

PSRAPS | Processo Seletivo
Residência em Área Profissional da Saúde **2019**



NUTRIÇÃO

Atenção à Saúde Indígena - Atenção Cardiovascular
Materno-Infantil



PROVA OBJETIVA

A

QUESTÃO 1

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

A respeito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é correto afirmar que

- (A) a atenção de urgência e emergência é considerada uma porta de entrada para as ações e os serviços de saúde nas RAS.
- (B) com relação ao acesso universal e igualitário, a atenção básica deve apresentar papel complementar às ações pactuadas e desenvolvidas pela atenção ambulatorial especializada e pela atenção hospitalar nas RAS.
- (C) o cuidado continuado é uma dimensão crítica para o processo de trabalho nas RAS. Já o acompanhamento não presencial e o apoio matricial são considerados secundários nas redes.
- (D) as RAS são equipes formadas por diferentes profissionais da área de saúde. Tais equipes são coordenadas por médicos, pois estes realizam diagnóstico e estabelecem as prioridades de cuidados para o direcionamento das ações nas redes.
- (E) por ser considerada porta de entrada para as RAS a atenção básica deve incorporar tecnologias avançadas de diagnóstico da situação de saúde. Assim, após diagnóstico, deve direcionar o usuário a pontos específicos de atenção da rede, se for o caso.

QUESTÃO 2

De acordo com a primeira diretriz da Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, “Distrito Sanitário Especial Indígena”,

o conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado –, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2a edição - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Sobre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e a organização da saúde indígena no Brasil, assinale a alternativa correta.

- (A) O Brasil possui 34 DSEIs, tendo pelo menos um em cada estado brasileiro, sendo que em alguns estados existem mais de um.
- (B) Os DSEIs foram criados no mesmo ano que foi publicada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ou seja, em 2002.
- (C) Cabem aos polos-base atender as demandas de saúde dos indígenas nos níveis básico e médio de complexidade dentro do Sistema Único de Saúde.
- (D) É dever dos DSEIs oferecer serviços de apoio aos pacientes encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde, e esses serviços devem ser prestados pelas Casas de Saúde Indígena.
- (E) A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) equivale à Secretaria Estadual de Saúde, dentro da organização da saúde indígena no Brasil.

QUESTÃO 3

A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Artigo 2º estabelece: “A Atenção Básica é 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”. Considerando o conteúdo da Política Nacional de Atenção Básica, assinale a alternativa correta.

- (A) A PNAB passa a ter a equipe de Atenção Básica como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção à Saúde, em função da Saúde da Família não cobrir todo o território.
- (B) O termo Atenção Primária à Saúde (APS) é substituído pelo termo Atenção Básica (AB).
- (C) Os estabelecimentos de saúde que prestam ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, passam a ser denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS), e serão considerados espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em saúde, inovação e avaliação para a RAS.
- (D) O financiamento para o fortalecimento da Atenção Básica passa a ser bipartite, garantindo assim mais recursos para a Atenção Básica.
- (E) O Núcleo de Apoio à Saúde da Família passa a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família-Atenção Básica (NASF-AB) e incorpora o cirurgião dentista na equipe multiprofissional.

QUESTÃO 4

O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa proporciona uma oportunidade singular para todos os níveis de sistemas de saúde e educação de refletir sobre como poderão melhor utilizar estratégias de educação interprofissional e de prática colaborativa para fortalecer o desempenho dos sistemas de saúde e promover melhorias de resultados na saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra-Suíça: Diana Hopkins, Editora Freelance, 2010. p. 14 [Trad. Rede de Profissões de Saúde - Enfermagem & Obstetrícia do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde]

Considerando as premissas teóricas apresentadas pelo modelo de educação em saúde para a maior eficiência da força de trabalho nos serviços e saúde, assinale a afirmativa correta.

- (A) A educação interprofissional é resultado da integração de duas ou mais disciplinas de um curso de formação profissional em saúde com atividades práticas em cenário real, promovendo resultados mais efetivos e maior criticidade profissional.
- (B) A educação interprofissional consiste em um modelo de educação emancipatória para a formação de profissionais de saúde mais colaborativos, melhores preparados para a prática, resultando em serviços de saúde de excelência.
- (C) São denominadas práticas colaborativas exitosas em uma área de formação profissional aquelas resultantes da atuação de dois ou mais profissionais, num serviço com sistema de referência/contrarreferência implementado, otimizando a assistência especializada.
- (D) Embora a implementação de educação interprofissional e da prática colaborativa possibilitem a formação de profissionais da saúde habilitados para a solução de problemas, tal proposta ainda se configura como um grande desafio, devido ao elevado custo para as políticas públicas.
- (E) De acordo com a Organização Mundial da Saúde, equipes técnicas padronizadas com dois a três profissionais da saúde, com formação em saúde comunitária, resultarão em uma força de trabalho colaborativa mais resolutiva para as necessidades da rede de atenção à saúde.

QUESTÃO 5

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, é a única política de saúde voltada especificamente para os povos indígenas do Brasil. Essa Política é composta por nove diretrizes, abrangendo diferentes temas acerca das especificidades para esses povos.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

A respeito das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, assinale a alternativa correta.

- (A) Na diretriz “Distrito Sanitário Especial Indígena”, as equipes de saúde dos distritos deverão ser compostas por médicos, enfermeiros e agentes indígenas de saúde.
- (B) A preservação das fontes de água limpa; a construção de poços ou a captação a distância nas comunidades que não dispõem de água potável; a construção de sistema de esgotamento sanitário; e a destinação final do lixo nas comunidades mais populosas fazem parte da diretriz “Promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena”, mas não são prioridades ambientais da Política.
- (C) Na diretriz “Controle Social”, é previsto que em todas as ações de saúde executadas pelos Distritos Sanitários especiais Indígenas seja feita por intermédio do Conselho Municipal de Saúde existente no município, bem como pelas Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde.
- (D) A diretriz “Monitoramento das Ações de Saúde” prevê que indicadores sejam criados para a população indígena e que essas informações sejam organizadas em sistema de informação, na perspectiva do Sistema de Vigilância em Saúde.
- (E) Na diretriz “Preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural”, a formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa a favorecer a equipe de saúde não indígena com conhecimentos da medicina tradicional, a fim de somar as formas de cuidado à saúde.

NUTRIÇÃO

QUESTÃO 6

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em sua primeira versão no ano de 1999, e atualizada pela Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, integra os esforços do país, por meio de um conjunto de políticas públicas que visam a melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. Considerando os princípios e as diretrizes da PNAN, assinale a alternativa correta.

- (A) A PNAN é orientada pelos princípios como: respeito à diversidade e cultura alimentar; alimentação como elemento de humanização das práticas de saúde; fortalecimento da autonomia dos indivíduos para escolhas alimentares mais saudáveis, além dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde.
- (B) A PNAN define como princípio norteador para a integralidade da atenção nutricional, a inclusão do Nutricionista na equipe de Atenção Básica ou Estratégia de Saúde da Família, pois é o profissional que detém habilidades e competências para o cuidado nutricional e para a construção de formas de acesso à alimentação adequada e saudável, considerando as especificidades de cada localidade.
- (C) Dentre as diretrizes da PNAN, a organização da atenção nutricional tem como foco o cuidado nutricional individualizado, devido às características fisiológicas, específicas em cada fase de vida.
- (D) À diretriz Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição cabe a missão de propor um sistema de informação que identifique precocemente alterações do perfil alimentar e nutricional da população brasileira.
- (E) Diante dos riscos à saúde advindos pela complexidade atual da cadeia produtiva de alimentos no Brasil, na atualização da PNAN, o monitoramento da qualidade sanitária, microbiológica e toxicológica foi excluído de suas diretrizes, mas com a ressalva de que o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária assuma o controle de qualidade total na cadeia de produção de alimentos, potencializando e assegurando as ações de proteção à saúde do consumidor.

QUESTÃO 7

A PNAN inclui entre as suas diretrizes, a Vigilância Alimentar e Nutricional, por possibilitar monitoramento contínuo das condições de alimentação e nutrição e seus fatores determinantes. Recomenda a utilização do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e outros sistemas de informação em saúde para identificar indivíduos ou grupos que apresentem agravos e riscos para saúde, relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar. Com relação à

operacionalização do SISVAN na Rede de Atenção Básica, assinale a alternativa correta.

- (A) O SISVAN deve monitorar o padrão alimentar e/ou o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases de vida.
- (B) Os marcadores de consumo alimentar configuram-se como instrumento de avaliação de fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar, e foram incorporados ao SISVAN para o monitoramento alimentar de crianças menores de 2 anos.
- (C) A vigilância do estado nutricional deve contemplar todas as fases de vida assistida na rede de Atenção Básica por meio da coleta das medidas de peso e altura/comprimento, priorizando o grupo materno-infantil e os idosos pela vulnerabilidade biológica.
- (D) Em comunidades tradicionais, a vigilância alimentar e nutricional deve ser realizada apenas em chamadas nutricionais.
- (E) A vigilância alimentar e nutricional contribui com o diagnóstico da segurança alimentar e nutricional nos territórios e subsidia o planejamento da atenção nutricional e das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável nas esferas de gestão do SUS.

QUESTÃO 8

O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) é um espaço institucional para o controle social e a participação da sociedade na formulação, no monitoramento e na valiação de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional, com vistas a promover a realização progressiva do Direito Humano à Alimentação Adequada, em regime de colaboração com as demais instâncias do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/acao-informacao/institucional/o-que-e-o-consea>. Acesso em: 18 nov. 2018.

Em 2016, o CONSEA visitou os povos indígenas Guarani e Kaiowá do cone sul do Mato Grosso do Sul e essa visita resultou na publicação do relatório *Tekoha: direitos dos Povos Guarani e Kaiowá: visita do CONSEA ao Mato Grosso do Sul*.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. *Tekoha: direitos dos Povos Guarani e Kaiowá: visita do CONSEA ao Mato Grosso do Sul*. Brasília: Presidência da República, 2017. 126 p.

Segundo a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN – Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006), por Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) entende-se a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam: ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. De acordo com os

dados sobre SAN demonstrados pelo CONSEA no relatório Tekohá, assinale a alternativa correta.

- (A) A comitiva coordenada pelo CONSEA que visitou o cone sul do Mato Grosso do Sul avaliou que, das 5 comunidades indígenas visitadas, apenas uma delas não se apresentava em condições de insegurança alimentar e nutricional.
- (B) O relatório considerou manifestações de insegurança alimentar e nutricional e de violações do Direito Humano à Alimentação Adequada apenas: acesso à água, acesso à educação adequada, acesso à cultura indígena e às condições de produção de alimentos.
- (C) A comitiva visitou comunidades indígenas Guarani e Kaiowá em seis municípios do Cone Sul do Mato Grosso do Sul, e em todos os municípios foi encontrado insegurança alimentar e nutricional, sobretudo em relação a falta do acesso a alimentos, com enfoque na impossibilidade de plantio, falta de acesso à saúde e à água.
- (D) O relatório retrata que, no município de Dourados, não existe fome nem falta de espaço para plantar nas aldeias Bororó e Jaguapiru, muito embora existam altas incidências de alcoolismo e dependência de drogas, bem como a falta de oferecimento permanente de água potável.
- (E) Os municípios visitados pelo CONSEA foram: Rio Brillhante, Antônio João, Caarapó e Amambai, e todos tinham em comum a violação a direitos humanos e insegurança alimentar e nutricional, tais como o acesso a alimentos, direito a terra/território, à saúde e à água.

QUESTÃO 9

O Código de Ética Profissional, recentemente atualizado pela Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) nº 599/2018, como Código de Ética e de Conduta Profissional, contou com a participação de milhares de profissionais em sua elaboração, resultando em um documento que reflete o contexto contemporâneo de vida da sociedade. Trata-se de um instrumento que orienta a atuação profissional, incluindo os princípios, as responsabilidades, os direitos e os deveres a serem aplicados no exercício profissional, em todas as áreas da Nutrição. De acordo com o conteúdo apresentado no Código de Ética e de Conduta Profissional para o Nutricionista, assinale a alternativa correta.

- (A) É direito do Nutricionista, em caso de trabalho voluntário, executar parcialmente as atribuições profissionais, porém, assumindo as responsabilidades profissionais inerentes à função executada conforme legislação vigente, sendo-lhe permitidas apenas atribuições compatíveis à carga horária executada, conforme documento previamente estabelecido entre as partes e aprovado por órgão da categoria profissional.
- (B) É vedado ao Nutricionista realizar orientação e acompanhamento nutricional de forma não presencial.

- (C) É dever do Nutricionista se manifestar publicamente diante de posições depreciativas ou difamatórias sobre a conduta ou atuação de nutricionistas ou de outros profissionais.
- (D) É direito do Nutricionista realizar suas atribuições profissionais sem interferências de pessoas não habilitadas para tais práticas.
- (E) É vedado ao Nutricionista assistir indivíduos e coletividades sob sua responsabilidade profissional em instituição da qual não faça parte do quadro funcional, em função das normas técnico-administrativas e da presença de profissional responsável.

QUESTÃO 10

Sobre as recomendações nutricionais para idosos, analise as afirmações a seguir.

- I. Os idosos possuem um risco aumentado para o excesso de ingestão energética, pois a sua necessidade energética está diminuída, devido apenas à redução da atividade física na terceira idade.
- II. As AMDR (DRI, 2002), que são a proporção aceitável de macronutrientes em relação ao valor energético total da dieta são as mesmas para adultos e idosos.
- III. A recomendação de vitamina C é maior para idosos do que para adultos, pois eles necessitam de um maior aporte de antioxidantes, devido à maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na terceira idade.
- IV. A recomendação de ferro é menor para idosos do que para as mulheres em idade fértil, pois as idosas se encontram no período da menopausa.
- V. Os idosos necessitam de uma maior ingestão de cálcio e vitamina D do que os adultos, devido ao maior risco de osteoporose na terceira idade.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, III e IV, apenas.
- (B) II, IV e V, apenas.
- (C) II, III, IV e V, apenas.
- (D) I, II, III e V, apenas.
- (E) I, II, III, IV e V.

QUESTÃO 11

As proteínas são macromoléculas compostas por cadeias longas e aminoácidos unidos por ligações peptídicas. Sobre as proteínas, analise o que segue.

- I. Sua principal função está relacionada como componente estrutural de todas as células do organismo, podendo formar enzimas, hormônios, mediadores da contração muscular, células do sistema imune, dentre outros.
- II. A digestão das proteínas inicia-se no estômago, com a secreção de suco gástrico, que contém ácido clorídrico e pepsinogênio. O ácido clorídrico promove a desnaturação das proteínas e transforma o pepsinogênio em pepsina (forma ativa da enzima). A

pepsina libera peptídeos e uma pequena quantidade de aminoácidos livres.

- III. Os aminoácidos absorvidos são transportados para o fígado onde vários serão utilizados, além de distribuídos para os tecidos periféricos. Os aminoácidos de cadeia ramificada como a leucina, isoleucina e valina, são metabolizados em tecidos periféricos como músculo, tecido adiposo e rins.
- IV. No catabolismo ocorre a biossíntese de proteínas, que se inicia com a formação de alfacetoácidos e outros precursores. Logo após, os alfacetoácidos são aminados, e então esses aminoácidos são unidos em cadeias peptídicas, formando as proteínas.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, II e III, apenas. (B) II, III e IV, apenas.
(C) I, III, IV, apenas. (D) I e II, apenas.
(E) I, II, III e IV.

QUESTÃO 12

Os macrominerais estão presentes no organismo em proporção maior que 0,05% e suas necessidades são maiores que 100 mg/dia, sendo o fósforo um exemplo. Sobre o fósforo, marque V para as afirmações verdadeiras e F para as falsas.

- () Sua absorção intestinal é semelhante ao cálcio: transporte ativo estimulado pelo calcitriol e transporte passivo dependendo da quantidade de fósforo lumial após as refeições.
- () Assim como o cálcio, a absorção de fósforo é maximizada com menor oferta dietética.
- () O aumento agudo na concentração de fósforo sérico produz queda transitória na concentração de cálcio ionizado e estímulo de Hormônio da Paratireoide (PTH), que, por sua vez, reduz o limiar para reabsorção tubular renal de fósforo, reajustando as concentrações de ambos os íons.
- () Algumas de suas funções são: geração e transferência de energia, formação de ácidos nucleicos, coagulação sanguínea e contração muscular.
- () A deficiência de fósforo pode manifestar-se clinicamente por: formigamento, anorexia, náuseas e vômitos, dores ósseas, raquitismo e osteomalácia.

Assinale a sequência correta de cima para baixo.

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

QUESTÃO 13

Reconhecer um indivíduo desnutrido no ambiente hospitalar não é uma tarefa fácil, simplesmente pelo fato de não ser caracterizado apenas pelo baixo índice de massa corporal (IMC). Ante a isso, outros indicadores devem ser considerados para a confirmação do

diagnóstico de desnutrição (ao menos **um (01)** critério etiológico e **um (01)** critério fenótipo) no contexto hospitalar. São exemplos desses critérios, respectivamente:

- (A) Redução de massa muscular; e baixo IMC (<20kg/m² se <70 anos ou <22 se >70 anos).
- (B) Perda de peso não intencional (>5% nos últimos 6 meses ou >10% acima de 6 meses); e baixo IMC (<20kg/m² se <70 anos ou <22kg/m² se >70 anos).
- (C) Redução da ingestão ou absorção alimentar (≤50% das necessidades estimadas no período maior que uma semana, ou qualquer redução por um período maior que duas semanas ou qualquer condição crônica adversa que impacta em assimilação ou absorção); e perda de peso não intencional (>5% nos últimos 6 meses ou >10% acima de 6 meses).
- (D) Redução da massa muscular; e massa gorda.
- (E) Redução da ingestão ou absorção alimentar (≤50% das necessidades estimadas no período maior que uma semana, ou qualquer redução por um período maior que duas semanas ou qualquer condição crônica adversa que impacta em assimilação ou absorção); e gravidade da doença (inflamação).

QUESTÃO 14

A triagem nutricional deve ser realizada na admissão hospitalar (preferencialmente até 24h após) por um profissional treinado e utilizando instrumentos validados. Geralmente, na maioria dos hospitais, o Nutricionista é o responsável por esse procedimento. Quando o risco é identificado, preconiza-se realizar avaliação nutricional mais detalhada com o objetivo de avaliar

- (A) a gravidade da doença (processo inflamatório).
(B) a perda de peso não intencional.
(C) o gasto energético em repouso.
(D) a desnutrição.
(E) os sintomas de impacto nutricional.

QUESTÃO 15

Existe algum benefício atribuído ao uso de dietas imunomoduladoras no paciente oncológico cirúrgico?

- (A) Existem benefícios de fórmulas enriquecidas com arginina, nucleotídeos e ômega-3 em pacientes a serem submetidos à cirurgia eletiva de grande porte do trato digestório e de cabeça e pescoço.
- (B) Não existem benefícios.
- (C) Os estudos são promissores a esse respeito, mas não há consenso nacional e/ou internacional.
- (D) Sim, existem benefícios comprovados no paciente crítico com sepse no pós-cirúrgico.
- (E) Não, os efeitos benéficos das dietas enriquecidas com imunomoduladores tangem, restritamente, ao paciente em quimioterapia.

QUESTÃO 16

O consumo de alimentos com poder antioxidante tem sido estudado tanto para prevenção quanto para tratamento do câncer, devido à possibilidade de serem agentes anticancerígenos potenciais e por reduzirem o dano oxidativo provocado pelo tratamento. Quais os pacientes oncológicos que se beneficiariam do consumo de antioxidantes a partir de uma alimentação saudável composta de 5 porções ao dia (400 a 600 g) de vegetais não amiláceos e frutas?

- (A) Todos os pacientes em tratamento cirúrgico.
- (B) Todos os pacientes oncológicos, independentemente da modalidade de tratamento.
- (C) Todos os pacientes em tratamento com radioterapia.
- (D) Todos os pacientes em tratamento com quimioterapia.
- (E) Todos os pacientes em imunoterapia e hormonioterapia.

QUESTÃO 17

A transição da Terapia Nutricional Parenteral (TNP) para a Terapia Nutricional Enteral (TNE) tem por finalidade reintroduzir a nutrição pelo trato digestório, a fim de manter o trofismo intestinal e prevenir a translocação bacteriana. A partir dessa afirmação, em geral, considera-se possível iniciar o processo dessa transição, quando a avaliação do Nutricionista confirma que

- (A) ao menos 75% das necessidades nutricionais do paciente, especialmente energéticas e proteicas, estão sendo atingidas pela TNE.
- (B) 40% a 50% das necessidades nutricionais do paciente, especialmente energéticas e proteicas, estão sendo atingidas pela TNE.
- (C) ao menos 35% das necessidades nutricionais do paciente, especialmente energéticas e proteicas, estão sendo atingidas pela TNE
- (D) 30% a 40% das necessidades nutricionais do paciente, especialmente energéticas e proteicas, estão sendo atingidas pela TNE.
- (E) 60% a 75% das necessidades nutricionais do paciente, especialmente energéticas e proteicas, estão sendo atingidas pela TNE.

QUESTÃO 18

O acesso venoso periférico se refere à localização do cateter em uma veia superficial, comumente em extremidades superiores (mãos ou antebraços). Uma das vantagens dessa via é a punção venosa rápida, segura e sem necessidade de cuidados especializados. Em contrapartida, a quantidade de calorias administradas, geralmente, fica em torno de 1.000 a 1.500 kcal ao dia. Dessa forma, essa via de acesso não permite a infusão de soluções

- (A) Hiperosmolares (>450mOsm/L).
- (B) Hiperosmolares (>550mOsm/L).
- (C) Hiperosmolares (>650mOsm/L).

- (D) Hiperosmolares (>750mOsm/L).
- (E) Hiperosmolares (>850mOsm/L).

QUESTÃO 19

Em 2010, o *European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP)* publicou uma definição de sarcopenia que foi amplamente utilizada em todo o mundo. Essa definição fomentou avanços na identificação e no cuidado de pessoas em risco ou com sarcopenia. No início de 2018, esse mesmo grupo se reuniu para atualizar essa definição, que traz a detecção da baixa força muscular como parâmetro primário para avaliar sarcopenia, bem como a previsão de desfechos clínicos adversos. Ante a esse contexto, na prática clínica do Nutricionista, o método mais utilizado para essa avaliação é

- (A) massa muscular esquelética apendicular determinada por ressonância magnética.
- (B) circunferência da panturrilha.
- (C) força de preensão.
- (D) circunferência braquial.
- (E) velocidade de marcha.

QUESTÃO 20

A alteração no metabolismo do fósforo ocorre desde o início da Doença Renal Crônica (DRC). Dessa forma, o acompanhamento nutricional requer a monitorização regular desse parâmetro. A hiperfosfatemia está relacionada à progressão da DRC que decorre da perda da função renal e da retenção de fósforo sérico. Todavia, faz parte do tratamento nutricional restringir alimentos fontes de fósforo, bem como aqueles com relação intrínseca a esse elemento, como as proteínas. Dado um paciente com nível elevado de fósforo sérico, recomenda-se a ingestão de

- (A) ≤ 8 mg/kg/dia.
- (B) ≤ 10 mg/kg/dia.
- (C) ≤ 12 mg/kg/dia.
- (D) ≤ 14 mg/kg/dia.
- (E) ≤ 17 mg/kg/dia.

QUESTÃO 21

Avalie as asserções a seguir.

A pirose pode ocorrer em toda a gestação, principalmente no terceiro trimestre de gestação,

PORQUE

o deslocamento e à compressão do estômago pelo útero e a ação da progesterona justificam a pirose na gestação.

Acerca das asserções acima, assinale a alternativa correta.

- (A) As duas asserções são proposições verdadeiras e a segunda não é uma justificativa correta da primeira.
- (B) As duas asserções são proposições verdadeiras e a segunda é uma justificativa correta da primeira.
- (C) A primeira asserção é uma proposição verdadeira e a segunda é uma proposição falsa.
- (D) A primeira asserção é uma proposição falsa e a segunda é uma proposição verdadeira.
- (E) As duas asserções são proposições falsas.

QUESTÃO 22

Gestante, 25 anos, 28 semanas de gestação, ganho de peso adequado, procurou seu consultório para acompanhamento nutricional devido à Pré-Eclâmpsia desenvolvida após a 25ª semana de gestação. Quanto às recomendações nutricionais, assinale a recomendação **incorreta**, considerando a doença hipertensiva desenvolvida na gestação.

- (A) Normocalórica.
- (B) Hiperproteica.
- (C) Normolipídica.
- (D) Hipossódica.
- (E) Cálcio: 2 g/dia.

QUESTÃO 23

O leite materno é o alimento ideal para o recém-nascido. E para o sucesso da amamentação, é necessária a ação de hormônios. Analise se as afirmações a seguir estão corretas.

- I. A progesterona é responsável pela produção de leite.
- II. A ocitocina é responsável pela ejeção do leite.
- III. O consumo de leite pela mãe promove o aumento dos hormônios da amamentação.
- IV. O esvaziamento da mama estimula a secreção dos hormônios da amamentação.
- V. Situação de estresse materno inibe o hormônio da produção de leite.

Está correto apenas o que se afirma em

- (A) I e II.
- (B) II e IV.
- (C) I e IV.
- (D) III e V.
- (E) IV e V

QUESTÃO 24

Maria, nutriz, procurou o Nutricionista para perder peso, relatou que seu filho está com dois meses em aleitamento materno exclusivo. Após a avaliação, o Nutricionista constatou que tinha iniciado a gestação eutrófica e que seu ganho de peso foi adequado. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- (A) A recomendação de perda peso não está relacionada ao estado nutricional da nutriz.
- (B) Nutriz não deve perder peso, para não atrapalhar a amamentação.
- (C) A redução de peso recomendada é de 0,5 a 1 Kg/mês.
- (D) Nutrizes eutrófica, com sobrepeso ou obesa devem reduzir até 3 Kg/mês, nos primeiros seis meses pós-parto.
- (E) A redução calórica deve ser de 770 kcal/ dia, visando a reduzir 3 kg/ mês.

QUESTÃO 25

Sobre os principais problemas nutricionais de origem carencial, assinale a alternativa correta.

- (A) No Brasil, devido aos processos de transição epidemiológica e nutricional, as carências nutricionais deixaram de ser consideradas problemas de saúde pública nas regiões Sul e Sudeste e Centro-Oeste do país, desde 2007.
- (B) O Beribéri é uma carência nutricional de elevada prevalência (cerca de 50%) entre crianças menores de cinco anos. Devido às necessidades de vitamina B1 para o crescimento e o desenvolvimento infantil, a suplementação desse micronutriente está disponível na rede pública de saúde.
- (C) A hipovitaminose A é considerada uma das mais importantes deficiências nutricionais dos países em desenvolvimento e acomete principalmente gestantes, lactantes e crianças menores de 60 meses. No Brasil, por meio do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, são oferecidas megadoses de vitamina A para crianças menores de 5 anos e puérperas pós-parto imediato que vivem em áreas de risco.
- (D) Devido às ações do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, a anemia por carência de ferro deixou de ser considerada o mais importante problema carencial de saúde pública, apresentando prevalência de cerca de 15% entre as crianças de 6 a 24 meses.
- (E) A deficiência de iodo é considerada a causa mais prevenível de danos cerebrais e retardo mental no mundo. Os distúrbios de deficiência de iodo estão assim distribuídos: cretinismo (70% dos casos), seguido por algum dano cerebral (20%) e, em menor prevalência, o hipotireoidismo (10%).

QUESTÃO 26

Considerando o processo de transição nutricional e a atenção nutricional no Sistema Único de Saúde, assinale a alternativa correta.

- (A) O processo de transição nutricional estabelece vínculo com os processos de transição demográfica e epidemiológica, os quais são caracterizados pelo envelhecimento populacional e pela queda das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, respectivamente.
- (B) Nas últimas quatro décadas, têm-se observado no Brasil o aumento do excesso de peso e a diminuição da desnutrição em todas as faixas etárias e de renda, inclusive entre as crianças. Nesse sentido, os esforços brasileiros devem ser concentrados em políticas e programas voltados para o controle e a prevenção do excesso de peso e da obesidade, visto que são fatores de risco para outras Doenças Crônicas não Transmissíveis e que a desnutrição não é mais considerada um problema de saúde pública desde 2014.
- (C) A atenção nutricional no Sistema Único de Saúde, mais especificamente na Atenção Básica, deve levar em consideração as características e as mudanças epidemiológicas e nutricionais da população para atender às especificidades de cada território de forma estratégica. Com esse entendimento, em 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que instituiu a obrigatoriedade do Nutricionista como integrante das equipes de saúde da família (ESF), para realizar o diagnóstico e a intervenção alimentar e nutricional.
- (D) O processo de transição nutricional é marcado por mudanças nos perfis alimentar e de estado nutricional da população. Entende-se que um padrão alimentar não saudável é considerado determinante proximal do excesso de peso. Tais fatos reiteram a importância do planejamento e da avaliação de estratégias de vigilância e educação alimentar e nutricional no processo de organização da atenção nutricional nos serviços de saúde.
- (E) Visto que o excesso de peso é considerado o problema nutricional mais prevalente no país, o planejamento das ações para o seu enfrentamento deve considerar, além da alimentação, as concepções de saúde, corpo, atividade física. A atenção especializada é local privilegiado na rede de Atenção à Saúde para o desenvolvimento dessas ações, pelo seu contato direto com o indivíduo, as famílias e a população.

QUESTÃO 27

Leia a citação contida na introdução do texto de Coimbra Jr. (2014).

[...] ser indígena no país implica maior chance de não completar o primeiro ano de vida, sofrer de desnutrição e anemia durante o período de crescimento, conviver com elevada carga de doenças infecciosas e parasitárias e estar exposto a rápido processo de transição nutricional, responsável pela emergência de agravos como obesidade, hipertensão arterial e *Diabetes mellitus*, constatados em número crescente de comunidades [...].

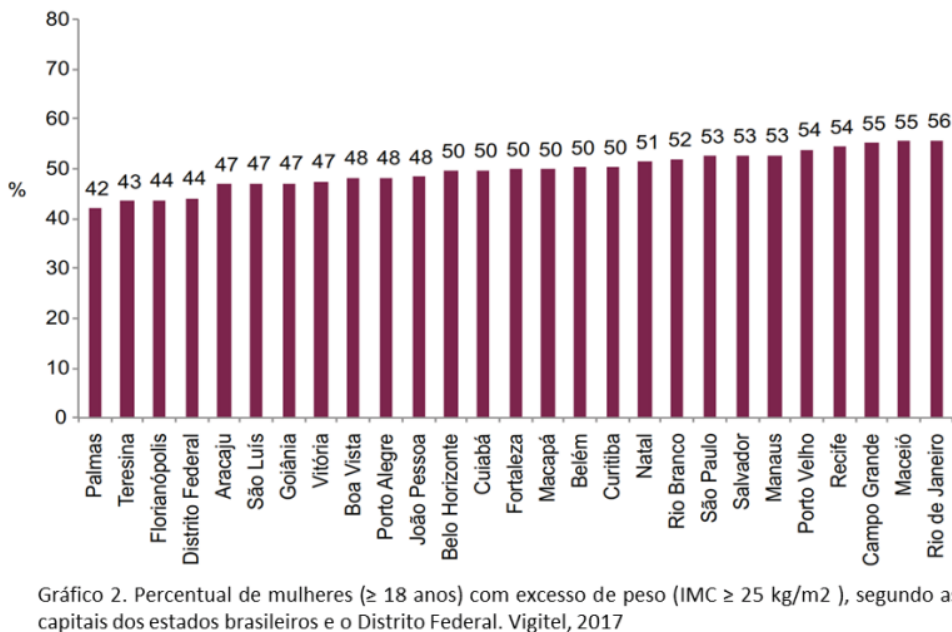
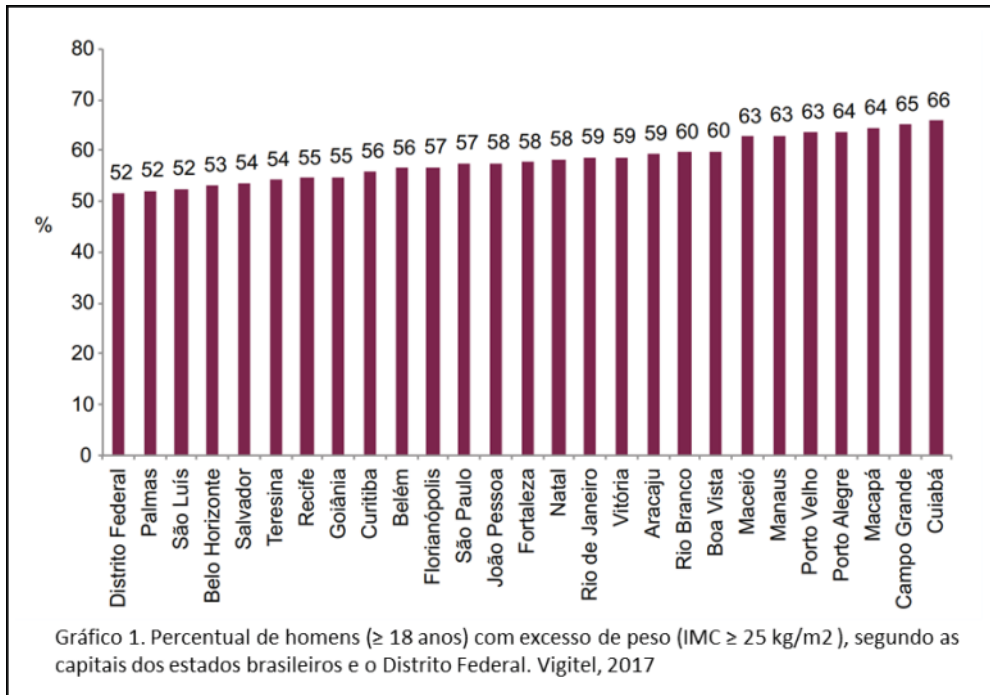
COIMBRA Jr. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. Cadernos de Saúde Pública. v. 30, n. 4, p. 855-859, 2014.

Os dados são baseados nos resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. A publicação revela dados de condições de saneamento, saúde e nutrição de crianças e mulheres de diversas partes do Brasil. A partir dos resultados desse Inquérito para os povos indígenas brasileiros, assinale a alternativa correta.

- (A) É somente dentre os estudos realizados em comunidades indígenas brasileiras que se encontram referências a frequências de desnutrição crônica superior a 50% em crianças menores de cinco anos, e da ordem de 80% de anemia nessa mesma faixa etária.
- (B) O Inquérito Nacional analisou que, nas quatro macrorregiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul/Sudeste), não houve diferença expressiva entre os domicílios indígenas e não indígenas nos aspectos referentes à condição de saneamento.
- (C) A prevalência de anemia em crianças indígenas verificada no Inquérito Nacional foi de 30,0%, sendo a região Nordeste com a frequência mais alta.
- (D) Aproximadamente metade das crianças examinadas apresentaram déficit de crescimento para idade, sendo que não houve diferença expressiva entre as quatro macrorregiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul/Sudeste) estudadas.
- (E) Apesar das dificuldades enfrentadas pela população indígena no que diz respeito a uma condição de saneamento adequada, o acesso à água em boas condições de uso está disponível em mais de 70% dos domicílios indígenas.

QUESTÃO 28

Analise os gráficos a seguir.



BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DE DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Assinale a alternativa correta.

- (A) No ano de 2017, a frequência de obesidade entre os homens variou de 52% no Distrito Federal a 66% em Cuiabá; e de 42% em Palmas a 56% no Rio de Janeiro, entre as mulheres.
- (B) Entre as mulheres, observa-se que 40% das capitais brasileiras apresentam prevalências inferiores a 50% de excesso de peso. O que é considerado um fator positivo, segundo a Organização Mundial da Saúde, pois só se pode considerar um problema de saúde pública quando esses valores atingem da metade da população.
- (C) A menor frequência de excesso de peso, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, foi observada no Distrito Federal.
- (D) Campo Grande se destaca no cenário de excesso de peso no país, apresentando a segunda prevalência mais elevada entre os estados brasileiros, em ambos os sexos. Esses dados reforçam a importância de políticas e programas voltados para o controle e a prevenção dessa condição em nosso estado.
- (E) A variação da prevalência de excesso de peso foi mais elevada entre os homens do que entre as mulheres.

QUESTÃO 29

A diretriz *Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Pediatric Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* é um documento que representa a primeira colaboração entre duas organizações internacionais de terapia nutricional e tem como alvo pacientes pediátricos gravemente doente e que requerem um tempo de permanência maior de 2 a 3 dias na UTI Pediátrica. Segundo essa diretriz, quais os melhores métodos para investigação e identificação de pacientes pediátricos desnutridos ou com risco de deterioração nutricional na UTI?

- (A) As medidas antropométricas: peso e estatura; indicadores nutricionais: peso para estatura e estatura para a idade; percentil.
- (B) As medidas antropométricas: circunferência braquial e estatura; indicadores nutricionais: circunferência braquial para a idade e estatura para a idade; percentil.
- (C) As medidas antropométricas: peso e estatura; indicadores nutricionais: IMC para a idade e peso para a idade; score-z.
- (D) As medidas antropométricas: circunferência braquial e estatura; indicadores nutricionais: circunferência braquial para a idade e estatura para a idade; score-z.
- (E) As medidas antropométricas: circunferência braquial e peso; indicadores nutricionais: peso/idade e circunferência braquial para a idade; percentil.

QUESTÃO 30

Para pacientes pediátricos criticamente doentes, como deve ser determinada a necessidade energética na ausência de calorimetria indireta?

- (A) Deve ser utilizada a fórmula Necessidade Energética Estimada (EER) da DRI (Dietary Reference Intake) (IOM, 2002).
- (B) Deve ser utilizada a fórmula The Harris-Benedict Equations com o fator de estresse adicionado.
- (C) Deve ser utilizada a Ingestão Dietética Recomendada (RDA) sugerida pela DRI (Dietary Reference Intake) (2002).
- (D) Deve ser utilizada a fórmula de Schofield ou a fórmula da Food Agriculture Organization / World Health Organization (WHO), sem o fator de estresse adicionado.
- (E) Deve ser utilizada a fórmula The Harris-Benedict Equations sem o fator de estresse adicionado.

QUESTÃO 31

Quando deve ser iniciada a introdução de alimentos para lactentes que foram alimentados por fórmula infantil desde o nascimento?

- (A) A partir dos 3 meses de vida.
- (B) A partir dos 4 meses de vida.
- (C) A partir dos 5 meses de vida.
- (D) A partir dos 6 meses de vida.
- (E) A partir dos 2 meses de vida.

QUESTÃO 32

Durante o aleitamento materno, algumas mulheres apresentam o ingurgitamento mamário, caracterizado por áreas avermelhadas, edemaciadas, brilhantes e distensão das mamas, muitas vezes acompanhado por febre e mal-estar. No manejo do ingurgitamento, recomenda(m)-se

- (A) mamadas planejadas com horários pré-estabelecidos.
- (B) uso de compressa fria nas mamas em intervalos regulares após o esvaziamento para alívio da dor.
- (C) uso de compressas quentes antes e após as mamadas, em intervalos regulares.
- (D) uso de conchas para amamentação na mama.
- (E) expor as mamas ao sol por 30 minutos diariamente.

QUESTÃO 33

Segundo a Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente Grave (2018), é correto afirmar que

- (A) equações preditivas para avaliar a necessidade energética são mais precisas que a calorimetria indireta e são consideradas o método padrão-ouro para a avaliação do gasto energético de repouso em pacientes críticos.
- (B) o início da Terapia Nutricional Enteral deve ser realizado entre 24 a 48 horas nos pacientes hemodinamicamente instáveis, a fim de manter a integridade funcional e o trofismo do trato gastrointestinal.
- (C) a administração da nutrição enteral em posição gástrica é recomendada em pacientes com alto risco para aspiração e naqueles com baixo volume residual gástrico.
- (D) a oferta energética inicial para o paciente crítico em recuperação deve ser de 15 a 20 kcal/kg/dia, progredindo para 25 a 30 kcal/kg/dia após o quarto dia.
- (E) a nutrição enteral deve ser interrompida imediatamente em caso de diarreia, pois é considerada uma das principais causadoras desse agravo.

QUESTÃO 34

Sobre a composição nutricional do plano dietético indicado para indivíduos com *Diabetes mellitus*, assinale a alternativa correta.

- (A) Sacarose e alimentos contendo sacarose devem ser excluídos do plano alimentar de indivíduos com *Diabetes mellitus*, uma vez que aumentam mais a glicemia que outros carboidratos.
- (B) A prescrição de proteína deve ser individualizada, considerando-se o diagnóstico nutricional e o controle glicêmico. Para aqueles com diabetes e função renal preservada, a ingestão proteica usual deve representar entre 15 a 20% da ingestão total de energia (1 a 1,5 g/kg de peso corporal/dia).
- (C) As fibras dietéticas podem aumentar a saciedade e contribuir no controle do peso, embora não exerçam impacto na glicemia. Para aqueles com *Diabetes mellitus* tipo 2, o consumo pode variar entre 20 e 40 g/dia.
- (D) Independentemente do perfil metabólico do indivíduo, a ingestão de lipídios deve estar entre 20 a 35% do total de calorias, com maior oferta de ácidos graxos monoinsaturados e poli-insaturados.
- (E) A suplementação de micronutrientes deve ser prática rotineira em indivíduos com *Diabetes mellitus*, pois estes costumam apresentar deficiência de vitaminas e minerais.

QUESTÃO 35

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016), o sucesso de qualquer programa de emagrecimento deve considerar o método, a velocidade de perda de peso e a habilidade de manter as mudanças comportamentais de dieta e atividade física. Sobre o tratamento dietético em indivíduos com obesidade, assinale a alternativa correta.

- (A) A terapêutica nutricional em indivíduos com obesidade deve considerar, preferencialmente, as dietas de muito baixas calorias (400 a 800 kcal/dia), pois produzem maior perda de peso em longo prazo em comparação às dietas de baixas calorias (1.000 a 1.200 kcal/dia).
- (B) Entre as dietas recomendadas no tratamento da obesidade e que promovem perda de peso sustentada, destacam-se: dietas ricas em gordura e pobres em carboidrato, dieta do índice glicêmico, jejum intermitente, dieta sem glúten e dieta sem lactose.
- (C) O plano dietético recomendado deve considerar, entre outros parâmetros, a adequação de nutrientes (20% a 30% de gorduras, 55% a 60% de carboidratos e 15% a 20% de proteínas) e a redução da ingestão calórica (1.000 a 1.500 kcal/dia para mulheres e 1.200 a 1.800 kcal/dia para homens), gerando um déficit de 500 a 1.000 kcal/dia.
- (D) As dietas pobres e muito pobres em gordura (menos de 19% do valor calórico total), a dieta DASH (*Dietary Approach to Stop Hypertension*) e a dieta com gorduras modificadas tipo do Mediterrâneo podem conduzir a

diferentes melhoras de fatores de risco cardiometabólicos, tendo benefícios bem estabelecidos no tratamento da obesidade.

- (E) Para o cálculo do valor calórico da dieta, deve ser usada a taxa metabólica de repouso corrigida para o nível de atividade física. A utilidade da calorimetria indireta e de fórmulas preditivas ainda não está bem estabelecida em indivíduos com obesidade.

QUESTÃO 36

O tratamento não medicamentoso das dislipidemias tem como objetivo reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular. Quanto às recomendações dietéticas para indivíduos com dislipidemia, é correto afirmar que

- (A) em indivíduos com hipertrigliceridemia, a recomendação dietética de lipídios para aqueles com concentrações séricas de triglicerídeos entre 200 a 499 mg/dL é de 30 a 35% do valor calórico total, sendo que os ácidos graxos saturados devem representar menos de 5% do valor calórico total.
- (B) os ácidos graxos trans podem ser mantidos em pequenas quantidades (1-2% do valor calórico total), ainda que sejam responsáveis por aumentar as concentrações plasmáticas de LDL-c e induzir intensa lesão aterosclerótica, condições que culminam em maior risco cardiovascular.
- (C) o peso corporal não exerce grande influência na hipertrigliceridemia, sendo mais importante para o tratamento desse agravo a redução no consumo de bebida alcoólica e a eliminação de açúcares simples.
- (D) para indivíduos com hipercolesterolemia (LDL-c acima da meta), deve-se promover a perda de peso (5-10%), reduzir o consumo de ácidos graxos saturados para 10% do valor calórico total e de ácidos graxos poli-insaturados para 10-20% do valor calórico total.
- (E) o consumo de probióticos (1 x 10⁹ Unidades Formadoras de Colônia-UFC/dia) está associado à redução do risco cardiovascular entre indivíduos em prevenção primária e secundária para doenças cardiovasculares, pois promove redução das concentrações plasmáticas de LDL-c.

QUESTÃO 37

O exame físico é parte integrante da avaliação do estado nutricional e é imprescindível para identificar sinais e sintomas clínicos que nortearão a conduta nutricional individualizada. Sobre o exame físico nutricional, é correto afirmar que

- (A) o sinal da “asa quebrada” é comum em indivíduos com obesidade e está associado ao aumento excessivo de gordura na região facial.
- (B) as manchas de Bitot são depósitos de material espumoso ou caseoso de formas variáveis na região da conjuntiva, comuns em indivíduos com hipovitaminose D.
- (C) uma das possíveis consequências da hipozincemia ou hiposselenemia é a atrofia papilar lingual.
- (D) o abdome em avental resulta de flacidez muscular e alongamento dos músculos abdominais, comum em indivíduos com marasmo.
- (E) a coiloníquia é caracterizada por unhas em forma de colher, com depressão central e elevação lateral da lâmina ungueal, podendo indicar deficiência de ferro.

QUESTÃO 38

As DRI (*Dietary Reference Intakes*) são valores de referência correspondentes a estimativas quantitativas da ingestão de nutrientes e energia, estabelecidos para serem utilizados na avaliação e no planejamento de dietas de indivíduos e de grupos de indivíduos saudáveis, segundo idade, gênero e estágio de vida. De acordo com as DRI, assinale a alternativa correta.

- (A) A EAR (Necessidade Média Estimada) é um valor de ingestão diária de um nutriente que se estima que supra as necessidades de metade (50%) dos indivíduos saudáveis de um determinado grupo de mesmo gênero, faixa etária e estágio de vida. Corresponde à mediana da distribuição de necessidade de um dado nutriente para um dado grupo.
- (B) A RDA (Ingestão Dietética de Referência) corresponde ao nível de ingestão dietética diária suficiente para atender as necessidades de um nutriente de quase todos (97 a 98%) os indivíduos saudáveis de um determinado grupo de mesmo gênero, faixa etária e estágio de vida. É utilizada no planejamento e avaliação de dietas para indivíduos.
- (C) A AI (Ingestão Adequada) é utilizada quando as evidências científicas são suficientes para a determinação da EAR e da RDA. É baseada no consumo mediano de nutrientes estimado experimentalmente de indivíduos saudáveis.
- (D) A UL (Nível Superior Tolerável de Ingestão) é o valor mais alto de ingestão diária continuada de um nutriente que aparentemente não oferece nenhum efeito adverso à saúde à maioria da população. À medida que a ingestão aumenta acima da UL, diminui o risco potencial de efeitos danosos à saúde.

- (E) A EAR pode ser utilizada no planejamento de dietas para indivíduos. Se a ingestão média de um indivíduo para um determinado nutriente estiver abaixo da EAR, a ingestão está provavelmente adequada.

QUESTÃO 39

O Nutricionista que detém conhecimento sobre fisiologia humana, farmacologia, bioquímica e dietoterapia poderá utilizar os exames laboratoriais como mais um indicador do estado nutricional e/ou acompanhamento metabólico. Deve-se ressaltar a importância de uma avaliação holística do paciente, no sentido de conseguir identificar os falsos-positivos ou negativos inerentes a qualquer resultado laboratorial.

BRICARELLO, L.; REZENDE, L. T. T.; BASSO, R.; COSTA JR, V. L. Interpretação de exames laboratoriais: importância na avaliação nutricional. In: ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. Avaliação nutricional: novas perspectivas. São Paulo: Roca / Centro Universitário São Camilo, 2015. p. 97-120.

Sobre a interpretação de exames laboratoriais na avaliação do estado nutricional, assinale a alternativa correta.

- (A) Albumina, pré-albumina e transferrina são indicadores da reserva proteico-somática. Dentre estes, a albumina tem papel de destaque, uma vez que possui meia vida curta e é sensível para mudanças precoces no estado nutricional.
- (B) A alta ingestão proteica pode resultar em menor excreção urinária de cálcio. Entre as consequências da hipocalcemia destacam-se a litíase renal e a hipermagnesemia.
- (C) O sódio é o principal cátion do líquido intracelular e o potássio é o principal cátion do líquido extracelular, sendo úteis na avaliação do equilíbrio hidroeletrólítico. O excesso de sódio é chamado de hipercalemia e o excesso de potássio é chamado de hipernatremia.
- (D) O colesterol não HDL representa a fração do colesterol nas lipoproteínas plasmáticas, exceto a HDL-c. Tem por finalidade estimar a quantidade de lipoproteínas aterogênicas no plasma. Esse parâmetro pode ser utilizado na avaliação dos pacientes dislipidêmicos, principalmente naqueles com concentrações de triglicerídeos superiores a 400 mg/dL.
- (E) Indivíduos com uremia apresentam altas concentrações de ureia sérica, situação comum na doença renal crônica. Esse exame também é utilizado para calcular o balanço nitrogenado.

QUESTÃO 40

Sobre a avaliação nutricional de indivíduos hospitalizados, é correto afirmar que

- (A) a determinação do peso corporal para indivíduos acamados é possível por meio de fórmulas estimativas, considerando a circunferência do braço, circunferência da cintura, dobra cutânea supraílica e a altura do joelho.
- (B) a avaliação do percentual de perda de peso em indivíduos hospitalizados é importante para avaliar a perda de peso voluntária, sendo que o grau de perda (moderado, intenso) depende de fatores como o tempo e a perda de peso em valores absolutos.
- (C) para a obtenção da altura do joelho o indivíduo deve ser capaz de dobrar o joelho em um ângulo de 90° enquanto fica em posição supina ou deve ficar sentado sobre uma mesa com as pernas projetadas para o lado de fora. Em seguida, deve-se posicionar a fita métrica sobre o maléolo lateral até a superfície anterior da coxa, cerca de 3 cm abaixo da patela.
- (D) a circunferência da cintura pode ser utilizada para avaliar o risco de complicações metabólicas associadas à obesidade. Para sua obtenção, deve-se fazer a medição na parte de maior diâmetro do abdome ao final de uma expiração, na posição supina ou ortostática.
- (E) a circunferência muscular do braço permite avaliar a reserva de tecido muscular sem corrigir a área óssea e é obtida utilizando os valores da circunferência do braço e da dobra cutânea tricipital (DCT). A DCT, por sua vez, é obtida no ponto médio entre a borda superolateral do acrômio e a margem inferior do olécrano, na parte posterior do braço, com os braços relaxados e estendidos ao longo do corpo.

Leia atentamente estas instruções.

- 1) Verifique se este Caderno está completo e contém 40 (quarenta) questões. Caso apresente imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas, informe ao aplicador de prova imediatamente.
- 2) Cada questão apresenta 5 alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta.
- 3) O Cartão-Resposta será distribuído após 1 (uma) hora do início das provas, ele não será substituído em caso de erro durante o preenchimento, que deve ser feito, utilizando apenas caneta esferográfica nas cores azul ou preta, sem rasuras. Certifique-se de que o cartão não apresenta imperfeições gráficas ou marcações indevidas. Se houver, informe ao aplicador de prova. Assine somente no local indicado e marque o tipo de prova (A ou B) no campo específico.
- 4) O tempo de duração da prova é de até 4 (quatro) horas, já incluído o preenchimento do Cartão-Resposta. O candidato só poderá retirar-se, definitivamente, da sala e do prédio após transcorridas duas horas do início da prova, levando consigo este Caderno.
- 5) É obrigatório que telefones celulares, pagers, smartphones e outros do gênero fiquem desligados durante toda a realização da prova, inclusive no tempo de permanência do candidato no prédio.
- 6) O candidato será excluído do Processo Seletivo caso deixe de informar o tipo de prova no Cartão-Resposta, ou ainda:
 - a) Utilize, durante a prova, recursos bibliográficos e/ou eletroeletrônicos como fontes de consulta.
 - b) Deixe a sala em que realiza a prova levando consigo o Cartão-Resposta.
 - c) Comunique-se com outros candidatos ou efetue empréstimos.
 - d) Pratique atos contrários às normas e/ou à disciplina.
 - e) Utilize itens de chapelaria em geral.
 - f) Se houver sinais sonoros de seus aparelhos eletrônicos, caso não estejam desligados.

CCS Coordenadoria do Centro de Seleção | **UFGD**

Rua João Rosa Góes, 1.761 - Vila Progresso
Caixa Portal 322 - 79825-070
Dourados - Mato Grosso do Sul - Brasil
<https://cs.ufgd.edu.br>
cs.residencias@ufgd.edu.br
(67) 3410-2840