



CADERNO DE QUESTÕES

ÁREA PROFISSIONAL: **4-NUTRIÇÃO**

DATA: 08/12/2019

HORÁRIO: das 08 às 11 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ✘ Verifique se este CADERNO contém um total de 40 (quarenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de resposta cada, das quais, apenas uma é correta. Se o caderno não estiver completo, solicite ao fiscal de sala um outro caderno. Não serão aceitas reclamações posteriores.
- ✘ As questões estão assim distribuídas:

SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS: 01 a 10
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL: 11 a 40
- ✘ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ✘ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no cartão-resposta, utilizando caneta esferográfica, tinta preta ou azul escrita grossa.
- ✘ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o cartão-resposta devidamente ASSINADO e o caderno de questões. A não devolução de qualquer um deles implicará na eliminação do candidato.

LEGISLAÇÃO DO SUS E SAÚDE PÚBLICA

01. Segundo a lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, as ações e serviços públicos de saúde e de serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos princípios:

- I. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- II. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- III. Organização dos serviços públicos de modo a ter duplicidade de meios para fins idênticos;
- IV. Participação complementar dos serviços privados.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Os itens I e IV são verdadeiros.
- (B) Os itens I, II e IV, apenas, são verdadeiros.
- (C) Os itens I e II, apenas, são verdadeiros.
- (D) Os itens I, III e IV, apenas, são verdadeiros.
- (E) Apenas o item I é verdadeiro.

02. Tomando como base as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), avalie os itens abaixo como Verdadeiros (V) ou Falsos (F).

- () Continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência.
- () Garantia da qualidade da atenção hospitalar e da segurança do paciente.
- () Regionalização da atenção hospitalar, com abrangência municipal e populacional, em consonância com as pactuações regionais.
- () Gestão de tecnologia em saúde, de acordo com a Política Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS.

Assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA.

- (A) V, V, V, V
- (B) V, V, F, V
- (C) F, V, F, V
- (D) F, F, V, V
- (E) V, F, F, V

03. Analise as assertivas acerca da Política Nacional de Atenção Hospitalar no que se refere especificamente ao Eixo de Assistência Hospitalar e assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F).

- () O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, apenas por demanda referenciada, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades.
- () O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegurem o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.
- () A auditoria clínica interna periódica será realizada, no mínimo, a cada 1 (um) ano, com o objetivo de qualificar o processo assistencial hospitalar.
- () Cabe ao hospital identificar e divulgar os profissionais que são responsáveis pelo cuidado do paciente nas unidades de internação, nos prontos socorros, nos ambulatórios de especialidades e nos demais serviços.

Assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA.

- (A) V, V, F, V
- (B) F, V, F, V
- (C) V, V, V, V
- (D) F, V, V, V
- (E) V, F, F, V

04. A Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer tem como objetivo a redução da mortalidade e da incapacidade causadas por essa doença e ainda a possibilidade de diminuir a incidência de alguns tipos de câncer, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com câncer, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos. Nesse sentido, assinale a opção INCORRETA.

- (A) Na Política Nacional de Atenção Oncológica, a Atenção Hospitalar é composta pelos hospitais habilitados como UNACON e CACON e pelos Hospitais Gerais com Cirurgia Oncológica, onde são oferecidos os tratamentos especializados de alta complexidade e de densidade tecnológica para as pessoas com câncer, os quais devem ser estruturados, considerando-se os dados epidemiológicos, as lógicas de escala, de escopo e de acesso, respeitando-se a conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde.
- (B) Os hospitais habilitados como UNACON são estruturas hospitalares que realizam o diagnóstico definitivo e o tratamento dos cânceres mais prevalentes da região de saúde onde está inserido.
- (C) O hospital habilitado como UNACON realiza o diagnóstico definitivo e o tratamento de todos os tipos de câncer, mas não obrigatoriamente dos cânceres raros e infantis.
- (D) Componente Regulação da rede de atenção oncológica é responsável pela organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com câncer, com atuação de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.
- (E) Na hipótese das UNACON e dos CACON, não oferecerem dentro de sua estrutura hospitalar atendimento de hematologia, oncologia pediátrica, transplante de medula óssea e cuidados paliativos, esses serviços devem ser formalmente referenciados e contratualizados.

05. Segundo as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS, relacione as sentenças abaixo e assinale a opção com a correspondência CORRETA.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> I. Rede de Atenção à Saúde II. Linhas de Cuidado III. Integração Horizontal IV. Integração Vertical | <ul style="list-style-type: none"> () Consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e por serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo). () Arranjos organizativos de ações e de serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. () Uma forma de articulação de recursos e de práticas de produção de saúde orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. () Articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. |
|--|---|

- (A) III – II – I - IV
- (B) III- I – II – IV
- (C) IV – I – II – III
- (D) IV – II – I – III
- (E) III – IV – I - II

06. A Portaria de Consolidação nº 03/2017 trata das redes temáticas de atenção à saúde, no que tange aos fundamentos da rede de atenção à saúde, informa que, para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados:

- (A) Qualidade, Suficiência, Linha de cuidado, Acesso e Disponibilidade de Recursos.
- (B) Economia de Escala, Qualidade, Gestão do cuidado, Acesso e Comodidade.
- (C) Qualidade, Suficiência, Gestão do cuidado, Acesso e Disponibilidade de Recursos.
- (D) Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos.
- (E) Economia de Escala, Gestão de cuidado, Linha de cuidado, Acesso e Comodidade.

07. A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, no capítulo da competência e atribuição, são atribuições comuns a União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, em seu âmbito administrativo, EXCETO:
- (A) Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde.
 - (B) Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano.
 - (C) Organização e coordenação do sistema de informação de saúde.
 - (D) Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador.
 - (E) Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública.
08. Com relação às características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde, analise as assertivas a seguir e marque a INCORRETA.
- (A) Em um sistema de saúde fragmentado, a forma de organização é hierarquia.
 - (B) O sistema Rede de Atenção à Saúde (RAS) é organizado de forma hierárquica.
 - (C) O sistema de redes de atenção é voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS.
 - (D) A forma da ação do sistema fragmentado é reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias.
 - (E) Planejamento do sistema de redes de atenção à saúde é realizado levando em conta necessidades da população, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências.
09. Segundo a Portaria de Consolidação nº 02/2017, as ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação. Dentre elas temos a que é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população. Essa dimensão é denominada de:
- (A) Regulação de atenção à saúde.
 - (B) Regulação do acesso.
 - (C) Regulação de sistemas de saúde.
 - (D) Regulação do Acesso à Assistência.
 - (E) Regulação suplementar.
10. O decreto presidencial nº 7.059, de 28 de junho de 2011 que Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços, EXCETO:
- (A) Serviços de atenção primária.
 - (B) Serviços de atenção hospitalar especializada.
 - (C) Serviços de atenção de urgência e emergência.
 - (D) Serviços de atenção psicossocial.
 - (E) Serviços especiais de acesso aberto.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL

11. Paciente de 50 anos de idade submetido a gastrectomia parcial para tratamento de tumor no estômago. No 8º dia de pós-operatório, evolui com escórias nitrogenadas elevadas e anúrico. A equipe da nefrologia foi chamada e, após avaliação, foi indicado o tratamento dialítico. Diante do quadro, a recomendação nutricional para esse paciente, segundo Projeto Diretrizes (2011) é:
- (A) 25 kcal/kg/dia com 1,5 g de proteína/kg/dia, sem restrição de volume.
 - (B) 20 kcal/kg/dia com 1,0 g de proteína/kg/dia, com restrição de volume.
 - (C) 25 kcal/kg/dia com 2,0 de proteína/kg/dia, sem restrição de volume.
 - (D) 30 kcal/kg/dia com 1,5 g de proteína/kg/dia, com restrição de volume.
 - (E) 28 kcal/kg/dia com 1,2 g de proteína/kg/dia, com restrição de volume.
12. Com relação à terapia nutricional enteral e parenteral, avalie os itens a seguir:
- I. A via de administração da nutrição enteral e da nutrição parenteral não é exclusiva, podendo ser empregada para medicamentos;
 - II. Na sala de manipulação da nutrição enteral deve existir ralo sanfonado no piso para facilitar a lavagem;
 - III. O controle do paciente em terapia de nutrição enteral e parenteral deve contemplar os ingressos de nutrientes, tratamentos farmacológicos concomitantes, sinais de intolerância à nutrição enteral e prenteral, alterações antropométricas, bioquímicas, hematológicas e hemodinâmicas;
 - IV. Obstrução intestinal, íleo paralítico e fístula digestiva de alto débito são indicações da nutrição parenteral.
- Está CORRETO apenas o que se afirma nos itens:
- (A) I e II.
 - (B) II e IV.
 - (C) III e IV.
 - (D) I, II e III.
 - (E) II e III e IV.
13. Paciente de 80 anos de idade com doença de Alzheimer internado com pneumonia aspirativa, evolui com comprometimento da deglutição há mais de 10 dias, presença de tosse e aceitação da alimentação por via oral na consistência líquida de aproximadamente 50% do ofertado. Inicialmente, a via de alimentação preferencial para nutrir esse paciente é:
- (A) Dieta por via oral na consistência líquida mais suplemento oral.
 - (B) Dieta por sonda na posição gástrica.
 - (C) Dieta por sonda na posição entérica.
 - (D) Dieta por gastrostomia.
 - (E) Dieta por jejunostomia.
14. Pacientes com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) frequentemente evoluem, com o surgimento dos sintomas da doença, para quadro de desnutrição. A má-absorção, anorexia, náuseas e vômitos, por exemplo, são alguns dos sintomas na AIDS. Considerando-se um paciente que apresenta esses sintomas e faz uso de antirretroviral, é INCORRETO afirmar:
- (A) A oferta de alimentos deve ser de fácil digestão, pobre em gordura e condimentos, volume reduzido e com fibras solúveis.
 - (B) Os antirretrovirais tem como efeitos colaterais a hipoglicemia, a hipertrigliceridemia, a hipercolesterolemia e/ou a lipodistrofia.
 - (C) O aporte calórico deve ser de 30 a 40 kcal/kg/peso atual.
 - (D) O aporte proteico deve ser pelo menos 1,3 g de proteína/kg/ peso atual.
 - (E) A suplementação oral é importante para recuperar o estado nutricional.
15. Um dos efeitos adversos da Terapia Nutricional Enteral é a aspiração do conteúdo gástrico e da dieta para árvore brônquica. Sobre as medidas preventivas, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Confirmar a posição da sonda por controle radiológico.
 - (B) Verificar o volume residual gástrico.
 - (C) Utilizar um marcador na porção externa da sonda próxima à narina como marcador secundário.
 - (D) Usar agentes procinéticos.
 - (E) Manter o paciente em posição supina a pelo menos 25º.

16. A insuficiência hepática é a forma clínica mais grave de evolução de quase todas as doenças crônicas no fígado. Caracteriza-se por redução de aproximadamente 70% a 80% das funções do órgão, o que ocasiona sérias complicações hepáticas (encefalopatia hepática, hipertensão portal) e sistêmica. Marque a opção CORRETA em relação à terapia nutricional.
- (A) Dietas com restrição proteica não reduzem o grau de encefalopatia hepática, além de comprometerem o estado geral e nutricional do paciente.
 - (B) A prescrição nutricional deve ser rica em AACR e pobre em fibras alimentares em pacientes com encefalopatia hepática, segundo Diretrizes Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente Grave, 2018.
 - (C) A nutrição parenteral é considerada a principal via para administração da terapia nutricional aos pacientes com encefalopatia hepática.
 - (D) As recomendações de energia para pacientes com edema periférico e ascite podem variar de 25 a 40 kcal/kg do peso atual.
 - (E) Pacientes com insuficiência hepática observa-se acúmulo de aminoácidos de cadeia ramificada (AACR), devendo a dieta ser pobre nesses aminoácidos.
17. A desnutrição proteica e calórica é frequente nos pacientes com pneumopatia. A perda de peso pode observada em 70% dos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Sobre a conduta dietoterápica, assinale a opção CORRETA.
- (A) A terapia nutricional enteral deve ser a via preferencial para pacientes hemodinamicamente instáveis para evitar translocação bacteriana.
 - (B) As necessidades calóricas devem ser de 30 - 35 kcal/kg/dia, podendo chegar a 40 - 45 kcal/kg/dia com progressão rápida e monitorada.
 - (C) Nos pacientes em que o tubo digestivo esteja funcionando, utiliza-se a via parenteral.
 - (D) Nos pacientes que necessitam de restrição hídrica, utiliza-se fórmulas enterais densas com pelo menos 1,5 kcal/ml.
 - (E) A monitorização do fósforo não é necessária em pacientes com DPOC.
18. No duodeno e jejuno, enzimas pancreáticas quebram as proteínas em polipeptídios. Na borda em escova do intestino delgado, as peptidases agem sobre os polipeptídios, transformando-os em tripeptídios, dipeptídios e aminoácidos livres. Acerca da absorção das proteínas, marque a opção CORRETA.
- (A) Peptídios absorvidos intactos sofrem hidrólise intracelular para dipeptídios e passam para a circulação.
 - (B) Os peptídios absorvidos intactos podem sofrer degradação no fígado, músculo, rim e cérebro.
 - (C) Após seu transporte para o enterócito, os peptídios absorvidos alcançam intactos a corrente sanguínea.
 - (D) Comparadas as fórmulas com proteínas completas, as dietas com grandes peptídeos apresentam-se mais eficazes, em pacientes submetidos à cirurgia abdominal internados em unidade de terapia intensiva, no sentido de restaurar os níveis proteicos e de aminoácidos no plasma.
 - (E) Em condições de Sepsis, pode haver o aumento da absorção de aminoácidos, devidos as condições fisiológicas do paciente que facilitam tal situação.
19. A interação entre fármaco e nutriente ocorre quando se obtém algum efeito colateral indesejado, seja pela ingestão concomitante de fármaco com determinado nutriente ou por algum componente presente no alimento. Apesar desse tema, marque a opção INCORRETA.
- (A) A tetraciclina (antibiótico) é um fármaco que reage com cátions bi ou trivalentes. Nesse caso, ela se agrupa com o cálcio presente no leite, formando um quelato, diminuindo a absorção tanto do fármaco quanto do nutriente.
 - (B) O alimento aumenta o débito sanguíneo, fazendo com que os fármacos cheguem mais rapidamente e em maior concentração até o fígado, onde são metabolizados.
 - (C) Pacientes idosos consistem um grupo de risco, pelo fato de estarem constantemente em uso de diversos tipos de fármacos, por causa da idade e por possuírem maior chance de consumir dietas não balanceadas.
 - (D) A vitamina B12 dietética necessita do ácido gástrico e da enzima pepsina para ser liberada da proteína dietética e ligar-se à proteína R salivar. Esse complexo, B12- proteína R salivar, é hidrolisado no estômago, por enzimas pancreáticas, em B12 livre, que é absorvida no íleo.
 - (E) Nem sempre a vitamina C aumenta a biodisponibilidade de minerais. Por exemplo, o complexo vitamina C e cobre é mal captado pela mucosa, e o zinco tem baixa afinidade pela vitamina C; assim esses dois minerais não têm sua absorção favorecida caso haja presença de vitamina C nessa refeição.

20. Necessidades e recomendações de energia e de nutrientes são termos importantes que muitas vezes são empregados de maneira incorreta. Acerca de desse tema, marque a opção CORRETA.
- (A) A necessidade nutricional pode ser definida como a quantidade de energia e de nutrientes disponíveis nos alimentos que indivíduos enfermos devem ingerir para satisfazer todas as necessidades fisiológicas.
 - (B) As recomendações de ingestão de nutrientes visam a satisfazer às necessidades nutricionais de quase todos os indivíduos de uma população sadia. Para tanto, as recomendações de nutrientes baseiam-se na média das necessidades somada a 2 desvios-padrão.
 - (C) O uso de fórmulas para o cálculo da estimativa da TMB (Taxa de Metabolismo Basal) não é de grande importância para a prática clínica porque não fornecerem valores exatos, apesar de serem utilizados para o cálculo da prescrição de energia.
 - (D) Apesar de superestimar em cerca de 6% a TMB, a equação de Harris Benedict é utilizada para o cálculo da TMB apenas por gênero, peso corporal e estatura.
 - (E) É possível entender o peso corporal como resultado da relação entre ingestão de energia e o gasto energético, que caracteriza o balanço energético, o qual pode ser negativo (implicando ganho ponderal), positivo (originando perda ponderal) ou neutro (implicando manutenção do peso corporal).
21. Por serem nutrientes que em uma dieta normal representam mais de 60 % da energia disponível, deduz-se que no organismo existam mecanismos de digestão e absorção suficientemente eficazes para o máximo aproveitamento dos carboidratos. Com relação a digestão e absorção dos carboidratos, marque a opção CORRETA.
- (A) Na boca restringe-se à quebra parcial das longas cadeias polissacarídeos do amido, permanecendo intactos todos os carboidratos com menor grau de polimerização, que são então conduzidos ao estômago.
 - (B) O esvaziamento gástrico é controlado pela regulação da osmolalidade e da acidez do quimo, sendo que em pHs muito altos e soluções hipertônicas ocorre diminuição da taxa de esvaziamento do estômago.
 - (C) O quimo, que contém mono, di e oligossacarídeos, com fragmentos maiores provenientes da digestão do amido, ao atingir o estômago sofre ação da alfa-amilase pancreática e das vilosidades da borda em escova.
 - (D) Produtos resultantes da digestão do amido são monossacarídeos, sobretudo glicose, lactose e resíduos com pequeno grau de polimerização, como maltose, isomaltose e dextrinas alfa-limite.
 - (E) As principais e únicas enzimas que apresentam grande atividade na borda em escova são alfa-amilase, lactase e sacarase-isomaltase.
22. O cálcio é um íon essencial ao organismo, possui funções estruturais e funcionais que englobam desde a formação e manutenção do esqueleto até a regulação tempo-espacial na função neuronal. Sobre esse mineral, marque a opção INCORRETA.
- (A) A maioria do cálcio no organismo encontra-se nos ossos, principalmente como hidroxapatita, embora o osso contenha também magnésio, traços de estrôncio e flúor.
 - (B) A calbindina D é essencial para a absorção intestinal do cálcio, para sua entrada na célula e para a reabsorção intestinal do cálcio, para sua entrada na célula e para reabsorção do filtrado glomerular no rim.
 - (C) O cálcio também é importante na regulação da contração muscular, pois a proteína troponina que regula a contratibilidade de actina e miosina é dependente de cálcio.
 - (D) A absorção do cálcio ocorre por duas vias: uma transcelular (absorção por meio das células intestinais) e outra paracelular (absorção entre as células intestinais)
 - (E) A hipercalcemia aguda pode resultar em vômitos, coma e possivelmente morte. Se prolongada, pode provocar formação de pedras renais e calcificação de tecidos moles. A formação de pedras e calcificação parecem ocorrer junto com a hipofosfatemia.
23. A diversidade e a essencialidade das funções às quais o ferro é relacionado tornaram esse metal do grupo 8 da classificação periódica um dos micronutrientes mais estudados e de melhor caracterização quanto ao seu metabolismo. Acerca do ferro, marque a opção INCORRETA.
- (A) Há quatro classes de proteínas contendo Ferro: proteínas que contêm heme, enzimas contendo ferro e enxofre, proteínas de transporte e armazenamento e outras enzimas contendo ferro.
 - (B) O ferro não heme será absorvido na forma ferrosa, portanto, compostos redutores presentes no lúmen no momento da absorção terão efeito positivo.
 - (C) Pacientes com acloridria podem desenvolver anemia por deficiência em ferro por causa da menor capacidade de absorver o ferro não heme dos alimentos; a retenção e a mistura dos alimentos no estômago também são importantes para absorção do ferro.

- (D) A vitamina C aumenta a biodisponibilidade de ferro não heme presente nos alimentos, e essa relação parece ser direta, independentemente do estado nutricional do indivíduo em relação à vitamina.
- (E) A principal causa da hemocromatose é a baixa ingestão de ferro, em especial associada com o consumo de bebidas alcoólicas, que diminuem sua absorção.
24. A população idosa é um segmento populacional que vem crescendo rapidamente tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Marque a opção CORRETA no que diz respeito aos idosos.
- (A) A taxa de metabolismo basal diminui, em parte, em decorrência da diminuição da massa muscular e da atividade física. Ocorre redução de síntese proteica, resultando em capacidade aumentada de transporte de micronutrientes.
- (B) Algumas alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento normal podem ocorrer no trato gastrointestinal, como aumento da acidez gástrica, dos sucos digestivos e da motilidade intestinal.
- (C) Com atrofia da mucosa gástrica do idoso o aumento da produção de ácido clorídrico e secreção do fator intrínseco provoca maior absorção da vitamina B12.
- (D) Minerais como cálcio, magnésio, cobre, cromo e zinco afetam funções que normalmente declinam com a idade, como o comprimento dos ossos, doenças cardiovasculares, resposta imunológica, gosto e sabor e metabolismo dos carboidratos.
- (E) O aumento na produção de estrógeno na menopausa está associado com a perda de massa óssea acelerada. Além disso, altos níveis de estrógenos estão implicados com a diminuição da eficiência para a absorção de cálcio.
25. A avaliação nutricional do paciente hospitalizado é um dos pontos principais para o diagnóstico precoce da desnutrição, possibilitando uma intervenção nutricional mais efetiva. No paciente oncológico essa realidade não é diferente. Nesse contexto, julgue os itens abaixo e assinale a opção CORRETA.
- I. Os métodos de triagem que podem ser aplicados à população oncológica são Triagem de Risco Nutricional 2002 (NRS-2002), Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição (MUST), Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), Instrumento de Triagem de Desnutrição (MST), Mini Avaliação Nutricional versão reduzida (MAN-VR);
- II. A avaliação do estado nutricional de pacientes oncológicos pode ser realizada por meio de ferramentas como: ASG - Avaliação Subjetiva Global, ASG-PPP e MAN - mini avaliação nutricional; avaliação antropométrica (% de perda de peso, índice de massa corporal); exames bioquímicos; semiologia nutricional e inquéritos dietéticos;
- III. Embora existam outros métodos para triagem e avaliação nutricional do paciente oncológico, a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) é considerado o método padrão ouro;
- IV. A determinação da capacidade funcional, força da preensão palmar, realizada com um dinamômetro, é um parâmetro que auxilia na avaliação do estado nutricional e da eficácia da terapia nutricional instituída ao paciente oncológico;
- V. A avaliação nutricional dos pacientes oncológicos deve começar somente após o início do tratamento, ainda que o estado geral desse paciente esteja comprometido.
- (A) I, II, III e V são verdadeiros.
- (B) II e III são falsos.
- (C) I, II, III e IV são verdadeiros.
- (D) II, III e IV são falsos.
- (E) I e V são verdadeiros.
26. O conhecimento da relação entre os genes e os compostos dos alimentos, como os nutrientes e os compostos bioativos, possibilitou o surgimento da nutrigenômica e nutrigenética. Considerando esse assunto, marque a opção CORRETA.
- (A) Os nutrientes e compostos bioativos dos alimentos, atuam no mecanismo fisiopatológico da inflamação, mas não exercem influência no funcionamento do genoma.
- (B) Nutrientes e compostos bioativos podem alterar a expressão gênica em nível transcricional, de forma direta ou indireta.
- (C) Na forma indireta de alteração gênica em nível transcricional, um nutriente ou seu metabólito tem atuação no núcleo celular ao se ligar indiretamente a um fator de transcrição e induzir a expressão gênica.
- (D) Vitamina D, vitamina A, sulforafano, catequinas e ferro são exemplos de nutrientes ou compostos bioativos dos alimentos que atuam de forma direta no núcleo celular e induzem a expressão gênica.
- (E) Interação entre gene e dieta descreve o efeito de um componente do alimento sobre um determinado fenótipo, sem variação devido ao polimorfismo genético.

27. A triagem nutricional no paciente crítico também é essencial para a identificação de risco nutricional e estabelecimento de intervenção nutricional adequada. No entanto, há certa dificuldade na utilização de ferramentas com esse objetivo nesse público, devido às suas peculiaridades. A ferramenta de triagem nutricional desenvolvida e validada para uso em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e que considera índices prognósticos como APACHE II e SOFA é:
- (A) Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP).
 - (B) Triagem de Risco Nutricional - 2002 (NRS-2002).
 - (C) Mini Avaliação Nutricional (MAN).
 - (D) Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição (MUST).
 - (E) Risco Nutricional no Doente Crítico (NUTRIC score).
28. As fibras alimentares, também denominadas de fibras dietéticas, são substâncias constituídas de polímeros de carboidratos, sendo resistentes à digestão e absorção no intestino delgado humano, com fermentação completa ou parcial no intestino grosso. Acerca desse tema, marque a opção INCORRETA.
- (A) Os componentes da fibra alimentar dividem-se nos grupos: polissacarídeos não amido, oligossacarídeos, carboidratos análogos (amido resistente e maltodextrinas resistentes), lignina, compostos associados à fibra alimentar (compostos fenólicos, proteína de parede celular, oxalatos, fitatos, ceras, cutina e suberina) e fibras de origem animal (quitina, quitosana, colágeno e condroitina).
 - (B) As fibras são classificadas como fibras solúveis, viscosas ou facilmente fermentáveis no cólon, como a pectina, ou como fibras insolúveis como o farelo de trigo que tem ação no aumento de volume do bolo fecal, mas com limitada fermentação no cólon.
 - (C) A fermentação no cólon tem significado relevante, visto que causa efeitos benéficos, como a produção de ácidos graxos de cadeia média (ácido propiônico e acético), os quais podem ser responsáveis, em parte, pela propriedade que estas fibras possuem de reduzir o colesterol.
 - (D) O ácido butírico, derivado do processo de fermentação das fibras solúveis no intestino grosso, pode reduzir o risco de câncer de cólon por suprimir a proliferação das células cancerígenas.
 - (E) Um dos efeitos indesejáveis das fibras, em especial das solúveis, é a sua interação com a absorção de minerais, como cálcio, zinco, magnésio e ferro, no intestino delgado, diminuindo a absorção destes.
29. O risco nutricional é identificado por meio da triagem nutricional, a qual consiste na realização de inquérito simples ao paciente ou a seus familiares, com o propósito de identificar o risco nutricional. Uma das principais ferramentas utilizadas para essa finalidade no paciente hospitalizado adulto é a *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)*, a qual inclui:
- (A) Exame físico, recordatório 24 horas e proteinúria.
 - (B) Alteração na ingestão alimentar, avaliação bioquímica e semiologia nutricional.
 - (C) Estado de hidratação, avaliação bioquímica e recordatório 24 horas.
 - (D) Índice de massa corporal, perda de peso não intencional em três meses, ingestão alimentar e fator estresse/gravidade da doença.
 - (E) Escore ≥ 3 indicando que o paciente não apresenta risco nutricional, não havendo necessidade de reavaliação após sete dias.
30. O uso de alimentos com bactérias probióticas, especialmente produtos lácteos, ou dessas bactérias na forma isolada é uma crescente atualmente, visto que apresentam papel importante nas funções digestivas, respiratória e imunológica. Alguns dos principais benefícios obtidos com essa prática são:
- (A) Combate à diarreia de diferentes etiologias; produção de ácidos graxos de cadeia curta; modulação do sistema imunológico do hospedeiro, impedindo o desenvolvimento de microrganismos patogênicos.
 - (B) Inibição do câncer de cólon; ausência de interação com a microbiota do hospedeiro; modulação da infecção por *Helicobacter pylori*.
 - (C) Produção de ácidos graxos de cadeia curta, e de cadeia média; ingestão de frutoligossacarídeos e inulinas, visto que são os principais representantes dessas bactérias.
 - (D) Aumento da absorção de minerais como cálcio, ferro e magnésio; ingestão de frutoligossacarídeos, inulinas e bífido bactérias, visto que são os principais representantes dessas bactérias; modulação do sistema imunológico do hospedeiro, impedindo o desenvolvimento de microrganismos patogênicos.
 - (E) Modulação da infecção por *Helicobacter pylori*; inibição do câncer de cólon; produção de ácidos graxos de cadeia longa; ingestão dos principais representantes dessas bactérias: bífido bactérias e lactobacilos.

31. Paciente EFS, 67 anos de idade, portador de neoplasia maligna de base da língua em estágio III, acamado crônico, admitido na unidade de oncologia em dieta ZERO, há duas semanas, devido à disfagia; acompanhante referiu perda de 20 kg em um mês; apresenta sinais claros de desnutrição grave. Após triagem nutricional obteve-se escore 12 e estágio C de desnutrição. Sendo classificado como 12C (necessidade crítica de intervenção nutricional e gravemente desnutrido), segundo ferramenta utilizada. Nesse contexto, indique a opção que consta a ferramenta de triagem utilizada, a terapia nutricional e a via de administração adequada.
- (A) Triagem de Risco Nutricional - 2002 (NRS-2002), dieta branda por via oral.
 (B) Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), dieta livre por via oral.
 (C) Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP); dieta industrializada hipercalórica e hiperprotéica por jejunostomia.
 (D) Risco Nutricional no Doente Crítico (NUTRIC score), dieta líquida pastosa por sonda nasogástrica.
 (E) Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição (MUST), dieta pastosa por via oral.
32. O Guiar Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde classifica os alimentos em: *in natura* ou minimamente processados, processados e ultraprocessados. Nesse contexto, analise o quadro abaixo e indique a opção CORRETA.

Alimento		Ingredientes
I	Compota de caju	Caju e açúcar em calda
II	Suco de morango em pó	Açúcar, suco de morango desidratado, maltodextrina, ácido ascórbico, acidulante, aromatizante, antiemético, edulcorantes artificiais, regulador de acidez, estabilizantes, goma xantana, corante caramelo IV, corante artificial vermelho 40, corante inorgânico dióxido de titânio.
III	Leite integral pasteurizado	Leite integral
IV	Pão de forma	Farinha de trigo enriquecida com ferro e ácido fólico, açúcar, gordura vegetal, sal refinado, glúten de trigo, soro de leite em pó, conservadores propionato de cálcio e sorbato de potássio, emulsificantes lecitina de soja e estearoil-2-lactil lactato de cálcio e antioxidante ácido ascórbico.
V	Abacaxi	Abacaxi

- (A) I e II são alimentos *in natura* ou minimamente processados.
 (B) II e III são alimentos processados.
 (C) III e IV são alimentos ultraprocessados.
 (D) IV e V são alimentos processados.
 (E) II e IV são alimentos ultraprocessados.
33. Em 2005, o Projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória), com base em ampla revisão bibliográfica sobre cuidados perioperatórios, iniciou programa multimodal pioneiro no território nacional, o qual, desde a concepção, destacou a importância de questões nutricionais na recuperação do paciente cirúrgico. Acerca dos benefícios da prescrição de terapia nutricional no período pré-operatório, assinale a opção CORRETA.
- (A) Terapia nutricional pré-operatória por via oral, enteral ou parenteral deve ser instituída a todos os pacientes cirúrgicos independente do seu risco nutricional.
 (B) Terapia nutricional pré-operatória por via oral, enteral ou parenteral deve ser instituída aos pacientes candidatos a operação de moderado a grande porte que apresentem risco nutricional moderado a alto, acessado por qualquer um dos métodos disponíveis.
 (C) Terapia nutricional pré-operatória por via enteral ou parenteral deve ser instituída aos pacientes candidatos a operação de moderado a grande porte que apresentem risco nutricional moderado a alto, acessado por qualquer um dos métodos disponíveis.
 (D) Terapia nutricional pré-operatória por via oral, enteral ou parenteral deve ser instituída aos pacientes candidatos a operação de grande porte que apresentem risco nutricional alto, acessado por qualquer um dos métodos disponíveis.
 (E) Terapia nutricional pré-operatória por via parenteral deve ser instituída aos pacientes candidatos a operação de grande porte que apresentem risco nutricional alto, acessado por qualquer um dos métodos disponíveis.

34. Nos últimos anos têm-se dado bastante ênfase ao uso de imunonutrição como complemento da fórmula proteica dos suplementos orais ou da nutrição enteral. Sobre a indicação de fórmulas contendo imunonutrientes no período perioperatório, assinale a opção CORRETA.
- (A) A fórmula nutricional utilizada no período perioperatório deve conter imunonutrientes sobretudo em pacientes de menor risco nutricional.
 - (B) A terapia nutricional para pacientes de maior risco nutricional e submetidos à operação de grande porte deve incluir imunonutrientes, tanto pelo uso de suplementos orais como por via enteral.
 - (C) A fórmula nutricional utilizada no período perioperatório pode conter imunonutrientes ou não. Contudo, em pacientes de maior risco e submetidos à operação de grande porte, a terapia nutricional não deve incluir imunonutrientes.
 - (D) A fórmula nutricional utilizada no período perioperatório pode conter imunonutrientes ou não. Contudo, em pacientes de maior risco e submetidos à operação de grande porte, a terapia nutricional deve incluir imunonutrientes, tanto pelo uso de suplementos orais como por via enteral.
 - (E) A fórmula nutricional utilizada no período perioperatório não deve conter imunonutrientes. Contudo, em pacientes de maior risco e submetidos à operação de pequeno a médio porte, a terapia nutricional deve incluir imunonutrientes, tanto pelo uso de suplementos orais como por via enteral.
35. O jejum pré-operatório não deve ser prolongado. Para a maioria dos pacientes candidatos a procedimentos eletivos recomenda-se jejum de sólidos de 6-8 horas antes da indução anestésica. Líquidos contendo carboidratos (maltodextrina) devem ser ingeridos até 2 horas antes da anestesia, exceto para casos de retardo no esvaziamento esofágico ou gástrico, ou em procedimentos de emergência. Dentre os benefícios da abreviação do jejum pré-operatório, apontados por diversos autores, pode-se destacar:
- (A) Redução da resistência insulínica.
 - (B) Imunomodulação com maior reação inflamatória.
 - (C) Depleção da capacidade funcional no pós-operatório.
 - (D) Incremento do quadro de ansiedade, sede e fome.
 - (E) Aumento no tempo de internação em operações de maior porte.
36. A desnutrição é definida como o estado resultante da deficiência de nutrientes que podem causar alterações na composição corporal, funcionalidade e estado mental com prejuízo no desfecho clínico. A identificação precoce da desnutrição, por meio de ferramentas de triagem nutricional validadas, possibilita estabelecer conduta nutricional mais apropriada e o grande desafio é evitar a piora do quadro e tentar recuperar o estado nutricional. Sobre a triagem nutricional, uma ferramenta que pode ser utilizada como predito indireto de desnutrição, marque a opção CORRETA.
- (A) A seleção de uma ferramenta de triagem nutricional deve considerar a população alvo, a objetividade e a rapidez de aplicação do método, uma vez que apenas os pacientes graves devem ser triados.
 - (B) A Nutritional Risk Screening (NRS) 2002 e a Malnutritionscreening tool (MST) são amplamente empregadas em enfermarias e não podem ser aplicadas em pacientes críticos.
 - (C) O Nutrition Risk in the Critically Ill (NUTRIC) Score, um método validado especificamente em pacientes críticos. Uma das limitações do NUTRIC é que ele é composto de variáveis não tradicionalmente associadas à desnutrição, mas à gravidade da doença.
 - (D) Após a triagem nutricional todos os pacientes, independentemente do seu risco, devem ser submetidos à avaliação nutricional para o adequado diagnóstico do seu estado nutricional.
 - (E) Um elemento que facilita o reconhecimento do paciente desnutrido, independente do método de triagem escolhido, é o fato dele ser caracterizado apenas como um indivíduo com baixo índice de massa corporal (IMC).
37. Atualmente existem indícios de que a oferta proteica poderia influenciar no desfecho do paciente crítico, o que justificaria seu monitoramento. A oferta proteica teria repercussão em desfechos secundários do doente crítico e alguns estudos até sugerem que ocorra diminuição da mortalidade. Considerando o exposto, marque a opção que apresenta, de maneira CORRETA, a oferta proteica ideal recomendada pela Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente Grave (2018):
- (A) 1,5 a 2 g/kg/dia de proteína.
 - (B) 1,2 a 2 g/kg/dia de proteína.
 - (C) 0,8 a 1 g/kg/dia de proteína.
 - (D) 1,5 a 2,5 g/kg/dia de proteína.
 - (E) 1 a 2 g/kg/dia de proteína.

38. Os pacientes obesos são mais susceptíveis a complicações associadas ao *overfeeding* (hiperglicemia, esteatose hepática e resistência à insulina). Neste sentido, marque a opção que apresenta a meta calórico-proteica a ser atingida no paciente obeso crítico:
- (A) 11-14 kcal/kg/dia do peso real para pacientes com IMC entre 30-50 kg/m² e 22-25 kcal/kg/dia do peso ideal para IMC eutrófico, se IMC > 50 kg/m². Fornecer 2 gramas de proteína por kg de peso real por dia, caso IMC entre 30-40 kg/m², e até 2,5 gramas por kg de peso ideal por dia, se IMC > 40 kg/m².
 - (B) 11-14 kcal/kg/dia do peso real para pacientes com IMC entre 30-50 kg/m² e 22-25 kcal/kg/dia do peso ideal para IMC eutrófico, se IMC > 50 kg/m². Fornecer 2 gramas de proteína por kg de peso ideal por dia, caso IMC entre 30-40 kg/m², e até 2,5 gramas por kg de peso ideal por dia, se IMC > 40 kg/m².
 - (C) 11-14 kcal/kg/dia do peso real para pacientes com IMC > 50 kg/m² e 22-25 kcal/kg/dia do peso ideal para IMC eutrófico, se IMC entre 30-50 kg/m². Fornecer 2,5 gramas de proteína por kg de peso ideal por dia, caso IMC entre 30-40 kg/m², e até 2 gramas por kg de peso ideal por dia, se IMC > 40 kg/m².
 - (D) 11-14 kcal/kg/dia do peso real para pacientes com IMC entre 30-40 kg/m² e 22-25 kcal/kg/dia do peso ideal para IMC eutrófico, se IMC > 40 kg/m². Fornecer 2 gramas de proteína por kg de peso ideal por dia, caso IMC entre 30-50 kg/m², e até 2,5 gramas por kg de peso ideal por dia, se IMC > 50 kg/m².
 - (E) 11-14 kcal/kg/dia do peso real para pacientes com IMC > 50 kg/m² e 22-25 kcal/kg/dia do peso ideal para IMC eutrófico, se IMC entre 30-50 kg/m². Fornecer 2 gramas de proteína por kg de peso ideal por dia, caso IMC > 40 kg/m², e até 2,5 gramas por kg de peso ideal por dia, se IMC entre 30-40 kg/m².
39. As dietas oferecidas aos pacientes podem ser padronizadas segundo as modificações, sendo essas classificadas a partir das principais características, indicações terapêuticas e dos alimentos/preparações pelos quais são compostas, e, ainda, apresentam variações de acordo com o serviço de nutrição das diferentes instituições de saúde. Um paciente com prescrição de dieta branda, hipoproteica e com controle de fenilalanina apresenta, respectivamente, modificações em relação à:
- (A) Consistência, proporção de macronutrientes e restrição de nutrientes.
 - (B) Consistência, restrição de nutrientes e proporção de macronutrientes.
 - (C) Proporção de macronutrientes, consistência e restrição de nutrientes.
 - (D) Consistência, valor calórico e restrição de nutrientes.
 - (E) Consistência, restrição de nutrientes e valor calórico.
40. A Pancreatite é uma doença inflamatória do pâncreas, que pode ser aguda ou crônica, e tem etiologia relacionada com o consumo de álcool na maioria dos casos da doença. A respeito da Terapia Nutricional na pancreatite, assinale a opção CORRETA.
- (A) Todos os pacientes com pancreatite necessitam de terapia nutricional uma vez que nenhuma das formas da pancreatite tem evolução hospitalar autolimitada.
 - (B) A suplementação de triglicerídeos de cadeia longa com restrição de triglicerídeos de cadeia médio, pode ser usada em casos selecionados para estimular a absorção de lipídios.
 - (C) A alimentação precoce não deve ser priorizada para manutenção da função intestinal e prevenção de complicações.
 - (D) A terapia nutricional na pancreatite crônica visa a prevenção e a redução da má digestão pela regulação da dieta e administração de suplementos comerciais de enzimas pancreáticas.
 - (E) A alimentação via SNG é bem tolerada por todos os pacientes portadores de pancreatite.