



**PROCESSO SELETIVO 2021**  
**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE**

## **002. PROVA OBJETIVA**

### **NUTRIÇÃO**

(OPÇÕES: 002, 005, 008, 016, 022, 025, 029 E 032)

- Você recebeu sua folha de respostas, este caderno, contendo 40 questões objetivas, e o caderno de prova dissertativa.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração das provas objetiva e dissertativa é de 4 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas e para a transcrição dos textos definitivos.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 3 horas do início das provas.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal o caderno de prova dissertativa, a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

**AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.**

Nome do candidato \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Inscrição \_\_\_\_\_ Prédio \_\_\_\_\_ Sala \_\_\_\_\_ Carteira \_\_\_\_\_



## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 01.** De acordo com o National Cholesterol Education Program, citado nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020), são critérios para diagnóstico de síndrome metabólica em mulheres valores de HDL – colesterol (mg/dL) e circunferência abdominal (cm), respectivamente:
- (A)  $< 50$  e  $\geq 88$ .
  - (B)  $< 60$  e  $\geq 88$ .
  - (C)  $< 60$  e  $\geq 80$ .
  - (D)  $< 50$  e  $\geq 80$ .
  - (E)  $< 40$  e  $\geq 80$ .
- 02.** De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020), é considerado um objetivo glicêmico, para adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1, valores de glicemia (mg/dL) pós-prandial de
- (A) 70 a 110.
  - (B) 70 a 145.
  - (C) 80 a 110.
  - (D) 90 a 180.
  - (E) 110 a 200.
- 03.** De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020), pacientes em uso de fármacos hipoglicemiantes, como a metformina, devem ser monitorados periodicamente em relação a um importante nutriente, a saber
- (A) vitamina C.
  - (B) vitamina D.
  - (C) vitamina B<sub>12</sub>.
  - (D) potássio.
  - (E) cálcio.
- 04.** Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020), é recomendada, para indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2, a seguinte quantidade diária de fibra alimentar a cada 1 000 kcal ingeridas:
- (A) 20 g.
  - (B) 25 g.
  - (C) 30 g.
  - (D) 35 g.
  - (E) 40 g.
- 05.** Em relação às recomendações para o manejo dos lipídeos sanguíneos, a Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (2017) afirma corretamente que, em indivíduos
- (A) de muito alto risco cardiovascular, o LDL-c deve ser reduzido para  $< 50$  mg/dL e o não HDL-c para  $< 80$  mg/dL.
  - (B) de risco cardiovascular intermediário, o LDL-c deve ser reduzido para  $< 120$  mg/dL e o não HDL-c para  $< 140$  mg/dL.
  - (C) com valores baixos de HDL-c, deve-se utilizar tratamento medicamentoso associado à dieta visando à elevação de tal lipoproteína.
  - (D) de baixo risco cardiovascular, a meta de LDL-c deve ser  $< 150$  mg/dL e o não HDL-c  $< 180$  mg/dL.
  - (E) de alto risco cardiovascular, o LDL-c deve ser reduzido para  $< 50$  mg/dL e o não HDL-c para  $< 80$  mg/dL.
- 06.** De acordo com a I Diretriz sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular (2013) da Sociedade Brasileira de Cardiologia, assinale a alternativa correta.
- (A) O consumo de ácidos graxos saturados deve ser  $< 10\%$  do valor energético total (VET) para adultos que apresentam fatores de risco associados a doença cardiovascular como hipertensão arterial sistêmica e diabetes.
  - (B) Para adultos, o consumo de quantidades menores que  $10\%$  do VET em ácidos graxos saturados na alimentação está relacionado à redução do LDL-c.
  - (C) Para crianças maiores de dois anos e adolescentes com perfil lipídico alterado, a ingestão de gorduras deve se manter entre  $20\%$  e  $25\%$  para manutenção de ganho de peso e para crescimento normal.
  - (D) Para crianças maiores de dois anos e adolescentes com perfil lipídico alterado, a recomendação de consumo de ácidos graxos saturados deve ser  $< 10\%$  do VET.
  - (E) O consumo de ácidos graxos saturados além do recomendado não está relacionado com desenvolvimento e/ou progressão de diabetes *mellitus* tipo 2.

- 07.** Em relação à ingestão de ácidos graxos monoinsaturados (MUFA), a Diretriz sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular (2013) da Sociedade Brasileira de Cardiologia afirma corretamente que
- (A) substituir ácidos graxos saturados da dieta por MUFA, perfazendo 25% da energia total, é recomendado para reduzir o risco cardiovascular.
  - (B) substituir ácidos graxos saturados da dieta por MUFA não promove redução dos valores plasmáticos de LDL-c.
  - (C) o uso de MUFA está relacionado a melhorias da função endotelial e da adesão monocitária, além de reduções de marcadores inflamatórios e agregação plaquetária.
  - (D) não há evidências de que o consumo de MUFA dentro do contexto da dieta do Mediterrâneo promova redução do risco de eventos cardiovasculares e mortalidade.
  - (E) o aumento da ingestão de MUFA prejudica a capacidade de secreção de insulina pela célula beta pancreática.
- 08.** A Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (2018) do Departamento de Insuficiência Cardíaca (DEIC) e a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) afirma corretamente que
- (A) é recomendado o uso de coenzima Q10 (CoQ10) na insuficiência cardíaca (IC), pelos seus efeitos benéficos no sistema cardiovascular.
  - (B) pacientes com miocardiopatia dilatada de origem alcoólica devem ser aconselhados a se absterem completamente do uso de bebidas alcoólicas.
  - (C) a vitamina D deve ser suplementada em pacientes com IC, por promover melhora da função ventricular esquerda e da tolerância ao exercício.
  - (D) se deve evitar ingestão de sódio, em níveis > 5 g de cloreto de sódio por dia, para pacientes com IC crônica.
  - (E) se recomenda restrição de 500 a 1 000 kcal/dia para manutenção de índice de massa corporal abaixo de 30 kg/m<sup>2</sup>, em pacientes com IC.
- 09.** A Sociedade Brasileira de Cardiologia, por meio da Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular (2019), afirma corretamente que
- (A) o uso de vitamina E, na forma de tocoferol em doses acima da EAR, contribui de forma sustentada para a prevenção de doenças cardiovasculares, a saber infarto agudo do miocárdio e miocardite.
  - (B) se recomenda o uso de vitamina D em associação com cálcio, para indivíduos com deficiência desses nutrientes, para prevenção de doença cardiovascular.
  - (C) é recomendada a suplementação de ácidos graxos eicosapentaenoico e docosa-hexaenoico para indivíduos de prevenção primária de doença cardiovascular, utilizando-se ou não tratamentos preventivos baseados em evidência.
  - (D) a suplementação de vitaminas do complexo B, em especial B<sub>6</sub> e B<sub>9</sub>, é efetiva tanto para prevenção de doença cardiovascular primária como secundária.
  - (E) é recomendada a suplementação com ômega-3 marinho 2-4 g por dia ou até em doses mais elevadas para pacientes com hipertrigliceridemia grave (> 500 mg/dL na ausência de quilomicronemia familiar), com risco de pancreatite, refratária a medidas não farmacológicas e tratamento medicamentoso.
- 10.** A Sociedade Brasileira de Cardiologia, na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2016), apresenta algumas recomendações para o tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial, entre elas:
- (A) adotar a dieta paleolítica.
  - (B) limitar o consumo diário de álcool a 1 dose para pessoas com baixo peso.
  - (C) restringir o consumo diário de sódio para 5,0 g.
  - (D) manter colesterol total abaixo de 160 mg/dL.
  - (E) manter glicemia de jejum entre 90 e 115 mg/dL.
- 11.** Um bebê de 4 meses de vida, depois de ingerir mamadeira de leite de vaca, apresentou urticária, vermelhidão e vômitos. Após consulta com pediatra, recebeu diagnóstico de alergia a proteína do leite de vaca (IgE mediada), e a mãe foi orientada a ofertar fórmula extensamente hidrolisada. Após alguns dias de uso, a criança continuou a apresentar sintomas. Considerando o recomendado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Alergia à Proteína do Leite de Vaca (CONITEC – Ministério da Saúde, 2017), o pediatra orientou a ingestão de fórmula de
- (A) proteína isolada de soja.
  - (B) caseína parcialmente hidrolisada.
  - (C) proteína hidrolisada de arroz.
  - (D) proteína hipoalergênica de leite de cabra.
  - (E) aminoácidos livres.

12. A anemia ferropriva é uma condição clínica considerada um importante problema de saúde pública. Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Pediatria, no “Consenso sobre Anemia Ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica!” (2018), recomenda, para
- (A) recém-nascidos a termo com peso inferior a 2500 g, 1 mg/kg de peso/dia de ferro elementar, a partir de 30 dias durante um ano.
  - (B) gestantes anêmicas, suplementação de ferro elementar (60-120 mg/dia), por mínimo de 60 dias.
  - (C) recém-nascidos pré-termo com peso entre 2500 e 1500 g, 3 mg/kg de peso/dia de ferro elementar, a partir de 30 dias durante um ano.
  - (D) recém-nascidos pré-termo com peso entre 1500 e 1000 g, 2 mg/kg de peso/dia de ferro elementar, a partir de 30 dias durante um ano.
  - (E) recém-nascidos pré-termo com peso inferior a 1000 g, 5 mg/kg de peso/dia de ferro elementar, a partir de 30 dias durante um ano.
13. Em relação ao tratamento para indivíduos com diagnóstico de fenilcetonúria, a Portaria conjunta nº 12, de 10 de setembro de 2019, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Fenilcetonúria (Ministério da Saúde), afirma corretamente que
- (A) o tratamento dietético deve ser iniciado tão cedo quanto possível, idealmente até o décimo dia de vida.
  - (B) a fenilalanina é um aminoácido não essencial e deve ser garantido por dieta e fórmulas com quantidades permitidas deste.
  - (C) o aleitamento materno deve ser suspenso ao diagnóstico e substituído por fórmula isenta de fenilalanina.
  - (D) devido à menor biodisponibilidade dos aminoácidos da fórmula utilizada no tratamento, um adicional proteico de pelo menos 20%, em relação às recomendações vigentes para a população, deve ser considerado na prescrição dietética.
  - (E) para otimizar o balanço nitrogenado na fenilcetonúria, a fórmula metabólica deve ser fracionada em no mínimo duas porções ao dia e ingerida preferencialmente após as refeições.
14. A RDC nº 45, de 19 de setembro de 2011, dispõe sobre o regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes destinadas a necessidades dietoterápicas específicas e fórmulas infantis de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas. Essa RDC afirma corretamente que
- (A) o percentual de valor diário (%VD) deve ser declarado na informação nutricional para calorias e nutrientes de declaração obrigatória das fórmulas infantis.
  - (B) todos os ingredientes e aditivos alimentares utilizados nas fórmulas infantis devem ser livres de glúten e lactose, com o objetivo de garantir utilização por crianças intolerantes ao glúten e à lactose.
  - (C) as fórmulas infantis de seguimento para crianças de primeira infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas adicionadas de mel devem informar no rótulo que o produto não deve ser consumido por lactentes até dois anos de idade.
  - (D) o rótulo das fórmulas infantis destinadas a necessidades dietoterápicas específicas deve informar que, quando necessário o preparo com antecedência do produto, a fórmula reconstituída deve ser refrigerada à temperatura < 5 °C, por no máximo 24 horas.
  - (E) é permitido o uso de informação nutricional complementar e de alegações de propriedades funcionais e/ou de saúde nos rótulos e material publicitário veiculado por meio de fórmulas infantis.
15. É uma meta proteica sugerida no documento Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar (BRASPEN, 2018), para paciente na UTI, obeso grau III:
- (A) 1 g/kg peso ideal/dia.
  - (B) 1,5 g/kg peso ideal/dia.
  - (C) 2,0 g/kg peso ideal/dia.
  - (D) 2,5 g/kg peso ideal/dia.
  - (E) 3,0 g/kg peso ideal/dia.
16. De acordo com as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica – DRC, no Sistema Único de Saúde (2014), a recomendação de ingestão diária de proteínas (g/kg) e de sódio (g) para pacientes adultos com taxa de filtração glomerular de 15 mL/min/1,73m<sup>2</sup> é, respectivamente:
- (A) 1,2 e < 2.
  - (B) 1,0 e < 5.
  - (C) 0,8 e < 2.
  - (D) 0,6 e < 2.
  - (E) 0,6 e < 1.

17. Fruta que possui um composto neurotóxico, normalmente depurado pelos rins, que não deve ser consumida na vigência de função renal muito diminuída ou inexistente.
- O texto faz referência
- (A) ao kiwi.
  - (B) ao caju.
  - (C) à carambola.
  - (D) à nectarina.
  - (E) ao tamarindo.
18. Em relação ao uso de dietas imunomoduladoras em pacientes oncológicos, de acordo com o Consenso Nacional de Nutrição Oncológica (Ministério da Saúde/INCA, 2016), é correto afirmar que
- (A) não há benefícios no uso de dietas imunomoduladoras enriquecidas com arginina em pacientes oncológicos a serem submetidos a cirurgia de grande porte do trato digestório.
  - (B) para pacientes críticos com sepse, não são indicadas dietas imunomoduladoras enriquecidas com arginina, nucleotídeos e ômega-3.
  - (C) não há benefícios no uso de dietas imunomoduladoras enriquecidas com arginina, nucleotídeos e ômega-3 em pacientes oncológicos a serem submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço.
  - (D) dietas imunomoduladoras devem ser iniciadas 15 a 20 dias antes de cirurgias de grande porte do trato digestório e de cabeça e pescoço.
  - (E) dietas imunomoduladoras enriquecidas com arginina, nucleotídeos e ômega-3 em pacientes oncológicos não promovem redução nas complicações perioperatórias e no tempo de hospitalização.
19. Na impossibilidade de atingir a meta de oferta calórica ao paciente com câncer em tratamento paliativo, a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer (2019) recomenda adequar a oferta calórica que melhor conforto o paciente, sendo que a meta recomendada corresponde, em kcal/kg/dia, a
- (A) 20 a 25.
  - (B) 25 a 30.
  - (C) 30 a 35.
  - (D) 35 a 40.
  - (E) 40 a 45.
20. Em relação à terapia nutricional recomendada aos pacientes com câncer, a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer (2019) afirma corretamente que
- (A) os tumores de cabeça e pescoço não comprometem o transporte de alimentos no trato gastrointestinal superior, e o estado nutricional poderá ser mantido por nutrição oral.
  - (B) a radioterapia é o tratamento que melhor preserva o estado nutricional, pois, diferentemente da quimioterapia, não tem como efeitos colaterais mucosite ou diminuição da ingestão alimentar, não sendo necessária a nutrição enteral.
  - (C) a terapia nutricional é indicada se os pacientes com câncer não puderem ingerir adequadamente nenhum alimento por mais de duas semanas, ou menos de 80% da necessidade por mais de 2 semanas.
  - (D) pacientes com câncer que tiverem ingestão oral ou tolerância da nutrição enteral em quantidades inferiores a 80% de suas metas por mais de uma semana apresentam indicação de nutrição parenteral suplementar.
  - (E) a terapia nutricional para pacientes com câncer de cabeça e pescoço deve ser iniciada precocemente, e, se a ingestão de energia for inadequada, recomenda-se o uso de suplementos orais ou a alimentação por sonda enteral.
21. Seguindo o recomendado na Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer (2019), o nutricionista de um hospital incluiu o seguinte alimento na dieta de um paciente com odinofagia:
- (A) biscoito cream cracker.
  - (B) suco de limão.
  - (C) pimenta do reino.
  - (D) sorvete.
  - (E) batata cozida.
22. De acordo com o documento Terapia Nutricional no Trauma (Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica e Associação Brasileira de Nutrologia, 2011), a quantidade de proteínas (g/kg de peso corporal por dia) ideal para o paciente com trauma é de
- (A) 0,8 a 1,0.
  - (B) 1,0 a 1,5.
  - (C) 1,2 a 1,8.
  - (D) 1,2 a 2,0.
  - (E) 2,2 a 2,5.

- 23.** A BRASPEN, na Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente Grave (2018), afirma corretamente que
- (A) não é indicada a oferta pós-pilórica da dieta em pacientes considerados com alto risco para aspiração.
  - (B) a calorimetria indireta (CI) é o método padrão-ouro para a avaliação do gasto energético de repouso (GER) dos pacientes críticos, com nível de evidência moderado.
  - (C) as emulsões lipídicas devem constar como parte integrante da nutrição parenteral, sendo que aquelas à base de óleo de soja devem ser utilizadas nos pacientes graves.
  - (D) o uso parenteral de glutamina é indicado em pacientes com disfunção orgânica múltipla, disfunção renal, disfunção hepática ou instabilidade hemodinâmica.
  - (E) em pacientes obesos críticos ( $IMC > 40 \text{ kg/m}^2$ ), a meta proteica a ser atingida é de até 3,0 gramas por kg de peso ideal por dia.
- 24.** A Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar (BRASPEN, 2018) afirma corretamente que
- (A) a Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) é indicada a pacientes sem condições de se alimentar pela via oral, que estejam com trato digestório íntegro e uma adequação nutricional de 70% ou menos frente à meta nutricional estabelecida.
  - (B) a TNED deve ser administrada de maneira intermitente, pois tal opção independe da estabilidade clínica do indivíduo, do tipo de dispositivo para TNED, e de sua localização (gástrica ou jejunal).
  - (C) o uso de suplemento oral domiciliar é recomendado quando o paciente não atende a 70% de sua meta nutricional apenas com dieta oral.
  - (D) a TNED é indicada em casos de falência intestinal, obstrução mecânica do intestino delgado inoperável, enterite actínica, síndrome de má absorção e fístulas digestivas, entre outros.
  - (E) a Terapia Nutricional Parenteral Domiciliar não deve ser administrada de forma exclusiva, devendo ser utilizada como terapia complementar à TNED, para preservar o trofismo intestinal.
- 25.** Em relação às recomendações de nutrientes para pacientes em terapia nutricional, o documento Recomendações Nutricionais para Adultos em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral (2011), da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, da Sociedade Brasileira de Clínica Médica e da Associação Brasileira de Nutrologia, afirma corretamente que
- (A) a recomendação normal de lipídeos é de 15-25% do VET da dieta.
  - (B) a recomendação de carboidratos é de, no mínimo, 100 g ao dia.
  - (C) para pacientes com estresse metabólico, a recomendação de proteína é de 0,8-1,5 g/kg/dia.
  - (D) fibras insolúveis devem ser utilizadas nos pacientes gravemente enfermos e naqueles com dismotilidade grave.
  - (E) em pacientes graves, a recomendação máxima de lipídeos via venosa é de 1 g/kg/dia.
- 26.** De acordo com a RDC nº 21, de 13 de maio de 2015, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre o regulamento técnico de fórmulas para nutrição enteral, é correto afirmar que a
- (A) quantidade de proteínas na formulação deve ser maior ou igual a 10% (dez por cento) e menor que 20% (vinte por cento) do valor energético total (VET) do produto.
  - (B) quantidade total de lipídeos na formulação deve ser maior ou igual a 25% (vinte e cinco por cento) e menor ou igual a 35% (trinta e cinco por cento) do VET do produto.
  - (C) quantidade de ácidos graxos trans na formulação deve ser menor ou igual a 2% (dois por cento) do VET do produto.
  - (D) quantidade de ácidos graxos monoinsaturados na formulação deve ser menor ou igual a 10% (dez por cento) do VET do produto.
  - (E) soma das quantidades de ácidos graxos láurico, mirístico e palmítico na formulação deve ser menor ou igual a 20% (vinte por cento) do VET do produto.

- 27.** De acordo com a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral e a Associação Brasileira de Nutrologia, no documento Terapia Nutricional na Síndrome do Intestino Curto – Insuficiência/Falência Intestinal (2011), os pacientes com tal condição clínica e portadores de cólon são, principalmente, os que mais se beneficiam da dieta oral, sendo correto afirmar que
- (A) no início, recomenda-se a dieta de fases, com a introdução gradativa dos alimentos, dando-se preferência inicial aos lipídeos.
  - (B) a dieta via oral deve ser fracionada em 5 a 6 refeições/dia, em intervalos regulares e constantes.
  - (C) a alimentação oral deve ser iniciada assim que haja estabilização das perdas hidroeletrólíticas e o controle das perdas fecais.
  - (D) no início, recomenda-se dieta restrita em açúcares simples e rica em fibras insolúveis.
  - (E) dietas pobres em carboidratos e fibras solúveis com restrição de oxalato estão mais indicadas diante da presença anatômica e funcional, parcial ou total, do cólon.
- 28.** A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões e a Associação Brasileira de Nutrologia afirmam corretamente, no documento Terapia Nutricional nas Doenças Hepáticas Crônicas e Insuficiência Hepática (2011), que
- (A) restrição proteica não está indicada para evitar ou controlar a encefalopatia hepática (EH), principalmente nos graus mais inferiores da Escala de West-Haven.
  - (B) na cirrose avançada, a suplementação nutricional oral com aminoácidos de cadeia aromática é útil para melhorar a evolução clínica e retardar a progressão da insuficiência hepática.
  - (C) a suplementação perioperatória com dieta suplementada com glutamina reduz a morbidade associada a complicações pós-operatórias e estadia hospitalar, após ressecção hepática por carcinoma hepatocelular.
  - (D) prebióticos, probióticos e simbióticos não estão indicados na prevenção e no tratamento da EH.
  - (E) administração de lanche noturno, suplementado com triptofano, melhora a quantidade de proteína corporal total, o metabolismo energético e a retenção de nitrogênio em pacientes com cirrose hepática.
- 29.** O documento Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da infecção pelo HIV em adultos (CONITEC, 2017) recomenda para pacientes com dislipidemia leve a moderada a utilização de medidas não farmacológicas simples, como
- (A) reduzir a ingestão total de gordura para < 25%/dia.
  - (B) reduzir a ingestão de colesterol dietético para < 200 mg/dia.
  - (C) ingerir menos de 1500 mg sódio/dia.
  - (D) ingerir entre 25 e 30% do valor calórico total da dieta na forma de carboidrato.
  - (E) preferir a ingestão de proteínas de origem vegetal em detrimento das de origem animal.
- 30.** A evolução dietética no pós-operatório de cirurgia bariátrica é de fundamental importância para garantir um quadro clínico adequado. Nesse contexto, o documento Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade (Ministério da Saúde, 2014) recomenda, na fase de dieta normal, ingestão de alimentos por refeição em quantidade de
- (A) 50 a 100 g.
  - (B) 100 a 150 g.
  - (C) 150 a 200 g.
  - (D) 200 a 250 g.
  - (E) 250 a 300 g.
- 31.** A terapia nutricional em pacientes com lesão por pressão objetiva a regeneração do tecido, favorecendo o processo de cicatrização. Nesse contexto, a BRASPEN, no documento Campanha Diga Não à Lesão por Pressão (2020), afirma que a necessidade diária de proteína de pacientes com lesão por pressão instalada é de
- (A) 1,0 a 1,2 g/kg.
  - (B) 1,2 a 1,5 g/kg.
  - (C) 1,5 a 2,0 g/kg.
  - (D) 1,8 a 2,5 g/kg.
  - (E) 2,5 a 3,0 g/kg.
- 32.** Em pacientes em risco de lesão por pressão, o adequado aporte hídrico deve ser garantido. A necessidade de líquidos diária, segundo a BRASPEN, no documento Campanha Diga Não à Lesão por Pressão (2020), é de
- (A) 1 mL/kcal.
  - (B) 5 mL/kcal.
  - (C) 7 mL/kcal.
  - (D) 10 mL/kcal.
  - (E) 15 mL/kcal.



33. De acordo com a BRASPEN, no documento Campanha Diga Não à Lesão por Pressão (2020), pacientes portadores de lesão por pressão instalada podem se beneficiar de suplemento nutricional oral específico para cicatrização, contendo determinados nutrientes, entre eles
- (A) ômega-3.
  - (B) zinco.
  - (C) magnésio.
  - (D) taurina.
  - (E) cisteína.
34. A Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Envelhecimento (2019) afirma corretamente que a terapia nutricional enteral está indicada, desde que o trato digestório possa ser utilizado, para idosos desnutridos ou em risco nutricional em alguns casos, por exemplo:
- (A) ingestão oral deficiente, em torno de 70% das necessidades energéticas por mais de dois dias consecutivos.
  - (B) baixa aceitação alimentar para alimentos fonte de proteína, na vigência de estados demenciais, impeditivos de mastigação adequada dos alimentos.
  - (C) baixa aceitação alimentar na vigência de quadros como xerostomia e mucosite oral.
  - (D) ingestão oral deficiente, em torno de 60% das necessidades energéticas por mais de três dias consecutivos.
  - (E) recusa frequente dos alimentos em decorrência de perda do paladar para os gostos doce e salgado.
35. Nutricionista seguiu o recomendado em Cuppari (*Nutrição clínica no adulto*, 2019) e fez corretamente a seguinte orientação para paciente com diagnóstico de esofagite:
- (A) esperar pelo menos 1 hora para se deitar após comer.
  - (B) preferir chá mate a chá verde.
  - (C) ingerir alimentos com alto teor de purinas.
  - (D) substituir café por chocolate em pó misturado no leite.
  - (E) excluir sucos e frutas ácidos e tomate.
36. Um celíaco internado em um hospital geral para uma cirurgia eletiva recebeu corretamente os seguintes alimentos no almoço:
- (A) arroz branco, carne assada, farofa de farinha panko, salada de folhas.
  - (B) macarrão de arroz, frango grelhado, beterraba e tabule de quinoa.
  - (C) arroz integral, feijão, quibe, molho de hortelã e salada de tomate.
  - (D) arroz branco, feijão, bife à milanesa, cenoura e brócolis.
  - (E) macarrão integral, salmão grelhado, pepino e alface com crouton.
37. Carências nutricionais podem ser detectadas por meio de alguns sinais físicos. Unhas quebradiças e rugosas e alargamento epifísario estão associados com frequência a deficiências, respectivamente, de
- (A) riboflavina e piridoxina.
  - (B) fósforo e cromo.
  - (C) ferro e vitamina D.
  - (D) vitamina A e niacina.
  - (E) iodo e cálcio.
38. Conforme referenciado em Cuppari (*Nutrição clínica no adulto*, 2019), a transferrina é uma proteína de fase aguda negativa, que tem seus valores alterados em algumas condições clínicas. Assinale a alternativa que apresenta concentração sérica compatível com depleção moderada de tal proteína.
- (A) 230 mg/dL.
  - (B) 200 mg/dL.
  - (C) 180 mg/dL.
  - (D) 120 mg/dL.
  - (E) 80 mg/dL.
39. A avaliação subjetiva global permite avaliar o estado nutricional em várias condições clínicas. Conforme referenciado em Cuppari (*Nutrição clínica no adulto*, 2019), são consideradas, entre outros aspectos, alterações relacionadas ao exame físico do indivíduo, como
- (A) cansaço físico com dificuldade para realizar atividades cotidianas.
  - (B) perda de gordura subcutânea em tríceps e bíceps.
  - (C) redução de albumina plasmática.
  - (D) presença de disfagia, com alteração do hábito alimentar.
  - (E) perda de mais de 10% do peso nos últimos 6 meses.
40. O conceito de obesidade central é importante à medida que tal parâmetro está fortemente associado à ocorrência de doenças cardiovasculares. É um indicador utilizado na determinação de obesidade central:
- (A) compleição física.
  - (B) índice de massa corporal.
  - (C) circunferência da panturrilha.
  - (D) densidade corporal.
  - (E) índice de conicidade.





