

EDITAL n. 33/2017

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2018

NUTRIÇÃO

15/11/2017

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

— QUESTÃO 01 —

O sistema de saúde brasileiro é constituído por uma grande variedade de organizações públicas e privadas, estabelecidas ao longo da sua formação histórica e construídas a partir dos determinantes políticos, sociais e econômicos de cada época. Na linha do tempo, referente ao período do início do século, com a proclamação da República até 1930, teve-se o modelo de intervenção denominado de:

- (A) campanhista.
- (B) preventivista.
- (C) assistencialista.
- (D) curativista.

— QUESTÃO 02 —

Desde sua institucionalização, a saúde coletiva vem se fortalecendo como um movimento que se expressa de várias formas, além da sua permanente atenção às questões políticas da assistência à saúde. No texto “Saúde Coletiva: história recente de um passado remoto”, o autor destaca três destas formas, a saber:

- (A) medicina social, ciências sociais e saúde pública.
- (B) cursos, congressos e publicações.
- (C) formulação de políticas, grupos de trabalho e pesquisa.
- (D) assistência à saúde, medicina preventiva e medicina social.

— QUESTÃO 03 —

Leia o caso clínico a seguir.

L.A.J., de 57 anos, fez uma consulta com o médico de família e da comunidade que o atende no bairro em que reside e o acompanha há vários anos. Este o encaminhou para um serviço de cirurgia de um hospital da região, pois apresentava colelitíase. Nesse serviço, o paciente foi submetido a uma cirurgia videolaparoscópica, que ocorreu sem problemas. No dia da alta médica, o cirurgião redige algumas informações sobre os cuidados a serem seguidos no período pós-operatório e também sugere um plano terapêutico a ser seguido pela equipe de saúde da unidade básica à qual o paciente é vinculado.

Nesse caso, o princípio do Sistema Único de Saúde empregado foi o da

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

— QUESTÃO 04 —

O Decreto n. 7.508/2011 regulamenta alguns dispositivos da Lei n. 8.080/1990 e trata da organização e gestão desse sistema. Assim, como descreve o decreto, a região de saúde

- (A) tem como características essenciais a acessibilidade, a integralidade e a longitudinalidade, com o atributo da coordenação do cuidado sob a responsabilidade dos serviços de atenção hospitalar e ambulatoriais especializados.
- (B) garante o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde e inicia-se pelas portas de entrada do SUS, a saber: serviços de atenção primária, de urgência e emergência, de atenção psicossocial; serviços especiais de acesso aberto e de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados.
- (C) define o Mapa da Saúde à descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados apenas pelo SUS.
- (D) é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais.

— QUESTÃO 05 —

As Unidades Saúde da Família (USF) funcionam por meio da atuação de uma ou mais equipes de profissionais que devem se responsabilizar pela atenção à saúde da população de um território determinado. As principais atividades de uma equipe da estratégia de saúde da família nas unidades básicas de saúde são:

- (A) ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças e prestação de serviços odontológicos para extração de dentes irrecuperáveis.
- (B) triagem médica dos casos que exigem serviços de urgência e de serviços especializados, além da distribuição de medicamentos.
- (C) mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais existentes no território, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.
- (D) distribuição de medicamentos para idosos, hipertensos e diabéticos e realização de ações educativas e acolhimento da demanda espontânea.

— QUESTÃO 06 —

As instâncias de pactuação dos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde, de acordo com o Decreto n. 7.508/2011, são chamadas de:

- (A) Colegiados de Gestão Regional (CGR).
- (B) Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).
- (C) Planos Regionais de Educação Permanente (PA-REPS).
- (D) Comissão Intergestores Regionais (CIR).

— QUESTÃO 07 —

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, bem como aumentar sua resolutividade. Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF). Na atuação do Núcleo de Atenção à Saúde da Família,

- (A) o apoio aos profissionais das unidades básicas de saúde e o reforço das ações de apoio institucional e/ou material são seus objetivos, mesmo sem este pertencer ao nível da atenção básica.
- (B) a integração entre profissionais do NASF e da ESF permite realizar discussões de casos clínicos, mas, para tanto, é importante que ele ocupe o mesmo espaço físico da unidade básica de saúde.
- (C) a contribuição para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS deve ser seu objetivo de busca e deve ser realizado por intermédio da ampliação clínica. Há também a priorização dos aspectos curativos, pois as unidades básicas já se ocupam dos preventivos.
- (D) o atendimento compartilhado entre profissionais, tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que ampliam e qualificam as intervenções no território.

— QUESTÃO 08 —

O planejamento no setor saúde é de grande importância, na medida em que se configura como um relevante mecanismo de gestão que visa conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. O sistema de planejamento do SUS visa dotar os gestores das ferramentas de que necessitam para a oferta de ações e serviços capazes de promover, proteger e recuperar a saúde da população. Para tanto, esse sistema

- (A) adota protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas como referência para racionalizar gastos e otimizar recursos na planificação e programação em saúde.
- (B) é um processo facultativo, desde que a respectiva esfera de gestão comprove a insuficiência de recursos financeiros e orçamentários.
- (C) estabelece como instrumentos básicos para sua execução: o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão.
- (D) substitui as exigências constitucionais e legais de elaboração do Plano Plurianual, da Lei de Diretrizes Orçamentárias e da Lei Orçamentária Anual.

— QUESTÃO 09 —

Atribui-se à Lei Complementar n. 141/2012 o mérito de esclarecer o que é e o que não é considerado gasto com saúde, em razão da necessidade de estabelecer uma separação das atividades condicionantes e determinantes da saúde daquelas que são de atribuição específica do SUS, conforme determinação da Constituição Federal. De acordo com essa lei, não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas que são decorrentes de:

- (A) desenvolvimento científico-tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS e capacitação de pessoal vinculado ao sistema.
- (B) oferta de merenda escolar e outros programas de alimentação, promoção de limpeza urbana e remoção de resíduos e preservação e correção do meio ambiente.
- (C) saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos e manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças.
- (D) remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade e ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução dos serviços públicos de saúde.

— QUESTÃO 10 —

A epidemiologia foi definida por Last como “O estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde”. Em Pelotas (RS), foi conduzido um estudo com 5.914 nascidos vivos, entre os anos de 1982 e 1993. As mães foram identificadas nos hospitais e maternidades e responderam a questionários padronizados. Seus filhos foram examinados diversas vezes ao longo do período da pesquisa e vários desfechos foram identificados. O tipo de estudo epidemiológico conduzido nesse caso foi:

- (A) caso-controle.
- (B) ensaio clínico randomizado.
- (C) prevalência.
- (D) coorte.

— QUESTÃO 11 —

A declaração de óbito (DO) é o documento base do Sistema de Informação do Ministério da Saúde (MS) sobre mortalidade. Esse documento contém dados sobre idade, sexo, data de nascimento, local de residência e de ocorrência do evento e outras informações. O médico utiliza a classificação internacional de doenças (CID) para informar as causas e os problemas relacionados à morte dos indivíduos. A taxa de mortalidade materna é uma informação construída com base na DO, que o Ministério da Saúde utiliza para apresentar a situação de saúde de grupos populacionais. Essa taxa é calculada a partir de uma razão que, no denominador, utiliza-se do número total

- (A) da população de determinada localidade, no meio do período do ano.
- (B) de óbitos na população de determinada localidade no meio do período do ano.
- (C) de nascidos vivos de determinada localidade durante o ano.
- (D) de mulheres em idade fértil de determinada localidade durante o ano.

— QUESTÃO 12 —

A Promoção da Saúde tem como marco teórico contemporâneo a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que aconteceu em 1986 na cidade de Ottawa, Canadá. No Brasil, como referência, tem-se a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006, que contém diretrizes, valores, objetivos e competências para todas as esferas de gestão do setor. Com o surgimento de novos desafios e demandas nacionais e internacionais, o Ministério da Saúde sentiu a necessidade de revisar e atualizar essa política, por meio da Portaria n. 2.446/2014. Nessa atualização da política, são descritos como valores fundantes:

- (A) a promoção da saúde durante mobilidade segura no trânsito das grandes cidades, nos diversos municípios brasileiros e em regiões de fronteiras.
- (B) a inclusão social com ações que garantam benefícios a todas as pessoas, a vida em sociedade visando à redução de iniquidades.
- (C) a territorialização das ações e a programação de intervenções em saúde para o perfeito e equânime desenvolvimento de ações intra e intersetoriais.
- (D) a produção de saúde e o cuidado com a incorporação da lógica das Redes de Atenção à Saúde.

— QUESTÃO 13 —

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um dispositivo utilizado para o cuidado em saúde. Ele contribui para a integralidade das ações e intervenções e se constitui de propostas que preveem:

- (A) condutas terapêuticas elaboradas e aplicadas individualmente por cada especialista, membro da equipe de saúde, sendo o sujeito o recebedor passivo do cuidado.
- (B) procedimentos terapêuticos resultantes de estudos de casos clínicos, analisados por especialistas, com o cuidado ético de não envolver sua família.
- (C) ações terapêuticas interdisciplinares, desencadeadas por equipes de saúde, para um sujeito individual ou coletivo, com a participação do sujeito do cuidado.
- (D) intervenções de cuidado em que o foco são as doenças e as especialidades médicas, tendo a epidemiologia como norteador de todas as ações.

— QUESTÃO 14 —

Suicídio é uma violência autoinfligida que, embora não tenha taxas de mortalidade tão significativas quando comparadas às de agressões e homicídios, tem alto impacto e efeitos devastadores nos familiares e amigos da vítima. As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010), do Ministério da Saúde, para a construção da linha de cuidado, recomendam:

- (A) fazer uso do conhecimento dos modelos explicativos dos fatores que conduzem o indivíduo ao suicídio e ter serviços de saúde organizados com a interdisciplinariedade.
- (B) usar protocolos ambulatoriais de atendimento ao indivíduo que sofreu tentativa de suicídio e a administração de urgência de terapêutica medicamentosa.
- (C) utilizar o ambiente hospitalar como norteador de toda a linha de cuidado, porque seus recursos de suporte básico de vida são os mais avançados.
- (D) adotar o conhecimento das vulnerabilidades dos jovens, segundo a ideologia de gênero, para nortear o planejamento da construção do ciclo de vida e do cuidado.

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 15 —**

A concepção de Clínica Ampliada e a proposta do Projeto Terapêutico Singular requerem uma anamnese que extraole a anamnese tradicional, constituindo-se em uma anamnese ampliada. Esse modelo incorpora aspectos da saúde mental do indivíduo, além da sua história clínica. Considerando essa abordagem, essa investigação deve abordar alguns aspectos essenciais, tais como:

- (A) descobrir o sentido da doença para o usuário, conhecer as singularidades do sujeito, avaliar se há negação da doença e os possíveis ganhos secundários com a situação.
- (B) conhecer quais são os projetos financeiros, afetivos e econômicos do sujeito, identificar os desejos preponderantes do usuário, fazer sua história de vida e levantar suas fobias principais.
- (C) identificar o grau de dependência do sujeito diante de sua doença, suas vulnerabilidades psíquicas, estabelecer as afetividades comunitárias e o capital social do indivíduo no seu meio vivencial.
- (D) descobrir as dependências financeiras e econômicas, identificar o impacto da doença na sua psique, situar cada sintoma em relação aos seus sentimentos e aos de seu contexto social e comunitário.

— QUESTÃO 16 —

O diagnóstico da doença inflamatória intestinal ocorre meses ou anos após seu início. Sua etiologia é multifatorial, associando fatores genéticos, ambientais e individuais. A doença de Crohn

- (A) pode comprometer todo o trato gastrintestinal.
- (B) acomete apenas o intestino grosso.
- (C) pode evoluir para colite fulminante.
- (D) é uma doença da mucosa que sempre afeta o reto.

— QUESTÃO 17 —

A avaliação nutricional subjetiva global (ANSG) é um método de avaliação clínica, com boa reprodutibilidade e confiabilidade. O item perda de peso é valorizado no questionário porque

- (A) a perda acima de 10% do peso habitual é considerada potencialmente significativa.
- (B) a perda contínua não é tão grave quanto uma perda intermitente.
- (C) a perda contínua acarreta um pior prognóstico nutricional.
- (D) a perda intermitente, com períodos de recuperação, acarreta pior prognóstico nutricional.

— QUESTÃO 18 —

O diagnóstico do estado nutricional de gestantes e o ganho de peso adequado nesse período são fundamentais para a saúde da mulher e do feto. O sobrepeso, a obesidade e o ganho excessivo de peso na gestação estão associados

- (A) à taxa aumentada de mortalidade neonatal.
- (B) ao risco aumentado de prematuridade.
- (C) ao crescimento intrauterino retardado.
- (D) às complicações na gestação e no parto.

— QUESTÃO 19 —

Entre os parâmetros para estimar a gordura corporal, podem ser utilizadas as medidas das espessuras das dobras cutâneas. De acordo com Durnin e Wormersley, a avaliação utiliza a soma de quatro dobras mais usuais, a saber:

- (A) tricipital, subescapular, torácica e da panturrilha.
- (B) bicipital, axilar média, suprailíaca e torácica.
- (C) tricipital, bicipital, suprailíaca e subescapular.
- (D) subescapular, abdominal, tricipital e torácica.

— QUESTÃO 20 —

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016, o Guia para Elaboração de Refeições Saudáveis em Eventos tem o objetivo de tornar *coffee breaks*, almoços, *brunchs*, lanches, dentre outros, espaços mais saudáveis e facilitar a transformação de ambientes institucionais em espaços promotores de alimentação mais adequada e saudável, em especial nos ambientes urbanos, ambientes de trabalho e serviços de saúde. Nesse guia, são sugeridos o consumo de

- (A) alimentos ultraprocessados com ingredientes que valorizam a cultura alimentar local.
- (B) bebidas à base de frutas, adoçadas, sem restrição de quantidade.
- (C) alimentos derivados de práticas produtivas ambientalmente sustentáveis.
- (D) temperos como óleo, açúcar e sal no preparo dos alimentos em conformidade com o hábito regional.

— QUESTÃO 21 —

Segundo a Sociedade Americana de Cirurgia Pediátrica, a indicação da cirurgia bariátrica em adolescentes considera o comprometimento da saúde pela magnitude da obesidade e falha após meses de tratamento conservador, dentre outros fatores. No Brasil, a indicação dessa cirurgia em adolescentes baseia-se

- (A) na presença de doenças que ameaçam a vida em curto prazo.
- (B) na presença de doenças psiquiátricas como depressão e transtornos psicóticos.
- (C) na incapacidade de cuidar de si próprio, sem família ou apoio social.
- (D) no Z-IMC igual ou superior a +4 e placa de crescimento epifisária fechada.

— QUESTÃO 22 —

A desnutrição proteico-calórica pode apresentar um espectro de manifestações clínicas conforme a intensidade e a gravidade do déficit, a duração e as causas da deficiência, a idade do paciente e a presença de comorbidades. As manifestações clínicas típicas do *kwashiorkor* são:

- (A) desgaste muscular, hepatoesplenomegalia e queratomalácia.
- (B) cabelo em sinal da bandeira, hepatoesplenomegalia e edema.
- (C) face em lua cheia, estomatite angular e desgaste muscular.
- (D) dermatose cosmética descamativa, edema e taquicardia.

— QUESTÃO 23 —

Anemia é uma deficiência no tamanho ou no número de hemácias, ou na quantidade de hemoglobina, que limita a troca de oxigênio e dióxido de carbono entre as células sanguíneas e teciduais. A maioria das anemias é causada pela falta de nutrientes necessários à síntese normal das hemácias, sendo denominadas de anemias nutricionais. A anemia perniciosa caracteriza-se por deficiência de

- (A) vitamina B12.
- (B) de ácido fólico.
- (C) vitamina E.
- (D) piridoxina.

— QUESTÃO 24 —

A doença pulmonar obstrutiva crônica caracteriza-se por obstrução lenta e progressiva das vias aéreas. Geralmente, há comprometimento do estado nutricional devido à redução da ingestão alimentar. Algumas das consequências da baixa saturação de oxigênio no sangue são:

- (A) anorexia, diarreia e mucosite.
- (B) diarreia, náusea e palidez.
- (C) fadiga, anorexia e constipação.
- (D) palidez, constipação e ortorexia.

— QUESTÃO 25 —

O comprometimento do pâncreas, seja ele agudo, crônico ou recorrente, pode levar o paciente à desnutrição cárílico-proteica devido a episódios agressivos e acentuadamente catabólicos. Alterações estruturais e funcionais do pâncreas podem resultar em insuficiência exócrina e endócrina. Qual é a abordagem terapêutica tradicional e universalmente aceita frente ao quadro de pancreatite aguda?

- (A) Suporte nutricional parenteral.
- (B) Suporte enteral por jejunostomia.
- (C) Dieta oral modificada.
- (D) Abolição da ingestão oral.

— QUESTÃO 26 —

Considerando-se o caso de um paciente hospitalizado, com diagnóstico de Aids e desnutrição moderada, lesões esofágicas e diarreia, a composição da fórmula nutricional enteral deve ser uma dieta

- (A) hipercalórica, polimérica, isenta de lactose e sacarose, isenta de fibras, normolipídica e enriquecida com triptofano.
- (B) normocalórica, elementar, isenta de lactose, com mix de fibras solúveis e insolúveis, hiperlipídica e enriquecida com ômega 3 e 6.
- (C) acentuadamente hipercalórica, polimérica, isenta de sacarose, com fibras insolúveis, normolipídica e enriquecida com carnitina.
- (D) hipercalórica, oligomérica, isenta de lactose e sacarose, com fibras solúveis, hipolipídica e enriquecida com glutamina.

— QUESTÃO 27 —

A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial define que a hipertensão arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≤ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente, está associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de fatores de risco, como:

- (A) o diabetes gestacional, LDL-C > 100 mg/dl e tabagismo.
- (B) a intolerância à glicose, tabagismo e história de pré-eclâmpsia.
- (C) a anemia hemolítica crônica, diabetes e triglicírides > 150 mg/dl.
- (D) a anemia hemolítica crônica, diabetes e triglicírides > 150 mg/dl.

— QUESTÃO 28 —

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, controle do estresse, dentre outros. Desta forma, essa diretriz recomenda adotar a dieta

- (A) mediterrânea, manter a circunferência abdominal < 94 cm nos homens e restringir o consumo de sódio para 2,0 g.
- (B) mediterrânea, manter o IMC < 27 kg/m² após 60 anos e < 25 kg/m² até 60 anos.
- (C) DASH, restringir o consumo diário de sódio para 2,0 g e manter o IMC < 25 kg/m² até 65 anos.
- (D) DASH, manter a circunferência abdominal < 90 cm nas mulheres e manter o IMC < 25 kg/m² até 60 anos.

— QUESTÃO 29 —

A orientação dada pela Sociedade Brasileira de Diabetes sobre o tratamento de pacientes diabéticos idosos é a de que a meta de tratamento seja individualizada, considerando aspectos próprios da idade. Deve-se tratar menos agressivamente pacientes idosos, principalmente aqueles com comorbidades que possam comprometer a duração e/ou a qualidade de vida. Para isso, recomendam-se:

- (A) medicamentos menos agressivos e dietas sem restrição alimentar.
- (B) monitoramento glicêmico menos rigoroso e dietas mais liberais.
- (C) metas glicêmicas flexíveis associadas a controle dietético rigoroso.
- (D) glicemias a qualquer momento abaixo de 180 mg/dl e hemoglobina glicada (HbA1c) > 9%.

— QUESTÃO 30 —

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, é importante que a equipe multiprofissional esteja atenta aos seguintes sinais e sintomas de alerta em pacientes adolescentes com diabetes melittus para o diagnóstico de transtorno alimentar:

- (A) problemas dentários (perda do esmalte) e episódios recorrentes de cetoacidose diabética/hiperglicemias e/ou de hipoglicemias.
- (B) flutuações no peso com perda grave ou ganho rápido de peso sem explicações clínicas e puberdade ou maturação sexual precoce.
- (C) presença de comorbidades psiquiátricas, tais como depressão e ansiedade; e a crença fundamental de que a insulina faz emagrecer.
- (D) início precoce de complicações, especialmente neuropatia, retinopatia e nefropatia; e níveis sempre baixos de hemoglobina glicada.

— QUESTÃO 31 —

Os cuidados nutricionais perioperatórios do Projeto Acerto, que compreendem a triagem nutricional, a avaliação nutricional, a prescrição da dieta imunomoduladora perioperatória e a orientação de alta, têm como objetivo principal acelerar a recuperação do paciente cirúrgico. Pacientes classificados como em risco nutricional, desnutrido moderado ou grave, devem receber intervenção nutricional imediata. Para pacientes que aceitam, aproximadamente, 70% das necessidades nutricionais por via oral, a intervenção recomendada é:

- (A) dieta oral associada a terapia nutricional enteral.
- (B) terapia nutricional parenteral periférica.
- (C) terapia nutricional enteral com imunomoduladores.
- (D) dieta oral com suplementação proteica.

— QUESTÃO 32 —

Os hábitos alimentares são formados por meio de uma complexa rede de influências genéticas e ambientais. Evidências mostram que as práticas alimentares nos primeiros anos de vida influenciam as condições de saúde em curto e longo prazo. Hábitos alimentares inadequados constituem-se em

- (A) relevante problema de saúde, considerando que a alimentação de baixa qualidade está associada à presença de deficiências nutricionais.
- (B) práticas dietéticas com pouca repercussão sobre as doenças cardiovasculares na vida adulta.
- (C) relevante problema de saúde com reflexo restrito à prevalência de excesso de peso na infância e adolescência.
- (D) fatores facilitadores para o estabelecimento de estratégias e aconselhamento dietético para crianças.

— QUESTÃO 33 —

Recentes achados epidemiológicos e biológicos ampliaram os conhecimentos sobre os benefícios da amamentação para mulheres e crianças. Estudos realizados com técnicas biológicas modernas caracterizam o leite materno como um medicamento personalizado para crianças. Nesse sentido, intervenções para adesão à amamentação devem ser desenvolvidas, pois em países

- (A) de baixa renda, o período de amamentação tem duração menor do que em países com alta renda.
- (B) de alta renda, a duração do período de amamentação é maior do que em países com baixa e média renda.
- (C) de baixa e média renda, menos que 40% das crianças menores de seis meses são exclusivamente amamentadas.
- (D) de alta renda, mais de 30% das crianças menores de seis meses são exclusivamente amamentadas.

— QUESTÃO 34 —

Segundo Campos et al. (2013), sabe-se que a glutamina não é aminoácido essencial em condições normais, mas torna-se condicionalmente essencial em casos de doença grave porque

- (A) é essencial para a síntese de colágeno e replicação celular, mas sua suplementação é recomendada somente em casos de deficiência.
- (B) é o combustível preferido por células de proliferação rápida, essenciais para a cicatrização, e sua suplementação pode melhorar o balanço nitrogenado.
- (C) está relacionada à menor formação de radicais livres e ao menor dano tecidual em situações de hipóxia.
- (D) auxilia na absorção de ferro, no metabolismo de diversos aminoácidos e aumenta a resistência a infecções.

— QUESTÃO 35 —

Segundo Campos et al. (2013), a desnutrição proteica pode prejudicar a cicatrização porque

- (A) aumenta a resistência à insulina, o hipermetabolismo e a translocação bacteriana.
- (B) provoca a perda de tecido adiposo como resposta ao trauma cirúrgico e alterações no metabolismo lipídico.
- (C) prolonga a fase inflamatória, diminui a síntese e a proliferação fibroblástica e a síntese de colágeno.
- (D) responde ao estresse cirúrgico e ao traumatismo com estimulação do hipotálamo.

— QUESTÃO 36 —

De acordo com Cunha et al. (2013), o balanço proteico negativo resultante do trauma pode associar-se à

- (A) preservação da massa muscular, hiperglycemia, anemia ferropriva e rebaixamento do nível de consciência.
- (B) intolerância à nutrição parenteral, diminuição da sobrevida do paciente e ao aumento do tempo de internação hospitalar.
- (C) redução da síntese proteica e da massa gordurosa, balanço hídrico negativo e anemia.
- (D) imunossupressão, à má cicatrização, à fraqueza muscular e à redução da sobrevida do paciente grave.

— QUESTÃO 37 —

Segundo Cunha et al. (2013), em pacientes graves, a oferta proteica guiada por metas parece estar relacionada à redução de morbidade e à mortalidade. Qual é a recomendação de proteínas nesses casos?

- (A) Quantidades de até 1,0 g/kg/dia.
- (B) Quantidades maiores que 1,2 g/kg/dia.
- (C) Valor até 10% do total calórico da dieta.
- (D) Valores superiores a 30% do total de calorias da dieta.

— QUESTÃO 38 —

A avaliação antropométrica (medidas de peso, estatura, circunferências e pregas cutâneas), em pacientes em hemodiálise, deve ser realizada, segundo Cuppari et al. (2013), da seguinte forma:

- (A) antes da sessão de hemodiálise, com o paciente sentado e as medidas do braço devem ser obtidas no mesmo lado do acesso vascular.
- (B) imediatamente antes da sessão de hemodiálise, com o paciente em decúbito dorsal.
- (C) logo após a sessão de hemodiálise e as medidas do braço devem ser obtidas no lado oposto ao do acesso vascular.
- (D) durante a sessão de hemodiálise, com o paciente em jejum e as medidas do braço devem ser obtidas com este dobrado.

— QUESTÃO 39 —

Conforme Cuppari et al. (2013), quais são as principais recomendações nutricionais diárias indicadas para pacientes em hemodiálise?

- (A) De 20 a 25 kcal/kg de energia; 1,5 a 2,0 g/kg (peso ideal ou ajustado) de proteína; menor de 7% do VET de gordura saturada; menos de 300 mg de colesterol e de 5 a 6 g de sal.
- (B) De 25 a 30 kcal/kg de energia; 1,0 a 1,2 g/kg (peso ideal ou ajustado) de proteína; menos de 5% do VET de gordura saturada; menos de 200 mg de colesterol e de 1 a 1,5 g de sal.
- (C) De 30 a 35 kcal/kg de energia; 1,1 a 1,2 g/kg (peso ideal ou ajustado) de proteína; menos de 7% do VET de gordura saturada; menos de 200 mg de colesterol e de 5 a 6 g de sal.
- (D) De 35 a 40 kcal/kg de energia; 0,8 a 1,0 g/kg (peso ideal ou ajustado) de proteína; menos de 10% do VET de gordura saturada; menos de 200 mg de colesterol e até 10 g de sal.

— QUESTÃO 40 —

De acordo com Hortegal e Dias (2015), na fase não dialítica da doença renal crônica, a terapia nutricional tem como principais objetivos:

- (A) retardar a progressão da doença e atenuar as manifestações da síndrome urêmica, auxiliar no tratamento das complicações metabólicas consequentes da redução da função renal e manter ou adequar o estado nutricional do paciente.
- (B) estabilizar a síndrome urêmica, manter controle rígido da ingestão hídrica, ofertar energia semelhante ao recomendado para indivíduos saudáveis com atividade física intensa e melhorar o prognóstico do paciente.
- (C) retardar o ritmo de progressão da doença, manter oferta hídrica normal, carboidratos entre 30 e 50% do valor energético total e incluir, na dieta, açúcares simples para oferta energética rápida.
- (D) auxiliar no tratamento das complicações metabólicas, e manter ou adequar o estado nutricional do paciente ofertando dieta hipocalórica, hiperproteica, normoglicídica e normolipídica.

— QUESTÃO 41 —

O Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (2015) traz a definição de caquexia do câncer como

- (A) perda de peso rápida em decorrência de hipoalbuminemia e hipoalbuminúria graves, hipoglicemia, excreção acentuada de ureia urinária, náuseas e vômitos intermitentes.
- (B) hipermetabolismo e perda de peso acentuados em decorrência de diarreia grave, com perda de eletrólitos e consequente hipernatremia, hipocalemia e hipofosfatemia, além de esteatorreia.
- (C) uma síndrome que inclui perda voluntária em decorrência da quimioterapia e radioterapia, acompanhada por alterações no metabolismo de proteínas, lipídeos e carboidratos.
- (D) uma síndrome caracterizada pela perda progressiva e involuntária de peso, com perda de tecido muscular e adiposo, anorexia, atrofia do tecido musculoesquelético, fadiga, anemia e hipoalbuminemia grave.

— QUESTÃO 42 —

De acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (2015), a conduta nutricional recomendada para pacientes oncológicos em cuidados paliativos, com expectativa de vida maior que 90 dias, deve ser:

- (A) ingestão de 25 a 35 kcal/kg/dia, 1,0 a 1,5 g de proteína/kg/dia e ingestão hídrica entre 30 e 35 ml/kg/dia para adultos, devendo-se utilizar o peso atual, usual ou o mais recente.
- (B) ingestão de 25 a 35 kcal/kg/dia, 1,0 a 1,5 g de proteína/kg/dia e ingestão hídrica entre 30 e 35 ml/kg/dia para adultos, devendo-se utilizar o peso ideal para ganho de peso.
- (C) alimentação de acordo com sua aceitação e tolerância, e hidratação de acordo com sua tolerância e sintomatologia.
- (D) terapia nutricional enteral e/ou parenteral em todos os casos devido à disfagia apresentada por esses pacientes.

— QUESTÃO 43 —

Conforme o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (2015), quais são as principais condutas nutricionais para pacientes em terapia nutricional antineoplásica que apresentam sintomas como náuseas e vômitos?

- (A) Recomendar suplementação com terapia nutricional enteral, mesmo que os pacientes recebam aporte nutricional adequado, com quantidades ideais de calorias, proteínas, carboidratos complexos e lipídeos.
- (B) Conscientizar sobre a necessidade de comer, apesar dos sintomas, aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição, oferecer alimentos mais secos, cítricos, salgados e frios ou gelados.
- (C) Estimular a ingestão de líquidos (água gelada, sucos cítricos, chás e vitaminas) durante as refeições, a fim de melhorar a digestão, evitar alimentos secos e duros e encaminhá-los ao serviço de fonoaudiologia.
- (D) Ajustar a ingestão atual de alimentos para o ideal, promover o ganho de peso oferecendo alimentos ricos em lipídeos e ofertar alimentos doces, que são naturalmente antinauseantes.

— QUESTÃO 44 —

Segundo Waitzberg et al. (2006), estudos epidemiológicos sugerem que mudanças na dieta, incluindo aumento da ingestão de gorduras e de calorias e o crescimento na prevalência de obesidade, sejam as possíveis causas do aumento da mortalidade por câncer de

- (A) mama.
- (B) pele.
- (C) hipófise.
- (D) língua.

— QUESTÃO 45 —

Segundo a I Diretriz sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular (2013), as recomendações sobre o consumo de ácidos graxos monoinsaturados são:

- (A) dietas com elevado teor de gordura insaturada, pois são benéficas em curto prazo, considerando-se os aspectos do perfil alimentar brasileiro, as alterações sequenciais do padrão da dieta e a composição corporal dos indivíduos.
- (B) consumo de óleo de coco para indivíduos dislipidêmicos, que se beneficiam no tratamento da hipercolesterolemia, com diminuição significativa da fração não HDL e triglicírides.
- (C) substituição destes ácidos graxos por carboidratos simples e refinados, sem aumento do risco de doença cardiovascular e diabetes.
- (D) substituição dos ácidos graxos saturados para melhor controle dos fatores de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica, com melhor evidência de efeitos hipocolesterolêmicos.

— QUESTÃO 46 —

De acordo com a I Diretriz sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular (2013), atualmente, o consumo ideal de colesterol alimentar para auxiliar no controle da colesterolemia deve ser

- (A) menor que 300 mg/dia.
- (B) entre 300 e 400 mg/dia.
- (C) até 30% do valor calórico total da dieta.
- (D) compatível com o peso ideal do indivíduo.

— QUESTÃO 47 —

Segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013), o tratamento não medicamentoso das dislipidemias inclui:

- (A) consumo alimentar aumentado em caso de desnutrição e consumo exclusivo de carboidratos complexos.
- (B) consumo reduzido de grãos integrais na dieta, utilização exclusiva de adoçantes não calóricos e controle da proteinúria.
- (C) consumo calórico aumentado em caso de baixo peso corporal, controle da hiperglicemia e atividade física.
- (D) adesão à dieta e correções no estilo de vida, como perda de peso, atividade física e cessação do tabagismo.

— QUESTÃO 48 —

De acordo com a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2013), os níveis séricos de colesterol e triglicérides se elevam em função do consumo alimentar aumentado de:

- (A) proteínas animais, carboidratos complexos, ácidos graxos monoinsaturados, fibras não alimentares e excesso de vitaminas lipossolúveis.
- (B) gorduras polinsaturadas, carboidratos simples, grãos e farinhas refinadas, micronutrientes e excesso de vitaminas lipossolúveis.
- (C) colesterol, carboidratos, ácidos graxos saturados, ácidos graxos trans e excessiva quantidade de calorias.
- (D) fibras insolúveis, açúcares simples e adoçantes não calóricos, vitaminas sintéticas e excesso de calorias na dieta.

— QUESTÃO 49 —

Segundo Shils et al. (2016), no processo digestivo, a boca exerce funções de

- (A) secreção e motilidade.
- (B) transporte do bolo alimentar para o estômago proximal.
- (C) emulsificação do bolo alimentar e digestão.
- (D) neutralização dos ácidos e digestão de gorduras.

— QUESTÃO 50 —

De acordo com Shils et al. (2016), em relação ao trato gastrintestinal, os sais biliares são:

- (A) sintetizados, concentrados e secretados pela vesícula biliar, sendo responsáveis pela digestão de proteínas e lipídeos.
- (B) armazenados na vesícula biliar e secretados no duodeno superior, mesmo nos períodos de jejum e de inanição.
- (C) sintetizados e secretados pelo fígado e concentrados na vesícula biliar, sendo responsáveis pela solubilização e absorção de nutrientes lipossolúveis.
- (D) secretados na circulação entero-hepática imediatamente após as refeições e responsáveis pela digestão de todos os macronutrientes.