.

(D) diário alimentar, por avaliar os aspectos qualitativos e do paciente, desde que o mesmo tenha conhecimento do tamanho de porções.

— QUESTÃO 41 —

Os macronutrientes são substratos usados como fontes de energia: os carboidratos, lipídeos e proteínas. As proteínas, formadas por aminoácidos, se diferem dos carboidratos e lipídeos por conterem nitrogênio em sua estrutura. O carboidrato é armazenado como glicogênio, e é importante quando há necessidade de energia de curta duração. Em situações de jejum, os aminoácidos das proteínas são convertidos em glicose por um processo chamado de:

(A) glicólise.

(B) gliconeogênese.

(C) glicogenólise.

(D) glicação.

— QUESTÃO 42 —

Estratégias farmacológicas, nutricionais, cirúrgicas e terapias comportamentais são ferramentas para auxiliar o tratamento da obesidade, que deve ser multidisciplinar. No entanto, o nutricionista, como integrante dessa equipe multidisciplinar, deve valer-se do tratamento dietético orientando

(A) dietas com balanço energético positivo, associadas à atividade física moderada que promovem redução de peso corporal.

(B) dietas rígidas e restritivas, que devem caracterizar mudanças na alimentação e persistir por toda vida.

(C) dietas escassas em gorduras, associadas à redução de calorias, pois essas produzem maior perda de peso.

(D) dietas hipolipídicas que podem auxiliar na perda de peso, pois levam a lipogênese.

— QUESTÃO 43 —

A orientação nutricional é fundamental para a prevenção, tratamento e gerenciamento do Diabetes mellitus (DM). O objetivo da terapia nutricional no diabetes é melhorar a qualidade de vida do paciente, prevenir e tratar complicações da doença a curto e longo prazo e manter o bom estado fisiológico e de saúde. Portanto, os pacientes com DM devem ser orientados a

(A) ingerir fibras dietéticas solúveis, encontradas principalmente em frutas, verduras, legumes, farelo de aveia, pois possuem efeito benéfico na glicemia.

(B) consumir mel, em substituição ao açúcar branco, por conter maior teor de frutose gerando pouco impacto na glicemia.

(C) utilizar edulcorantes artificiais, como sacarina e ciclamato, pois contribuem com 10% do valor energético total da dieta.

(D) limitar o consumo de lipídeos insaturados e ácidos graxos trans, a fim de prevenir doença cardiovascular.

— QUESTÃO 44 —

A proteína corporal é composta de 20 aminoácidos. Cada um possui finalidades metabólicas diferentes no corpo. O destino dos aminoácidos liberados após a absorção proteica da dieta é direcionado pelo corpo, e pode ser para oxidá-los e formar energia ou incorporá-los as proteínas. Os aminoácidos alanina, arginina, glicina e prolina são exemplos de

(A) aminoácidos condicionalmente essenciais.

(B) aminoácidos essenciais.

(C) aminoácidos não-essenciais.

(D) aminoácidos especiais.

QUESTÃO 45

As práticas alimentares, no primeiro ano de vida, constituem marco importante na formação dos hábitos alimentares da criança. Esse período pode ser dividido em: antes dos seis meses e após os seis meses. Para a alimentação da criança no primeiro ano de vida, a orientação deve ser a seguinte:

(A) manter o aleitamento materno exclusivo até os quatro meses de vida do lactente. Dos quatro aos seis meses é importante hidratar o bebê com oferta de água e chás.

(B) suspender o aleitamento materno a partir dos seis meses para a criança poder receber alimentos complementares.

(C) evitar o uso de mel para bebês com menos de 1 ano de idade, pois pode ocorrer contaminação por esporos *Clostridium botulium.*

(D) iniciar a oferta de leite de vaca apenas na forma de iogurte ou coalhada para os bebês acima de quatro meses, por se tratarem de derivados com potencial alergênico reduzido.

QUESTÃO 46

O processo de B-oxidação é um mecanismo de produção de energia por meio de um nutriente específico. Este nutriente destinado à oxidação, é ativado acil-CoA e transportado para o interior da mitocôndria pela carnitina, onde sofre o processo de oxidação. O nutriente específico para esse processo é o seguinte:

(A) aminoácido.

(B) glicose.

(C) galactose.

(D) ácido graxo.

QUESTÃO 47

O papel do íon Cálcio (Ca ++) no organismo vai além de estrutural e mecânico. Exerce uma função importante que é conformar proteínas-chave biológicas para ativar suas propriedades catalíticas e mecânicas. O metabolismo do cálcio no organismo envolve o processo de

(A) absorção, que inicia pelo estômago e assim como as proteínas, é promovida pela ação da amilase.

(B) absorção, que é potencializada pela gravidez, lactação, deficiência de fósforo, níveis adequados de vitamina D.

(C) excreção pela urina e suor, sendo perdidos em torno de 20 g por dia pelo rim e de 16-24 mg por dia pelo suor.

(D) quelação com zinco, magnésio e ferro, favorecendo a absorção desses minerais no intestino.

QUESTÃO 48

O tratamento para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica tem como objetivo reduzir a morbimortalidade por doenças cardiovasculares. Para tanto, utiliza-se o tratamento medicamentoso, por meio de medicação anti-hipertensiva – quando necessário – e o tratamento nutricional. Assim, considera-se que

(A) a dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), caracterizada por elevada ingestão de frutas, laticínios e gorduras, bem como moderada concentração de sódio e fibras, tem impacto na redução da pressão arterial.

(B) a substituição do excesso de carboidrato por gordura insaturada, associada ao alto consumo de frutas e hortaliças, relatado na dieta do Mediterrâneo, induz a redução da pressão arterial.

(C) a quercetina, presente no cacau, promove elevada redução da pressão arterial. Isso porque esse polifenol se liga ao sódio celular impedindo o mesmo de ser absorvido.

(D) a proteína da soja, presente nos feijões, soja, farinha de soja, queijo de soja (tofu), molho shoyo, leite de soja e concentrado proteico de soja, reduz a pressão arterial em homens após a andropausa.

QUESTÃO 49

O estresse oxidativo é um desequilíbrio dos sistemas pró-oxidantes e antioxidantes em células intactas. Na presença de eventos oxidativos, o sistema pró-oxidante desequilibra o sistema antioxidante, resultando em danos oxidativos a lipídeos, proteínas, carboidratos, ácidos nucleicos e até morte celular. No processo de estresse oxidativo ocorre o evento de

(A) peroxidação de lipídeos poli-insaturados, que constitui um processo simples e envolve reação em cadeia caracterizada por apenas duas etapas: propagação e terminação.

(B) redução da vitamina B6 para a glutationa, que é o antioxidante mais efetivo nesse processo, ocorrendo, portanto interrupção do dano oxidativo das membranas celulares.

(C) ação antioxidante da vitamina E, da família dos compostos tocoferóis. Esse nutriente, por ter uma característica altamente lipofílica, impede danos a membrana celular pelas espécies reativas de oxigênio.

(D) oxidação da vitamina C em di-sulfeto de glutationa, pela ação da enzima contendo selênio glutationa peroxidase. A concentração de vitamina C celular, tem alto efeito antioxidante.

QUESTÃO 50

A principal causa de morte por Doença Cardiovascular (DCV) é a aterosclerose. Trata-se de um processo inflamatório crônico da parede do vaso, com elevação de marcadores inflamatórios séricos. É sabido que o padrão alimentar interfere na chance de eventos aterosclerótico. Para a orientação nutricional de pacientes com DCV, deve-se considerar que:

(A) os ácidos graxos saturados (AGS) são classificados pelo número de duplas ligações que possuem, sendo classificados como mono ou poli-saturados. Os alimentos fontes de AGS são na sua maioria de origem animal.

(B) o ácido graxo ômega-3 é convertido em ácido araquidônico, que serve de substrato para metabólitos de moléculas pró-inflamatórias. Suas principais fontes são peixes de água salgada e oleaginosas.

(C) o colesterol alimentar é encontrado em alimentos como o coco, óleo de milho, ovo, pele de aves e vísceras, óleo de canola e carne vermelha. Assim, o consumo desses alimentos deve ser limitado.

(D) as gorduras sólidas ricas em ácido láurico, presentes no óleo de coco, resultam em perfil lipídico mais favorável do que uma gordura sólida rica em ácidos graxos trans.