



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE PROCESSOS SELETIVOS



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2022 –
PSRMPS 2022

EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 30 DE SETEMBRO DE 2021

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

NUTRIÇÃO

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ONCOLOGIA HJBB/BELÉM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DO IDOSO – HJBB/BELÉM
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO HJBB/BELÉM

05 DE DEZEMBRO DE 2021

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.

- 1 Confira se o Boletim de Questões que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.
- 2 Esse Boletim de Questões contém 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, sendo 15 (quinze) questões de SUS e 35 (trinta e cinco) questões de Conhecimentos Específicos. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.
- 3 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta destinado à marcação das respostas das questões objetivas, que será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.
- 4 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente ao fiscal de sala. O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.
- 5 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu. Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.
- 6 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul e não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis ou com marcação com caneta de cor não especificada no edital, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 7 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14h30 e término às 18h30, observado o horário de Belém/PA. O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, 2 (duas) horas após o início da prova.
- 8 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.

Boa Prova!



SUS

- 1** Durante um atendimento em saúde, o profissional informou ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) que o cuidado é realizado levando em consideração suas diferenças, conforme as suas necessidades, de forma que evite desigualdades. Além disso, o profissional ressaltou que este atendimento é assegurado como um Princípio do SUS, previsto na Constituição vigente. Este princípio é denominado
- (A)** Cuidado centrado na pessoa.
 - (B)** Integralidade.
 - (C)** Coordenação do cuidado.
 - (D)** Equidade.
 - (E)** Resolutividade.
- 2** Durante a pandemia da COVID-19, a incorporação de tecnologias em saúde se sobressaiu, sendo de competência do Ministério da Saúde, com assessoria da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). Em relação ao CONITEC, é correto afirmar que o(os)
- (A)** membros do seu Plenário realizam divulgação sobre os assuntos que são tratados na CONITEC, independentemente da fase do processo.
 - (B)** membros do seu Plenário são responsáveis por participar de todas as votações em matérias submetidas a deliberação.
 - (C)** Plenário é composto de seis membros que possuem direito ao voto e representam órgãos e entidades.
 - (D)** Plenário apresenta o relatório, mas quem determina se existirá ou não a execução da ação é o presidente da CONITEC.
 - (E)** membros do seu Plenário são responsáveis por zelar pelo pleno exercício das competências do colegiado.
- 3** Independentemente da fase evolutiva das doenças, o tratamento com uso de medicamentos ou produtos necessários deverá ser realizado com base em protocolos clínicos e em diretrizes terapêuticas. Contudo, na ausência de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, poderá existir dispensação. Em relação à dispensação é correto afirmar que
- (A)** a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, quando a dispensa for direcionada nos setores de cada Estado e do Distrito Federal.
 - (B)** os setores federal, estaduais e Distrito Federal possuem a responsabilidade do fornecimento pactuada em seus órgãos colegiados: Conselhos Municipais de Saúde.
 - (C)** o Conselho Municipal de Saúde é o responsável por pactuar o fornecimento no âmbito de cada município.
 - (D)** a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite, quando a dispensa for direcionada no setor municipal.
 - (E)** a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite, quando a dispensa for direcionada pelo gestor federal do SUS.



- 4** A.M.C. recebeu todos os serviços necessários de forma eficiente e efetiva durante o atendimento nos diferentes níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde. Este atendimento é assegurado ao usuário por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O(s) atributo(s) essencial(is) para o funcionamento adequado da RAS é/são:
- (A)** Prestações de atendimentos voltados à atenção primária devem ser realizados no ambiente hospitalar.
 - (B)** Parcela social específica é a que possui o direito de participar do funcionamento.
 - (C)** Setores administrativo, logístico e clínico devem atuar em suas especificidades, de forma desconexa.
 - (D)** Gestão deve ser guiada pela visão subjetiva do gestor.
 - (E)** Financiamento deve ser alinhado com as metas da rede.
- 5** T.A.A. precisou aplicar condutas terapêuticas relacionadas à incorporação de tecnologias, sendo necessária a solicitação de uma atualização nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), pois estavam desatualizados há 10 anos. A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) foi responsável por organizar um Comitê Gestor. Na sequência, o Comitê Gestor designou um Grupo Elaborador responsável por criar um relatório, no qual conste atualização nos PCDT. A atribuição correta do Grupo Elaborador é
- (A)** realizar atualização da literatura nos últimos três anos, sendo suficiente para respaldar as evidências da conduta terapêutica.
 - (B)** interpretar os resultados obtidos na literatura nos últimos três anos, o que irá guiar a construção do relatório.
 - (C)** construir as perguntas de pesquisa dentro do escopo definido pelos gestores municipais e estaduais.
 - (D)** analisar a qualidade dos estudos selecionados de forma crítica.
 - (E)** discutir as recomendações com os gestores municipais e estaduais.
- 6** Durante análise epidemiológica no interior do estado do Pará, observou-se aumento no número de casos da Síndrome Gripal / COVID-19. Após o rastreamento epidemiológico, foi observada pelos gestores locais a necessidade de prevenção comunitária. A medida correta que se refere à prevenção Comunitária à Síndrome Gripal / COVID-19 conforme proposto pelo Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde elaborado pelo Ministério da Saúde (2020) é
- (A)** utilizar lenço de tecido para higiene nasal.
 - (B)** utilizar álcool em gel, principalmente após contato direto com pessoas doentes.
 - (C)** permitir o contato para familiares, mesmo que apresentem sinais ou sintomas da doença.
 - (D)** manter o ambiente fechado, o que é ideal para prevenir a entrada do vírus.
 - (E)** compartilhar os objetos de uso pessoal.



- 7** M.A.T., 70 anos, encontra-se acamada em internação hospitalar há 15 dias. Durante o horário de visita, os familiares observaram e questionaram a equipe de saúde, pelo fato de M.A.T. não ter desenvolvido úlceras de pressão. A equipe de saúde informou que segue os protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente elaborados pelo Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e ensinou os procedimentos para que os familiares possam seguir as orientações em domicílio. A alternativa relacionada ao objetivo específico do PNSP é
- (A) informar ao paciente, que é o centro da atenção em saúde, uma vez que a informação passada para familiares é dispensável.
 - (B) assegurar o protagonismo do paciente, fator que interfere no conhecimento dos familiares acerca das informações relativas à segurança, já que não é fundamental a divulgação desses procedimentos à família.
 - (C) implementar iniciativas voltadas à segurança do paciente na atenção terciária, conforme realizado com M.A.T.
 - (D) inserir a temática de segurança do paciente nos ensinamentos técnicos, graduação e pós-graduação voltados para área da saúde.
 - (E) avaliar o conteúdo de segurança do paciente sintetizado pelos Agentes Comunitários de Saúde.
- 8** De acordo com o art. 7º da Lei Federal nº 8.080/1990, são princípios e diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS):
- (A) Descentralização, igualdade, equidade e participação popular.
 - (B) Igualdade, proteção à saúde, universalidade e hierarquização.
 - (C) Universalidade, igualdade, legalidade e participação popular.
 - (D) Universalidade, integralidade, descentralização e participação popular.
 - (E) Integralidade, impessoalidade, descentralização e participação popular.
- 9** De acordo com o art. 18 da Lei nº 8.080/1990, **NÃO** compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS):
- (A) Normalizar a vigilância sanitária dos portos, aeroportos e fronteiras.
 - (B) Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde.
 - (C) Executar serviços de vigilância sanitária.
 - (D) Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.
 - (E) Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros.
- 10** Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, mediante contrato ou convênio, em caráter
- (A) obrigatório.
 - (B) especial.
 - (C) complementar.
 - (D) emergencial.
 - (E) provisório.



11 Conforme a Lei 8.142/90, são instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde (SUS):

- (A) A Fundação Nacional de Saúde e a Secretária de Vigilância à Saúde.
- (B) O Conselho de Saúde e a Fundação Nacional de Saúde.
- (C) A Fundação Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde.
- (D) A Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde.
- (E) O Ministério da Saúde e a Conferência de Saúde.

12 De acordo com a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, é **INCORRETO** afirmar:

- (A) As Conferências de Saúde são convocadas anualmente pelo Presidente da República ou pelo Conselho Nacional de Saúde.
- (B) O Conselho de Saúde, por ser colegiado, é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais e usuários.
- (C) O Conselho atua na formação de estratégias, no controle e execução da política de saúde na instância correspondente.
- (D) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde será paritária em relação aos demais segmentos.
- (E) As Conferências e os Conselhos terão regimento próprio.

13 Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde, denomina-se

- (A) Mapa da Saúde.
- (B) Região de Saúde.
- (C) Consórcio Municipal de Saúde.
- (D) Redes de Atenção à Saúde.
- (E) Plano Diretor de Regionalização (PDR).

14 Em relação à Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é **INCORRETO** afirmar:

- (A) Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde – UBS.
- (B) Os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são considerados equivalentes.
- (C) A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.
- (D) As responsabilidades com o financiamento da Atenção Básica são compartilhadas entre o governo federal e os municípios, sem a participação das gestões estaduais.
- (E) A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

15 São princípios norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH), **EXCETO**:

- (A) Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão.
- (B) Fortalecimento do trabalho uniprofissional.
- (C) Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- (D) Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- (E) Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 16** Existem indícios de que a oferta proteica poderia influenciar no desfecho do paciente crítico, visto que ocorre intensa cascata inflamatória que prejudica as reservas somáticas e depleta a musculatura esquelética. Com base no texto e segundo as Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional (Braspen, 2018), as recomendações proteicas para o paciente crítico devem ser
- (A) de 1 a 1,5g por quilo de peso por dia.
 - (B) de 1,2 a 2g por quilo de peso por dia.
 - (C) de 1,5 a 2,5g por quilo de peso por dia.
 - (D) de 0,6 a 1,2g por quilo de peso por dia.
 - (E) de 1,2 a 3g por quilo de peso por dia.
- 17** As Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional (Braspen, 2018) recomendam o início precoce da Terapia Nutricional Enteral em pacientes críticos que não conseguirem se alimentar por via oral. Com base nessa medida, é correto afirmar que se deve iniciar a Terapia Nutricional Enteral
- (A) em até 12 horas, para evitar catabolismo proteico acentuado e piora da capacidade funcional.
 - (B) em até 48 horas, para aumentar a permeabilidade da barreira intestinal e ter melhor absorção dos nutrientes.
 - (C) em até 24 a 48 horas, para manter a integridade funcional e o trofismo do trato gastrointestinal.
 - (D) em até 24 a 48 horas, para quebra de barreira e aumento da permeabilidade das células epiteliais.
 - (E) em até 72 horas, para prevenir translocação bacteriana, sepse e maior risco de mortalidade.
- 18** A administração da dieta enteral em posição gástrica é tecnicamente mais fácil e pode diminuir o tempo para o início da Terapia Nutricional Enteral. No entanto a escolha do posicionamento da sonda deve levar em consideração as condições clínicas do paciente. Com base no texto, no caso de pacientes com alto risco para aspiração, o posicionamento ideal da sonda enteral é a
- (A) sonda nasogástrica.
 - (B) gastrostomia.
 - (C) sonda orogástrica.
 - (D) sonda pós-pilórica.
 - (E) sonda nasogástrica aberta até a melhora do risco de aspiração.
- 19** Os estudos sobre a indicação de via de administração da dieta para pacientes críticos ainda são poucos, mas as Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional (Braspen, 2018) afirmam:
- (A) Deve-se preferir o uso de nutrição enteral em vez de nutrição parenteral em pacientes críticos com indicação de terapia nutricional.
 - (B) Não há diferença entre as vias enteral e parenteral quanto à mortalidade, portanto se deve usar a que estiver prontamente disponível no hospital.
 - (C) O risco de síndrome da realimentação é maior no uso de nutrição enteral, pois o volume ofertado e a velocidade de infusão tendem a ser maiores.
 - (D) O risco de complicações infecciosas não foi diferente no uso de nutrição enteral e parenteral, embora se deva preferir a nutrição parenteral por ser uma solução estéril.
 - (E) Apesar de a nutrição enteral ser de mais baixo custo, a nutrição parenteral é mais segura por apresentar-se estéril e não depender da eficiência gastrointestinal dos pacientes.



- 20** A nutrição enteral pós-operatória é de suma importância para a obtenção de melhores desfechos clínicos. A respeito do uso de fórmulas imunomoduladoras em pacientes cirúrgicos, as Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional (Braspen, 2018) afirmam que
- (A)** é recomendado o uso de fórmulas imunomoduladoras, como nutrição enteral exclusiva ou suplemento, no período pós-operatório, mas é contraindicado o uso em até sete dias de pós-operatório.
 - (B)** é recomendado o uso de fórmulas imunomoduladoras por cinco dias no pré-operatório em pacientes oncológicos cirúrgicos, porém, no pós-operatório, deve-se ofertar fórmulas padrão para evitar sepse.
 - (C)** é contraindicado o uso de fórmulas imunomoduladoras em pacientes oncológicos cirúrgicos.
 - (D)** é recomendado o uso de fórmulas imunomoduladoras por cinco dias no pré-operatório e por sete dias no pós-operatório em pacientes a serem submetidos à cirurgia de grande porte, por câncer, especialmente na vigência de sepse.
 - (E)** é recomendado o uso de fórmulas imunomoduladoras por cinco dias no pré-operatório e por sete dias no pós-operatório em pacientes a serem submetidos à cirurgia de grande porte, por câncer, especialmente na vigência de desnutrição.
- 21** A oferta calórica para pacientes críticos com obesidade deve ser avaliada com cautela. Segundo as Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional (Braspen, 2018), a respeito da meta calórica para pacientes críticos com obesidade, é correto afirmar:
- (A)** Se o Índice de Massa Corporal estiver entre 30 e 50 kg/m², deve-se utilizar 11 a 14 kcal/kg/dia do peso real.
 - (B)** Se o Índice de Massa Corporal estiver entre 30 e 50 kg/m², deve-se utilizar no máximo 20 kcal/kg/dia do peso real.
 - (C)** Se o Índice de Massa Corporal estiver entre 30 e 50 kg/m², deve-se utilizar 11 a 14 kcal/kg/dia do peso ideal para um peso eutrófico.
 - (D)** Se o Índice de Massa Corporal for maior do que 50 kg/m², deve-se utilizar 25 a 30 kcal/kg/dia do peso real.
 - (E)** Se o Índice de Massa Corporal for maior do que 50 kg/m², deve-se utilizar 25 a 30 kcal/kg/dia do peso ideal para um peso eutrófico.
- 22** A síndrome lipodistrófica, associada ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), pode ser definida como uma redistribuição anormal de gordura corpórea relacionada a alguns fatores fisiopatológicos. A respeito dessas modificações na composição corporal, é correto afirmar:
- (A)** O estado pró-inflamatório crônico durante o tratamento da infecção pelo HIV tem sido associado às alterações adversas na composição corporal.
 - (B)** Após iniciar o uso de antirretroviral, é comum ocorrer perda robusta de massa magra e aumento da gordura total.
 - (C)** Indivíduos infectados pelo HIV apresentam redução de citocinas pró-inflamatórias, o que contribui para o acúmulo de gordura visceral.
 - (D)** A lipoatrofia é caracterizada por redução de gordura nas regiões periféricas, ginecomastia e aumento da gordura visceral.
 - (E)** Pacientes que fazem uso de inibidores de protease têm menor chance de apresentar dislipidemia e resistência à insulina.



- 23** Segundo Cuppari (2019), o diagnóstico de síndrome consumptiva em pacientes com HIV/AIDS deve ser feito quando houver a presença de pelo menos um dos seguintes critérios:
- (A)** Perda de peso não intencional de 15% em 6 meses.
 - (B)** Perda de 10% da massa celular corporal em 12 meses.
 - (C)** Índice de Massa Corporal menor que 20kg/m^2 .
 - (D)** Índice de Massa Corporal menor que $18,5\text{kg/m}^2$.
 - (E)** Perda de peso não intencional de 7,5% em 3 meses.
- 24** Em pacientes com fístula digestiva, deve-se avaliar o posicionamento e o débito fistuloso para então definir a conduta nutricional. Já em pacientes com fístula gastrointestinal, quanto à conduta dietoterápica correta, é certo afirmar:
- (A)** Em casos de fístula no jejuno e íleo, cujos débitos são normalmente baixos, pode-se utilizar dieta via oral sem resíduos.
 - (B)** Em casos de fístula jejunal, a nutrição parenteral é mais indicada, pois reduz o estímulo às secreções no trato gastrointestinal.
 - (C)** Em casos de fístula esofágica, a dieta enteral está contraindicada pela dificuldade em posicionar a sonda e pelo risco de o refluxo gastroesofágico agravar a lesão.
 - (D)** Em casos de fístula na região do íleo terminal e cólon, está contraindicada a dieta via oral, pois a ingestão de resíduos aumenta o volume e a pressão do bolo fecal no local.
 - (E)** A dieta enteral deve ser escolhida, pois não aumenta o estímulo às secreções gastrointestinais e protege a mucosa intestinal, prevenindo a translocação bacteriana.
- 25** As cirurgias de gastrectomia causam grande impacto no estado nutricional do paciente. A respeito da suplementação nutricional após a gastrectomia total, é correto afirmar:
- (A)** A suplementação de micronutrientes será necessária quando o paciente apresentar ingestão energética menor do que 60% das necessidades calóricas.
 - (B)** A suplementação proteica é indicada a partir do primeiro mês de pós-operatório, via jejunostomia.
 - (C)** A suplementação de vitamina B12 deve ser feita preferencialmente via intramuscular, pela alteração na produção do fator intrínseco.
 - (D)** A suplementação de ferro é contraindicada, em virtude do seu potencial para exacerbar o estresse oxidativo pós-cirúrgico.
 - (E)** O uso de triglicérides de cadeia média pode causar sintomas adversos, como Síndrome de Dumping e hipoglicemia reativa.



- 26** A Sepsé é uma infecção que cursa com resposta inflamatória sistêmica, na qual a terapia nutricional é fundamental para alcançar melhores desfechos clínicos. A respeito da terapia nutricional na Sepsé, é correto afirmar:
- (A) A terapia nutricional precoce é contraindicada pelo risco de agravamento da resposta inflamatória sistêmica.
 - (B) A terapia nutricional precoce pode auxiliar na redução do catabolismo e aprimorar a função gastrointestinal.
 - (C) Em virtude da intensa resposta inflamatória, é recomendado aporte energético de 35 a 40 kcal/kg/dia.
 - (D) Apesar do intenso catabolismo proteico, é recomendado iniciar a terapia nutricional com dieta hipoproteica para evitar a sobrecarga renal.
 - (E) A nutrição parenteral está contraindicada por intensificar a translocação bacteriana e aumentar a necessidade do uso de drogas vasoativas.
- 27** Pancreatite é uma inflamação do pâncreas que engloba uma série de condições com variações na etiologia, no curso clínico e no tratamento. A respeito da Pancreatite Crônica, é correto afirmar:
- (A) No estágio inicial, a digestão de proteínas é mais afetada que a digestão de outros nutrientes, resultando em esteatorreia.
 - (B) É comum a deficiência de vitaminas hidrossolúveis.
 - (C) Na presença de hiperglicemia persistente, devem ser adotadas as recomendações utilizadas para diabetes.
 - (D) Apesar de ocorrer deficiência de algumas vitaminas, a suplementação delas não é necessária.
 - (E) Em casos de esteatorreia, recomenda-se aumentar o lipídeo para 30% do VET.
- 28** O aumento da frequência de eliminação de fezes, acompanhada por perda excessiva de líquidos e eletrólitos caracteriza a diarreia. São recomendações nutricionais utilizadas no tratamento da diarreia:
- (A) Ofertar líquidos, eletrólitos e alimentos fontes de fibras solúveis.
 - (B) Ofertar líquidos, eletrólitos e alimentos fontes de fibras insolúveis.
 - (C) Excluir o leite e seus derivados, devido ao aumento do nível de lactase, podendo causar intolerância e aumento no volume das fezes.
 - (D) Ofertar alimentos fontes de fibras solúveis, devido à possibilidade de produção de ácidos graxos de cadeia longa, importantes para a integridade e a recuperação da mucosa intestinal.
 - (E) Ofertar dieta fermentativa para produção de flatos e maior conforto gastrointestinal.
- 29** A litíase renal é uma doença caracterizada por um processo patológico de biomineralização que ocorre no sistema urinário, em virtude de uma ruptura no equilíbrio entre a precipitação e a solubilidade de sais na urina. A respeito dessa patologia, é correto afirmar:
- (A) Na hiperossalúria, é indicado suplementar vitamina C, com o objetivo de formar um complexo insolúvel de oxalato para ser excretado pelas fezes.
 - (B) Existe uma associação direta entre a ingestão de cálcio e o risco de formação de cálculos renais.
 - (C) A alta ingestão dietética de cálcio é reconhecida como fator de risco para a nefrolitíase cálcica, devido ao cálcio exercer ação quelante sobre o oxalato.
 - (D) Na hipocitraturia, a utilização de frutas cítricas não é recomendada.
 - (E) A obesidade e a síndrome metabólica são condições que influenciam na incidência de cálculos de ácido úrico.



- 30** Com base na recomendação de líquidos para pacientes com doença renal crônica, em hemodiálise, a orientação é:
- (A) 500 a 1000 mL/dia, mais volume da diurese de 24h.
 - (B) 500 a 800mL/dia, mais volume da diurese de 24h.
 - (C) Sem restrição.
 - (D) 500 a 800mL/dia.
 - (E) 500 a 1000mL/dia, mais 50% da diurese de 24h.
- 31** Na conduta dietoterápica para encefalopatia hepática grau 3, recomenda-se
- (A) 1,2 a 1,6 g/kg/dia de proteína, sendo 60% proteína de origem vegetal.
 - (B) 1 a 1,2 g/kg/dia proteína, associado a 0,5 g de BCAA/kg de peso corporal.
 - (C) 0,6 g/kg/dia de proteína, associado a 0,25g de BCAA/kg de peso corporal.
 - (D) não utilizar suplementos probióticos, uma vez que não existem evidências científicas sobre seu uso.
 - (E) dieta hipoproteica, com o objetivo de normalizar o quadro neuropsiquiátrico.
- 32** A contagem de carboidratos por gramas consiste em somar a quantidade de carboidratos da refeição e ajustar a dose de insulina necessária para cobrir as porções consumidas. Normalmente, 1 unidade de insulina rápida cobre
- (A) 30 g de carboidrato.
 - (B) 15 g de carboidrato.
 - (C) 10 g de carboidrato.
 - (D) 4 g de carboidrato.
 - (E) 9 g de carboidrato.
- 33** A primeira dieta a ser prescrita após jejum pós-operatório de cirurgia bariátrica é
- (A) dieta líquida completa, mais suplemento proteico.
 - (B) dieta líquida completa.
 - (C) dieta líquida de prova.
 - (D) dieta líquida-pastosa.
 - (E) dieta pastosa.
- 34** Nas hepatopatias agudas e crônicas ocorrem alterações no metabolismo glicídico, lipídico e proteico. A redução da oxidação hepática de ácidos graxos e da síntese de LDL e o aumento da lipogênese hepática têm como consequência a
- (A) hipoglicemia e a esteatorreia.
 - (B) hiperglicemia.
 - (C) hiperlipedemia e a cetose.
 - (D) fibrose hepática.
 - (E) esteatose hepática.



- 35** Os fatores de riscos para disfagia a serem investigados na triagem de idosos são
- (A) doença de base e comorbidades, ocorrência de complicações pulmonares, funcionalidade da alimentação, perda de peso e presença de sinais clínicos de aspiração.
 - (B) comorbidades, fragilidade e sarcopenia.
 - (C) perda de peso recente, tosse, baixa ingestão alimentar.
 - (D) perda de peso nos últimos 3 meses, fragilidade e demência.
 - (E) funcionalidade da alimentação, engasgos, demência e sarcopenia.
- 36** Segundo o I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados, as principais características a serem avaliadas na dieta do idoso são
- (A) fracionamento, consistência, quantidade de proteínas.
 - (B) fracionamento, consistência, palatabilidade.
 - (C) quantidade e qualidade da dieta, valor calórico, e fracionamento.
 - (D) fracionamento, intervalo entre as refeições, consistência, quantidade, ingestão de líquidos e qualidade da dieta.
 - (E) aporte proteico, consistência, fracionamento e ingestão de líquidos.
- 37** Em idosos, a Terapia Nutricional deve ser indicada em casos de
- (A) perda de peso involuntária superior a 10% em 3 meses ou maior que 15% em 6 meses.
 - (B) desnutrição ou risco de desnutrição; ingestão oral inferior a 75% da oferta alimentar; disfagia; doenças catabólicas e perda de peso involuntária superior a 5% em 3 meses ou maior que 10% em 6 meses.
 - (C) desnutrição; ingestão oral inferior a 50% da oferta alimentar e disfagia.
 - (D) desnutrição; doenças catabólicas e perda de peso recente.
 - (E) desnutrição ou risco de desnutrição; ingestão oral inferior a 75% da oferta alimentar; disfagia; doenças catabólicas e/ou perda de peso involuntária superior a 15% em 3 meses ou maior que 20% em 6 meses.
- 38** A respeito da avaliação nutricional de idosos, é correto afirmar:
- (A) A Velocidade de Perda de Peso não é considerada uma medida útil para avaliação de idosos.
 - (B) A perda de peso que exceda 10% do peso corpóreo em 6 meses, 7% em 3 meses ou 5% em 1 mês é classificada como significativa.
 - (C) Para realizar o cálculo da Velocidade de Perda de Peso, utiliza-se o peso atual e o peso habitual.
 - (D) Para realizar o cálculo da Velocidade de Perda de Peso, utiliza-se o peso usual e o peso ideal.
 - (E) Para realizar o cálculo da Velocidade de Perda de Peso, utiliza-se o peso atual e o peso ideal.
- 39** Considere a seguinte informação:
Uma mulher de 25 anos, com massa corporal de 84 quilogramas e 160 centímetros de altura realizou análise de composição corporal por bioimpedância e diagnosticou percentual de gordura de 25%. Segundo Kelly et al (2009), citados por Mussoi (2016), o índice de massa gorda calculado para esse caso é
- (A) 7,9 kg/m².
 - (B) 8,0 kg/m².
 - (C) 8,1 kg/m².
 - (D) 8,2 kg/m².
 - (E) 8,3 kg/m².



- 40** A suplementação nutricional em pacientes que desenvolvem doenças inflamatórias intestinais é necessária para o tratamento de deficiências nutricionais e para a recuperação do estado nutricional. O nutriente citado em Krause (2018) que tem o efeito de reduzir a atividade da Doença de Crohn é
- (A) o ácido graxo ômega 3.
 - (B) o manganês.
 - (C) a niacina.
 - (D) a piridoxina.
 - (E) a vitamina A.
- 41** A proporção dos macronutrientes na dieta de pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica deve ser balanceada para proporcionar conforto respiratório. Para satisfazer esse objetivo, Cupari et al. (2019) recomendam a oferta de lipídeos referente ao percentual de
- (A) 10 a 15 % das calorias totais.
 - (B) 15 a 20 % das calorias totais.
 - (C) 20 a 25 % das calorias totais.
 - (D) 25 a 30 % das calorias totais.
 - (E) 30 a 35 % das calorias totais.
- 42** Considere a seguinte informação:
A circunferência do pescoço de indivíduos adultos tem relação com excesso de peso e associação com doença cardiovascular. De acordo com Bem-Noun, Sohar e Laor (2001), citados por Mussoi (2016), o paciente que apresenta valor acima do recomendado é
- (A) mulher com 30 centímetros de circunferência do pescoço.
 - (B) mulher com 32 centímetros de circunferência do pescoço.
 - (C) homem com 34 centímetros de circunferência do pescoço.
 - (D) homem com 36 centímetros de circunferência do pescoço.
 - (E) homem com 38 centímetros de circunferência do pescoço.
- 43** O tratamento das dislipidemias deve ser implementado com o objetivo de atingir metas terapêuticas relacionadas às lipoproteínas plasmáticas. Considerando-se as concentrações da lipoproteína de baixa densidade em jejum, o alvo terapêutico recomendado por Faludi et al. (2017) para pacientes com risco cardiovascular alto é de
- (A) 50 mg/dL.
 - (B) 60 mg/dL.
 - (C) 70 mg/dL.
 - (D) 80 mg/dL.
 - (E) 90 mg/dL.



- 44** A aterosclerose constitui uma causa comum das doenças cardiovasculares como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. O tratamento dietoterápico desta condição clínica requer controle da quantidade de gordura consumida na dieta. De acordo com Cupari (2019), a quantidade recomendada de ácidos graxos poli-insaturados é de
- (A) $\leq 7\%$ das calorias totais.
 - (B) $\leq 8\%$ das calorias totais.
 - (C) $\leq 9\%$ das calorias totais.
 - (D) $\leq 10\%$ das calorias totais.
 - (E) $\leq 11\%$ das calorias totais.
- 45** Uma das complicações clínicas apresentadas por pacientes com cirrose hepática é a encefalopatia. Segundo Krause (2018), sua etiologia multifatorial inclui a deficiência crônica da vitamina
- (A) B1.
 - (B) B2.
 - (C) B3.
 - (D) B5.
 - (E) B9.
- 46** Segundo Mussoi (2016), o gasto energético diário de crianças com câncer deve ser estimado pela equação proposta por Holliday e Segar (1957) e sugerida pelo Instituto Nacional do Câncer (2009). Assim, uma criança pesando 18 quilogramas receberá dieta contendo
- (A) 1.200 calorias.
 - (B) 1.300 calorias.
 - (C) 1.400 calorias.
 - (D) 1.500 calorias.
 - (E) 1.600 calorias.
- 47** Para Krause (2018), o tratamento cirúrgico do câncer causa prejuízo ao estado nutricional do paciente por afetar várias etapas do processo de nutrição segundo o sítio tumoral. Neste sentido, a cirurgia pela presença do tumor no esôfago provoca
- (A) dispneia.
 - (B) hiperglicemia.
 - (C) hipertrigliceridemia.
 - (D) refluxo ácido.
 - (E) xerostomia.
- 48** Pacientes oncológicos podem apresentar sarcopenia associada à caquexia e tem um pior prognóstico clínico. Portanto o diagnóstico da sarcopenia deve ser prática rotineira nos serviços de saúde que atendem a pacientes com câncer. Entre os parâmetros para a identificação da sarcopenia citados por Shils et al. (2016), indica-se
- (A) a área muscular do braço.
 - (B) a circunferência da panturrilha.
 - (C) a dobra cutânea tricipital.
 - (D) o índice de massa corporal.
 - (E) o perímetro braquial.



- 49** Segundo o método de Blackburn (1977) citado por Mussoi (2016), um adulto, em um dia, consome 80 gramas de proteína na dieta, excreta 10 gramas de nitrogênio na urina e perde 4 gramas de nitrogênio de forma insensível. Com base nessa informação, o balanço nitrogenado calculado e o estado metabólico da proteína corporal serão, respectivamente,
- (A)** menor que zero e anabolismo.
 - (B)** menor que zero e catabolismo.
 - (C)** igual a zero e anabolismo.
 - (D)** maior que zero e anabolismo.
 - (E)** maior que zero e catabolismo.
- 50** Interações fármaco-nutrientes podem ocorrer durante o tratamento da tuberculose pulmonar e causar deficiências nutricionais específicas. De acordo com Krause (2018), o fármaco tuberculostático isoniazida é antagonista e causa déficit de
- (A)** cálcio.
 - (B)** ferro.
 - (C)** iodo.
 - (D)** piridoxina.
 - (E)** tiamina.