

NUTRICIONISTA

27/01/2013

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: 10 questões de conhecimentos em saúde pública e 40 de conhecimentos específicos na área profissional.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. Não é permitida a consulta a pessoas, livros, dicionários, apostilas ou a qualquer outro material.
4. Cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
5. Transfira as respostas para o cartão-resposta, observando atentamente a numeração das questões. Não haverá substituição desse cartão por erro de preenchimento.
6. No cartão, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
7. Esta prova tem a duração de **quatro horas**, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, às instruções e à transcrição para o cartão-resposta.
8. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorrido **duas horas** de prova e poderá levar o caderno de prova a partir das 16h30min.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

— QUESTÃO 01 —

Na história da construção do Sistema de Saúde Brasileiro é importante destacar os diferentes modelos de atendimento e de atenção à saúde utilizados no combate às situações sanitárias. No início do século XX, as cidades do Rio de Janeiro (RJ) e Santos (SP) conviviam com graves endemias que prejudicavam o comércio e as exportações. Isso precipitou ações de intervenção do Estado no combate às doenças, envolvendo ações coletivas e individuais. As doenças em evidência nessa época eram:

- (A) dengue, febre amarela, peste e tétano.
- (B) tuberculose, hanseníase e cólera.
- (C) cólera, varíola, febre amarela e peste.
- (D) febre amarela, tétano e peste.

— QUESTÃO 02 —

Um paciente portador de diabetes mellitus do tipo 2 procurou uma unidade básica de saúde, a fim de receber o hipoglicemiante oral, visto que seu plano de saúde privado não fornece tal medicamento. O princípio do Sistema Único de Saúde, que respalda e garante o acesso desse paciente, bem como de qualquer indivíduo aos serviços públicos de saúde, é:

- (A) participação da comunidade.
- (B) universalização.
- (C) regionalização.
- (D) equidade.

— QUESTÃO 03 —

Leia o texto a seguir.

O movimento da reforma sanitária, cujos esforços centraram-se em questões mais gerais das políticas de saúde, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi fundamental para a construção do texto da saúde na Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema foi organizado em princípios e diretrizes que definiram a Atenção Primária em Saúde como diretriz norteadora e articuladora para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente. Observou-se, então, um aumento substancial na prestação de serviços de saúde pelos municípios. Nesta perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído para melhorar os indicadores de saúde, principalmente em municípios que apresentam menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), aproximando-os de municípios de maiores rendas e IDH mais alto. A ESF também tem se mostrado importante fator de redução da mortalidade infantil.

Que princípios e diretrizes do SUS podem ser identificados neste texto?

- (A) Universalidade e participação social.
- (B) Centralização e igualdade.
- (C) Integralidade e hierarquização.
- (D) Descentralização e equidade.

— QUESTÃO 04 —

Inserir a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como tática prioritária de organização da atenção básica é competência

- (A) dos municípios e do Distrito Federal.
- (B) dos estados.
- (C) do governo federal.
- (D) dos municípios, dos estados e da União.

— QUESTÃO 05 —

Em um esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde, o Ministério da Saúde (MS) propõe a Política Nacional de Promoção da Saúde. Esta política visa promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. É uma ação preconizada nessa política:

- (A) redução da morbimortalidade por doenças infectocontagiosas.
- (B) prevenção e controle da natalidade.
- (C) alimentação saudável/prática corporal/atividade física.
- (D) ampliação do Programa de Controle da Tuberculose e Hanseníase com capacitação permanente dos profissionais.

— QUESTÃO 06 —

A comunicação da ocorrência de uma determinada doença ou agravo à saúde, feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, com o objetivo de que sejam tomadas medidas de intervenção pertinentes, é denominada notificação. A listagem das doenças de notificação nacional é estabelecida pelo Ministério da Saúde, dentre as consideradas de maior relevância sanitária para o país. Nesse processo, considera-se, então, que

- (A) a simples suspeita da doença ou do evento deve ser notificada sem aguardar a confirmação do caso, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente.
- (B) a notificação deve ser transparente e conter os dados de identificação do doente de forma sistemática, pois isso facilita o controle do agravo pelas autoridades competentes.
- (C) o envio das fichas de notificação e de investigação está condicionado à confirmação dos casos, o que configura uma notificação positiva.
- (D) os dados da notificação compulsória devem ser consolidados e incluídos no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

— QUESTÃO 07 —

Nos últimos anos, o Brasil experimentou enormes mudanças em seu padrão reprodutivo e em sua estrutura populacional. A taxa de fecundidade tem caído, atingindo, em anos recentes, o limiar de reposição populacional de 2,1 filhos por mulher em vários estados brasileiros. O aumento da longevidade é outra tendência observada pela sociedade brasileira. Como determinantes dessa transição demográfica, pode-se destacar:

- (A) aumento da prevalência de doenças infectocontagiosas nas crianças, programas de controle da natalidade e acesso a novas tecnologias de diagnóstico e tratamento na área médica.
- (B) abertura de serviços de saúde voltados para as crianças, aumento do acesso da população às tecnologias de tratamento das doenças crônico-degenerativas e o Movimento da Reforma Sanitária.
- (C) controle das principais doenças transmissíveis, erradicação das doenças mais prevalentes na população infantil, aumento do comércio e fluxo de pessoas entre as nações.
- (D) mudanças nos padrões de urbanização, de desenvolvimento econômico, social e político, inserção da mulher no mercado de trabalho e disponibilização de recursos inibidores da fecundidade.

— QUESTÃO 08 —

A vigilância em saúde é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em territórios específicos, sob a ótica da integralidade do cuidado. A característica essencial da atividade da vigilância é a existência de uma observação contínua e sistemática de dados sobre agravos. Fazem parte da vigilância em saúde as ações de:

- (A) vigilância epidemiológica, sanitária e do fluxo de mercadorias, pessoas e conhecimentos nos mercados emergentes.
- (B) vigilância epidemiológica, sanitária, saúde ambiental, saúde do trabalhador e atividades de caráter individual, tais como consultas e procedimentos.
- (C) vigilância sanitária, ambiental, atividades assistenciais e de promoção da saúde nas unidades de saúde da estratégia saúde da família e realização de pesquisas de novos medicamentos.
- (D) controle de doenças transmissíveis, aplicação do Regulamento Sanitário Internacional e estímulo à formulação legislativa pertinente à saúde do trabalhador.

— QUESTÃO 09 —

O Pacto pela Saúde, estabelecido pela Resolução MS n. 399/2006, determina um conjunto de prioridades para intervenções em saúde no Pacto pela Vida, de acordo com o perfil epidemiológico brasileiro. As prioridades estabelecidas nesse pacto para as endemias e doenças emergentes são:

- (A) dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.
- (B) malária, tétano neonatal, tuberculose, hanseníase e AIDS.
- (C) malária, dengue, hepatites e tuberculose.
- (D) dengue, hanseníase, tuberculose e doença de Chagas.

— QUESTÃO 10 —

O Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. De acordo com esse decreto, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS e completa-se na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São portas de entrada às Redes de Atenção à Saúde:

- (A) os serviços definidos pelas Comissões Intergestoras Regionais, pois cada região de saúde tem autonomia, dadas às suas características diferentes.
- (B) os serviços de atenção primária; de urgência e emergência; de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.
- (C) os serviços definidos pelo gestor estadual e pela sua equipe técnica com a devida justificativa ao Ministério Público.
- (D) os serviços exclusivos de atenção primária e de urgência e emergência.

— QUESTÃO 11 —

Em situações pós-traumáticas ou de infecções graves, em que a ação da insulina encontra-se reduzida, a infusão de grandes quantidades de glicose na tentativa de aumentar a síntese de massa magra corporal resulta em lipogênese. No paciente desnutrido, a lipogênese é concomitante à

- (A) redução na produção de CO_2 .
- (B) elevação no consumo de O_2 .
- (C) elevação do quociente respiratório (< 1).
- (D) redução do gasto metabólico em repouso.

— QUESTÃO 12 —

As fibras alimentares exercem efeitos fisiológicos no trato gastrointestinal. No duodeno, a pectina e as gomas aumentam

- (A) a viscosidade do suco duodenal.
- (B) o pH do suco duodenal.
- (C) a excreção de sais biliares.
- (D) a atividade da lipase.

— QUESTÃO 13 —

Uma das causas de desnutrição energético-proteica na doença renal crônica é a inflamação crônica que pode ser decorrente do aumento

- (A) da proteólise, pela redução da atividade da ubiquitina-proteasoma.
- (B) do *clearance* de citocinas pró-inflamatória.
- (C) do gasto energético de repouso.
- (D) da ação anabólica, pelo aumento da resistência à insulina.

— QUESTÃO 14 —

Uma forma de estimar as necessidades proteicas de um paciente crítico dá-se pela relação nitrogênio-caloria. Considera-se adequada, nesse caso, a oferta de

- (A) 1:60 a 1:80.
- (B) 1:80 a 1:100.
- (C) 1:100 a 1:150.
- (D) 1:150 a 1:200.

— QUESTÃO 15 —

A osmolaridade de uma dieta enteral relaciona-se à tolerância digestiva da fórmula. Os nutrientes afetam a osmolaridade de uma solução. Assim, a osmolaridade

- (A) é reduzida pelos amidos e dissacarídeos.
- (B) é aumentada pelas proteínas hidrolisadas.
- (C) é reduzida pelos minerais como potássio e sódio.
- (D) é aumentada pelos monossacarídeos e aminoácidos.

— QUESTÃO 16 —

Na desnutrição energético-proteica, podem ocorrer alterações nas funções dos diversos órgãos ou sistemas. No aparelho digestivo,

- (A) a hipocloridria, hipomotilidade intestinal e diminuição da IgA secretora favorecem o supercrescimento bacteriano no intestino delgado, dificultando a absorção de gorduras.
- (B) o aumento na produção das secreções gástricas, pancreática e biliar associadas às concentrações normais de ácidos biliares conjugados compromete a absorção das gorduras, causando esteatorreia.
- (C) a diminuição das vilosidades intestinais associada ao aumento das enzimas na borda em escova resulta na má absorção de lipídios e dissacarídeos e na intolerância à lactose.
- (D) a proliferação bacteriana no jejuno converte os ácidos biliares conjugados em desconjugados ou livres, impedindo a formação de micelas mistas, favorecendo a esteatose hepática.

— QUESTÃO 17 —

Os prebióticos podem atenuar o processo inflamatório nas doenças inflamatórias intestinais, pois são capazes de

- (A) ativar células polimorfonucleares e células T, melhorando a resposta inflamatória.
- (B) estimular a síntese de hormônio do crescimento que participa na estimulação da resposta imunológica.
- (C) mediar o processo inflamatório por estimular a síntese de prostaglandinas, tromboxanos e leucotrienos.
- (D) produzir ácidos graxos de cadeia curta que atuam como combustíveis para a flora intestinal.

— QUESTÃO 18 —

A caquexia é uma importante causa de morte em pacientes com câncer. A caquexia caracteriza-se pelas seguintes manifestações clínicas:

- (A) anorexia, perda rápida de tecido adiposo, miopatia e perda de tecido muscular.
- (B) acentuada perda de tecido adiposo, manutenção do tecido muscular, anemia e anorexia.
- (C) acentuada perda de tecido muscular, atrofia de órgãos viscerais, anorexia e manutenção do tecido adiposo.
- (D) anemia, hipoalbuminemia, apetite preservado e acentuada perda de tecido adiposo e muscular.

— QUESTÃO 19 —

Uma terapia efetiva para a caquexia não somente deve aumentar a qualidade de vida dos pacientes, mas também pode ser esperado aumento do tempo de vida. A dietoterapia pode ser usada como tratamento coadjuvante durante a terapia antineoplásica ou como aporte para pacientes que não conseguem manter ingestão adequada. Em pacientes que não podem receber nutrição oral ou enteral, a nutrição parenteral é indicada. Os requerimentos de carboidrato e proteína na nutrição parenteral total em indivíduos com câncer são:

- (A) carboidratos: 0,5 a 2,0 gramas/quilo de peso corporal/dia; proteína: 0,8 a 1,0 gramas/quilo de peso corporal/dia.
- (B) carboidratos: 2,0 a 3,0 gramas/quilo de peso corporal/dia; proteína: 0,8 a 1,0 gramas/quilo de peso corporal/dia.
- (C) carboidratos: 5 a 7,5 gramas/quilo de peso corporal/dia; proteína: 1,25 a 2,18 gramas/quilo de peso corporal/dia.
- (D) carboidratos: 2,0 a 3,0 gramas/quilo de peso corporal/dia; proteína: 1,5 a 2,8 gramas/quilo de peso corporal/dia.

— QUESTÃO 20 —

A avaliação global subjetiva (AGS) do estado nutricional

- (A) tem como uma de suas vantagens a inclusão de medidas antropométricas, que são parâmetros sensíveis e específicos das alterações do estado nutricional.
- (B) apresenta estreita relação com o aparecimento de complicações decorrentes da presença de desnutrição.
- (C) baseia-se na história da ingestão de alimentos, que é um parâmetro bastante preciso, independentemente da dieta prescrita, da sensação de fome ou do apetite.
- (D) apresenta resultados reproduzíveis em cerca de 30% dos casos, quando aplicada por pessoas habilitadas.

— QUESTÃO 21 —

J.B.C., do sexo masculino, internado há três dias na enfermaria de clínica médica, com diagnóstico de câncer e desnutrição protéico-calórica, índice de adequação alimentar de 20%. A equipe multiprofissional de terapia nutricional decidiu por administrar sonda nasoentérica. Portanto, a osmolaridade da dieta deve ser de

- (A) 200 mosm/L.
- (B) 350 mosm/L.
- (C) 450 mosm/L.
- (D) 560 mosm/L.

— QUESTÃO 22 —

A realimentação em pacientes desnutridos requer cautela, pois a terapia nutricional agressiva pode acarretar a síndrome de realimentação. A síndrome de realimentação

- (A) ocorre em pacientes severamente desnutridos durante o estágio final de repleção nutricional.
- (B) aumenta as concentrações séricas de potássio e fosfato quando administrada uma maior proporção de carboidratos.
- (C) aumenta as concentrações séricas de tiamina sem riscos potenciais, pois, por ser hidrossolúvel, é eliminada na diurese.
- (D) desenvolve insuficiência cardíaca e reduções nas concentrações séricas de fósforo, magnésio e cálcio.

— QUESTÃO 23 —

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. De acordo com as diretrizes brasileiras de hipertensão, o padrão dietético DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) tem grau de recomendação I e nível de evidência científica A. Os benefícios do padrão dietético DASH têm sido associados ao

- (A) baixo consumo de gordura saturada e de cálcio, que está relacionado à formação e calcificação da placa de ateroma.
- (B) baixo consumo do eletrólito sódio, que se relaciona ao aumento de débito cardíaco e a menor secreção de renina.
- (C) alto consumo de cereais integrais, que promove redução no apetite por diminuir a secreção do hormônio colecistocinina.
- (D) alto consumo de potássio, magnésio e cálcio, os quais ajudam na redução da pressão arterial por serem natriuréticos.

— QUESTÃO 24 —

Anemia é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal como resultado da carência de um ou mais nutrientes essenciais, seja qual for a causa dessa deficiência. Desse modo, a anemia

- (A) ferropriva, devido à deficiência de ferro, é classificada como macrocítica e hipocrômica.
- (B) megaloblástica, devido à deficiência de folato, é classificada como microcítica e hiperocrômica.
- (C) sideroblástica, devido à deficiência de piridoxina, é classificada como microcítica e hipocrômica.
- (D) falciforme, devido à deficiência de ferro e cobre, é caracterizada pela presença da hemoglobina S.

— QUESTÃO 25 —

A nutrição enteral é uma alternativa para oferta de nutrientes que pode ser feita por meio de uma sonda posicionada ou implantada no estômago, no duodeno ou no jejuno. Todavia, a nutrição enteral é contraindicada a pacientes com

- (A) refluxo, queimadura e enterocolite necrosante.
- (B) íleo paralítico, estenose de esôfago e obstrução intestinal.
- (C) trauma, neoplasia e septicemia.
- (D) inconsciência, fístula grave e doença de Crohn.

O caso a seguir refere-se às questões 26 e 27.

G.G.H, de 18 anos, do sexo masculino, natural de Goiânia-GO, procedente de Goiânia, solteiro e estudante. Encaminhado para o ambulatório de nutrição e endocrinologia do HC/UFG para controle do diabetes mellitus tipo 1. Atualmente, faz uso de insulina NPH 25 UI pela manhã e 15 UI à noite; insulina regular 4 UI antes do desjejum, 3 UI antes do almoço e 3 UI antes do jantar. Foi iniciada a contagem de carboidratos, na razão 1:20 gramas. A meta de glicemia pré-prandial determinada foi de 100 mg/dL.

— QUESTÃO 26 —

Para um consumo de 40 gramas de carboidrato no desjejum para esse paciente, o bolus alimentar deverá ser

- (A) 2 UI.
- (B) 4 UI.
- (C) 8 UI.
- (D) 10 UI.

— QUESTÃO 27 —

Nesse caso, para uma glicemia pré-prandial de 280 mg/dL no desjejum, o bolus de correção deverá ser

- (A) 2 UI.
- (B) 3 UI.
- (C) 4 UI.
- (D) 5 UI.

— QUESTÃO 28 —

O potássio é o cátion intracelular mais abundante no organismo, sendo os níveis regulados pelos rins. Na doença renal crônica avançada, é importante manter o controle dietético, pois a hiperpotassemia pode resultar em

- (A) alterações musculares e afetar o sistema de condução elétrica do coração.
- (B) interação com o oxigênio e formação de complexos intermediários com potencial de danificar as membranas celulares.
- (C) estímulo à secreção do paratormônio, agravando-se as doenças ósseas.
- (D) depressão do sistema nervoso central, com paralisia cerebral.

— QUESTÃO 29 —

O nutricionista é responsável pela supervisão da preparação da nutrição enteral (NE). Recomenda-se reservar amostra de cada sessão de preparação da NE para contraprova, que deve ser conservada sob refrigeração após seu preparo a, no máximo,

- (A) 4° C a 6° C, durante 48 horas.
- (B) 4° C a 8° C, durante 72 horas.
- (C) 2° C a 6° C, durante 48 horas.
- (D) 2° C a 8° C, durante 72 horas.

— QUESTÃO 30 —

As vitaminas são compostos orgânicos presentes nos alimentos, essenciais para manutenção do metabolismo normal, desempenhando funções fisiológicas específicas. A vitamina D é uma vitamina

- (A) hidrossolúvel, absorvida no íleo, responsável pela síntese do colesterol, dos ácidos graxos e pela mobilização óssea de cálcio.
- (B) lipossolúvel, absorvida no jejuno, responsável pelo transporte ativo de cálcio e fósforo no intestino.
- (C) hidrossolúvel, absorvida no duodeno, responsável pela reabsorção de cálcio renal e síntese de paratormônio.
- (D) lipossolúvel, absorvida no intestino delgado superior, atua na síntese de prostaglandinas e na mobilização óssea de cálcio para o sangue.

— QUESTÃO 31 —

A obesidade infantil segue em crescente aumento e, da mesma forma, os riscos a ela associados também aumentam. A terapia nutricional mais adequada para esse público recomenda que

- (A) a quantidade de calorias da dieta deve respeitar o gasto basal da criança, fazendo-se pequenos acréscimos para suprir a atividade física.
- (B) o uso de edulcorantes à base de frutose, considerados naturais, pode fazer parte da dieta para melhor controle calórico.
- (C) o teor de lipídios da dieta da criança obesa que apresentar dislipidemia deve ser inferior a 25%.
- (D) a dieta deve ser hiperproteica para melhor resposta à perda ponderal e ao crescimento.

— QUESTÃO 32 —

Durante a lactação, várias mudanças ocorrem do ponto de vista metabólico para compensar o período de altas demandas energéticas. Dessa forma, ocorre

- (A) maior capacidade absorptiva materna, associada ao aumento do fluxo de nutrientes da circulação materna para a glândula mamária.
- (B) maior captação de glicose e de aminoácidos pela glândula mamária, que independe da hiperfagia e do fluxo sanguíneo mamário.
- (C) aumento na lipogênese mamária que eleva a produção de oxitocina.
- (D) maior liberação de energia para a lactação, visto que a glândula mamária é considerada o maior sítio lipolítico e glicolítico.

— QUESTÃO 33 —

A composição do leite materno sofre influência de fatores externos e biológicos. Dessa forma,

- (A) a ingestão de aminoácidos de cadeia ramificada durante a lactação modifica a composição do leite, reduzindo o teor lipídico.
- (B) o leite de vaca *in natura* e as fórmulas lácteas reduzem os teores de minerais do leite materno, quando ingeridos pela nutriz.
- (C) os probióticos ingeridos na dieta da nutriz competem com os lactobacilos do leite materno, reduzindo o seu teor.
- (D) a produção total de leite é reduzida em casos de desnutrição da nutriz, sem afetar a qualidade dos macronutrientes.

— QUESTÃO 34 —

Para estimar as necessidades energéticas durante a lactação, deve-se considerar que

- (A) o gasto requerido depende do volume de leite produzido, independente do estado nutricional materno.
- (B) o acréscimo calórico adicional é de 700 kcal/dia em condições normais de gestação e lactação.
- (C) o acréscimo proteico no primeiro semestre de lactação é de 16g/dia, de acordo com a Organização Mundial de Saúde.
- (D) os adicionais energéticos recomendados visam a uma produção láctea média de 1500 ml/ dia.

— QUESTÃO 35 —

De acordo com a fisiopatologia das síndromes hipertensivas da gravidez,

- (A) a invasão trofoblástica que ocorre durante a gestação aumenta a resistência vascular periférica com maior reabsorção de sódio, elevando assim a pressão arterial.
- (B) a redução de prostaciclina gera produção de vasoconstritores e perda da refratariedade vascular à angiotensina, com redução do volume plasmático intravascular.
- (C) o vasoespasmó gerado após redução de prostaciclina ocasiona aumento dos níveis pressóricos, levando à irrigação tecidual em órgãos-alvo, como rins, placenta, cérebro.
- (D) os radicais livres são os principais responsáveis pela lesão endotelial, pois eles estimulam a invasão trofoblástica, aumentando assim o risco de pré-eclâmpsia.

— QUESTÃO 36 —

De acordo com a literatura, existem vários fatores que podem afetar a transmissão vertical do HIV, sendo um deles o estado nutricional. Nesse sentido, conclui-se que

- (A) o maior peso materno aumenta a resposta imunológica, reduzindo a transmissão vertical.
- (B) a eutrofia nutricional fetal é fator de proteção contra a transmissão vertical do HIV.
- (C) a suplementação de vitamina A na gravidez reduz a transmissão vertical do HIV.
- (D) a eutrofia nutricional materna relaciona-se à redução da transmissão vertical do HIV.

— QUESTÃO 37 —

No ingurgitamento mamário ocorre a compressão dos ductos lactíferos, o que dificulta ou impede a saída do leite dos alvéolos. Com isso,

- (A) a produção do leite pode ser interrompida, com posterior reabsorção do leite represado caso não haja alívio.
- (B) o leite acumulado, com a mama sob pressão, torna-se mais fluido e de maior teor nutricional.
- (C) as mamadas do bebê devem ser espaçadas, a fim de minimizar a produção láctea, amenizando a intercorrência.
- (D) o ingurgitamento, tanto fisiológico como patológico, não é visto como algo positivo, devendo ser imediatamente combatido.

— QUESTÃO 38 —

A desnutrição proteico-energética é conhecidamente impactante, promovendo retardo de crescimento e desenvolvimento. Por esse motivo, quando ocorrida na infância, pode deixar sequelas. São inúmeras as respostas adaptativas, dentre elas as alterações hormonais. São consideradas adaptações endócrinas da desnutrição:

- (A) redução de glicemia e aumento de aminoácidos livres, que tendem a promover a gliconeogênese para aumentar a glicemia e, simultaneamente, aumentam a secreção de insulina para promover o anabolismo.
- (B) redução de aminoácidos plasmáticos, que estimulam o hormônio do crescimento (GH) e reduzem a somatomedina. Isso produz um aumento adicional de GH pela ausência de inibição por feedback.
- (C) aumento das concentrações de insulina e cortisol circulantes, que reduzem as concentrações de somatomedina e, por consequência, o GH. Esse efeito é mais observado no kwashiorkor do que no marasmo.
- (D) aumento da atividade da 5'-monodesiodase, que reduz a produção de tri-iodotironina concomitante à T3 inversa inativa, o que gera redução da termogênese e do consumo de oxigênio para favorecer a conservação da energia.

— QUESTÃO 39 —

A fenilcetonúria é um grupo de transtornos herdados do metabolismo da fenilalanina causados por atividade prejudicada da fenilalanina hidroxilase. Mulheres grávidas com fenilcetonúria devem ser orientadas, do ponto de vista nutricional, a adotar

- (A) uma dieta hiperproteica, sendo a proteína predominantemente de origem animal, garantindo assim as necessidades nutricionais da fase.
- (B) uma dieta cujo aporte calórico para completar as necessidades seja proveniente de açúcares e gorduras puros.
- (C) uma dieta com níveis de fenilalanina inferiores a 1200 mg/dia, durante todo o período gestacional.
- (D) uma dieta que ofereça cerca de 100g de proteína de alto valor biológico ao dia, durante o último trimestre de gestação.

— QUESTÃO 40 —

A lactose é o principal carboidrato e fonte energética para os lactentes e as crianças pequenas. A galactose apresenta um importante papel metabólico central na nutrição humana. Dessa forma, a deficiência metabólica para a utilização desse açúcar, advinda de um erro inato, é gerada por

- (A) deficiência da galactocinase, que converte galactose 1P em UDP galactose.
- (B) deficiência de Gal 1P uridiltransferase (GALT), que converte glicose 1P em galactose 1P.
- (C) deficiência de oxidase, que converte ácido galactônico em galactose.
- (D) deficiência de GALT, galactocinase e/ou UDP Gal 4 epimerase.

— QUESTÃO 41 —

A pancreatite crônica é caracterizada por crises recorrentes de dor epigástrica de longa duração, podendo ser acompanhadas de náuseas, vômitos e/ou diarreia. Portanto, os pacientes com esta doença estão em maior risco de desenvolver desnutrição. Na pancreatite crônica inicial, em pacientes com dor abdominal e sem esteatorreia, a conduta nutricional deve ser:

- (A) dieta hipolipídica, normoproteica e hiperglicídica.
- (B) dieta hiperlipídica, hipoproteica e hiperglicídica.
- (C) dieta normolipídica, hipoproteica e hiperglicídica.
- (D) dieta normolipídica, normoproteica e normoglicídica.

— QUESTÃO 42 —

G.M.C, de 53 anos, 1,82m, 68 kg, PCT 6 mm, é portador de diabetes tipo 2. Para este paciente, deve-se recomendar uma dieta com

- (A) 60 a 65% de carboidrato, 35% de lipídio, 10% de proteína.
- (B) 55 a 60% de carboidrato, até 30% de lipídio, 10 a 15% de proteína.
- (C) 40 a 60% de carboidrato, até 30% de lipídio, 10% de proteína.
- (D) 45 a 60% de carboidrato, até 30% de lipídio, 15 a 20% de proteína.

— QUESTÃO 43 —

A principal causa das doenças arteriais coronarianas (DAC) é a aterosclerose e, como fatores de risco, ficam em primeiro plano o alto nível sérico de colesterol e as alterações das lipoproteínas. Nessas condições, a recomendação dietética deve ser:

- (A) gordura saturada 10%, poli-insaturada até 20%, monoinsaturada até 10% das calorias totais, colesterol menos de 200mg/dia, gordura total 25-35% das calorias totais.
- (B) gordura saturada menos de 7%, poli-insaturada até 10%, monoinsaturada até 20% das calorias totais, colesterol menos de 200mg/dia, gordura total 25-35% das calorias totais.
- (C) gordura saturada 10%, colesterol menos de 200mg/dia, gordura total 20% das calorias totais, 20% de proteína, 60% de carboidrato e fibra 20g por dia.
- (D) gordura saturada menos de 7%, poli-insaturada até 10%, colesterol menos de 300mg/dia, gordura total 20% das calorias totais, fibra 20g por dia e 50% de carboidrato.

— QUESTÃO 44 —

Analise os dados do paciente a seguir.

Avaliação antropométrica:

Idade: 61 anos
PU: 79 kg (há 6 meses)
PA: 78,5 kg
Estatura: 1,65m
PCT: 14 mm

Exames:

Hemoglobina: 15,3 g/dL (Referência 14 - 18 g/dL)
Hematócrito: 45,2% (Referência 41 a 50%)
Colesterol total: 297mg/dL (Referência <200 mg/dL)
LDL colesterol: 204 mg/dL (Referência <130 mg/dL)
Triglicerídeos: 288mg/dL (Referência <150 mg/dL)

Sintomas principais: dispneia e fadiga

Diagnóstico: Insuficiência cardíaca (IC) e dislipidemia

Pela análise dos dados apresentados, deve-se prescrever a esse paciente

- (A) aporte calórico em torno de 25 a 30 kcal/kg/peso/dia, 15 a 20% de proteínas, 50 a 55% de carboidratos, 25 a 35% de lipídio e 20 a 30 g/dia de fibras.
- (B) aporte calórico para manutenção do peso, dieta hipoproteica, hipolipídica, com redução de gordura saturada, normoglicídica e fibras entre 20 a 25 g/dia.
- (C) dieta hipercalórica para evitar a caquexia, hiperproteica, hipolipídica, normoglicídica e fibras entre 20 a 25 g/dia.
- (D) dieta normocalórica para manutenção do peso, hipoproteica, normolipídica, hiperglicídica e fibras entre 20 a 30g/dia.

— QUESTÃO 45 —

Na insuficiência cardíaca (IC),

- (A) os diuréticos aumentam a excreção de potássio, podendo levar à toxicidade, portanto uma alternativa é utilizar para todos os pacientes dieta hipossódica.
- (B) o consenso mais recente recomenda uma dieta de 4g de sódio por dia e uma restrição hídrica de 500 a 2000 mL diários.
- (C) o fluxo de sangue inadequado para os rins leva à secreção de aldosterona e hormônio antidiurético, promovendo acúmulo de sódio e líquidos nos tecidos.
- (D) o coração pode aumentar o débito cardíaco precário, por diminuir a força de contração, diminuir de tamanho, aumentar a frequência e estimular os rins a conservarem sódio e água.

— QUESTÃO 46 —

Paciente I.F.L, chagásico, de 48 anos, PU=84kg, altura=1,64, CT=250mg/dL, PA=140/90mmHg (resistente), CC= 120cm, tabagista, LDL= 170mg/dL apresenta como principal sintoma cefaleia intensa.

Esse quadro é indicativo de

- (A) insuficiência cardíaca de etiologia chagásica, sobrepeso, dislipidemia e circunferência da cintura acima do normal.
- (B) hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade e circunferência da cintura acima do normal, fatores de risco para doenças cardiovasculares.
- (C) insuficiência cardíaca de etiologia chagásica, sobrepeso, hipertensão arterial e circunferência da cintura acima do normal.
- (D) doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, obesidade e circunferência da cintura acima do normal.

— QUESTÃO 47 —

Na terapia de nutrição enteral uma fórmula rica em aminoácidos (Aa) de cadeia ramificada em razão maior do que três para Aa de cadeia aromática é indicada em casos de falência

- (A) renal.
- (B) intestinal.
- (C) pulmonar.
- (D) hepática.

— QUESTÃO 48 —

Na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), os sinais e sintomas que podem interferir na ingestão alimentar ou no estado nutricional são:

- (A) vômitos, náuseas, astenia e hematúria.
- (B) perda de peso, astenia, paladar alterado e cefaleia.
- (C) tosse, dispneia, fadiga e taquipneia.
- (D) anorexia, bradicardia, hipotensão e depressão.

— QUESTÃO 49 —

No tratamento nutricional inicial da pancreatite aguda, deve-se

- (A) iniciar imediatamente a nutrição enteral com dieta oligomérica e, após dez dias, evoluir para a polimérica.
- (B) suspender a alimentação oral e, caso a pancreatite aguda seja grave, iniciar a nutrição parenteral.
- (C) adotar uma dieta de consistência livre, que deve ser suplementada.
- (D) iniciar uma dieta branda, hiperproteica e hipercalórica.

— QUESTÃO 50 —

As fórmulas enterais em que as proteínas se encontram na forma de caseinato, lactoalbumina e proteína isolada de soja são classificadas como

- (A) oligoméricas.
- (B) elementares.
- (C) semielementares.
- (D) poliméricas.