



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 2024  
EDITAL Nº 1 - COREMU/UFPA, 26 DE SETEMBRO DE 2023

## BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: \_\_\_\_\_ Nº de Inscrição: \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (PRMS) – ÁREA DE  
CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO EM ONCOLOGIA/HUJBB/BELÉM/PA /  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (PRMS) – ÁREA  
DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO/HUJBB/BELÉM/PA /  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (PRMS) – ÁREA  
DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO/HUJBB/BELÉM/PA**

# NUTRIÇÃO

**19 de novembro de 2023**

**LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.**

- 1 Confira se o Boletim de Questões que você recebeu corresponde à especialidade na qual você se inscreveu, conforme consta no seu cartão de inscrição e no 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 de Questões, 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.
- 9 O candidato poderá levar o Boletim de Questões restando 60 minutos para o término da prova.

**Boa Prova!**



MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 1 A 50.

## SUS

- 1 A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que instituiu o Sistema Único de Saúde, delibera que gestão das ações e dos serviços de saúde devem ser solidárias e participativas entre os três entes da Federação: a União, os estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, estados e municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas corresponsabilidades. A estrutura do Sistema Único de Saúde é fundamental para o cumprimento dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Analise as afirmações a seguir.
- I. Para a Secretaria de Saúde de Belém implementar qualquer política municipal de saúde é necessária a aprovação e deliberação no Conselho Municipal de Saúde, que é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço e usuários e que atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído de Belém.
- II. No Município de Cametá, que não dispõe de uma rede de atenção que atenda às necessidades da sua população e necessita de articulação e pactuação com outros municípios e com o Estado para garantia da integralidade do cuidado, essas negociações se dão na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que é o foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde.
- III. O Ministério da Saúde é o gestor nacional do Sistema Único de Saúde, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.
- Está correto o que se afirma em
- (A) I, II e III.  
(B) II e III, apenas.  
(C) I e III, apenas.  
(D) I e II, apenas.  
(E) I, apenas.



- 2 Ao longo do tempo, a Lei n. 8.080/1990 foi alterada pelas Leis n. 9.836, de 23 de setembro de 1995; n. 10.424, de 15 de abril de 2006; n. 11.108, de 7 de abril de 2007; n. 12.401, de 12 de abril de 2011; n. 12.466, de 24 de agosto de 2011; n. 12.895, de 18 de dezembro de 2013; e pela LC n. 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2015). Os instrumentos para o planejamento e a gestão no âmbito do SUS são o Plano de Saúde e as respectivas programações anuais e o relatório de gestão. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS. Analise as afirmações a seguir.
- I. Belém necessita de um Plano de Saúde Municipal para nortear a elaboração do orçamento do governo no tocante aos investimentos com a saúde. Pois este é instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde da gestão municipal do Sistema Único de Saúde para o período de seis anos.
- II. A Elaboração do Plano de Saúde de Abaetetuba e dos demais municípios do Pará deve ser orientado pelas necessidades de saúde da população, considerando a análise situacional, orientada pelos temas contidos no Mapa da Saúde: estrutura do sistema de saúde; Redes de Atenção à Saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e gestão; definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores; processo de monitoramento e avaliação.
- III. O Plano Estadual de Saúde do Pará deverá, além de todos os aspectos presentes nos planos municipais, explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB antes de serem aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

Está **INCORRETO** o que se afirma em

(A) I, II e III.

(B) I e II, apenas.

(C) I e III, apenas.

(D) II e III, apenas.

(E) III, apenas.

- 3 AMB, idoso, 67 anos, convive com o diabetes mellitus há 10 anos, com amputação de membro inferior direito por sequelas da doença. Chega na Unidade aborrecido com o atendimento anterior, referindo não ter sido bem acolhido. Desde sua nomeação para gestão da Unidade Básica de Saúde do Guamá, há um mês, você vem percebendo muitas queixas dos usuários sobre o acolhimento e a falta de informação. Tendo em vista a implementação da política de humanização e a maior satisfação dos usuários, julgue verdadeira (V) ou falsa (F) cada uma das diretrizes a seguir.

( ) Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde.

( ) Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e acesso aos demais níveis do sistema.

( ) Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde.

( ) Incentivar práticas promocionais de saúde

A sequência correta é

(A) V, V, V e F.

(B) V, V, F e V.

(C) F, V, V e V.

(D) V, F, V e V.

(E) V, V, V e V.



- 4 Sobre o Sistema Único de Saúde é **INCORRETO** afirmar o seguinte:
- (A) A política de saúde vigente antes da criação do Sistema Único de Saúde atendia a interesses não coincidentes com os dos usuários dos serviços. O modelo assistencial se configurava como excludente, discriminatório e centralizador.
  - (B) O marco histórico para o surgimento do Sistema Único de Saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, no período da Nova República.
  - (C) Em outubro 1986, foi promulgada a Constituição Federal, que aprovava a criação do Sistema Único de Saúde brasileiro.
  - (D) Na Constituição, o direito da saúde a todos os cidadãos vem expresso no Art. 196 que diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.
  - (E) A Lei Federal 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
- 5 Sobre a rede de atenção à saúde julgue verdadeira (V) ou falsa (F) cada uma das afirmações a seguir.
- A rede de atenção à saúde consiste em 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.
  - Um dos objetivos da rede de atenção à saúde é incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.
  - A rede de atenção à saúde caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção e o centro de comunicação na atenção primária à saúde (APS).
  - São alguns dos atributos da rede de atenção à saúde população e território definidos, prestação de serviços especializados em lugar adequado, participação social ampla, sistema de informação integrado e gestão baseada em resultados.
- A sequência correta é
- (A) V, V, V, F.
  - (B) V, V, F, V.
  - (C) V, F, V, V.
  - (D) F, V, V, F.
  - (E) V, V, V, V.
- 6 J.M.C, 13 anos, chega na Unidade de Saúde da Família da Ilhada Combú acompanhada da genitora, com amenorreia há cinco semanas, refere menarca aos 11 anos com fluxo e frequência regular. Evolui com enjoos e resultado positivo para gravidez. Compreendendo a situação estabelecida de gravidez de risco e o seu conhecimento sobre Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, julgue verdadeira (V) ou falsa (F) cada uma das afirmações a seguir, sobre o embasamento para sua conduta no encaminhamento ao ponto de atenção de média e alta complexidade (atenção secundária e terciária).
- Na Rede de Atenção à Saúde (RAS) o centro de comunicação, a unidade ordenadora e coordenadora do cuidado é a Atenção Primária à Saúde (APS).
  - A estrutura operacional das RAS determina que os pontos de atenção (secundária e terciária) são componentes para uma atenção integral.
  - A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.
- A sequência correta é
- (A) V – V – V.
  - (B) V – V – F.
  - (C) V – F – V.
  - (D) F – V – V.
  - (E) F – F – V.



- 7 O princípio de descentralização passa a ser associado à regionalização da assistência, que requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e a pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, por meio da programação pactuada e integrada. Julgue verdadeira (V) ou falsa (F) cada uma das afirmações a seguir.
- ( ) A regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços.
- ( ) Cabe às secretarias de estado da saúde e do Distrito Federal a elaboração do plano diretor de regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite – CIB – e do Conselho Estadual de Saúde – CES – e o encaminhamento ao Ministério da Saúde.
- ( ) O processo de regionalização deve ser estabelecido como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.
- A sequência correta é
- (A) V – V – F.  
(B) V – F – V.  
(C) F – V – V.  
(D) V – F – F.  
(E) V – V – V.
- 8 J.A.P. é moradora do Maçaranduba, comunidade quilombola do Alto Acará. Buscou compreender o processo que garante a adequada prestação de serviços à sua comunidade, por meio de ações diretas e finais de atenção à saúde. Neste processo, J.A.P. identificou que estas informações são sustentadas pela Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Além disso, observou que, embora integradas, a regulação que tem como objeto a necessidade de JAP é de
- (A) sistemas de saúde.  
(B) atenção à saúde.  
(C) acesso à assistência.  
(D) sistemas de assistência.  
(E) acesso à clínica.
- 9 J.A.P. verificou que a regulação assistencial que tem como objeto o processo de organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, possui a seguinte ação, que pode ser aplicada a sua comunidade:
- (A) elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão.  
(B) planejamento, financiamento e fiscalização de sistemas de saúde.  
(C) auditoria assistencial ou clínica.  
(D) programação pactuada e integrada – PPI.  
(E) regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências.



- 10 M.A., 40 anos, mulher trans, residente no setor do Distrito D'água, em Belém do Pará, procurou a principal porta de entrada para ações de saúde individuais, familiares e coletivas para práticas de cuidado integrado com equipe multiprofissional. O acompanhamento do cuidado em saúde de M.A. é garantido pelos seguintes princípios do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde operacionalizados na Atenção Básica:
- (A) universalidade, regionalização e hierarquização.
  - (B) equidade, regionalização e hierarquização.
  - (C) integralidade, resolutividade, cuidado centrado na pessoa.
  - (D) universalidade, equidade, integralidade.
  - (E) territorialização, universalidade e resolutividade.
- 11 J.A.R., ribeirinho do Distrito de Mosqueiro, é usuário de uma unidade de saúde que possui as seguintes recomendações para uso no âmbito da atenção básica:
- “a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica; laboratório; sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipe odontológica completo;
- b. área de recepção; banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outros ambientes, conforme necessidade.”
- J.A.R. frequenta a
- (A) Unidade Básica de Saúde.
  - (B) Unidade Odontológica Móvel.
  - (C) Unidade Básica de Saúde Fluvial.
  - (D) Unidade Odontológica de Saúde Fluvial.
  - (E) Unidade Básica de Saúde Bucal.
- 12 F.F.N. atua como gestor público da área da saúde no Estado do Pará e discorreu sobre os objetivos específicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente, visando a mitigar a ocorrência de evento adverso na atenção à saúde. O objetivo apontado por F.F.N. foi
- (A) promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente na atenção básica, levando em consideração que os demais níveis de atenção possuem riscos assegurados por lei.
  - (B) envolver os pacientes nas ações de segurança, levando em consideração que os familiares não possuem direito a saber sobre os acontecimentos em saúde dos pacientes.
  - (C) gerenciar as informações relativas à segurança do paciente, visando a gerar pânico sobre o assunto na população.
  - (D) produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente.
  - (E) fomentar a inclusão do tema segurança do paciente nos ensinamentos básico e fundamental.





- 13 A.L.T., 44 anos, paraense, é o representante da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde no Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP). Ao Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) compete
- (A) incentivar e difundir métodos operacionais que visem à melhor gerência dos serviços de saúde.
  - (B) propor e validar projetos de capacitação em prevenção, aplicada à atenção primária.
  - (C) recomendar estudos e pesquisas relacionados à prevenção, aplicada à atenção primária.
  - (D) elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação das prefeituras, para a instalação municipal.
  - (E) propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas.
- 14 A incorporação, exclusão ou alteração pelo Sistema Único de Saúde de medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica é estabelecida pela(o)
- (A) Programa Nacional de Segurança do Paciente.
  - (B) Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.
  - (C) Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.
  - (D) Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
  - (E) Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.
- 15 Em relação ao protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde é correto afirmar que
- (A) a Atenção Primária em Saúde / Estratégia Saúde da Família oferece atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, com grande potencial de identificação precoce de casos graves, que devem ser manejados em serviços especializados.
  - (B) as unidades hospitalares oferecem atendimentos resolutivos, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, com grande potencial de identificação precoce de casos graves, que devem ser manejados em serviços especializados.
  - (C) os casos leves de síndrome gripal e de COVID-19 devem ser estabilizados e encaminhados a serviços de urgência/emergência ou hospitalares.
  - (D) os casos graves de síndrome gripal e de COVID-19 devem ser submetidos ao manejo terapêutico e a isolamento domiciliar.
  - (E) dada a letalidade muito mais elevada da COVID-19 entre adultos jovens (pessoas com 18 a 35 anos), deve-se priorizá-los para atendimento.



## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 16 Segundo a RDC 503 de 27 de Maio de 2021, são algumas das etapas obrigatórias da Terapia Nutricional Enteral (TNE):
- (A) indicação e prescrição médica, prescrição dietética, avaliação nutricional, administração e controle dos indicadores nutricionais.
  - (B) prescrição dietética, avaliação nutricional, transporte, administração e avaliação final.
  - (C) indicação e prescrição médica, prescrição dietética, administração e controle clínico-laboratorial.
  - (D) prescrição dietética, avaliação nutricional, administração e controle dos indicadores nutricionais.
  - (E) preparação, conservação e armazenamento, treinamento para os manipuladores e avaliação final.
- 17 São atribuições do Nutricionista da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN):
- (A) formular a NE estabelecendo a sua composição qualitativa e quantitativa, seu fracionamento segundo horários e formas de apresentação e participar de estudos para o desenvolvimento de novas formulações de NE.
  - (B) elaborar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica e coordenar os protocolos de avaliação nutricional, indicação, prescrição e acompanhamento da TNE.
  - (C) assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais da equipe e dos profissionais da mesma, visando prioritariamente a qualidade e eficácia da TNE e orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TNE.
  - (D) assegurar a atualização dos conhecimentos técnicos e científicos relacionados com a TNE e a sua aplicação e orientar o paciente, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TNE.
  - (E) indicar e prescrever a TNE e elaborar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica.
- 18 Considerando a Diretriz BRASPEN de terapia nutricional 2023 para paciente crítico com Insuficiência Renal Aguda (IRA) em terapia dialítica, é correto afirmar que
- (A) proteínas devem ser restringidas para pacientes hipercatabólicos com objetivo de evitar ou retardar o início de terapia de reposição renal (TRR).
  - (B) para pacientes em TRR intermitente, a recomendação proteica é de cerca de 1,3 g por kg de peso seco ou habitual/dia.
  - (C) em TRR contínua, a recomendação proteica é de 1,5 - 2,0 g/kg/dia.
  - (D) a recomendação de proteínas para pacientes hipercatabólicos com IRA e sem terapia de reposição renal (TRR) é de 1,3-1,5 g/kg/dia.
  - (E) é recomendado ofertar dieta normoproteica para prevenir lesão renal adicional.
- 19 Constitui uma possível complicação metabólica relacionada à terapia nutricional enteral:
- (A) diarreia.
  - (B) desidratação.
  - (C) obstrução de sonda.
  - (D) gastroparesia.
  - (E) esofagite.





- 20 A terapia nutricional para pacientes com câncer de cabeça e pescoço deve ser iniciada precocemente e, se a ingestão de energia for inadequada, as indicações, de acordo com a Diretriz BRASPEN de terapia nutricional do paciente com câncer, são as seguintes:
- (A) alimentação exclusiva via sonda enteral.
  - (B) todos os pacientes submetidos à radiação da região da cabeça e pescoço devem receber suplementação via oral.
  - (C) a nutrição parenteral é indicada preferencialmente, para evitar a progressão da desnutrição nesses pacientes.
  - (D) a alimentação enteral deve ser ofertada por gastrostomia ou jejunostomia.
  - (E) os principais objetivos durante a radioterapia incluem evitar a deterioração nutricional, manter a ingestão alimentar e evitar interrupções da radioterapia.
- 21 De acordo com a Diretriz BRASPEN de terapia nutricional do paciente com câncer submetido à cirurgia, desnutridos ou em risco de desnutrição, candidatos à cirurgia de médio ou grande porte, são recomendações com nível de evidência moderado:
- (A) utilização de fórmula hipercalórica e hiperproteica com imunonutrientes por via enteral, no período pré-operatório na quantidade de 700 ml/dia.
  - (B) utilização de fórmula hiperproteica com imunonutrientes por via oral ou enteral no período pré-operatório na quantidade de 500 ml/dia.
  - (C) utilização de fórmulas hiperproteicas com arginina, ácidos graxos ômega-3 e nucleotídeos, por via oral ou enteral na quantidade mínima de 500ml/dia no período perioperatório, iniciando 7 a 10 dias antes da cirurgia.
  - (D) utilização de fórmula hipercalórica e hiperproteica com imunonutrientes por via enteral, no período perioperatório na quantidade de 700 ml/dia, iniciando 7 a 10 dias antes da cirurgia.
  - (E) utilização de fórmulas hiperproteicas com arginina, ácidos graxos ômega-3 e nucleotídeos, por via oral ou enteral na quantidade mínima de 500ml/dia no período perioperatório, iniciando 5 a 7 dias antes da cirurgia.
- 22 A assistência nutricional ao paciente oncológico precisa ser individualizada, e deve incluir a triagem, a avaliação, a determinação das necessidades e a instituição da terapia nutricional. Nesse contexto, segundo o Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica, afirma-se:
- (A) para os pacientes internados para tratamento cirúrgico, a avaliação deverá ser realizada em até 72 horas da internação com a realização da ASG e ASG-PPP.
  - (B) na doença avançada assim como na doença terminal, recomenda-se a ASG ou a ASG-PPP no dia da internação.
  - (C) na doença avançada assim como na doença terminal, recomenda-se utilizar anamnese nutricional compreendendo dados clínicos, dietéticos e antropométricos e sinais e sintomas apresentados.
  - (D) para os pacientes internados para tratamento cirúrgico, deverão ser obtidos os parâmetros antropométricos e exame físico a cada 5 dias.
  - (E) no pós-operatório a avaliação nutricional deve ser realizada a cada 15 dias.



- 23 São considerados métodos eficazes para avaliar o estado nutricional do paciente oncológico adulto:
- (A) NRS-2002, MST, MUST, ASG-PPP versão reduzida ou não.
  - (B) ASG, ASG-PPP, avaliação rotineira/diária da ingestão alimentar, da alteração do peso corporal e do IMC.
  - (C) NRS 2002, ASG, ASG-PPP e Miniavaliação Nutricional Versão Reduzida (MNA-VR).
  - (D) ASG, ASG-PPP, MST, MUST e avaliação rotineira/diária da ingestão alimentar.
  - (E) IMC, avaliação rotineira/diária da ingestão alimentar, da alteração do peso corporal, MUST e ASG-PPP versão reduzida ou não.
- 24 As doenças inflamatórias intestinais (DII) são consideradas doenças crônicas que acometem o trato digestivo e caracterizam-se pela frequente exacerbação dos sinais e sintomas. Podemos descrever como fatores relacionados à deficiência nutricional nas DII, os seguintes:
- (A) enteropatia perdedora de proteína, fístulas, abdome agudo obstrutivo e estase gástrica.
  - (B) fístulas, diminuição da área absorptiva, aumento da pressão intra-abdominal e estase gástrica.
  - (C) enteropatia perdedora de proteína, diminuição da área absorptiva, fístula e sangramento.
  - (D) inflamação ativa, sangramento, dietas restritivas e aumento da barreira intestinal.
  - (E) deficiência de sais biliares, dietas restritivas, estase gástrica e constipação intestinal.
- 25 A síndrome do intestino irritável (SII) é uma síndrome bastante complexa que envolve fatores genéticos, ambientais, aumento da permeabilidade intestinal, processos infecciosos prévios, disbiose, entre outros. São alguns dos fatores dietéticos comumente relacionados a SII:
- (A) lactose e foodmaps.
  - (B) glúten e uso de líquidos junto as refeições.
  - (C) aditivos alimentares e uso prolongado de simbióticos.
  - (D) toxinas alimentares e foodmaps.
  - (E) lactose e toxinas alimentares.
- 26 Para o paciente adulto internado em Unidade de Terapia Intensiva sob ventilação mecânica invasiva com diagnóstico de pancreatite aguda grave, é recomendado:
- (A) uso de terapia nutricional enteral (TNE) o mais precocemente possível (24 a 48 horas).
  - (B) uso de Nutrição Parenteral (NP) o mais precocemente possível (24 a 48 horas) para repouso pancreático.
  - (C) uso de TNE com acesso gástrico e dieta polimérica preferencialmente para garantir o início precoce.
  - (D) nutrição parenteral contendo soluções lipídicas que forneçam menos de 25% das calorias não proteicas.
  - (E) fonte lipídica da TNE deve ser de 50% TCM e 50% TCL.



27 De acordo com a Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente grave (2023), a meta calórico-proteica e os parâmetros que devemos monitorar em pacientes críticos com IMC entre 30 - 40 kg/m<sup>2</sup>, são os seguintes:

- (A) 11-20 kcal/kg/dia do peso real, 1,5 gramas de proteína por kg de peso ideal por dia e monitorar hiperglicemia e esteatose hepática.
- (B) 11-15 kcal/kg/dia do peso ideal, 1,5 gramas de proteína por kg de peso ideal por dia e monitorar hiperglicemia e esteatose hepática.
- (C) 11-20 kcal/kg/dia do peso real, 2 gramas de proteína por kg de peso ideal por dia e monitorar ureia e creatinina.
- (D) 11-14 kcal/kg/dia do peso real, 2 gramas de proteína por kg de peso ideal por dia e monitorar hiperlipemia e hipercapnia.
- (E) 11-14 kcal/kg/dia do peso ideal, 1,2g de proteína por kg de peso real por dia e monitorar balanço hídrico e balanço nitrogenado.

28 A nutrição parenteral (NP) é uma solução estéril de nutrientes infundida via endovenosa, indicada quando existe comprometimento ou incapacidade da utilização da via digestiva, constituindo-se muitas vezes na única forma de fornecimento de nutrientes para o paciente. Em relação às indicações de NP, podemos afirmar que:

- (A) a nutrição parenteral central está indicada para períodos longos (> 14 dias), permite a administração de soluções hiperosmolares, sem risco de flebite e pode ser administrada por cateter central de inserção periférica (PICC).
- (B) a nutrição parenteral periférica é usualmente indicada para períodos curtos (7 a 10 dias), permite infusão de soluções hiperosmolares, porém, não deve ultrapassar 1200 mOsm/l para evitar flebite.
- (C) são algumas das principais indicações de NP as fístulas digestivas de baixo débito, síndrome do intestino curto, íleo paralítico e vômitos persistentes.
- (D) a nutrição parenteral central está indicada para períodos longos (> 14 dias), preferencialmente a administração de soluções isosmolares, sem risco de flebite, pode ser administrada apenas por acesso venoso central.
- (E) a NP está indicada na impossibilidade da utilização da via digestiva e também em situações em que o paciente atinge as metas energético-proteica com o uso exclusivo da via enteral, como forma de oferecer um suporte adicional de nutrientes a ele.

29 São complicações relacionadas ao uso de nutrição parenteral:

- (A) infecção de cateter e estase gástrica.
- (B) pneumotórax e síndrome do roubo celular.
- (C) trombose venosa e distúrbio do balanço ácido básico.
- (D) hipoglicemia e constipação.
- (E) sepse e fístulas digestivas.



- 30 A terapia nutricional imunomoduladora no paciente cirúrgico de grande porte tem como objetivo prevenir ou reverter desnutrição prévia à cirurgia e diminuir os efeitos do jejum prolongado no perioperatório, no catabolismo e na intensa atividade inflamatória. Nesse contexto, é correto afirmar:
- (A) arginina, ácidos graxos ômega 3 e ômega 6 são nutrientes de escolha preferencial no planejamento da terapia nutricional para esses pacientes.
  - (B) para os pacientes que podem se alimentar por via oral, recomendam-se 300 a 700 kcal/dia, administradas por via oral, como suplemento dietético, no período pré-operatório.
  - (C) mesmo para pacientes com estado nutricional preservado, são necessários cuidados nutricionais com dietas especializadas, diante de intervenções cirúrgicas de pequeno e médio porte.
  - (D) recomenda-se a oferta de dietas enterais enriquecidas com nutrientes como arginina, ácidos graxos ômega-3 e nucleotídeos, durante 7 a 10 dias que antecedem cirurgia abdominal de médio porte, para pacientes desnutridos ou com risco de desnutrição.
  - (E) ômega 3, glutamina, nucleotídeos e antioxidantes são nutrientes indicados para pacientes submetidos a cirurgias de grande porte.
- 31 Sobre a recomendação da Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente grave (2023), quanto à introdução da dieta via oral de pacientes cirúrgicos críticos no período pós-operatório, é correto afirmar:
- (A) deve-se iniciar com dieta líquida com o objetivo de preservar as anastomoses do trato digestório.
  - (B) é recomendado jejum prolongado no pós-operatório, assim como o uso de sondas gástricas para drenagem do conteúdo gástrico.
  - (C) a introdução de dieta normal balanceada é indicada, pois evita a paresia gástrica, favorece a manutenção do peristaltismo intestinal, aumentando a tolerância à dieta oral ou enteral, além de reduzir complicações pós-operatórias e ocorrência de infecções.
  - (D) iniciar dieta após verificação do volume residual gástrico (VRG).
  - (E) a dieta via oral e/ou enteral favorece a paresia gástrica e o íleo paralítico, aumentando o índice de complicações pós-operatórias.
- 32 Constitui estratégia nutricional para amenizar a perda de massa magra em pacientes com sarcopenia adquirida em UTI:
- (A) alcance de meta calórica em até 48h após estabilização hemodinâmica.
  - (B) início precoce da terapia nutricional com oferta proteica inicial mínima de 1g/dia.
  - (C) início precoce da terapia nutricional após estabilização hemodinâmica com oferta calórica mínima de 30kcal/kg/dia.
  - (D) alcance de meta calórico-proteica em 72h, respeitando a tolerância e priorizando a meta proteica.
  - (E) alcance de meta calórico-proteica em 72h, respeitando a tolerância e priorizando a meta calórica.
- 33 A perda de peso involuntária tem alta correlação com a mortalidade. Segundo Mussoi (2016), a perda de peso
- (A) maior que 10% do peso usual está relacionada com imunodeficiência e risco cirúrgico.
  - (B) maior que 5% do peso usual está relacionada com imunodeficiência e risco cirúrgico.
  - (C) maior que 5% do peso ideal está relacionada com imunodeficiência e risco cirúrgico.
  - (D) maior que 7,5% do peso usual está relacionada com imunodeficiência e risco cirúrgico.
  - (E) maior que 10% do peso ideal está relacionada com imunodeficiência e risco cirúrgico.



- 34 Segundo a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose (2017), as dislipidemias podem ser classificadas, de acordo com a fração lipídica alterada, em:
- (A) Hipercolesterolemia isolada, Hipertrigliceridemia isolada, Hiperlipidemia mista, HDL-c alto.
  - (B) Hipercolesterolemia isolada, Hipertrigliceridemia isolada, Hiperlipidemia mista, HDL-c baixo.
  - (C) Hipercolesterolemia isolada, Hipertrigliceridemia isolada, Hiperlipidemia mista, LDL-c alto.
  - (D) Hipercolesterolemia isolada, Hipertrigliceridemia familiar, Hiperlipidemia mista, LDL-c baixo.
  - (E) Hipercolesterolemia familiar, Hipertrigliceridemia isolada, Hiperlipidemia mista, HDL-c alto.
- 35 De acordo com a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose (2017)
- (A) a doença de TANGIER é uma doença rara em que os pacientes apresentam níveis de HDL-c inferiores a 5mg/dL e concentrações reduzidas de LDL-c.
  - (B) em pessoas idosas o colesterol total, em geral, é mais elevado até a sexta década de vida e, depois, cai ligeiramente, apesar disso, a prevalência de hipercolesterolemia ainda é alta nos idosos, principalmente no sexo masculino.
  - (C) a hipercolesterolemia familiar é uma doença hereditária autossômica dominante, caracterizada por concentrações de HDL-c plasmático aumentadas e risco considerável de DAC precoce.
  - (D) o consumo diário de uma a duas porções de alimentos fonte de proteína de soja, totalizando 15 a 30 g de proteína, está associado à redução de 5% de HDL-c, ao aumento de 3% de LDL-c e à redução de 11% na concentração de triglicerídeos.
  - (E) a ingestão recomendada mínima de fibras por dia é de 30 g, a fim de proteger contra DCV e câncer.
- 36 O envelhecimento é fator de risco para a maioria das DCV, assim como inúmeras comorbidades, tornando as pessoas idosas o grupo etário de maior heterogeneidade e complexidade, sendo necessário levar em consideração as particularidades desse grupo durante sua avaliação. A Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2019) refere que a avaliação dos pacientes idosos deve ser realizada por intermédio da
- (A) NRS 2002.
  - (B) MAN.
  - (C) AGA.
  - (D) ASGPPP
  - (E) ASG.
- 37 O seguimento de padrão alimentar saudável é fundamental no tratamento da Hipercolesterolemia familiar. A Atualização da Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar (2021) recomenda que
- (A) o plano alimentar deve ser rico em fibras, especialmente as fibras insolúveis.
  - (B) produtos à base de soja não devem fazer parte do plano alimentar.
  - (C) o ovo e a manteiga não devem fazer parte do plano alimentar.
  - (D) podem ser consumidas até 10% das calorias na forma de ácidos graxos saturados, com limite de 7% para indivíduos hipercolesterolêmicos.
  - (E) os ácidos graxos trans podem estar presente no plano alimentar de forma moderada.



- 38 Segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), em pessoas idosas com diabetes, com objetivo de evitar hipoglicemia, a meta de HbA1c que deve ser considerada, quando houver status funcional comprometido e síndrome de fragilidade, é menor que
- (A) 8,5%.
  - (B) 8,0 %.
  - (C) 7,5 %.
  - (D) 7,0%.
  - (E) 6,5 %.
- 39 A interpretação das medidas antropométricas exige o uso de referências e de pontos de corte definidos. O peso é uma medida constantemente utilizada no processo de avaliação nutricional. Segundo Mussoi (2016), o peso ajustado é utilizado quando
- (A) o paciente avaliado apresenta a adequação do peso superior a 100% ou inferior 90% do peso usual.
  - (B) o profissional não dispõe de instrumentos adequados para realizar a avaliação nutricional.
  - (C) o paciente é acamado.
  - (D) o paciente avaliado apresenta a adequação do peso superior a 100% ou inferior a 90% do considerado ideal.
  - (E) o paciente avaliado apresenta a adequação do peso superior a 110% ou inferior a 90% do considerado ideal.
- 40 A patologia na qual a obesidade contribui para uma maior sobrevivência dos pacientes, fenômeno conhecido como “paradoxo da obesidade”, é a
- (A) cirrose hepática.
  - (B) doença pulmonar obstrutiva crônica.
  - (C) síndrome da apneia obstrutiva do sono.
  - (D) doença renal crônica
  - (E) síndrome consumptiva.
- 41 São considerados métodos alternativos para estimar a estatura do paciente adulto:
- (A) altura do joelho, estatura referida, estatura recumbente.
  - (B) estatura recumbente, estatura ajustada, circunferência da panturrilha.
  - (C) altura do joelho, extensão dos braços, estatura recumbente.
  - (D) altura do joelho, extensão dos braços, estatura ajustada.
  - (E) estatura referida, extensão dos braços, altura do joelho.
- 42 O indicador sensível de alteração muscular na pessoa idosa é o (a)
- (A) circunferência do braço.
  - (B) circunferência muscular do braço.
  - (C) índice creatinina-altura.
  - (D) circunferência da panturrilha.
  - (E) índice de conicidade.





- 43 De acordo com Cuppari (2019), a recomendação de energia para adultos obesos com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é
- (A) 30 kcal/kg de peso atual/dia.
  - (B) 30 a 35 kcal/kg de peso atual/dia.
  - (C) 30 a 35 kcal/kg de peso ajustado/dia.
  - (D) 20 a 25 kcal/kg de peso/dia.
  - (E) 20 a 25 kcal/kg de peso ajustado/dia.
- 44 Na síndrome da imunodeficiência adquirida, a oferta adequada de proteínas tem como objetivo fornecer substrato para o sistema imune e restaurar ou preservar a massa magra (CUPPARI, 2019). Assim, a recomendação de proteínas para adultos com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em Estágio C, com infecção oportunista, é
- (A) 1,2 a 1,5 g /kg de peso atual/dia.
  - (B) 1,5 a 2 g/kg de peso atual/dia.
  - (C) 1,8 a 2 g/kg de peso atual/dia.
  - (D) 2 a 2,5 g/kg de peso atual/dia.
  - (E) 2,5 a 2,8 g/kg de peso atual/dia.
- 45 Segundo a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), é recomendado aconselhar mulheres a evitar gravidez quando apresentarem HbA1c acima de
- (A) 9%, até que alcancem melhor controle glicêmico.
  - (B) 8,5%, até que alcancem melhor controle glicêmico.
  - (C) 8%, até que alcancem melhor controle glicêmico.
  - (D) 7,5%, até que alcancem melhor controle glicêmico.
  - (E) 7%, até que alcancem melhor controle glicêmico.
- 46 De acordo com a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023), a doença hepática gordurosa metabólica (DHGM) é a doença hepática mais frequente no mundo, atingindo quase 25% da população. Compreende várias manifestações hepáticas associadas a distúrbios metabólicos e cardiovasculares. Assim, para pessoas com DHGM recomenda-se:
- (A) mudança no estilo de vida, como primeira escolha, para pessoas com diabetes e sobrepeso e/ou obesidade, de forma que promova uma redução de peso de pelo menos 7% a 10%.
  - (B) o uso de fármacos, como primeira escolha, para ajudar na perda de peso e melhor controle glicêmico.
  - (C) em pessoas com diabetes tipo 2, IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup> e DHGM, a cirurgia bariátrica deve ser considerada, na ausência de eficácia da combinação de mudança de estilo de vida e farmacoterapia.
  - (D) o uso de fármacos para a redução de peso em indivíduos com DM2, DHGM e IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>.
  - (E) mudança no estilo de vida como primeira escolha, para pessoas com diabetes e sobrepeso e/ou obesidade, de forma que promova uma redução de peso de pelo menos 10% a 20%.
- 47 Cuppari (2019) recomenda para pacientes renais em hemodiálise:
- (A) 1.1 a 1.2 g/kg/dia de proteína e 30 a 35 kcal/kg/dia de energia.
  - (B) 1.2 a 1.3 g/kg/dia de proteína e 25 a 30 kcal/kg/dia de energia.
  - (C) 1.2 a 1.3 g/kg/dia de proteína e 30 a 35 kcal/kg/dia de energia.
  - (D) 1.3 a 1.4 g/kg/dia de proteína e 25 a 30 kcal/kg/dia de energia.
  - (E) 1.5 a 1.8 g/kg/dia de proteína e 30 A 35 kcal/kg/dia de energia.



- 48 Segundo Cuppari (2019), a recomendação de líquidos para a doença renal crônica em hemodiálise é de
- (A) 500ml/dia.
  - (B) 500 a 800 ml/dia.
  - (C) 600 a 1000 ml/dia mais diurese de 24h.
  - (D) 500ml a 1000ml/dia mais diurese de 24h.
  - (E) 800ml a 1200ml/dia.
- 49 A estratégia comportamental utilizada no tratamento da obesidade, para estimular o paciente a ter relação saudável com a comida e conhecer mais suas sensações físicas e emocionais ligadas à alimentação é o (a)
- (A) entrevista motivacional.
  - (B) comer intuitivo.
  - (C) comer com atenção plena.
  - (D) controle de estímulos.
  - (E) automonitoramento.
- 50 De acordo com Vitolo (2014), os valores recomendados de proteínas para adolescentes na faixa etária de 9 a 13 anos é
- (A) 0,75 g/kg/dia.
  - (B) 0,80 g/kg/dia.
  - (C) 0,85 g/kg/dia.
  - (D) 0,90 g/kg/dia.
  - (E) 0,95 g/kg/dia.