

# COREMU

## COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

# NUTRIÇÃO

06/12/2015

| 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.

**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.

**— QUESTÃO 01 —**

Segundo Polignano, “A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los.” O autor, em *História das políticas de saúde no Brasil*, explica ainda que:

- (A) a conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) não tem sido, ao longo dos anos, resultante do poder de luta e de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros, uma vez que os movimentos sociais no Brasil sempre foram muito incipientes.
- (B) a dualidade entre medicina preventiva e curativa nem sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos.
- (C) a saúde sempre ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população; porém, sempre foi deixada na periferia do sistema no que se refere à destinação de recursos financeiros para o setor.
- (D) a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional.

**— QUESTÃO 02 —**

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País. Com relação à sua organização e ao seu funcionamento, a normatização do Ministério da Saúde define o seguinte:

- (A) a equipe mínima deve ser composta de um médico, um enfermeiro e, no máximo, 12 agentes comunitários de saúde.
- (B) a carga horária semanal será de quarenta horas para todos os profissionais da equipe, exceto para os médicos.
- (C) os parâmetros de cobertura populacional para unidade básica de saúde (UBS) não são preestabelecidos por se tratar de assunto a ser definido pelos próprios gestores que desejarem organizar esse serviço.
- (D) cada unidade básica de saúde da família, em grandes centros urbanos, deve obedecer ao parâmetro recomendado por uma UBS de, no máximo, vinte mil habitantes, localizada dentro do território.

**— QUESTÃO 03 —**

A 15ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu recentemente, em Brasília, sob o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Os municípios e estados se prepararam para ela realizando suas conferências de saúde municipais e estaduais. O que foi aprovado nesta conferência comporá a agenda dos próximos anos e definirá o campo de atuação do controle social na saúde, ajudando a promover mudanças e melhorando o Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito nacional, as conferências de saúde acontecem a cada

- (A) dois anos.
- (B) três anos.
- (C) quatro anos.
- (D) seis anos.

**— QUESTÃO 04 —**

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação que, de acordo com o Decreto n. 7508/2011, pactuarão, entre outros, aspectos administrativos e financeiros da gestão compartilhada, diretrizes acerca da organização de redes de atenção à saúde e sobre as Regiões de Saúde. As instâncias a que o enunciado se refere são:

- (A) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Fundo Nacional de Saúde (FNS).
- (B) Conselho Estadual de Saúde (CES) e Comissão Intergestores Regional (CIR).
- (C) Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- (D) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

**— QUESTÃO 05 —**

A Lei Complementar n. 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Com base nessa lei, os percentuais mínimos, das receitas brutas correntes dos Municípios e Estados, destinados obrigatoriamente à saúde, são, respectivamente, de

- (A) 20% e 10%.
- (B) 15% e 12%.
- (C) 13% e 15%.
- (D) 17% e 13%.

**— QUESTÃO 06 —**

A Lei Complementar n. 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabelece ainda critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Para fins de apuração de valores estabelecidos na referida lei, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde:

- (A) merenda escolar e outros programas de alimentação, executados em unidades do SUS.
- (B) pagamentos de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde.
- (C) limpeza urbana e remoção de resíduos realizadas para preservação do meio ambiente.
- (D) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

**— QUESTÃO 07 —**

Antes do término de seus mandatos, os secretários municipais de saúde precisam revisar sua gestão e verificar se estão devidamente registrados todos os atos administrativos desenvolvidos durante seu mandato. Algumas obrigações precisam ser cumpridas antes do encerramento de suas gestões. Para os efeitos de transição, o gestor da saúde e sua equipe deverão considerar que precisam ser disponibilizadas ao novo gestor todas as informações imprescindíveis, que servirão para uma prestação de contas de sua gestão e para subsidiar o novo secretário, orientando sua atuação na área da saúde. Dentre os documentos importantes para tal transição, destacam-se os instrumentos de gestão preconizados no PlanejaSUS (Sistema de Planejamento do SUS). São eles:

- (A) Relatório de Auditoria Municipal, Demonstrativo Financeiro e Relatório de Gestão.
- (B) Código Sanitário Municipal, Plano Plurianual e Plano Orçamentário Anual.
- (C) Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão.
- (D) Quadro de Metas Municipal, Plano Municipal de Saúde e Relatório Financeiro.

**— QUESTÃO 08 —**

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 primária, bem como sua resolutividade. A portaria ministerial que criou os NASF determina que:

- (A) eles sejam constituídos por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, servindo de porta de entrada para a população que necessita de atendimento especializado.
- (B) por não se constituírem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, os NASF não integram a rede básica de serviços.
- (C) por serem espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica, nem todas as atividades dos NASF podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, pois muitas dessas atividades necessitam de locais e equipamentos especiais.
- (D) eles devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

**— QUESTÃO 09 —**

O uso do coeficiente de mortalidade infantil como medida do estado geral de saúde de uma comunidade é baseado no pressuposto de que ele é particularmente sensível a mudanças socioeconômicas e a intervenções na saúde. O conhecimento desse coeficiente é importante para planejadores em saúde e gestores. A redução dessa taxa é um dos objetivos descritos nas Metas de Desenvolvimento para o Milênio. Para o cálculo desse indicador utilizam-se:

- (A) o número de óbitos de crianças menores de 5 anos / o número de crianças nascidas no período analisado, multiplicado por mil.
- (B) o número de óbitos de crianças menores de 1 ano / o número de crianças nascidas no período analisado, multiplicado por mil.
- (C) o número de óbitos de crianças menores de 1 ano / o número de crianças nascidas vivas no período analisado, multiplicado por mil.
- (D) o número de óbitos de crianças menores de 5 anos / o número de crianças nascidas vivas no período analisado, multiplicado por mil.

**— QUESTÃO 10 —**

Os acidentes e as violências configuram-se como um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas acidentais (devidas ao trânsito, ao trabalho, as quedas, aos envenenamentos, afogamentos e a outros tipos de acidentes) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). No Brasil (2008), as causas externas foram a terceira causa de mortalidade na população. Em resposta a essa realidade, algumas iniciativas foram desenvolvidas na tentativa de reduzir a morbimortalidade. Dentre elas, encontram-se:

- (A) a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente e a criação do Comitê de Mortalidade Materna no Ministério da Saúde.
- (B) o Código de Trânsito Brasileiro e a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade no Sistema Único da Saúde.
- (C) o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes e a criação do Comitê de Mortalidade Materna no Ministério da Saúde.
- (D) o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil e o Código de Trânsito Brasileiro.

**— QUESTÃO 11 —**

Os níveis de prevenção, segundo Leavell e Clark (1976), se configuram em primário, secundário e terciário. Posteriormente, outros autores agregaram a esses níveis de prevenção o primordial. Esses níveis correspondem a procedimentos e intervenções que podem ser inseridos nas diferentes fases do desenvolvimento de uma doença. Ações de prevenção primordial podem ser desenvolvidas a partir

- (A) de medidas que inibam os riscos ambientais, econômicos, sociais e comportamentais.
- (B) da redução da prevalência através de recursos que encurtem a duração da doença.
- (C) da proteção da saúde por esforços pessoais e comunitários, tais como a imunização.
- (D) de medidas que amenizem o impacto das doenças existentes nos indivíduos.

**— QUESTÃO 12 —**

A Promoção da Saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e inter-setorial. Objetiva à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Constituem-se eixos operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2015:

- (A) a territorialização, a cultura da paz e os determinantes sociais de saúde.
- (B) a participação, o controle social, a educação e a formação.
- (C) os determinantes sociais e de saúde e a vigilância em saúde.
- (D) a gestão em saúde e o enfrentamento das violências.

**— QUESTÃO 13 —**

Em um município brasileiro, realizou-se um estudo sobre a condição de saúde bucal dos idosos moradores das instituições de longa permanência da localidade. Os examinadores utilizaram um formulário da Organização Mundial de Saúde para a coleta dos dados e fizeram uma única visita aos moradores do lugar. Esse tipo de estudo epidemiológico se configura como um estudo do tipo:

- (A) caso controle.
- (B) coorte.
- (C) transversal.
- (D) ecológico.

**— QUESTÃO 14 —**

A complexidade da clínica em saúde, em alguns momentos, produz nos profissionais o reconhecimento da sua incapacidade na resolução dos problemas do usuário, dentro do seu conhecimento específico. Na Política Nacional de Humanização (PNH) são apresentados os recursos da Clínica Ampliada e do Projeto Terapêutico Singular (PTS), os quais possibilitam a construção compartilhada de diagnósticos e de terapêuticas. O PTS tem como momentos constituintes a

- (A) definição de hipóteses diagnósticas, a definição de metas de curto, médio e longo prazo, a divisão de tarefas e responsabilização e a reavaliação da progressão do PTS.
- (B) compreensão holística do processo saúde-doença, a ampliação do objeto de trabalho, a transformação dos instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde.
- (C) definição de hipóteses diagnósticas, a definição da equipe de referência e apoio matricial, a inclusão da escuta qualificada no processo de trabalho e a gestão participativa.
- (D) abordagem multidisciplinar, o rearranjo da organização e gestão dos serviços, o uso da avaliação de riscos no acolhimento da demanda e a busca de resultados eficientes.

**— QUESTÃO 15 —**

O genograma ou a árvore familiar é um instrumento no qual é possível, por meio da representação gráfica espacial de todos os seus membros, elaborar a imagem familiar. A ESF Estrela Azul confeccionou um genograma da família R. V. com as seguintes informações: caso índice feminino, viúva, sessenta e cinco anos, hipertensa e diabética. Reside com dois filhos, desempregados e alcoólatras, sendo que tem uma relação conflituosa com a sogra. Seus pais já são falecidos em decorrência de um acidente de trânsito. A causa de morte do esposo foi a doença etílica e suas consequências. Na história familiar do marido há vários casos de parentes com a mesma condição de saúde. Com base no histórico relatado, como deve ser a representação gráfica dessa família?

- (A) Os filhos são representados por quadrados abaixo da mãe e uma linha contínua envolve a família que reside junta.
- (B) O caso índice será representado por um quadrado e uma linha pontilhada envolvendo os filhos.
- (C) O caso índice será representado por um círculo com uma cruz e, no seu interior, serão descritas a idade e o sexo.
- (D) Os progenitores são representados com um triângulo e o símbolo dos filhos aparece ao lado da mãe.

**— RASCUNHO —**

**— QUESTÃO 16 —**

O lactente D. L. S., de um ano e dez meses, tem doença renal crônica e está em hemodiálise há dois meses. Nesse período, tem apresentado peso pré-sessão dialítica de 13,0 kg, sendo o peso seco de 11,5 kg. Com o objetivo de permitir que a diálise seja realizada em domicílio, optou-se por instituir a diálise peritoneal. Nesse caso, a necessidade energética deste paciente e a recomendação de proteína em gramas por quilo (g/kg), considerando o novo tratamento dialítico e a seguinte fórmula para o cálculo do requerimento energético:  $EER = [89 \times \text{peso (kg)} - 100] + 20$ , são, respectivamente:

- (A) 0,95 g/kg – 943,5 kcal/dia.
- (B) 1,10 – 1077,0 kcal/dia.
- (C) 1,30 – 943,5 kcal/dia.
- (D) 1,50 – 1077,0 kcal/dia.

**— QUESTÃO 17 —**

O lactente L. S. P. nasceu na 34ª semana gestacional, com peso de 1.500 g e 40 cm de comprimento. A idade corrigida deste lactente, atualmente, estando ele com três meses de idade, é:

- (A) um mês.
- (B) um mês e duas semanas.
- (C) dois meses.
- (D) dois meses e três semanas.

**— QUESTÃO 18 —**

Leia o caso a seguir.

Paciente J. V. S., de quatro anos, do sexo masculino, chega ao pronto-socorro pediátrico com desnutrição energético-proteica grave, hipoglicemia, hipotermia, desidratação e choque séptico. A dieta do pré-escolar foi suspensa e, após tratar as alterações metabólicas e hidroeletrólíticas, foi iniciada a terapia nutricional enteral.

De acordo com o caso apresentado, a fase do tratamento da desnutrição grave em que se encontra o paciente e a característica da dieta a ser administrada são, respectivamente:

- (A) estabilização – energia: 80 a 100 kcal/kg/dia; proteína: 1,0 a 1,5 g/kg/dia; osmolaridade até 280 mmol/L.
- (B) reabilitação – energia: 150 – 220 kcal/kg/dia; proteína: 4,0 a 5,0 g/kg/dia; baixo teor de lactose (13 g/L).
- (C) monitorização – energia: 80 – 100 kcal/kg/dia; proteína: 4,0 a 5,0 g/kg/dia; Dieta enteral oligomérica.
- (D) acompanhamento – energia: 150 – 220 kcal/kg/dia; proteína: 1,0 a 1,5 g/kg/dia; osmolaridade até 280 mmol/L.

**— QUESTÃO 19 —**

Na avaliação nutricional da gestante adolescente,

- (A) a avaliação antropométrica deve ser interpretada de forma equivalente à gestante adulta somente para as adolescentes que engravidaram dois anos após a menarca.
- (B) o peso pré-gestacional informado deve corresponder a, no máximo, dois meses antes da concepção ou do peso aferido antes da oitava semana gestacional.
- (C) o peso desejável deve ser utilizado para calcular a taxa metabólica basal de uma adolescente com sobrepeso pré-gestacional.
- (D) o estado nutricional pré-gestacional das adolescentes deve ser classificado de acordo com o índice de massa corporal para a idade ginecológica.

**— QUESTÃO 20 —**

Leia o caso a seguir.

A paciente M. L. S., de 32 anos, tem IMC pré-gestacional de 29,80 kg/m<sup>2</sup>, está com 29 semanas de idade gestacional, apresenta ganho de peso até o momento de 9,4 kg e foi recém-diagnosticada com diabetes melito gestacional.

Nesse caso, o plano alimentar prescrito deve

- (A) restringir calorias, objetivando a perda de peso e a eutrofia nutricional.
- (B) favorecer o controle metabólico e restringir o ganho de peso.
- (C) conter de 40 a 45% de carboidratos, 15 a 20% de proteínas e 30 a 40% de gorduras.
- (D) conter edulcorantes em substituição à sacarose, que deve ser restringida do plano alimentar.

**— QUESTÃO 21 —**

O cuidado nutricional pré-natal tem sido valorizado pelo impacto no resultado obstétrico. A identificação precoce de gestantes com inadequação do estado nutricional permite ao nutricionista intervir por meio da orientação nutricional. Em relação ao ganho de peso materno durante a gestação, às mulheres

- (A) com peso normal pré-gestacional recomenda-se um ganho de 9 a 12 kg.
- (B) abaixo do peso pré-gestacional recomenda-se um ganho de 12 a 16 kg.
- (C) com sobrepeso pré-gestacional recomenda-se um ganho por volta de 7 a 11,5 kg.
- (D) com obesidade pré-gestacional recomenda-se ganho de peso mensal de 0,5 kg durante toda a gestação.

**— QUESTÃO 22 —**

É importante o planejamento da gestação em pacientes submetidas a gastroplastia. Nesses casos, recomenda-se a gestação de

- (A) seis a oito meses após a cirurgia.
- (B) oito a dez meses após a cirurgia.
- (C) dez a 12 meses após a cirurgia.
- (D) 12 a 18 meses após a cirurgia.

**— QUESTÃO 23 —**

A avaliação da perda ponderal durante a lactação baseada no estado nutricional pré-gestacional é importante para as nutrizes com

- (A) sobrepeso pré-gestacional, que deverão perder > 2,5kg/mês.
- (B) peso normal pré-gestacional, que deverão perder até 1,0 kg/mês.
- (C) obesidade pré-gestacional, que deverão perder > 3,0 kg/mês.
- (D) peso normal pré-gestacional, que deverão perder > 1,5 kg/mês.

**— QUESTÃO 24 —**

Duzentas gramas de pó de um suplemento dietético apresentam em sua composição 16% de proteínas, 35% de lipídeos e 49% de carboidratos. Nesse caso, o volume necessário para suplementar uma dieta com 800 kcal, considerando-se que o suplemento foi diluído a 30%, deve ser de

- (A) 724 ml.
- (B) 635 ml.
- (C) 562 ml.
- (D) 464 ml.

**— QUESTÃO 25 —**

A formação da placa de ateroma na parede dos vasos sanguíneos, bem como suas consequências clínicas (infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico), está associada intimamente com determinados fatores de risco cardiovascular. Sendo as dislipidemias um fator de risco importante, conclui-se que

- (A) a LDL tem conteúdo apenas residual de colesterol e é composta principalmente de triglicerídios (TGs) e uma única apolipoproteína, a apo B100.
- (B) o acúmulo de quilomícrons e/ou de VLDL no compartimento plasmático resulta em hipertrigliceridemia e decorre da diminuição da hidrólise dos TGs ou do aumento da síntese de VLDL.
- (C) as partículas de HDL são formadas no fígado e seu principal conteúdo proteico é representado pelas apo AI e AII, sendo considerado reduzido seus valores para homens < 50 mg/dl e mulheres < 60 mg/dl.
- (D) a hipercolesterolemia isolada resulta da elevação do LDL-C ( $\geq 160$  mg/dl) e dos TGs ( $\geq 150$  mg/dl) que refletem o aumento do número e/ou do volume de partículas ricas em TG, como VLDL, IDL e quilomícrons.

**— QUESTÃO 26 —**

Em doentes em inanição grave é necessário cuidado especial na progressão da oferta alimentar, sendo a nutrição parenteral uma das possíveis vias a ser indicada. No que se refere à nutrição parenteral, conclui-se que:

- (A) a transição para alimentação oral deve ser gradual e usar a terapia de nutrição enteral na evolução.
- (B) glicemias acima de 200mg/dL, osmolaridade sérica > 250mOsm/kg e Na>150mE são condições que justificam cautela no uso da nutrição parenteral.
- (C) deve ser usada em pacientes em cuidados paliativos, buscando prolongar e melhorar a qualidade de vida.
- (D) deve-se avaliar a capacidade do paciente em tolerar volume, proteína, carboidrato e lipídio em doses necessárias.

**— QUESTÃO 27 —**

Leia o caso a seguir.

Paciente E. T. M., de 55 anos, do sexo feminino, com peso usual de 60 kg; peso atual (na admissão): 45 kg; altura: 1,70 m; CB: 25 cm; ASG-PPP: C. Há 3-4 meses, a paciente deve perda de peso, fraqueza, dor lombar, pirose e odinofagia. Foi diagnosticada com linfoma intestinal difuso de grandes células B, evidenciado por TC de abdome. Foi submetida a laparotomia exploradora para realização de biópsia, quando foi realizada uma ileostomia protetora. Saiu do centro cirúrgico com acesso central para nutrição parenteral total. Após tratamento e finalizada a infusão da terapia antineoplásica, a paciente recebeu alta hospitalar com sonda nasoenteral associada a via oral, consistência pastosa e obstipante.

Recomenda-se, para essa paciente:

- (A) dieta normoproteica, com 1,0 g de proteína/kg/dia, e normocalórica, com 30 kcal/kg/dia.
- (B) dieta normoproteica, com 1,0 g de proteína/kg/dia, e hipercalórica, com 35 kcal/kg/dia.
- (C) dieta hiperproteica, com 1,4 g de proteína/kg/dia, e normocalórica, com 30 kcal/kg/dia.
- (D) dieta hiperproteica, com 2,0 g proteína/kg/dia, e hipercalórica, com 40 kcal/kg/dia.

**— QUESTÃO 28 —**

Leia o caso a seguir.

M. S., de 49 anos, foi diagnosticada com linfoma não Hodgkin de células T. Possui história prévia de HAS. No momento da avaliação, vômitos presentes, insônia importante; além de poliartralgia secundária à QT. Peso atual: 59,8 kg, altura: 1,56; CB: 28 cm. ASG-PPP: B. Índice de aceitação da dieta de 70% das refeições por três dias consecutivos.

Nesse caso, recomenda-se para esta paciente:

- (A) dieta via oral hipossódica, hiperproteica e hipercalórica.
- (B) dieta via oral hipossódica, normoproteica e normocalórica.
- (C) dieta por sonda nasoenteral hipossódica, hiperproteica e normocalórica.
- (D) dieta por sonda nasoenteral, hipossódica, normoproteica e hipercalórica.

**— QUESTÃO 29 —**

Sobre as fístulas digestivas, há uma discussão contínua a respeito da melhor via para nutrição e se períodos de “descanso intestinal” são benéficos para a recuperação com essa doença. No que se refere a esse assunto, há consenso de que a

- (A) nutrição enteral é contraindicada em fístulas esofágicas.
- (B) nutrição enteral é contraindicada em fístulas baixas.
- (C) nutrição enteral pode ser empregada nas fístulas altas ou baixas.
- (D) nutrição parenteral é preferencial em relação à nutrição enteral em qualquer fístula digestiva.

**— QUESTÃO 30 —**

Durante muito tempo, os nutrientes eram vistos apenas como um meio de fornecer as calorias básicas para homeostase celular e aminoácidos para síntese de proteína. Atualmente, fortes evidências apoiam o conceito de que o aporte de nutrientes com um foco específico pode melhorar os resultados finais. Os nutrientes terapêuticos mais comumente utilizados são os ácidos graxos ômega-3, antioxidantes, glutamina, arginina e nucleotídeos. Em relação ao papel desses nutrientes, conclui-se que:

- (A) o efeito benéfico dos nutrientes imunomoduladores está em cessar a resposta inflamatória, contribuindo para o fim da inflamação.
- (B) alterando-se a proporção de lipídios ômega-3 para os ômega-6 na dieta, pode-se atenuar a resposta inflamatória excessiva.
- (C) o resultado final do metabolismo excessivo de ácidos graxos ômega-6 é a produção de mediadores pró-inflamatórios.
- (D) a arginina é considerada um aminoácido essencial em condições fisiológicas normais.

**— QUESTÃO 31 —**

Mais de 40 anos se passaram desde a primeira vez que a desnutrição foi evidenciada em pacientes hospitalizados e, desde então, a desnutrição tem prevalência marcante nas unidades de terapia intensiva (UTI), atingindo índices de 70%. No que se refere à avaliação nutricional no paciente crítico, conclui-se que:

- (A) a ASG, diante das suas limitações, não deve ser aplicada no paciente crítico, pois foi idealizada para pacientes cirúrgicos.
- (B) os parâmetros antropométricos e bioquímicos apresentam limitações, mas não devem ser excluídos da avaliação nutricional.
- (C) a Nutritional Risk Screening (NRS – 2002) é um instrumento específico para UTI, pois é capaz de identificar mais de 80% dos pacientes em risco nutricional.
- (D) perda ponderal, ingestão de nutrientes e classificação de IMC não são úteis na avaliação do prognóstico do paciente crítico.



**— QUESTÃO 32 —**

Leia o caso clínico a seguir.

J. L.S., de 35 anos, portador de doença de Crohn em atividade há três meses. Foi admitido no hospital com quadro de seis a dez episódios de evacuações líquidas por dia e perda ponderal. Durante o atendimento nutricional, obtém-se as seguintes informações: peso usual: 75 kg; peso atual: 69 kg; A: 1,68 m; CB: 27 cm.

De acordo com o exposto, conclui-se que o paciente apresentou perda ponderal

- (A) grave e deverá receber terapia nutricional enteral.
- (B) significativa e deverá receber terapia nutricional parenteral.
- (C) significativa e deverá receber terapia nutricional enteral.
- (D) grave e deverá receber terapia nutricional parenteral.

**— QUESTÃO 33 —**

Não é difícil reconhecer a obesidade ou até mesmo o sobrepeso, mas o diagnóstico correto requer que se identifiquem os níveis de risco, o que, frequentemente, necessita de algumas formas de quantificação. Além disso, à medida que o grau de obesidade avança, algumas ferramentas de avaliação nutricional perdem sua acurácia. No que se refere à avaliação nutricional no paciente com excesso de peso, conclui-se que:

- (A) alternativas como a medida da prega cutânea, ultrassonografia, análise de bioimpedância e espectroscopia por raios infravermelhos encontram-se disponíveis e são relativamente baratas e indicadas.
- (B) o peso ideal ou peso ajustado para a altura tem sido a medida de massa corporal mais favorável para avaliação nutricional, tradicionalmente.
- (C) o IMC não é um bom indicador, pois não é totalmente correlacionado com a gordura corporal e apresenta muitas limitações, como a de não distinguir a massa gordurosa da massa magra.
- (D) a medição da espessura das pregas cutâneas não é utilizada como indicador de obesidade, apesar de haver relação entre a gordura localizada nos depósitos debaixo da pele e a gordura interna ou a densidade corporal.

**— QUESTÃO 34 —**

Em pacientes submetidos a gastrectomia total, a falta do fator intrínseco, uma proteína segregada por células do revestimento do estômago, pode desenvolver deficiência de

- (A) vitamina B1.
- (B) vitamina B6.
- (C) vitamina B12.
- (D) vitamina C.

**— QUESTÃO 35 —**

Nas ressecções intestinais, algumas considerações sobre a adaptação fisiológica são importantes na administração da terapia nutricional. Portanto, deve-se, nos primeiros dias de alimentação,

- (A) evitar líquidos quando a cirurgia ocorrer no íleo, pois o intestino delgado é incapaz de assumir as funções do jejuno, favorecendo a diarreia osmótica.
- (B) evitar os produtos lácteos, pois a lactase é uma enzima de frágil inserção no enterócito, e a cirurgia intestinal pode levar à diminuição de seus níveis, comprometendo a digestão da lactose.
- (C) suplementar triacilgliceróis de cadeia média e vitaminas lipossolúveis quando a cirurgia ocorrer no intestino grosso, com ressecções no cólon esquerdo que implicam em maior dificuldade de absorção.
- (D) utilizar prebióticos com linhagens pertencentes à flora bacteriana intestinal para amenizar a superpopulação bacteriana na parte superior do intestino delgado.

**— QUESTÃO 36 —**

Leia o caso a seguir.

Paciente J. S., do sexo masculino, de 52 anos, apresenta diagnóstico de neoplasia de esôfago com disfagia intensa, o que acarretou perda de 8 kg em três meses. Refere peso usual de 68 kg, estatura de 1,78 m.

A perda de peso ponderal no período descrito é classificada como:

- (A) leve.
- (B) moderada.
- (C) grave.
- (D) muito grave.

**— QUESTÃO 37 —**

Leia o caso a seguir.

Homem de 44 anos, internado há 24 horas na unidade de terapia intensiva com quadro de broncopneumonia, evoluiu rapidamente para insuficiência respiratória e sepse. Paciente em ventilação mecânica. Pressão arterial controlada com uso de drogas vasoativas. Sonda nasogástrica aberta com débito de 100 mL nas 24 horas. Peso atual de 62 kg e estatura de 1,65 m. Foi indicada sonda nasoentérica para alimentação.

Recomenda-se, para esse paciente, a ingestão de

- (A) 25 a 30 kcal/kg e 80 a 100 kcal/gN.
- (B) 25 a 30 kcal/kg e 100 a 150 kcal/gN.
- (C) 30 a 35 kcal/kg e 80 a 100 kcal/gN.
- (D) 30 a 35 kcal/kg e 100 a 150 kcal/gN.

**— QUESTÃO 38 —**

A terapia nutricional indicada no tratamento de úlceras por pressão deve fornecer nutrientes específicos para a cicatrização das feridas e com ação anti-inflamatória. Nesse caso, a vitamina C promoverá

- (A) o aumento do metabolismo de células epiteliais e suas divisões, além de melhora do sistema imunológico.
- (B) a formação de fibroblastos e colágeno, com secreção de células pró-colágeno.
- (C) a biodisponibilidade do ácido linolênico, contribuindo para intensificar a ação anti-inflamatória.
- (D) o crescimento e a replicação celular, funções fagocitária, imunitária e estímulo ao apetite.

**— QUESTÃO 39 —**

A prevalência de desnutrição em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal pode variar de 20 a 85% devido aos seus efeitos sobre a ingestão alimentar. Assim,

- (A) a causa primária da anemia na doença de Crohn é a deficiência de ferro devido às perdas sanguíneas.
- (B) na retocolite ulcerativa há predominância de hipoalbuminemia, perda proteica intestinal e balanço nitrogenado negativo.
- (C) a anorexia pode ser determinada pela produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias, como interleucina-1 e fator de necrose tumoral.
- (D) uma lesão ou ressecção do íleo terminal pode levar à má-absorção de ácidos biliares e, consequentemente, de proteínas e vitaminas hidrossolúveis.

**— QUESTÃO 40 —**

A constipação intestinal é definida como a evacuação de fezes excessivamente ressecadas, escassas e infrequentes, sendo a principal causa o déficit de fibras, comum na dieta ocidental. Dessa forma, pela quantidade escassa de fezes diárias originadas da dieta inadequada, ocorrerá

- (A) redução do tempo de trânsito intestinal devido à presença de fezes duras ou caprinhas no cólon.
- (B) maior permanência dos resíduos fecais no cólon, aumentando a absorção de água e tornando as fezes ressecadas.
- (C) inibição do reflexo da defecação, em decorrência do aumento da distensão da ampola retal proporcionada pelas fezes ressecadas.
- (D) aumento na frequência do desejo de defecar devido à sensação de evacuação incompleta gerada pela constipação intestinal.

**— QUESTÃO 41 —**

A pancreatite aguda grave é uma patologia de alta morbimortalidade. Apresenta intensa resposta inflamatória sistêmica e hipermetabolismo, levando a um estado de grande catabolismo. Dessa forma, a abordagem nutricional deve considerar a

- (A) manutenção do repouso pancreático para diminuição das enzimas pancreáticas até a resolução da dor.
- (B) introdução de dieta oral hipolipídica de consistência líquida restrita e evoluir conforme a tolerância.
- (C) utilização de nutrição parenteral para evitar a imunossupressão e, assim, reduzir a resposta inflamatória.
- (D) utilização de nutrição enteral precoce com acesso além do ângulo de Treitz, com infusão de fórmula monomérica ou oligomérica.

**— QUESTÃO 42 —**

A avaliação do estado nutricional do paciente hepatopata deve ser criteriosa em função das alterações hídricas que podem estar presentes. Assim,

- (A) na avaliação nutricional de pacientes com ascite ou edema, o método da bioimpedância elétrica é recomendado, pois distingue a massa gordurosa da massa livre de gordura e de água.
- (B) a avaliação da força muscular pela dinamometria fica comprometida em pacientes cirróticos devido à perda de massa magra decorrente dos processos inflamatórios.
- (C) a avaliação subjetiva global é contraindicada, pois várias manifestações clínicas da desnutrição são decorrentes de outras comorbidades, que tendem a confundir e alterar o diagnóstico nutricional.
- (D) a análise do peso corporal e IMC em cirróticos perde sua precisão devido à presença de ascite e de edema periférico decorrentes da retenção de sódio e água e da hipertensão portal.

**— QUESTÃO 43 —**

A terapia nutricional assume papel de destaque em pacientes portadores de doença renal crônica. A recomendação de dieta hipoproteica na fase não dialítica visa

- (A) contribuir para o aumento da taxa de filtração glomerular, condição que leva à glomeruloesclerose no curso da DRC.
- (B) regular a proteinúria, protegendo o rim dos efeitos deletérios do intenso tráfego de proteínas em suas estruturas.
- (C) favorecer a diminuição da pressão intraglomerular e o aumento do consumo renal de oxigênio.
- (D) aumentar a eliminação de ácidos gerados pelas proteínas, contribuindo para o melhor controle da acido-se metabólica.

**— QUESTÃO 44 —**

A hiperfosfatemia é uma condição bastante frequente nos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e está associada a enfermidades graves. Ao lado disso, a necessidade proteica é mais elevada devido às perdas que ocorre durante o tratamento, favorecendo a proteólise muscular. Assim, recomenda-se preferir alimentos com menor relação fósforo/proteína, como os seguintes:

- (A) clara de ovo e carne bovina.
- (B) leite e soja cozida.
- (C) fígado bovino e iogurte natural.
- (D) feijão e requeijão cremoso.

**— QUESTÃO 45 —**

O ferro desempenha funções importantes no organismo humano. Sua biodisponibilidade pode ser afetada por fatores fisiológicos e dietéticos. São fatores dietéticos que aumentam a absorção de ferro:

- (A) os ácidos orgânicos, como o cítrico, láctico e o málico.
- (B) os compostos alcalinos ou antiácidos.
- (C) os alimentos ricos em cálcio.
- (D) os compostos fenólicos como os flavonóides, ácidos fenólicos e polifenóis.

**— QUESTÃO 46 —**

A invasão da corrente sanguínea por micro-organismos pode levar à sepse, quadro com incidência em pacientes internados em unidades de terapia intensiva, favorecendo alta taxa de mortalidade. As consequências fisiopatológicas desse processo incluem:

- (A) inibição da lipase lipoproteica tecidual com consequente hipertrigliceridemia e endotoxemia.
- (B) aumento do aporte de oxigênio para os tecidos afetados, resultando em hipometabolismo, acidose láctica e morte celular.
- (C) aumento do conteúdo de colesterol horas depois da inflamação, devido ao sequestro subendotelial de partículas de HDL.
- (D) resistência à insulina, que interfere no metabolismo lipídico, com redução da lipólise e menor oferta de ácidos graxos livres.

**— QUESTÃO 47 —**

As alterações no metabolismo lipídico como parte da resposta metabólica ao trauma envolvem:

- (A) o aumento do catabolismo e diminuição acentuada da síntese de triglicerídeos, confirmada pela redução dos níveis séricos de ácidos graxos livres e glicerol, favorecendo a oxidação dos lipídios.
- (B) a influência da cascata citocínica onde o pico de TNF pós-trauma inibe a síntese hepática de triglicerídeos e lipoproteínas, além de inibir a lipase lipoproteica, dificultando a lipogênese.
- (C) o aumento significativo dos níveis séricos de lipídios e produção de corpos cetônicos, sob a ação de glicocorticoides e catecolaminas, estimulando a neoglicogênese hepática para obtenção de energia.
- (D) a hipersecreção e hiperatividade dos hormônios contrarreguladores, em especial as catecolaminas, e diminuição da relação insulina/glucagon, estímulos potentes para a lipólise.

**— QUESTÃO 48 —**

A massa celular corporal é o compartimento que mais se relaciona com o gasto energético, pois é o

- (A) componente do sistema tecidual que inclui outros componentes, como adipócitos em nível celular, gordura no nível molecular e carbono no nível atômico.
- (B) compartimento que representa os elementos de transporte e sustentação do organismo, como o plasma, a água intersticial, o esqueleto, a massa magra, o colágeno e fâscias.
- (C) compartimento orgânico que contém os tecidos que trocam oxigênio, ricos em potássio, oxidantes de glicose e realizadores de trabalho.
- (D) componente mais ativo metabolicamente por consumir mais oxigênio e incluir componentes dos níveis molecular e do sistema tecidual.

**— QUESTÃO 49 —**

O exame físico nutricional pode fornecer evidências das deficiências nutricionais ou piora funcional que podem afetar o estado nutricional. Assim, um paciente apresentando papila lingual atrófica pode ser suspeito de deficiência de:

- (A) riboflavina, proteína, niacina e vitamina B<sub>12</sub>.
- (B) vitamina C, ferro, zinco e tiamina.
- (C) piridoxina, vitamina K, ácidos graxos e niacina.
- (D) vitamina A, tiamina, proteína e ferro.

**— QUESTÃO 50 —**

A albumina sérica é uma das variáveis mais frequentemente utilizada nos índices prognósticos. A interpretação da sua concentração sérica deve considerar que:

- (A) situações como má-absorção intestinal, insuficiência cardíaca congestiva, hiper-hidratação, carência de zinco podem estimular a síntese hepática de albumina.
- (B) a restrição calórica e a indisponibilidade de tiroxina, para a qual a albumina funciona como proteína de transporte, podem favorecer a redução na síntese hepática de albumina.
- (C) na resposta metabólica a um evento lesivo agudo, ocorrerá extravasamento de albumina para o líquido intracelular, reduzindo a pressão oncótica do plasma, gerando o edema.
- (D) em situações especiais, como no trauma e na sepse, a síntese está reduzida, o catabolismo aumentado e ocorre passagem transcapilar de albumina para o espaço extravascular.