

COREMU - 2015

NUTRICIONISTA

25/01/2015

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

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO 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, 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 duas 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.

— QUESTÃO 01 —

Com relação à transição epidemiológica e demográfica no Brasil, pode-se considerar o seguinte:

- (A) a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo experimentado pela maioria dos países desenvolvidos; velhos e novos problemas coexistem, com predominância de mortes ocasionadas por doenças transmissíveis.
- (B) a transição epidemiológica encontra-se atualmente com taxas de fecundidade, mortalidade geral e esperança de vida ao nascer decrescentes; baixas taxas de mortalidade infantil e população predominantemente adulta.
- (C) a transição demográfica inclui a substituição das altas taxas de mortalidade por altas taxas de natalidade, ocasionando uma pirâmide etária com maioria de crianças e jovens adultos.
- (D) a transição epidemiológica em curso se refere a mudanças nos padrões de morte, morbidade e invalidez da população, que, em geral, ocorrem em conjunto com as transformações sociodemográficas.

— QUESTÃO 02 —

Buscando o aprimoramento do Pacto pela Saúde e a produção de uma mudança que melhore a governança do sistema, algumas definições sobre a organização do SUS foram dispostas por meio do Decreto n. 7508/2011. Dentre as definições arroladas, qual **não** foi proposta por esse decreto?

- (A) Portas de entrada do sistema.
- (B) Redes de Atenção à Saúde.
- (C) Instrumentos de Planejamento.
- (D) Relação Nacional de Medicamentos.

— QUESTÃO 03 —

De acordo com o Decreto n. 7508/2011, no que diz respeito ao planejamento em saúde,

- (A) os serviços e as ações de saúde prestados pela iniciativa privada, de forma complementar, devem ser desconsiderados.
- (B) a elaboração, em âmbito estadual, deve partir do Plano Estadual para os Planos Municipais, levando-se em conta as necessidades dos municípios e as metas de saúde estabelecidas.
- (C) a construção do plano de saúde deverá ser ascendente e integrada, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-o às necessidades das políticas de saúde e à disponibilidade financeira.
- (D) o Colegiado de Gestão Interregional identificará as necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado entre os municípios, estabelecendo metas de saúde.

— QUESTÃO 04 —

Para efeito do Decreto n. 7508/2011, considera-se “região de saúde” um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Para que seja instituída, uma região de saúde deve conter, no mínimo:

- (A) serviços de atenção primária, de urgência e emergência e realizar consórcios para que todos os municípios tenham acesso aos demais serviços.
- (B) serviços básicos de saúde ligados em rede entre os municípios da região e atenção de alta complexidade disponível na macrorregião.
- (C) municípios contíguos, com identidade sociocultural e infraestrutura de transportes compartilhada e um Colegiado de Gestão Regional em funcionamento.
- (D) serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

— QUESTÃO 05 —

Ao longo da história de construção do SUS, houve muitos avanços, porém persistem desafios que necessitam ser permanentemente superados. Isso tem exigido dos gestores um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado: de um lado, pela dificuldade de se imporem normas gerais a um país tão grande e desigual, de outro pela sua fixação em conteúdos normativos com caráter excessivo e de enorme complexidade. Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, em 2006 é lançado o Pacto pela Saúde com base nos princípios constitucionais e ênfase nas necessidades de saúde da população. Em 2011, o Decreto n. 7508 dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e inova trazendo os conceitos de:

- (A) Termo de Compromisso de Gestão e serviços especiais de acesso aberto.
- (B) Colegiado de Gestão Regional e agenda de prioridades.
- (C) Mapa da Saúde e Comissão Intergestores Regional.
- (D) Plano Diretor de Regionalização e Programação Pactuada Integrada.

— QUESTÃO 06 —

Em uma creche de Goiânia, ocasionalmente apareciam crianças com eventos de diarreia e vômitos, que eram facilmente controlados pelas famílias e pelos professores. No entanto, em junho de 2014, 32 crianças apresentaram quadro severo de diarreia e vômito. Na investigação do evento, encontrou-se como fonte comum o consumo de salgadinhos de salsicha, que foram servidos em uma festa de aniversário. O evento que acometeu as crianças foi:

- (A) surto epidêmico.
- (B) epidemia.
- (C) evento esporádico.
- (D) evento sentinela.

— QUESTÃO 07 —

A malária é reconhecida como grave problema de saúde pública no mundo. Segundo a OMS, atinge mais de 100 países. Estima-se que cerca de 500 milhões de novos casos sejam informados por ano. Na cidade de Goiânia, no ano de 2014, foram confirmados seis casos da doença em pessoas que não eram moradores do local. Esse agravo se configura como caso:

- (A) autóctone.
- (B) alóctone.
- (C) endemia.
- (D) epizootia.

— QUESTÃO 08 —

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas que se complementam. São dados e informações desenvolvidas de modo contínuo e sistemático. O conhecimento gerado, de maneira permanente, possibilita a tomada de decisões, "informação para a ação", gerando intervenções de controle dos agravos. A coleta de dados para esse fim ocorre em todos os níveis de atuação do sistema de saúde e deve abranger o maior número possível de fontes geradoras. Podem ser consideradas fontes regulares de dados que alimentam o sistema:

- (A) dados demográficos, ambientais e socioeconômicos.
- (B) dados do Regulamento Sanitário Internacional e de notificações compulsórias.
- (C) dados de estudos primários ligados às doenças mais prevalentes e aos inquéritos.
- (D) dados aferidos em situações de epidemias explosivas e os gerados pelos sistemas sentinela.

— QUESTÃO 09 —

Na Política Nacional de Atenção Básica estão relacionadas as atribuições comuns a todos os componentes da Equipe de Saúde da Família. Essas competências devem seguir as regulamentações do exercício de cada uma das profissões. As atribuições que **não** são comuns a todos os profissionais da equipe são:

- (A) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.
- (B) realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
- (C) manter a coordenação do cuidado, mesmo quando o paciente necessitar de outros pontos de atenção do sistema de saúde, responsabilizando-se pela população adscrita.
- (D) cadastrar todas as pessoas da sua microárea, mantendo os cadastros atualizados e realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea.

— QUESTÃO 10 —

De acordo com a Carta de Ottawa, a Promoção da Saúde deve ser entendida como um processo que confere à população os meios para assegurar maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor de saúde. Na Política Nacional de Promoção da Saúde, dentre as ações específicas priorizadas, podem ser apontadas:

- (A) redução da mortalidade infantil e materna, controle do câncer de colo de útero e de mama e alimentação saudável.
- (B) alimentação saudável, fortalecimento da atenção básica e controle do câncer de colo de útero.
- (C) alimentação saudável, prevenção e controle do tabagismo e redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.
- (D) qualificação da atenção em saúde, redução de vulnerabilidades e prevenção da violência e estímulo à cultura da paz.

— QUESTÃO 11 —

No bloco de financiamento da assistência farmacêutica, descrito no Pacto de Gestão, o fornecimento de medicamentos e insumos para os programas estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde. Foram definidos como programas estratégicos:

- (A) programa nacional de sangue e hemoderivados, imunobiológicos e programa DST/Aids.
- (B) controle de endemias, programa nacional de sangue e hemoderivados e programa da hipovitaminose A.
- (C) programa de hipovitaminose A, controle de endemias e programa de controle do uso do tabaco.
- (D) programa DST/Aids, programa de insulina e programa de prevenção e controle do uso do tabaco.

— QUESTÃO 12 —

No Sistema Único de Saúde, as instâncias de pactuação são espaços políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso e não por votação, estimulando o debate e a negociação entre as partes. Essas instâncias são chamadas:

- (A) Conass e Conasems.
- (B) Conselho e Conferência de Saúde.
- (C) Colegiado e Comissão de Gestão Regional.
- (D) Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite.

— QUESTÃO 13 —

V.R.M., estudante de enfermagem e muito interessada em conhecer o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, surpreende-se ao fazer a leitura do trecho da lei que “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”. Levando em consideração o contexto histórico do SUS e seu arcabouço legal, qual é a lei e o princípio constitucional envolvido?

- (A) Lei Orgânica da Saúde – equidade entre as esferas de governo.
- (B) Lei n. 8142 de 1990 – controle social.
- (C) Lei n. 8080 de 1990 – participação popular.
- (D) Emenda Constitucional 29 – universalidade.

— QUESTÃO 14 —

O sr. S.B.V., de 54 anos, morador do Vale dos Sonhos, comparece à Unidade Básica de Saúde do seu bairro para fazer um curativo no pé. A técnica de enfermagem que o atende percebe a presença de uma mancha hipocrômica suspeita no antebraço direito e o encaminha ao médico da equipe. Esta conduta diz respeito ao seguinte princípio do Sistema Único de Saúde:

- (A) universalidade.
- (B) equidade.
- (C) integralidade.
- (D) intersetorialidade.

— QUESTÃO 15 —

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. Esses núcleos têm como características:

- (A) são unidades físicas independentes e de livre acesso à população para atendimento individual e coletivo.
- (B) contribuem no sentido de superar as dificuldades dos profissionais da Saúde da Família em determinadas situações, porém fazem parte da atenção secundária.
- (C) oferecem a entrada no sistema de saúde em relação às necessidades e aos problemas da comunidade local, tanto no nível básico como no especializado.
- (D) desenvolvem ações de atendimentos, conjunto ou não, construção de projetos terapêuticos, além de ações de prevenção e promoção da saúde.

— QUESTÃO 16 —

A um paciente em terapia nutricional enteral foi oferecida uma fórmula composta de 21% de proteína (47% de aminoácidos livres, 42% de hidrolisado de soja e lactoalbumina e 11% do soro do leite concentrado), 66% de carboidrato (85% maltodextrina, 10% sacarose, 5% de frutose) e 13% de lipídios (47% óleo de açafrão, 53% TCM).

Essa dieta é classificada como

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

— QUESTÃO 17 —

Paciente M.G.N., portador de mieloma múltiplo, de 75 anos, trato gastrointestinal íntegro, apresentou perda de peso nos últimos seis meses (redução de 10% do peso usual), principalmente devido às lesões na mucosa oral que ocorriam após os ciclos de quimioterapia. Nas últimas duas semanas, vem ingerindo 60% da alimentação oferecida em função da inapetência progressiva. Diante deste quadro, recomenda-se:

- (A) nutrição por sonda nasogástrica, dieta polimérica.
- (B) nutrição por jejunostomia, dieta oligomérica.
- (C) nutrição parenteral total.
- (D) nutrição parenteral parcial.

— QUESTÃO 18 —

Paciente A.L.B., de 50 anos, portador de câncer no intestino, PU = 70 kg, E = 1,70 m, apresenta perda de 5 kg nos últimos dois meses, inapetência, náuseas e está realizando quimioterapia. Para esse paciente, recomenda-se a seguinte dieta:

- (A) 1470 a 1750 Kcal/kg e 35 a 56 g de proteína/kg/dia.
- (B) 1750 a 2100 Kcal/kg e 50 a 60 g de proteína/kg/dia.
- (C) 2100 a 2450 Kcal/kg e 70 a 105 g de proteína/kg/dia.
- (D) 2500 a 2800 Kcal/kg e 105 a 140 g de proteína/kg/dia.

— QUESTÃO 19 —

Cabe ao profissional nutricionista realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, com base em protocolo preestabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência. No caso do paciente V.I.Z., portador de linfoma de Hodgkin, de 23 anos, qual é o instrumento mais adequado para a avaliação nutricional?

- (A) Miniavaliação nutricional (MAN).
- (B) Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002).
- (C) Índice de risco nutricional (Nutritional Risk Index – NRI).
- (D) Avaliação subjetiva global feita pelo próprio paciente (ASG-PP).

— QUESTÃO 20 —

Paciente Z.L.A., de 55 anos, com 1,70 m e 68 kg, portador de adenocarcinoma de pâncreas, foi submetido à cirurgia de Whipple. No 5º dia de pós-operatório, evoluiu com leucocitose, febre, taquicardia e amilase do dreno de 2130 UI/dl, mas manteve-se hemodinamicamente estável. O débito dessa fístula nas últimas 24 horas foi de 550 mL. Considerando o quadro séptico, qual seria a conduta dietoterápica mais adequada para esse paciente?

- (A) Dieta por SNE, pós-pilórica, semielementar, hipercalórica, hiperproteica.
- (B) Dieta zero até resolução da sepse.
- (C) Dieta por NPT, normocalórica, hiperproteica.
- (D) Dieta por SNG, polimérica, normocalórica, hiperproteica.

— QUESTÃO 21 —

Na avaliação nutricional em pacientes hepatopatas,

- (A) as medidas antropométricas classicamente utilizadas na prática clínica, como peso, altura, dobras cutâneas, circunferência e área muscular do braço, são ineficazes.
- (B) as dobras tricipital, bicipital e subescapular podem ser utilizadas para avaliar a gordura subcutânea, na presença de ascite e edema periférico.
- (C) a medida periódica da circunferência braquial e do peso deve ser utilizada para acompanhar a progressão ou remissão da ascite.
- (D) os indicadores bioquímicos como albumina, transferrina e proteína carreadora de retinol não devem ser utilizados, pois podem refletir o dano hepático e não, necessariamente, o estado nutricional.

— QUESTÃO 22 —

Na história clínica do enfermo, a alteração do peso é de suma importância para determinação do risco nutricional. Analise os dados relativos a dois indivíduos adultos, enfermos, do sexo masculino, comparando-os.

I. Indivíduo A: paciente com peso habitual de 70 kg apresentou perda involuntária de peso progressiva nos últimos três meses. Peso atual de 62 kg.

II. Indivíduo B: paciente com peso habitual de 90 kg apresentou perda de 6 kg nos últimos seis meses. Em seguida, apresentou estabilização do quadro.

Qual é a classificação do percentual de perda de peso (%PP) do paciente com maior risco nutricional?

- (A) >7,5 % em três meses – perda grave.
- (B) <7,5 % em três meses – perda moderada.
- (C) >7,5 % em seis meses – perda grave.
- (D) >7,5 % em seis meses – perda moderada.

— QUESTÃO 23 —

100 gramas de pó de um suplemento dietético apresentam em sua composição 34,5% de proteínas, 31% de lipídeos e 34,5% de carboidratos. Qual é o volume necessário para suplementar uma dieta com 500 Kcal, considerando-se que o suplemento foi diluído a 20%?

- (A) 525 ml.
- (B) 460 ml.
- (C) 450 ml.
- (D) 350 ml.

— QUESTÃO 24 —

Homem de 40 anos, eutrófico, foi submetido a um transplante renal. No pós-operatório imediato, na orientação nutricional, a ingestão proteica, em g/kg/dia de peso atual, prescrita pelo nutricionista, deve estar entre:

- (A) 0,6 a 0,8
- (B) 0,8 a 1,2
- (C) 1,0 a 1,2
- (D) 1,3 a 1,5

— QUESTÃO 25 —

Segundo Cuppari (2013), as recomendações diárias de proteína e energia para pacientes com doença renal crônica, em hemodiálise, são, respectivamente,

- (A) 0,6 a 1,1 g/kg/dia e 30 a 35 Kcal/kg/dia.
- (B) 0,8 a 1,0 g/kg/dia e 30 a 35 Kcal/kg/dia.
- (C) 1,1 a 1,2 g/kg/dia e 30 a 35 Kcal/kg/dia.
- (D) 1,5 a 2,0 g/kg/dia e 30 a 35 Kcal/kg/dia.

— QUESTÃO 26 —

Com referência aos mecanismos fisiopatológicos dos ácidos graxos monoinsaturados (MUFA), pode-se afirmar que

- (A) as dietas que contêm MUFA, em substituição ao ácidos graxos poliinsaturados (PUFA), tornam a LDL menos suscetível à oxidação, o que pode estimular o processo aterogênico.
- (B) a substituição de PUFA por MUFA, ou o simples aumento do consumo de MUFA, pode acarretar melhoras na resistência à insulina e na resposta da célula beta na produção de insulina.
- (C) os MUFA de fontes vegetais, especialmente quando componentes da dieta do Mediterrâneo, podem elevar a pressão arterial.
- (D) as melhorias da função endotelial e da adesão monocitária, bem como das reduções de marcadores inflamatórios e agregação plaquetária independem do uso de MUFA.

— QUESTÃO 27 —

Considere um paciente renal crônico em tratamento conservador, sem procedimento dialítico, com necessidade de restrição hídrica e que esteja em uso de gastrostomia como via exclusiva de alimentação. Qual é a dieta indicada para este paciente?

- (A) Dieta enteral líquida, hipercalórica (2.0 Kcal/mL), hipoproteica (até 10% de proteína), rica em aminoácidos essenciais, com, no mínimo, 60% de carboidratos, isenta de sacarose, lactose e glúten.
- (B) Dieta enteral líquida, normocalórica (1.0 Kcal/mL), hiperproteica (mínimo de 70 g/L), rica em aminoácidos essenciais, com, no mínimo, 60% de carboidratos, isenta de sacarose, lactose e glúten.
- (C) Dieta enteral em pó, normocalórica (1.0 Kcal/mL), hipoproteica (até 10% de proteína), rica em aminoácidos de cadeia ramificada, com até 60% de carboidratos, isenta de sacarose, lactose e glúten.
- (D) Dieta enteral em pó, hipercalórica (2.0 Kcal/mL), hiperproteica (mínimo de 70 g/L), rica em aminoácidos de cadeia ramificada, com até 60% de carboidratos, isenta de sacarose, lactose e glúten.

— QUESTÃO 28 —

Com referência ao tratamento da obesidade, deve-se considerar que:

- (A) as dietas ricas em gordura, pobres em carboidratos e proteínas, compostas por 55% a 65% de lipídios, menos de 25% de carboidrato e 10% de proteínas, constituem uma das estratégias de abordagem.
- (B) as dietas de baixíssimas calorias, com 400 a 800 Kcal, produzem maior perda de peso em curto prazo, comparadas às de baixa caloria. Entretanto, em longo prazo, a perda de peso é similar.
- (C) a progressão da dieta após a cirurgia bariátrica deve prever uma baixa oferta de fibras, proteínas em torno de 60 a 120 g/dia e uma ingestão hídrica de, no máximo, 1,5 L/dia.
- (D) a suplementação polivitamínica e de minerais deve ser mensal e contemplar os minerais ferro, cálcio e vitamina D, no pós-operatório da cirurgia bariátrica.

— QUESTÃO 29 —

Em relação ao tratamento não medicamentoso do diabetes mellitus, a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes -2013/2014 estabelece que

- (A) a variabilidade glicêmica dos alimentos pode ser influenciada pelo clima, tipo de solo, modo de preparo, tempo de cozimento e outros componentes da refeição, como o teor de gorduras e de proteínas.
- (B) a atividade física promove menor capilarização das fibras musculares e prejudica a função mitocondrial, contribuindo para o descontrole glicêmico verificado por aumento da hemoglobina glicada.
- (C) o método de contagem de carboidratos prioriza a qualidade deste nutriente consumido na refeição e é recomendado com o objetivo de individualizar e flexibilizar a ingestão alimentar de crianças e adolescentes diabéticos.
- (D) a batata yacon é considerada um alimento funcional e poderá trazer benefícios no tratamento do diabetes em decorrência do seu alto teor de fibras insolúveis e prebióticos, como fruto-oligosacarídeos e inulina.

— QUESTÃO 30 —

Na avaliação de um paciente diabético, é importante observar a presença de sintomas clássicos da doença e analisar os exames bioquímicos para uma correta conduta nutricional. Os critérios para o diagnóstico de diabetes mellitus são:

- (A) poliúria, polidipsia, polifagia e ganho de peso e glicemia casual maior que 200 mg/dL, a ser confirmada pela repetição do teste em outro dia.
- (B) poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso não intencional e glicemia de jejum entre 100 e 126 mg/dL, a ser confirmada em outra coleta de sangue.
- (C) poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso não intencional e glicemia de 2 horas pós-sobrecarga oral de 1,75 g de glicose por quilograma de peso igual ou maior que 200 mg/dL.
- (D) poliúria, polidipsia, perda de apetite e de peso não intencional acrescidos de glicemia de jejum maior que 126 mg/dL, a ser confirmada em outra coleta de sangue.

— QUESTÃO 31 —

Paciente do gênero masculino, de 42 anos, procurou atendimento médico com queixa de diarreia, dor abdominal e emagrecimento. Apresenta índice de massa corporal (IMC) de 17,30 kg/m², prega cutânea tricípital no percentil 10 e circunferência muscular do braço no percentil 8. Os resultados dos exames bioquímicos indicam hipoalbuminemia e anemia. Confirmado diagnóstico de doença de Crohn. As recomendações nutricionais para a fase aguda da doença de Crohn, no caso hipotético descrito, são:

- (A) normocalórica com 25 a 30 Kcal/kg/dia, iniciada rapidamente para atingir balanço energético positivo; normoproteica com 0,8 a 1,0 g de proteína/kg de peso ideal/dia e isenta de lactose.
- (B) normocalórica com 25 a 30 Kcal/kg/dia, iniciada lentamente; hiperproteica com 1,5 g de proteína/kg de peso ideal/dia e rica em fibras insolúveis.
- (C) hipercalórica com 30 a 35 Kcal/kg/dia, iniciada lentamente para evitar superalimentação; hiperproteica com 1,5 g de proteína/kg de peso ideal/dia e isenta de lactose.
- (D) hipercalórica com 30 a 35 Kcal/kg/dia, iniciada lentamente; normoproteica com 0,8 a 1,0 g de proteína/kg de peso ideal/dia e rica em fibras solúveis.

— QUESTÃO 32 —

A fibrose cística é uma doença genética autossômica recessiva, caracterizada por mutações no gene *Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator*. A diretriz de 2011 para terapia nutricional na fibrose cística recomenda:

- (A) evitar o aleitamento materno para lactentes clinicamente estáveis em decorrência de sintomas de fadiga e diarreia.
- (B) utilizar a combinação de triglicérides de cadeia média e longa, que garantem aporte de ácidos graxos essenciais e que não necessitam de enzimas para absorção, respectivamente.
- (C) fornecer um aporte de gorduras na dieta entre 35 e 40% do valor calórico total e aumentar a densidade calórica com maltodextrina.
- (D) utilizar a nutrição parenteral, por longo prazo, para pacientes após cirurgia do trato gastrointestinal e em espera de transplante.

— QUESTÃO 33 —

O suporte nutricional do paciente grave é um dos maiores desafios clínicos da unidade de terapia intensiva. Segundo a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral,

- (A) a terapia nutricional deve ser instituída nas primeiras 24-48 horas em pacientes com diagnóstico de desnutrição e em catabolismo intenso.
- (B) a via enteral, com sonda colocada em posição gástrica, deverá ser indicada para pacientes com risco de broncoaspiração e distensão gástrica.
- (C) a nutrição parenteral é recomendada para pacientes instáveis hemodinamicamente e que não podem receber suporte nutricional enteral.
- (D) a oferta de alimentos por via oral, com suplementação, é indicada para pacientes disfágicos e sem alteração do estado de consciência.

— QUESTÃO 34 —

O nutricionista responsável por paciente grave, em fase aguda, com catabolismo moderado, internado na unidade de terapia intensiva, deverá prescrever

- (A) 20 a 25 Kcal/kg/d e 1,2 a 1,5 g de proteína/kg/d.
- (B) 25 a 30 Kcal/kg/d e 0,8 a 1,0 g de proteína/kg/d.
- (C) 30 a 40 Kcal/kg/d e 1,5 a 2,0 g de proteína/kg/d.
- (D) 40 a 50 Kcal/kg/d e 2,0 a 3,0 g de proteína/kg/d.

— QUESTÃO 35 —

A pancreatite é uma doença inflamatória não bacteriana, causada por ativação e liberação intersticial de enzimas, proporcionando autodigestão do pâncreas. Dentre as razões que contribuem para a desnutrição do paciente com este diagnóstico estão a

- (A) presença de dor e o aumento da secreção de enzimas digestivas.
- (B) ingestão alcoólica persistente e o processo inflamatório crônico.
- (C) diminuição da ingestão oral de nutrientes e a diminuição do gasto energético de repouso.
- (D) má digestão de gorduras e a de carboidratos, o que resulta, respectivamente, em esteatorreia e azotorreia.

— QUESTÃO 36 —

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma doença geralmente progressiva, passível de prevenção e tratamento, causada por uma limitação parcialmente reversível do fluxo aéreo. A diretriz sobre terapia nutricional no paciente com DPOC recomenda:

- (A) suporte nutricional para indivíduos com índice de massa corporal menor que 25 kg/m² para recuperação do estado nutricional e maior chance de sucesso no tratamento.
- (B) utilização de hormônio do crescimento como complemento à terapia nutricional para melhorar o balanço nitrogenado e a força muscular do paciente.
- (C) prescrição de suplemento nutricional pobre em carboidratos e rico em lipídios para melhorar o desconforto respiratório e a anorexia presente com a progressão da doença.
- (D) consumo de ômega-3 para auxiliar na diminuição dos níveis de mediadores inflamatórios e da saturação arterial de oxigênio, proporcionando menor risco de falência orgânica.

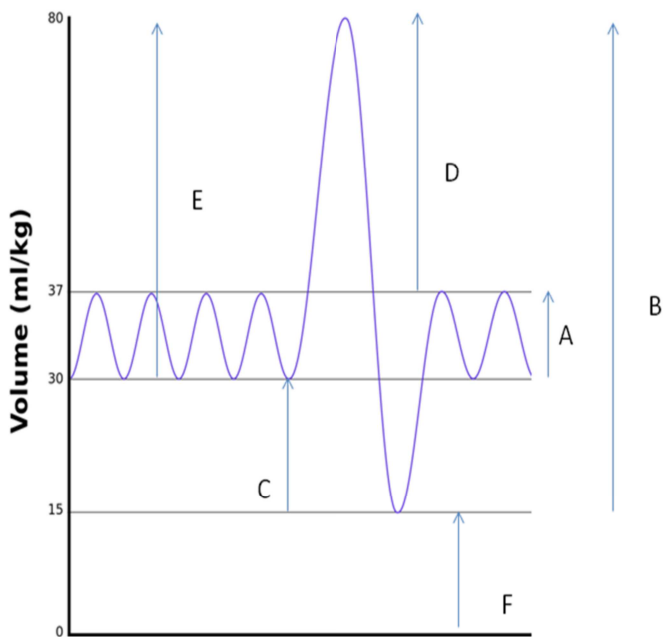
— QUESTÃO 37 —

Na síndrome do intestino curto podem ocorrer a perda da capacidade de absorção de sais biliares conjugados e outras alterações metabólicas, como

- (A) anemia falciforme, esteatorreia e deficiência de vitamina B₁₂.
- (B) anemia megaloblástica, esteatorreia e hipossecreção gástrica.
- (C) deficiência de dissacaridases, hiperoxalúria e deficiência de vitamina A.
- (D) anemia megaloblástica, hipersecreção gástrica e hipercalemia.

— QUESTÃO 38

Analisar o espirograma a seguir.



Com base na análise, conclui-se que

- (A) o volume corrente, representado pela letra B, é o volume de ar que entra e sai dos pulmões a cada respiração.
- (B) o volume de reserva inspiratório, representado pela letra C, é o volume de ar que se consegue inspirar, além daquele que já existe nos pulmões no início da inspiração.
- (C) a capacidade vital, representada pela letra A, é a capacidade global de um indivíduo inspirar e expirar o ar, e é determinada pela potência dos músculos respiratórios.
- (D) a capacidade pulmonar total é a soma da capacidade vital, representada pela letra B, e do volume residual, representado pela letra F.

— QUESTÃO 39

A insulina é o produto da secreção endócrina do pâncreas, sendo sintetizada pelas células beta das ilhotas de Langerhans. O seu efeito no metabolismo de glicose, gorduras e proteínas é, respectivamente,

- (A) síntese hepática de glicogênio, inibição da lipólise dos triglicérides armazenados e síntese proteica muscular.
- (B) inibição da glicogenólise, estimulação à lipogênese e aumento do transporte de aminoácidos pela membrana celular.
- (C) estimulação à gliconeogênese, aumento do armazenamento de triglicérides e aumento na formação de proteínas pelos ribossomos.
- (D) estimulação à glicólise, inibição da cetogênese e diminuição, indireta, da formação do ácido ribonucleico nas células.

— QUESTÃO 40

O processo digestivo ocorre principalmente no duodeno. Do ponto de vista dos hormônios gastrointestinais envolvidos na digestão,

- (A) a colecistoquinina é secretada pelas células I do duodeno e é responsável pela inibição da secreção de bile no fígado.
- (B) a secretina é liberada pelas células S do duodeno quando o quimo ácido atinge o intestino e estimula o fígado a secretar água e bicarbonato.
- (C) a colecistoquinina é secretada pelo duodeno e estimula a secreção de enzimas pelo pâncreas e a abertura do piloro.
- (D) o polipeptídeo inibidor gástrico é liberado pela mucosa do duodeno e jejuno, inibe a secreção gástrica ácida e estimula a liberação de insulina.

— QUESTÃO 41

O adicional energético diário individualizado para uma gestante eutrófica com 28 semanas, que necessita ganhar 3,3 kg até o final da gestação para manter o ganho de peso dentro da recomendação, é de:

- (A) 252 Kcal.
- (B) 285 Kcal.
- (C) 302 Kcal.
- (D) 350 Kcal.

— QUESTÃO 42

Na gestação, é frequente o aparecimento de certos sinais e sintomas digestivos, que podem comprometer a ingestão alimentar e trazer algumas consequências indesejáveis para o estado nutricional da mãe e do conceito. Para uma gestante com queixa de náuseas, vômitos e pirose deve-se orientar o seguinte:

- (A) refeições de menor volume, alimentos de consistência líquida pela manhã, exclusão de café, leite e derivados e evitar deitar-se após as grandes refeições.
- (B) refeições de menor volume, fracionamento em 5-6 refeições diárias e evitar deitar-se após grandes refeições.
- (C) refeições de volume normal, exclusão de leite e derivados, diminuição da ingestão de alimentos líquidos e fracionamento em 5-6 refeições diárias.
- (D) refeições de menor volume, exclusão de chá e café, ingestão de líquidos nos intervalos das refeições e dar preferência para alimentos salgados.

— QUESTÃO 43 —

A paciente M.A.J., de 27 anos, apresenta diagnóstico de diabetes gestacional. Encontra-se na 25ª semana de gestação e não utiliza medicação hipoglicemiante, nem insulina. Na primeira consulta nutricional, foi classificada como obesa e demonstrou ganho ponderal de 5 kg até o momento. Qual a conduta dietética a ser estabelecida para esta gestante?

- (A) Dieta normocalórica (30 Kcal/kg de peso pré-gestacional), utilizando alimentos com baixo índice glicêmico e com até 40% de carboidratos.
- (B) Dieta normocalórica (30 Kcal/kg de peso atual), isenta de carboidratos simples, utilizando a contagem de carboidratos.
- (C) Dieta com leve restrição calórica (25 Kcal/kg de peso pré-gestacional), incluindo carboidratos complexos, e que proporcione um ganho ponderal semanal de até 100 g.
- (D) Dieta com leve restrição calórica (25 Kcal/kg de peso atual), incluindo carboidratos complexos, e que proporcione um ganho de peso mínimo saudável de 0,5 kg/mês.

— QUESTÃO 44 —

As síndromes hipertensivas da gravidez (SHG) estão entre as principais causas de morbimortalidade materna e fetal. O controle dietético tem tido destaque na prevenção e no tratamento das suas formas mais graves. Com relação aos aspectos nutricionais nas SHG, pode-se afirmar que:

- (A) a adoção de dieta hiperproteica (≥ 2 g/kg/dia) e redução de gorduras saturadas, trans e colesterol devem ser orientadas nos casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia.
- (B) a medida básica é a restrição de sódio, recomendando-se uma dieta com até 3 gramas diárias deste mineral, para o tratamento do edema associado.
- (C) a restrição da ingestão de cálcio é recomendada para redução do risco de pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional para gestantes com história de SHG e com consumo elevado deste nutriente.
- (D) a restrição calórica leve é indicada para auxiliar no controle do ganho de peso gestacional e para reduzir o risco de desenvolvimento dessas patologias, visto que se observa maior frequência de SHG em gestantes com ganho de peso excessivo.

— QUESTÃO 45 —

Como classificar o estado nutricional de uma gestante que apresenta os seguintes resultados de exames laboratoriais: glicemia de jejum 75 mg/dL; albumina 3 g/dL; ácido úrico 3,4 mg%, hemoglobina 11,8 g/dL?

- (A) Desnutrição leve.
- (B) Desnutrição moderada.
- (C) Desnutrição grave.
- (D) Eutrofia.

— QUESTÃO 46 —

A paciente N.A.S. é uma gestante portadora de doença renal crônica. Atualmente, encontra-se em tratamento dialítico, com programação de seis sessões de 3,5 horas de hemodiálise por semana. Faz uso de quelante de fósforo e demonstra ganho de peso interdialítico médio de 700 gramas. Sua última avaliação bioquímica indicou níveis séricos adequados de ureia e creatinina, fósforo elevado e potássio abaixo do limite máximo de normalidade. Considerando estes resultados bioquímicos, qual é a intervenção dietética indicada?

- (A) Substituição da carne vermelha por carne branca e proteína de soja, exclusão de leite e derivados e restrição da ingestão de frutas e verduras.
- (B) Manutenção da ingestão proteica, aumento da frequência de uso do quelante de fósforo e ajuste no tempo das sessões de diálise.
- (C) Controle da ingestão proteica, mantendo, no mínimo, 50% de proteína de alto valor biológico e ingestão de alimentos com menor relação fósforo/proteína.
- (D) Manutenção da ingestão proteica, priorizando alimentos com maior relação fósforo/proteína.

— QUESTÃO 47 —

Duas crianças que completaram seis meses de idade iniciaram a alimentação complementar. A primeira está em aleitamento materno e a outra já foi desmamada. Essas duas crianças devem fazer, ao dia, respectivamente,

- (A) 3 e 6 refeições.
- (B) 3 e 5 refeições.
- (C) 2 e 6 refeições.
- (D) 2 e 4 refeições.

— QUESTÃO 48 —

Uma criança com um ano de vida, em aleitamento materno associado à alimentação sólida, chega ao pronto-socorro infantil do Hospital das Clínicas/UFG com quadro de diarreia aguda e sinais importantes de desidratação. Nesse caso, a conduta inicial mais adequada é:

- (A) suspender a alimentação sólida e usar medicamento para conter a diarreia.
- (B) manter o aleitamento materno, aumentar a alimentação sólida e usar medicamento para conter a diarreia.
- (C) repor as perdas hídricas e manter o aleitamento materno.
- (D) manter a alimentação sólida e repor as perdas hídricas.

— QUESTÃO 49 —

Para um lactente de quatro meses com diagnóstico de alergia a proteína do leite de vaca, qual é a dieta indicada?

- (A) Fórmula infantil com predominância proteica de caseína, fonte de carboidrato composta de 100% de maltodextrina, fonte lipídica composta de 100% de óleos vegetais.
- (B) Fórmula infantil com fonte proteica composta de 40% de caseína e 60% de proteína do soro do leite, fonte de carboidrato composta de 100% de lactose, fonte lipídica composta de 98% de óleos vegetais e 2% de gordura animal.
- (C) Fórmula infantil com fonte proteica 100% proveniente do leite de cabra, fonte de carboidrato 100% de maltodextrina e fonte lipídica composta de 100% de óleos vegetais, acrescida de prebióticos.
- (D) Fórmula infantil com fonte proteica composta de 100% de aminoácidos livres, fonte de carboidrato composta de 100% de maltodextrina e fonte lipídica composta de 100% de óleos vegetais.

— QUESTÃO 50 —

Entre as deficiências de vitaminas e micronutrientes encontradas em crianças com desnutrição grave, as mais comuns são a de vitamina A, ácido fólico, zinco, cobre, magnésio, potássio e ferro. Especificamente em relação ao ferro, sua suplementação não é recomendada na fase de estabilização inicial do tratamento desses pacientes, pois

- (A) interfere na estabilização dos distúrbios hidroeletrólíticos.
- (B) há risco de agravamento de infecções neste período.
- (C) tem sua absorção gravemente comprometida.
- (D) compromete a absorção de ácido fólico e zinco.