

EDITAL n. 38/2018

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2019
COREMU/SES-GO**

NUTRIÇÃO

15/11/2018

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

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO FOR AUTORIZADO

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

Esta fonte é para uso de todos os sedentos.

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

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

— QUESTÃO 01 —

Quando analisa-se a história das políticas de saúde no Brasil é importante ter a compreensão dos aspectos contextuais, sejam sociais, políticos ou outros, que determinaram e estabeleceram a conformação das ações de saúde. Diante disso, quais políticas podem ser consideradas determinantes históricos envolvidos e influenciadores desse processo?

- (A) A saúde ocupa historicamente lugar prioritário nas políticas do Estado brasileiro, tanto no discurso institucional quanto nas ações levadas a efeito nos diversos períodos de construção do sistema assistencial atual.
- (B) A integração entre medicina preventiva e curativa foi uma das características mais preponderantes e constantes na história das políticas públicas de saúde implementadas no Brasil.
- (C) A conformação das políticas públicas de saúde no Brasil não sofreram influência do ambiente externo e internacional, mas foi se estabelecendo a partir dos principais problemas sanitários locais.
- (D) A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente e tem inter-relação profunda e dependente com a evolução político-social, ideológica e econômica da sociedade brasileira.

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 02 —**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017) traz a atenção básica (AB) como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. Na organização da AB, dentre as diversas conformações de unidades e equipes, tem-se as equipes do consultório de rua, que se caracterizam do seguinte modo:

- (A) indicadas e recomendadas para serem implantadas em grandes cidades e centros urbanos com mais de 150 mil habitantes, são unidades que funcionam em instalações próprias e independentes da Estratégia de Saúde da Família.
- (B) equipes que desenvolvem ações de atenção básica exclusiva a pessoas em situação de rua, ou similares, de forma itinerante, em instalações específicas, na unidade móvel e/ou nas unidades básicas de saúde do território onde atua.
- (C) equipes da Estratégia de Saúde da Família específicas para moradores em situação de rua e prestam atendimento à população por, no máximo, 14 dias mensais (carga horária equivalente a 8h/dia) e desenvolvem ações de educação em saúde em um desses dias.
- (D) equipes que funcionam em horário integral, são consideradas Unidades de Atenção Secundária e têm, como componentes da equipe mínima, dois médicos, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um assistente social, um dentista, um auxiliar de consultório odontológico e cinco agentes comunitários.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 03 —

O Brasil está vivendo atualmente um surto de sarampo, doença que já havia sido controlada no passado. A investigação de surtos e epidemias, que é realizada pela Vigilância Epidemiológica para essa doença, tem como método de trabalho o planejamento, a sistematização e o detalhamento de uma sequência de passos, que são:

- (A) a investigação preliminar da especificidade e sensibilidade dos exames para a doença em questão, uso do diagrama de controle, determinação da área geográfica atingida e imunização em massa.
- (B) a investigação preliminar, identificação e notificação dos casos, coleta e análise dos dados, manejo, controle e divulgação dos resultados, além de acompanhamento.
- (C) a sistematização do trabalho, confirmação da doença, vacinação em massa, verificação da circulação de vetores na área geográfica onde o evento está ocorrendo e isolamento dos doentes.
- (D) o planejamento do trabalho de campo, estabelecimento da população em risco de adoecer, determinação da prevalência da doença no surto, isolamento dos doentes e vacinação em massa.

— QUESTÃO 04 —

Um grupo de 5220 crianças foi acompanhado desde o nascimento até os cinco anos de idade, em determinada localidade do Sul do Brasil, registrando-se as admissões hospitalares ocorridas e os demais eventos de saúde nesse espaço de tempo. Os prontuários médicos foram cuidadosamente preenchidos. Dentre os achados desse estudo, observou-se que as crianças de mães que fumaram na gravidez apresentaram um número maior de internações por bronquite e pneumonia, em comparação aos filhos de mães que não fumaram. Nesse caso, o estudo epidemiológico realizado foi do tipo

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

— RASCUNHO —**— QUESTÃO 05 —**

Leia a descrição a seguir.

Projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, quando necessário.

O projeto descrito se caracteriza por ser

- (A) dedicado geralmente a situações mais complexas, se constituindo em uma variação da discussão de caso clínico e incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões.
- (B) utilizado especificamente em grandes hospitais, para casos complexos que envolvem várias especialidades médicas e em pacientes com recursos terapêuticos inexistentes ou em processo de cuidados paliativos.
- (C) utilizado para propostas de condutas terapêuticas elaboradas e aplicadas individualmente por um dos especialistas, membro da equipe do PTS, sem a participação do sujeito do cuidado, devido à gravidade do seu caso.
- (D) dedicado a usuários ou coletivos de pessoas vulneráveis, com problemas concretos e objetivos na sua saúde e obedece, na sua condução, protocolos clínicos e psicológicos específicos, garantindo assim intervenções desnecessárias.

— QUESTÃO 06 —

A Política Nacional de Promoção da Saúde (2015) traz como objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Tem como objetivos específicos diversos aspectos da produção social e de ambientes saudáveis. Dentre esses, apresenta a cultura da paz e a mobilidade humana que se configuram também como temas prioritários dessa política. Nesse sentido, a promoção da mobilidade segura compreende

- (A) cultura da paz no fortalecimento de vínculos interpessoais e desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a intermediação de conflitos no trânsito.
- (B) vigilância em saúde, ações de articulações intersetoriais com vista à redução da morbimortalidade decorrente do trânsito.
- (C) enfrentamento do uso do álcool com estratégias e atividades de promoção da saúde e da equidade com vistas a diminuir as vulnerabilidades e os riscos à saúde do usuário.
- (D) *advocacy* da cultura da paz no trânsito e dos direitos do indivíduo ir e vir, principalmente com o aumento da acessibilidade nas cidades.

— QUESTÃO 07 —

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (2009) aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Essa política tem como valores:

- (A) a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.
- (B) a ética no lidar com o paciente, a atenção integral e humanizada dos sujeitos, a incorporação de tecnologias leves, leves duras e duras nos processos terapêuticos.
- (C) a obrigatoriedade de inclusão do uso de protocolos clínicos nos processos de cuidado do sujeito, a ética e o acolhimento humanizado nos serviços do SUS.
- (D) a clínica especializada como norteadora de todos os processos de trabalho, a ética e o acolhimento segundo riscos de saúde dos sujeitos.

— QUESTÃO 08 —

A estratégia, proposta pelo Ministério da Saúde, para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência é a

- (A) organização da atenção básica com criação de NASFs.
- (B) mudança do modelo de atenção por meio da Estratégia Saúde da Família.
- (C) proposição de novas portas de entrada para o sistema de saúde brasileiro.
- (D) estruturação de Redes de Atenção à Saúde.

— QUESTÃO 09 —

Leia o texto que segue.

Dr. S.M.B. é médico na Unidade Básica de Saúde da Família do bairro Vila Bela. Ele tem se preocupado com os dados que mostram que as doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade em homens adultos. Porém, no horário em que ele atua, pela manhã, a frequência na unidade é predominantemente feminina. Sendo assim, ele propõe fazer um atendimento estendido aos homens desse bairro e cuidar dos aspectos relacionados à saúde do homem.

Esta iniciativa do Dr. S.M.B. atende a qual princípio do SUS?

- (A) Integralidade.
- (B) Igualdade.
- (C) Equidade.
- (D) Integralidade.

— QUESTÃO 10 —

Os governos federal, estaduais e municipais são responsáveis pela gestão e pelo financiamento do SUS, de forma articulada e solidária. O repasse dos recursos financeiros para a cobertura das ações e serviços de saúde, a serem implementados pelos municípios, está condicionado ao cumprimento de algumas exigências, entre elas:

- (A) identificação das diferenças entre as diversas regiões.
- (B) existência do fundo municipal de saúde.
- (C) celebração de convênio entre as esferas de governo.
- (D) comprovado crescimento de suas populações.

— QUESTÃO 11 —

Para implementar as ações da Atenção Primária em Saúde no Brasil e ainda visando implementar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, ampliando sua abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), mediante a Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Atualmente a Política Nacional de Atenção Básica (2017) os chama de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e lhes confere uma diretriz principal que é

- (A) a solidariedade.
- (B) o acolhimento.
- (C) a integralidade.
- (D) a humanização.

— QUESTÃO 12 —

A Lei n. 8.142/1990 foi criada para regulamentar a transferência de recursos financeiros para a saúde e garantir a participação social no SUS. A participação da comunidade na gestão do SUS se dá por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Estes últimos

- (A) são órgãos colegiados deliberativos.
- (B) reúnem-se a cada quatro anos.
- (C) avaliam a situação de saúde.
- (D) têm representação de 25% de usuários.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 13 —

Considere a situação hipotética em que os secretários de saúde, estaduais e municipais, gestores do Sistema Único de Saúde, estão reunidos no Distrito Federal, para discutir, em aspectos operacionais, financeiros e administrativos, a gestão compartilhada do SUS. Nessa situação, com relação ao planejamento das ações de saúde e à luz do disposto no Decreto n. 7.508/2011, tem-se que:

- (A) o planejamento de saúde a ser discutido deve ser direcionado para os serviços públicos sem abranger os serviços privados.
- (B) o Mapa da Saúde, no qual constam os serviços da administração pública, sem a iniciativa privada, é um instrumento importante para os estados, e deverá ser utilizado na identificação das necessidades de saúde para orientar o planejamento.
- (C) as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal devem ocorrer em consonância com o planejamento estadual e o nacional, sendo também pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).
- (D) o planejamento da saúde, em âmbito estadual, não deve ser elaborado considerando metas pré-fixadas e sim de maneira regionalizada, com base nas necessidades dos municípios.

— QUESTÃO 14 —

O mês de setembro é considerado o mês de prevenção do suicídio pelo Ministério da Saúde. Essa violência autoinfligida que, embora não tenham taxas de mortalidade tão significativas quando comparadas às de homicídios, preocupa porque vêm aumentando na população jovem, provocando impacto na saúde pública. Nesse contexto, os dados epidemiológicos apontam que:

- (A) o suicídio é mais comum em mulheres, principalmente as solteiras, e a forma mais frequente é o uso de produtos químicos.
- (B) as tentativas de suicídio são eventos de notificação compulsória dos casos à polícia, inicialmente, e, depois, para os órgãos da área da saúde.
- (C) o suicídio é mais frequente entre homens jovens e tem o seu pico entre os 20 e 29 anos de idade.
- (D) as ações preventivas contra o suicídio têm, na prescrição do uso de psicotrópicos, sua atuação mais efetiva e com maior evidência científica.

— QUESTÃO 15 —

Leia o relato a seguir.

A mãe de um garoto de quinze anos, portador de uma doença mental, levou-o à Unidade Básica de Saúde (UBS) e solicitou uma consulta com o médico para que ele trocasse uma receita que havia sido feita por um médico do plano de saúde de seu filho. O motivo dessa ida à unidade foi que ela ficou sabendo que o SUS fornecia gratuitamente os remédios que ela geralmente comprava. Por não ser paciente da UBS, o jovem não tem prontuário.

Diante dessa situação e com base nos princípios éticos e organizacionais do SUS, qual a conduta adequada a ser adotada pela equipe de saúde?

- (A) Recusar o agendamento da consulta, visto que o garoto é paciente de outra unidade, com base na equidade e na complementaridade do setor privado.
- (B) Prescrever uma nova receita e agendar consulta médica na unidade para o adolescente no prazo de quinze dias com base na universalidade e na integralidade.
- (C) Prescrever nova receita, mas encaminhar o paciente, com urgência, para um atendimento especializado em psiquiatria com base na hierarquização e na resolubilidade.
- (D) Realizar a consulta, verificando a indicação da receita e encaminhar o paciente ao CAPS para um atendimento especializado, com base na universalidade e na hierarquização.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 16 —

O processo secretório da lactação é ativado pelo estímulo de sucção do bebê. A inervação do mamilo e da aréola é abundante, com conexões entre o sistema nervoso autônomo e o sensitivo. O hormônio liberado pela hipófise que estimula a produção láctea é

- (A) a ocitocina.
- (B) a prolactina.
- (C) o estrogênio.
- (D) a progesterona.

— QUESTÃO 17 —

Segundo McClave et al. (2009), é preciso utilizar critérios para selecionar os candidatos adequados para a terapia nutricional. No caso da nutrição parenteral, ela deve ser adotada na condição de

- (A) fístulas distais de alto débito.
- (B) traumatismo oral ou esofágico.
- (C) gastroparesia grave.
- (D) fibrose cística.

— QUESTÃO 18 —

As queimaduras extensas resultam em trauma grave, por isso, a terapia deve considerar a extensão e a profundidade da lesão causada. No caso deste tipo de trauma, os desequilíbrios eletrolíticos envolvem deficiência mineral de

- (A) potássio e ferro.
- (B) cálcio e cromo.
- (C) ferro e zinco.
- (D) sódio e potássio.

— QUESTÃO 19 —

A anemia por deficiência de ferro leva à diminuição da capacidade física, atraso no desenvolvimento cognitivo e redução da função imunitária. Qual é a alteração fisiológica observada no primeiro estágio do desenvolvimento da deficiência desse nutriente?

- (A) Diminuição dos estoques de ferro no fígado, baço e medula.
- (B) Diminuição do ferro sérico e aumento da capacidade de ligação do ferro.
- (C) Diminuição dos níveis de hemoglobina e do volume corpuscular médio.
- (D) Diminuição do percentual de saturação da transferrina.

— QUESTÃO 20 —

A antropometria é um forte preditor de doenças, com identificação do prejuízo da funcionalidade e da mortalidade. Em idosos, a perda de peso em relação ao tempo é considerada grave quando for maior que

- (A) 2%, em 1 semana.
- (B) 5%, em 2 semanas.
- (C) 7,5%, em 1 mês.
- (D) 10%, em 3 meses.

— QUESTÃO 21 —

Resultados de estudos sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira indicam um aumento epidêmico. No desenvolvimento da criança, há fatores que se associam, com frequência, à obesidade, havendo fatores protetores contra o aparecimento de obesidade, como

- (A) a adenoamidalectomia.
- (B) o aleitamento materno.
- (C) o aumento precoce do IMC antes da idade de 5,5 anos.
- (D) o baixo peso ao nascer.

— QUESTÃO 22 —

Baseado em estudos com grau forte de evidência e de recomendação e nos quais o efeito benéfico do tratamento é bem maior que o risco, a Diretriz Brasileira de Obesidade (2016) recomenda como tratamento alimentar a ser administrado/feito para controle da obesidade, dietas

- (A) ricas em gordura e pobres em carboidrato, dieta do índice glicêmico, jejum intermitente, dieta sem glúten e dieta sem lactose.
- (B) hipocalóricas (<800 kcal por dia) usadas em circunstâncias muito limitadas, com internação, supervisão e monitorização do paciente, devido à perda rápida de peso que pode levar a complicações de saúde.
- (C) hipolipídicas, dieta DASH e dieta com gorduras modificadas tipo do mediterrâneo, que podem levar a diferentes melhoras de fatores de risco cardiometabólicos.
- (D) compostas de 20% a 30% de gorduras, 55% a 60% de carboidratos e 15% a 20% de proteínas, promovendo um déficit de 500 a 1.000 kcal/dia.

— QUESTÃO 23 —

A avaliação de programas de promoção nutricional deveria ser uma atividade contínua para possibilitar a orientação, a reformulação ou o reforço das rotinas implantadas, para maximizar o efeito das ações que visam melhorar o estado nutricional da população. Os objetivos das atividades da avaliação operacional desses programas são:

- (A) estabelecer relações causais entre as atividades do programa e os efeitos desejados.
- (B) identificar distorções na execução do planejamento para viabilizar as ações propostas.
- (C) produzir informações para verificar se as metas do programa foram alcançadas.
- (D) quantificar o resultado bruto do programa e as mudanças ocorridas.

— QUESTÃO 24 —

A condição de segurança alimentar e nutricional (SAN) dos indivíduos e das populações tem dimensões variadas e raízes em várias disciplinas, exigindo abordagens multidisciplinares e interdisciplinares. Nesse sentido, quais são as quatro dimensões que devem ser garantidas para realização da SAN?

- (A) Comportamento e hábitos alimentares, políticas econômicas, sociais e assistenciais, preço dos alimentos e serviços de saúde e de educação.
- (B) Cultura alimentar, saneamento básico, políticas agrícolas, ambientais e educação alimentar e nutricional.
- (C) Disponibilidade do alimento, acesso físico e econômico ao alimento, utilização dos nutrientes, e estabilidade de disponibilidade, acesso e utilização do alimento.
- (D) Reconhecimento como direito humano, saneamento básico, perfil demográfico dos moradores e renda/estabilidade financeira.

— QUESTÃO 25 —

A teoria da transição nutricional busca entender os mecanismos de interação que caracterizam padrões, determinantes e consequências para a saúde dos indivíduos em diferentes contextos sociodemográficos ao longo do tempo. O estágio da transição nutricional “mudança de comportamento” está associado à preocupação com

- (A) o aumento do consumo de frutas, de vegetais e de proteína animal.
- (B) a escassez aguda de alimentos.
- (C) o padrão de atividade física de elevada intensidade.
- (D) a prevenção ou retardo do aparecimento de doenças degenerativas.

— QUESTÃO 26 —

A ocorrência da fome e as dificuldades para o atendimento das necessidades nutricionais da população são problemas que desafiam o governo brasileiro a criar programas e políticas de alimentação e nutrição. O professor Josué de Castro destacou-se pelo estudo das condições de vida das classes operárias, revelando a ocorrência de déficit calórico e de nutrientes. Qual foi o produto do seu estudo?

- (A) “Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida”.
- (B) “Geografia da Fome”.
- (C) “Plano Nacional de Desenvolvimento”.
- (D) “Programa Nacional de Alimentação e Nutrição”.

— QUESTÃO 27 —

Diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independente do seu grau de desenvolvimento e está associado à rápida urbanização, transição epidemiológica e nutricional, sedentarismo, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e também à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018), estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência e melhor nível de evidência científica apontam que:

- (A) a incidência de diabetes tipo 1 está aumentando particularmente na população infantil com idade inferior a 5 anos.
- (B) as estatísticas de mortalidade e de hospitalizações por diabetes subestimam sua real contribuição para óbitos.
- (C) em indivíduos com diabetes, parcela importante dos óbitos é prematura, ocorrendo quando eles ainda contribuem economicamente para a sociedade.
- (D) intervenções no estilo de vida, com ênfase a uma alimentação saudável e à prática regular de atividade física, reduzem a incidência diabetes tipo 2.

— QUESTÃO 28 —

Sabendo que a Avaliação Subjetiva Global (ASG) do estado nutricional proposta por Detsky e col. (1987) é um método simples, de baixo custo e rápido, com grande aceitação na prática clínica, quais são os aspectos considerados nesta avaliação?

- (A) Antropometria e exames laboratoriais.
- (B) Antropometria e história clínica.
- (C) Comorbidades e exame físico.
- (D) História clínica e exame físico.

— QUESTÃO 29 —

Os alimentos funcionais apresentam efeitos benéficos para a saúde, desempenhando papel na redução do risco de várias doenças, tais como infecções intestinais, doenças cardiovasculares, câncer, obesidade e diabetes tipo 2 não insulino-dependente. Entre os componentes dos alimentos com efeito de prevenção de doenças cardiovasculares e câncer, devido à sua atividade antioxidante, destacam-se:

- (A) ácidos fenólicos e inulina.
- (B) amidos resistentes e cumarinas.
- (C) carotenoides e licopeno.
- (D) cisteína e ômega 3.

— QUESTÃO 30 —

A relevância da terapia nutricional no tratamento do diabetes mellitus (DM) tem sido enfatizada desde a sua descoberta, bem como o seu papel desafiador na prevenção, no gerenciamento da doença e na prevenção do desenvolvimento das complicações decorrentes. Qual é a ingestão dietética de macronutrientes recomendada para pacientes com DM tipo 2, considerando-se o valor energético total (VET), em todas as faixas etárias?

- (A) Carboidratos totais: 40 a 50% e não inferior a 100 g/dia, sem sacarose e sem frutose. Gordura total: 20 a 30%, < 6% de ácidos graxos saturados, < 200 mg/dia de colesterol. Fibra alimentar: 14 a 28 g/dia. Proteína: 20 a 30%.
- (B) Carboidratos totais: 45 a 60% e não inferior a 120 g/dia, 5% de sacarose, 5% de frutose. Gordura total: 15 a 25%, < 6% de ácidos graxos saturados, < 250 mg/dia de colesterol. Fibra alimentar: 10 a 30 g/dia. Proteína: 20 a 30%.
- (C) Carboidratos totais: 45 a 60% e não inferior a 130 g/dia, 5% de sacarose, sem adição de frutose. Gordura total: 20 a 35%, < 6% de ácidos graxos saturados, < 300 mg/dia de colesterol. Fibra alimentar: 30 a 50 g/dia. Proteína: 15 a 20%.
- (D) Carboidratos totais: 50 a 60% e não inferior a 150 g/dia, 10% de sacarose, 5% de frutose. Gordura total: 20 a 30%, < 7% de ácidos graxos saturados, < 300 mg/dia de colesterol. Fibra alimentar: 40 a 50 g/dia. Proteína: 20 a 25%.

— QUESTÃO 31 —

No aspecto nutricional, a interpretação do leucograma é importante para avaliar o sistema de defesa do paciente e para auxiliar no diagnóstico de infecção. O valor total dos leucócitos, que indica leucocitose leve, é:

- (A) abaixo de 4.000 células.
- (B) abaixo de 6.000 células.
- (C) entre 7.000 a 8.000 células.
- (D) entre 9.000 e 11.000 células.

— QUESTÃO 32 —

Indivíduos gastrectomizados totais ou parciais podem manter um estado nutricional normal, do ponto de vista de macronutrientes, porém ocorre perda substancial da capacidade secretora de fator intrínseco, havendo necessidade de administração de

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

— QUESTÃO 33 —

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial (HA) envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros. A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial considera que o sucesso do tratamento da HA com medidas nutricionais depende da adoção de um plano alimentar saudável e sustentável, por isso, recomenda a adoção da dieta

- (A) DASH.
- (B) mediterrânea.
- (C) low carb.
- (D) vegetariana.

— QUESTÃO 34 —

A nutrição no paciente politraumatizado deve ter por objetivo:

- (A) evitar a intolerância alimentar.
- (B) impedir a deterioração da massa celular corporal.
- (C) promover o ganho de peso do paciente.
- (D) evitar complicações metabólicas.

— QUESTÃO 35 —

Sabe-se que mais da metade dos pacientes HIV+ apresentam perda de peso maior que 10% do seu peso corporal habitual. Essa perda pode ocorrer por

- (A) aumento da atividade linfocitária, anorexia nervosa e hipercatabolismo proteico-calórico.
- (B) inadequada ingestão calórica, má absorção dos nutrientes e aumento do gasto energético resultante de estado hipermetabólico.
- (C) inadequada ingestão calórica, anemia ferropriva, aumento do gasto energético e intolerância alimentar.
- (D) aumento nos quadros de periodontite, esofagite, úlcera esofágica, náuseas e vômitos e hipercatabolismo proteico-calórico.

— QUESTÃO 36 —

O acompanhamento nutricional que antecede a cirurgia bariátrica tem como um dos principais objetivos:

- (A) evitar que o paciente tenha complicações gastrintestinais e metabólicas no pós-operatório imediato.
- (B) evitar que o paciente tenha refluxo e distensão abdominal no pós-operatório tardio.
- (C) confirmar a ineficiência do tratamento conservador em atingir a meta de peso corporal.
- (D) propiciar ao paciente uma rápida perda de peso, sem complicações, no pós-operatório.

— QUESTÃO 37 —

A evolução da dieta no pós-operatório de cirurgia bariátrica visa o seguinte:

- (A) evitar aderência e distensão abdominal.
- (B) evitar flatulência e desnutrição.
- (C) perder peso rapidamente.
- (D) favorecer a cicatrização e evitar vômitos.

— QUESTÃO 38 —

De acordo com a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017), quais são as recomendações dietéticas para o tratamento das dislipidemias para indivíduos que apresentam aumento dos valores de LDL-c e/ou presença de comorbidades?

- (A) Menos de 45% de carboidratos, com menos de 10% de açúcares de adição; até 10% de proteínas e 40% de gorduras com alto teor de ácidos graxos polinsaturados.
- (B) Entre 45-60% de carboidratos, com menos de 10% de açúcares de adição; 15% de proteínas e entre 25-35% de gorduras, sendo menos de 7% de ácidos graxos saturados.
- (C) Entre 60-70% de carboidratos sem adição de açúcares simples; entre 15-25% de proteínas e entre 25-35% de gorduras, sendo menos de 7% de ácidos graxos saturados.
- (D) Entre 60-70% de carboidratos, com menos de 10% de açúcares de adição; entre 20-30% de proteínas de alto valor biológico e isenção de gorduras.

— QUESTÃO 39 —

Na UTI, conforme recomenda Toledo e Castro (2015), a oferta calórico-proteica para o paciente obeso com IMC superior a 30 kg/m² deve ser:

- (A) entre 11 e 14 kcal/kg de peso real ou de 22 a 25 kcal/kg de peso ideal e de 2,0 a 2,5 g de proteína/kg de peso ideal, de acordo com o grau de obesidade, ou seja, dieta hipocalórica e hiperproteica.
- (B) menor que 10 kcal/kg de peso real ou menor que 20 kcal/kg de peso ideal, e até 2,0 g de proteína/kg de peso real ou ideal, independente do grau de obesidade, ou seja, dieta hipocalórica e normoproteica.
- (C) maior que 15 kcal/kg de peso real ou ideal, e de 1,0 a 1,5 g de proteína/kg de peso real, conforme o grau de obesidade e se há a presença de infecção concomitante.
- (D) entre 25 e 30 kcal/kg de peso ideal, e maior que 3,0 g proteína/kg de peso ideal, independente do grau de obesidade e do risco de desnutrição, ou seja, dieta normoproteica e hipercalórica.

— QUESTÃO 40 —

Segundo Toledo e Castro (2015), quais são as principais indicações para a realização de jejunostomia em pacientes admitidos na UTI?

- (A) Estase pós-operatória no trato gastrointestinal alto; instabilidade hemodinâmica e sepse grave; alto risco de broncoaspiração; fístulas entéricas de alto débito e necessidade de rápida recuperação do estado nutricional.
- (B) Falência intestinal por inflamação grave ou estase pós-operatória; inviabilidade de acesso ao estômago nos casos de politraumatismo grave e fístulas entéricas de alto débito.
- (C) Contra-indicação de nutrição precoce no pós-operatório ou após traumatismo; necessidade de terapia nutricional enteral por período de tempo inferior a seis semanas e alto risco de broncoaspiração.
- (D) Necessidade de terapia nutricional enteral por período de tempo superior a seis semanas; impossibilidade de acesso ou de funcionamento do estômago; alto risco de aspiração nos casos de cirurgia no trato gastrointestinal acima do jejuno.

— QUESTÃO 41 —

De acordo com a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017) – Grau de Recomendação: IIa; Nível de Evidência: A, o consumo diário de uma a duas porções de alimentos fonte de proteína de soja, totalizando de 15 a 30 gramas de proteína, além da redução de LDL-c, associa-se também a

- (A) manutenção da quantidade de HDL-c e redução da concentração de triglicérides.
- (B) manutenção das quantidades de HDL-c e de triglicérides.
- (C) aumento de HDL-c e redução da concentração de triglicérides.
- (D) redução de HDL-c e da concentração de triglicérides.

— QUESTÃO 42 —

A hipertrigliceridemia primária grave é caracterizada pelo aumento da concentração plasmática de quilomícrons, por diminuição da enzima lipoproteína lipase. A Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017) recomenda que a terapia nutricional, neste caso, deve basear-se

- (A) na restrição moderada de gorduras da dieta, com quantidades entre 20% e 25% do valor calórico total.
- (B) no controle da quantidade de gorduras da dieta, com quantidades entre 30% e 35% das calorias.
- (C) na importante redução da gordura da dieta, que deve atingir, no máximo, 10% do valor calórico total.
- (D) na isenção total de gorduras da dieta, além de restrição severa de carboidratos, especialmente os açúcares simples.

— QUESTÃO 43 —

Conforme a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017), como medidas de controle da hipercolesterolemia, a dieta deve ser

- (A) isenta de ácidos graxos trans, com menos de 10% do valor calórico total (VCT) de ácidos graxos saturados para indivíduos saudáveis e menos de 7% do VCT para aqueles que apresentam risco cardiovascular aumentado.
- (B) isenta de ácidos graxos trans, com valores entre 10% e 12% do VCT de ácidos graxos saturados para indivíduos saudáveis e menos de 7% do VCT para aqueles que apresentam risco cardiovascular aumentado.
- (C) com até 2% de ácidos graxos trans, com valores até 20% do VCT de ácidos graxos saturados para indivíduos saudáveis e entre 7% e 10% do VCT para aqueles que apresentam risco cardiovascular aumentado.
- (D) isenta de ácidos graxos trans e de açúcares, independente do risco cardiovascular, porém, rica em fibras solúveis e insolúveis.

— QUESTÃO 44 —

Quais instrumentos devem ser utilizados para a avaliação nutricional de pacientes oncológicos adultos em cuidados paliativos ao fim da vida?

- (A) Avaliação subjetiva global e anamnese nutricional.
- (B) Anamnese nutricional com foco nos sinais e sintomas.
- (C) Avaliação subjetiva global, anamnese nutricional e exames laboratoriais.
- (D) Avaliação antropométrica com medida de dobras cutâneas e circunferência abdominal.

— QUESTÃO 45 —

A terapia nutricional oral do paciente oncológico adulto em tratamento clínico deve ser suspensa quando

- (A) houver odinofagia e disfagia grave, vômitos incoercíveis, broncoaspiração, recusa e intolerância ao suplemento.
- (B) houver instabilidade hemodinâmica, diarreia grave persistente, vômitos incoercíveis, íleo paralítico e distensão abdominal.
- (C) houver instabilidade hemodinâmica, sangramento do trato gastrointestinal, íleo paralítico e intolerância à glicose.
- (D) ocorrer ingestão oral menor que 70% das necessidades nutricionais nas últimas 24 horas.

— QUESTÃO 46 —

Conforme o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (2015), com que frequência deve ser realizada avaliação nutricional do paciente oncológico adulto internado em tratamento clínico?

- (A) Em até 30 dias, se o paciente não apresentar risco nutricional; em até 15 dias, caso apresente risco nutricional.
- (B) Diariamente, sempre no mesmo horário e pelo mesmo profissional.
- (C) Semanalmente, independente do risco nutricional.
- (D) Na admissão hospitalar ou em até 48 horas; semanalmente, durante a internação.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 47 —

Quando e como deve ser iniciada a realimentação no pós-operatório de cirurgia abdominal eletiva?

- (A) Imediatamente, por via parenteral, mesmo que o paciente esteja hemodinamicamente instável.
- (B) Após 72 horas, iniciando com alimentação parenteral.
- (C) Após 24 horas, iniciando com alimentação oral associada à enteral.
- (D) Precocemente, em até 24 horas de pós-operatório, desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável.

— QUESTÃO 48 —

Segundo Aguiar-Nascimento (2017), a terapia nutricional pré-operatória deve ser instituída aos pacientes candidatos a cirurgia de

- (A) pequeno a moderado porte, sem risco nutricional.
- (B) moderado a grande porte, que apresentem risco nutricional de moderado a alto.
- (C) grande porte, mesmo sem comprometimento do estado nutricional.
- (D) grande porte, com risco nutricional baixo.

— QUESTÃO 49 —

A desnutrição energético-proteica na doença renal crônica é multifatorial e resulta de um conjunto de fatores capazes de

- (A) reduzir a ingestão alimentar e aumentar tanto a síntese proteica quanto a lipídica.
- (B) reduzir a ingestão alimentar e diminuir o gasto energético e o catabolismo proteico.
- (C) reduzir a ingestão alimentar e aumentar o gasto energético e o catabolismo proteico.
- (D) reduzir a ingestão alimentar e aumentar somente a síntese proteica.

— QUESTÃO 50 —

Segundo Cuppari, Avesani e Kamimura (2013), na avaliação antropométrica da população em hemodiálise, há evidências de que a somatória das pregas cutâneas é um método

- (A) superior ao método da bioimpedância elétrica na mensuração da gordura corporal.
- (B) equivalente ao método da bioimpedância elétrica na mensuração da gordura corporal.
- (C) impreciso para mensuração da gordura corporal, sendo preferencialmente utilizado o IMC.
- (D) indicador de desnutrição proteico-calórica em longo prazo, mesmo que o paciente faça suplementação de nutrientes essenciais.

— RASCUNHO —