PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS **CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO NOS MOLDES *FELLOW* DA ÁREA DE ENSINO MULTIPROFISSIONAL** ANO LETIVO 2027.

EDITAL Nº 002/2026

CHAVE DE CORREÇÃO

203 - ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM CIRURGIA GINECOLÓGICA ONCOLÓGICA - NUTRIÇÃO

BANCA ORGANIZADORA

QUESTÃO Nº 1 - 20,00 PONTOS

Paciente de 66 anos, sexo biológico feminino, preta, natural do Rio de Janeiro, casada, hipertensa e diabética, matriculada no Instituto Nacional de Câncer (INCA), com diagnóstico de adenocarcinoma de endométrio.

Internada para tratamento cirúrgico, com proposta de histerectomia com salpingo-ooforectomia bilateral (ressecção do útero, das trompas e dos ovários) e biópsia do linfonodo sentinela. A paciente encontra-se apta à abreviação do jejum, sem risco evidente de aspiração e com controle glicêmico adequado.

Após a avaliação do estado nutricional, realizada por meio de métodos subjetivos e objetivos, foram registradas em prontuário as seguintes informações:

Avaliação Nutricional Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP): classificação B (desnutrição moderada ou suspeita) com escore de 4 pontos.

Sintomas digestivos: sem queixas gastrointestinais e função intestinal preservada.

A paciente relata fadiga e redução da capacidade funcional, embora mantenha quase todas as atividades habituais.

Recordatório alimentar de 24 horas: revelou consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, ricos em açúcares, gorduras saturadas e sódio; consumo de frutas, legumes, verduras, cereais integrais e leguminosas inferiores a cinco porções diárias; além de baixa ingestão proteica.

Não houve mudanças no padrão alimentar habitual, e o apetite encontra-se preservado.

Avaliação Antropométrica:

Peso atual: 89kg

Altura: 1,54m

IMC: 37,52kg/m²

Circunferência da cintura: 93cm

Circunferência da panturrilha: 30cm

Teste de velocidade de marcha: 0,6m/s

Força de aperto de mão: 14kg

Pontos de corte para mulheres	
Circunferência da panturrilha	Valores inferiores a 33cm sugerem redução de massa muscular.
Velocidade de marcha	Valores inferiores ou iguais a 0,8m/s são considerados alterados.
Força de aperto de mão	Valores inferiores a 16kg sugerem redução de força muscular.

Com base nas recomendações atuais, responda aos itens a seguir:

QUESTÃO Nº 1 LETRA A - 10,00 PONTOS

1.a) Determine o diagnóstico nutricional da paciente, justificando-o com base nos dados apresentados.

CHAVE DE CORREÇÃO:

O diagnóstico nutricional é de obesidade sarcopênica, condição clínica caracterizada pela combinação de excesso de gordura corporal e baixa massa corporal magra (principalmente de origem muscular). A paciente é classificada com obesidade grau II, segundo IMC, juntamente com excesso de gordura abdominal pela circunferência da cintura acima de 88cm. Além disso, apresenta valores sugestivos de redução e comprometimento da função e força muscular, segundo os critérios de circunferência da panturrilha, velocidade de marcha e força de aperto de mão, respectivamente.

QUESTÃO Nº 1 LETRA B - 10,00 PONTOS

1.b) Estabeleça a conduta nutricional para a paciente, considerando suas necessidades energéticas e proteicas, bem como os cuidados nutricionais recomendados nos protocolos de cuidados perioperatórios e de alimentação saudável.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Necessidades de caloria: recomenda-se o cálculo por calorimetria indireta, na ausência deste método, considerar o uso de equação preditiva baseada no peso corporal de 25 a 30kcal/kg/dia. De acordo com o diagnóstico nutricional de obesidade, a paciente deve receber uma dieta normocalórica visto que fará um procedimento cirúrgico e não há neste momento indicação de perda de peso.

Necessidades de proteína: recomenda-se de 1,2 a 1,5g de proteína/kg/dia como faixa-alvo para ajudar a manter ou restaurar a massa corporal magra; doses ainda maiores de proteína podem ser necessárias quando a depleção é grave. É importante oferecer um aporte maior proteico visto que a paciente apresenta sarcopenia, esse aporte pode ser através da dieta hospitalar oferecida ou através de acréscimo de módulo de proteína ou suplemento proteico.

Conduta nutricional no pré-operatório (internação): prescrição de dieta oral de consistência normal, normocalórica, hiperprotéica, normolipídica normoglicídica e normo em micronutrientes. Para manutenção de controle glicêmico adequado priorizar alimentos ricos em fibras e restringir o consumo de carboidratos simples para prevenção da hiperglicemia perioperatória, já que esta associa-se a desfechos clínicos desfavoráveis, incluindo aumento da mortalidade perioperatória, tempo de internação hospitalar, tempo de internação na UTI e infecção pós-operatória. Suplementos nutricionais orais imunomoduladores, incluindo (arginina, ácidos graxos ômega-3 e nucleotídeos) devem ser administrados de cinco a sete dias antes da cirurgia. Estudos atuais sugerem que a administração perioperatória de fórmula nutricional imunomoduladora contribuiu

para uma redução na taxa de complicações pós-operatórias e uma redução no tempo de internação.

Conduta nutricional no dia anterior à cirurgia: paciente está apta à seguir o protocolo de abreviação do jejum. Prescrever líquidos claros por até 2 horas e sólidos por até 6 horas antes da indução da anestesia. A ingestão pré-operatória de uma bebida com carboidratos com 800 ml na noite anterior e 400 ml antes da cirurgia não aumenta o risco de aspiração. Ensaios clínicos randomizados demonstraram que os carboidratos pré-operatórios melhoram o bem-estar, reduzem náuseas e vômitos. Após a ingestão da bebida pré-operatória, dieta zero para cirurgia.

Conduta nutricional no pós-operatório: recomenda-se o retorno precoce da alimentação, com a liberação de uma dieta regular nas primeiras 24 horas após a cirurgia ginecológica oncológica. Bebidas proteicas e de alto valor energético, prescritas três vezes ao dia, são seguras e podem ser prescritas no período pós-operatório até o alcance da dieta de consistência normal, garantindo a ingestão de proteínas e calorias no início do processo de recuperação. Para um retorno acelerado da função intestinal e prevenção de desenvolvimento de íleo paralítico, a alimentação precoce e o uso de goma de mascar no pós-operatório devem ser considerados. Suplementos nutricionais orais imunomoduladores, incluindo (arginina, ácidos graxos ômega-3 e nucleotídeos) devem ser administrados no pós-operatório. Estudos atuais sugerem que a administração perioperatória de fórmula nutricional imunomoduladora contribuiu para uma redução na taxa de complicações pós-operatórias e uma redução no tempo de internação.

Orientação de alta hospitalar: é recomendado um aconselhamento dietético qualificado após a alta hospitalar, fornecendo recomendações para restauração de massa muscular, controle glicêmico adequado, além de auxiliar a paciente a realizar escolhas saudáveis diariamente para retorno gradual à faixa de peso saudável.

É importante atingir a recomendação de proteína prescrita para auxiliar no processo de restauração de massa muscular. O consumo de carne vermelha deve ser limitado (350 a 500 gramas de carne vermelha cozida por semana) e o de carne processada excluído. A proteína pode ser obtida a partir de aves, peixes, ovos, laticínios e de uma combinação de cereais integrais e leguminosas, como feijões e lentilhas. Avaliar se há necessidade de prescrever suplementação alimentar de proteína.

É recomendado o aumento da ingestão de alimentos ricos em fibras, como os cereais integrais, vegetais, frutas e leguminosas (atingir 400g/dia no mínimo). É importante evitar o consumo excessivo de açúcares, doces, bebidas açucaradas e alimentos processados e ultraprocessados, ricos em gordura, amidos, açúcares ou sódio; além de monitorar o tamanho das porções e distribuir as refeições ao longo do dia.

Fortes evidências apontam um efeito protetor do consumo de cereais integrais e fibra dietética contra determinados tipos de câncer, além disso, o consumo de fibra dietética ajuda a proteger contra o ganho de peso, o sobrepeso e a obesidade, sendo a gordura corporal uma das causas de muitos tipos de câncer.

QUESTÃO Nº 2 - 20,00 PONTOS

Considerando o caso apresentado, descreva os principais benefícios da implementação de um programa de pré-habilitação cirúrgica e de aceleração da recuperação pós-operatória no contexto da assistência integral e multiprofissional à saúde. Em seguida, relacione os princípios e as estratégias desses programas à melhoria da assistência e à promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

CHAVE DE CORREÇÃO:

Espera-se que o candidato aponte os principais benefícios da implementação de um programa de pré-habilitação cirúrgica e aceleração de recuperação pós-operatória. Entendendo que a implementação sistemática de um protocolo de cuidados perioperatórios baseado em evidências mostrou reduzir a média no tempo de internação e redução de complicações pós-operatórias, considerando as necessidades apresentadas por cada paciente no processo de acolhimento e orientação. Estes benefícios são alcançados por meio da intervenção da equipe multiprofissional de forma interdisciplinar que intervém de forma a reduzir o estresse cirúrgico, manter a função fisiológica no pós-operatório e aumentar a mobilização/autonomia da paciente após o procedimento cirúrgico. Além disso, a literatura demonstra que a aplicação de protocolos de cuidados perioperatórios possibilitou benefícios comprovados tanto para as pacientes quanto para o sistema de saúde, qualificando a prestação dos serviços à população. Neste sentido, diversos grupos internacionais estão desenvolvendo protocolos específicos para variadas clínicas cirúrgicas, incluindo o campo da ginecologia. Os cuidados perioperatórios são essenciais para garantir que todas as pacientes recebam o tratamento integral e intersetorial, promovendo a adesão e melhoria do desfecho do cuidado em saúde e sua recuperação.

Espera-se que o candidato associe os conceitos do programa para melhoria do atendimento, considerando a importância da equidade de acesso.

Considerando as orientações do programa, a implementação de protocolos de cuidados perioperatórios no SUS iria possibilitar que todas as pacientes submetidas à cirurgia conseguissem receber o acesso ao tratamento recomendado, tendo em vista os princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade dos cuidados em saúde. Entretanto, as iniquidades em saúde interferem em disparidades de acesso, considerando as questões sociais (econômica, social, raça/etnia, cultural, gênero e outras) do processo saúde/doença que influenciam diretamente no acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. A promoção da equidade em saúde mostra-se como uma estratégia fundamental para alcançar a igualdade de oportunidades

no acesso aos serviços. Para melhoria do atendimento com equidade no acesso, medidas são necessárias para concretização do direito à saúde a todos, considerando as singularidades e as particularidades de cada indivíduo.