

NUTRIÇÃO 2012

11/12/2011

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO
LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, assim distribuídas: 20 questões de conhecimentos comuns e 30 de conhecimentos específicos de Nutrição.
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, observando atentamente a numeração das questões. Não haverá substituição do cartão-resposta 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 somente no decurso dos últimos **trinta minutos** anteriores ao horário determinado para o término da prova.
9. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

— QUESTÃO 01 —

Um paciente com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, em acompanhamento na Unidade de Saúde da Família referente à área de abrangência de seu local de residência, apresenta-se, logo após acordar pela manhã, com sintomas sugestivos de crise hipertensiva. É, então, levado por seus familiares à Unidade de Saúde da Família para receber atendimento. Neste caso, a Unidade de Saúde da Família

- (A) deve apresentar medicamentos e materiais essenciais para o atendimento inicial de estabilização de urgências até a transferência para estabelecimento de saúde que proporcione atendimento especializado ao paciente.
- (B) deve encaminhar o paciente para os hospitais terciários especializados porque o atendimento pré-hospitalar fixo referente à atenção às urgências é restrito a estes hospitais, visto apresentarem melhor estrutura física para atendimento.
- (C) deve recusar o atendimento dos quadros agudos relacionados à hipertensão arterial sistêmica, indicando ao paciente e a seus familiares para procurarem inicialmente atendimento de urgência em pronto-socorros especializados.
- (D) deve evitar a solicitação de encaminhamento à Central de Regulação, visto que a Unidade de Saúde da Família deve se restringir ao atendimento de Atenção Primária em Saúde, o que impede a transferência do paciente pelo SAMU.

— QUESTÃO 02 —

Em relação ao processo saúde-doença, alguns debates, como a necessidade do setor saúde ser inter e multidisciplinar e ter ações multiprofissionais e humanizadas, têm se apresentado no meio acadêmico e nos serviços de saúde. Assim, determinadas ações e definições governamentais apresentam-se como:

- (A) regulação em saúde, que possui como enfoque a organização dos serviços de saúde mediante a exigência do cumprimento da carga horária dos profissionais de saúde.
- (B) humanização em saúde, que são ações enfocadas nas tecnologias de ponta, levando os usuários dos serviços de saúde a receber as melhores terapias e ações tecnicistas.
- (C) saúde suplementar, formando ações de caráter nutricional interligadas a programas como Fome Zero e Hiperdia, colaborando na prevenção da obesidade, hipertensão e diabetes.
- (D) assistência farmacêutica, formando o que se chama Ciclo da Assistência Farmacêutica, compreendendo ações como dispensação, uso racional, prescrição e distribuição.

— QUESTÃO 03 —

A política de saúde no Brasil pode ser dividida sequencialmente em três etapas: década de 1970 e início da década de 1980; final da década de 1980 e 1990; a partir do ano 2000. Essas etapas caracterizam-se, respectivamente, por:

- (A) modelo de proteção social baseado na seguridade; centralização das políticas públicas; descentralização das ações e início da Reforma Sanitária.
- (B) expansão dos movimentos reformistas; ênfase na descentralização das políticas públicas de saúde; projetos para a redução das desigualdades sociais.
- (C) início do processo de descentralização; expansão e início dos movimentos de saúde da Reforma Sanitária; modelo de proteção social assistencialista.
- (D) política liberal de Estado; modelo de proteção social baseado em Seguro Social e na Constituição de 1988; início dos movimentos da Reforma Sanitária.

— QUESTÃO 04 —

Uma mulher jovem procura o pronto-socorro referindo dispneia, tontura e dor no peito, apresentando-se com muita ansiedade. Tem como histórico atendimentos prévios por transtorno do pânico. Diz insistentemente a diversos profissionais do serviço de saúde que precisa de atendimento médico de emergência. Assim, de acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde, a usuária deverá:

- (A) aguardar a ação de triagem, para então ser encaminhada a atendimento médico específico, visto que se trata de paciente com distúrbio psiquiátrico e somente o médico psiquiatra poderá realizar o acolhimento da paciente.
- (B) aguardar o acolhimento de acordo com a ordem de chegada, visto que seu quadro psiquiátrico não exige atendimento médico de emergência, devendo posteriormente ser encaminhada para acompanhamento ambulatorial.
- (C) aguardar o acolhimento por classificação de risco, restrita ao profissional médico psiquiatra, visto que o quadro psiquiátrico apresentado pela paciente relaciona-se à baixa gravidade.
- (D) aguardar o acolhimento por qualquer profissional de saúde e ser encaminhada de acordo com classificação de risco, podendo ser atendida antes de outros pacientes, caso seu quadro seja considerado de maior gravidade e risco.

— QUESTÃO 05 —

De acordo com a Política Nacional de Humanização em Saúde do SUS, a Clínica Ampliada compreende a

- (A) realização de atendimento de todos os usuários dos serviços de saúde restrito aos médicos de diversas especialidades, de modo a permitir diagnóstico e tratamento mais intensos de cada doença.
- (B) realização de ações pautadas na intersectorialidade e na responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde, buscando soluções para problemas que não podem ser resolvidos pela área da saúde.
- (C) realização intensa de diversos exames complementares e tratamentos a fim de possibilitar o cuidado do usuário do serviço de saúde, impedindo a criação de vínculos deste com os profissionais de saúde.
- (D) realização de exigências enfáticas de mudanças de comportamentos considerados não saudáveis para os usuários dos serviços de saúde, culpabilizando-os pela falta de adesão às regras de saúde recomendadas.

— QUESTÃO 06 —

As práticas de Vigilância Epidemiológica e de controle de doenças orientam-se pela organização e análise de dados, que são adquiridos por intermédio

- (A) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, do Sistema de Notificação Compulsória que tem sua realização restrita aos profissionais médicos, e de informações fornecidas por hospitais sentinelas e de urgência.
- (B) do Sistema de Vigilância que se divide em: Vigilância Ativa, realizando a notificação dos miasmas; Vigilância Passiva, iniciada por profissionais de saúde, tendo alto custo e dificuldades operacionais, preferíveis em períodos longos de vigilância.
- (C) do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN); do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS); do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).
- (D) da Vigilância Passiva, com informações pontuais em um nível; da Vigilância Ativa realizada por pacientes, tendo, assim, baixo custo; da Vigilância Sentinela, que possui um formato particular utilizado para longos períodos e doenças crônicas.

— QUESTÃO 07 —

Relativo à incidência das doenças nos estudos epidemiológicos, afirma-se que

- (A) os estudos de coorte se apoiam na incidência para desenhar seus estudos.
- (B) os estudos transversais se apoiam na incidência para desenhar seus estudos.
- (C) a incidência é a soma dos casos novos das doenças com os já existentes.
- (D) a incidência prioriza os casos antigos de doenças em detrimento dos novos.

— QUESTÃO 08 —

Os estudos epidemiológicos ensaios clínicos, de coorte, ecológicos, e de caso-controle podem ser caracterizados, respectivamente, como estudos

- (A) agregados, de intervenção, longitudinais, individuados.
- (B) observacionais, longitudinais, individuados, de intervenção.
- (C) de intervenção, longitudinais, observacionais, individuados.
- (D) individuados, de intervenção, experimentais, longitudinais.

— QUESTÃO 09 —

Dentre os estudos epidemiológicos têm-se os transversais, de coorte e de caso-controle. Relativo à determinação da causalidade, ao tipo de medida de associação e às vantagens, afirma-se, respectivamente, que

- (A) os três estudos determinam a causalidade, a medida de associação razão de prevalência e a vantagem de serem indicados na investigação de doenças de maior prevalência.
- (B) os estudos transversais determinam a causalidade, apresentam a medida de associação *Odds ratio* e a vantagem de serem colaboradores para desenhos de estudos de coorte.
- (C) os estudos de caso-controle buscam a doença como causa, tendo a razão de médias como medida de associação e a vantagem de determinarem a incidência e a prevalência.
- (D) os estudos de coorte determinam a causalidade, apresentando a medida de associação risco relativo (RR) e a vantagem de estudarem vários desfechos ao mesmo tempo.

— QUESTÃO 10 —

Dentre os atributos da Atenção Primária à Saúde, destacam-se:

- (A) ordenação pela referência e ordenação pelo modelo curativo de doenças.
- (B) ordenação pelos cuidados contínuos a todos os usuários e ordenação pela longitudinalidade.
- (C) centralidade nos cuidados individuais e centralidade na alta complexidade.
- (D) centralidade nos cuidados preventivos e centralidade na horizontalidade.

— QUESTÃO 11 —

Nas intervenções em saúde, é um princípio normativo da economia da saúde:

- (A) eficiência, que se refere à produção dos bens e serviços que a sociedade mais valoriza, ao menor custo possível. É determinada mediante a relação por quociente entre os resultados obtidos e o valor dos recursos empregados.
- (B) equidade, que é definida pelo grau em que se alcança um determinado impacto, resultado, benefícios ou efeito real por causa da aplicação prática de uma ação sob condições habituais.
- (C) efetividade, que se refere ao impacto ou efeito de uma ação levada a cabo em condições ótimas ou experimentais. É o grau em que uma determinada intervenção ou serviço pode gerar um resultado desejável em condições ideais.
- (D) eficácia, que, como conceito genérico, equivale à retidão ou ao sentido de justiça natural e cujo objetivo, no âmbito sanitário, é provisão igualitária de serviços para toda a população de um determinado território.

— QUESTÃO 12 —

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. Conforme o Decreto n. 7508/2011, uma das portas de entrada do SUS às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde é o serviço de

- (A) atenção de urgência e emergência.
- (B) tratamento fora de domicílio.
- (C) referência e contrarreferência.
- (D) maior complexidade e de densidade tecnológica.

— QUESTÃO 13 —

Todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde devem estar descritas na

- (A) RENAST
- (B) RENAME
- (C) RENASES
- (D) RENASUS

— QUESTÃO 14 —

As comissões intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde. Dentre essas comissões, a

- (A) CIT, no âmbito da União, vincula-se ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (B) CIR, no âmbito do Estado, vincula-se à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (C) CIB, no âmbito regional, vincula-se às Secretarias Municipais de Saúde de sua área de abrangência para efeitos administrativos e operacionais.
- (D) CID, no âmbito municipal, vincula-se à Secretaria Municipal para efeitos administrativos e operacionais relacionados aos distritos sanitários.

— QUESTÃO 15 —

O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio

- (A) do termo de compromisso aprovado pelos conselhos de saúde.
- (B) do contrato organizativo da ação pública da saúde.
- (C) do pacto de gestão regionalizado.
- (D) da programação pactuada integrada.

— QUESTÃO 16 —

Conforme a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino

- (A) deverão necessariamente participar do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante processo de concorrência pública a ser estabelecido pelos municípios, para que seus alunos possam construir competências teórico-práticas na atenção à saúde de acordo com as necessidades desse sistema.
- (B) poderão atuar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, respeitada a autonomia universitária e a demanda desse sistema.
- (C) articulam-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio para a realização de estágios nas unidades do SUS para alunos de graduação e pós-graduação na modalidade de ensino em serviço na perspectiva do ensino, da pesquisa e da extensão.
- (D) integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ao ensino, à pesquisa e à extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

— QUESTÃO 17 —

Para assegurar a participação da comunidade, o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990, conta em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com

- (A) Conselho de Saúde com composição paritária, sendo 50% de representantes do governo e 50% de representantes da sociedade civil organizada, tendo caráter permanente e consultivo, e sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo conselho e homologado pelos gestores.
- (B) Conferência de Saúde que se reunirá a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Legislativo ou pelo Judiciário.
- (C) Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto de representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.
- (D) Conferência de Saúde organizada mediante a aprovação dos conselhos de saúde, com periodicidade a ser definida a partir de proposta apresentada pelas comissões intergestoras, convocada pelo Poder Legislativo, com participação paritária de usuários e trabalhadores de saúde.

— QUESTÃO 18 —

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país. A Política Nacional de Promoção da Saúde tem, entre seus objetivos específicos, o seguinte:

- (A) incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na alta complexidade.
- (B) contribuir para o aumento da resolubilidade do sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde.
- (C) promover o entendimento da concepção específica de doença, entre os usuários da saúde, tanto nos conselhos de saúde como nas conferências de saúde.
- (D) prevenir fatores de risco de doenças e agravos à saúde com ações restritas à modificação individual de comportamentos e estilos de vida.

— QUESTÃO 19 —

A estratégia de Saúde da Família, como forma de territorialização, permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Essa estratégia

- (A) compreende a dinâmica do núcleo familiar, sem contudo construir elementos para avaliar que determinantes sociais contribuem para o processo de saúde em seu território.
- (B) é de atuação restrita a um território e, por esse motivo, é insuficiente para atuar como orientadora das políticas intersetoriais, visando ao bem-estar da comunidade.
- (C) é capaz de ser importante mobilizadora das forças sociais que atuam nesse espaço, de modo a interagir com o governo local na busca de soluções para os seus problemas.
- (D) é fundamental como porta de entrada à atenção básica no SUS, porém não é capaz de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema.

— QUESTÃO 20 —

A humanização como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS pode ser entendida como

- (A) o estabelecimento de hierarquização, rígida e eficaz, entre os profissionais de saúde na produção da linha de cuidado em saúde.
- (B) o estabelecimento de ações com foco em informações construídas de forma científica por meio de pesquisas realizadas por centros de excelência.
- (C) a identificação das necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde, tendo as equipes orientadoras de tipo “posso ajudar” como instrumento de ação.
- (D) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

— QUESTÃO 21 —

P.J., 77 anos, é portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Apresenta desnutrição evidenciada por IMC 16,0 kg/m², albumina sérica de 2,8 g/dL; circunferência muscular do braço inferior ao percentil 5. Recomenda-se, para esse paciente,

- (A) dieta hiperproteica com 1,2 g proteína/kg/dia e normocalórica com 25 kcal/kg/dia.
- (B) dieta normoproteica com 1,0 g de proteína/kg/dia e hipercalórica com 40 kcal/kg/dia.
- (C) dieta normoproteica com 1,0 g de proteína/kg/dia, normocalórica e normolipídica.
- (D) dieta hiperproteica 1,2 g a 1,7 g de proteína/kg/dia, normoglicídica, normolipídica e hipercalórica com, no mínimo, 40 kcal/kg/dia.

— QUESTÃO 22 —

Paciente J.L.C., 55 kg, 1,60 m, descompensado, com diagnóstico de diabetes tipo 1. Nesta enfermidade, constata-se:

- (A) destruição de célula β pancreática que leva à hiperglicemia, à poliúria, à polidipsia, à perda de peso, distúrbio de eletrólitos e à cetoacidose.
- (B) hiperglicemia, que é responsável por 90 a 95% dos casos de diabetes diagnosticados, englobando fatores genéticos e ambientais.
- (C) que 40% ou mais eventualmente precisarão de insulina exógena para controle adequado da glicose sanguínea.
- (D) presença de fatores de risco estabelecidos: obesidade, idade avançada, inatividade física e história anterior de diabetes gestacional.

— QUESTÃO 23 —

Em casos de pacientes com cirrose hepática, desnutrido e com ascite,

- (A) a necessidade de energia varia de 20 a 45 calorias por quilograma; as proteínas para promover o acúmulo de nitrogênio ou balanço positivo, de 0,8 a 1 g/kg e o teor de sal é restrito a 3 g por dia.
- (B) o peso corporal seco estimado deve ser calculado para impedir a alimentação excessiva, com 40 a 50 calorias por quilograma; a proteína pode variar de 1,0 a 1,5 g/kg e o teor de sal está restrito a 2 g por dia.
- (C) a prescrição de dietas hipocalóricas (20 a 25 Kcal/kg/dia) com até 45% do VET de lipídios é indicada.
- (D) a constatação de intolerância proteica indica a necessidade de ofertar alimentos ricos em aminoácidos de cadeia aromática.

— QUESTÃO 24 —

Analise os dados de um determinado paciente apresentados a seguir.

Avaliação antropométrica:

- Idade: 54 anos
- PU: 65 kg (há 6 meses)
- PA: 58,5 kg
- Estatura: 1,63 m
- PCT: percentil 50

Exames:

- Creatinina: 0,87 mg/dL (Referência 0,7– 1,3 mg/dL)
- Ureia: 20 mg/dL (Referência 10- 50 mg/dL)
- Hemoglobina: 10,0 (Referência 14 - 18 g/dL)
- Hematócrito: 32,0% (Referência 41 a 50%)

Sintomas principais: dispneia, fadiga, edemas de membros inferiores

Diagnóstico: Insuficiência cardíaca (IC)

Pela análise dos dados, conclui-se que

- (A) o diagnóstico nutricional revela sobrepeso; assim, as informações são suficientes para um diagnóstico seguro do paciente.
- (B) o paciente apresenta resultados bioquímicos satisfatórios, não havendo necessidade de intervenção nutricional.
- (C) o quadro de anemia associado a ureia e creatinina elevadas e o comprometimento cardiovascular são fatores de risco para desenvolver uma insuficiência renal.
- (D) o diagnóstico nutricional, de acordo com o IMC, é de um paciente eutrófico; os exames bioquímicos são compatíveis com os sintomas e indicam anemia, situação comum em pacientes com IC.

— QUESTÃO 25 —

O paciente P.J., após consulta nutricional, apresentou hábitos dietéticos incorretos e diagnóstico de dislipidemia. Para este paciente, no tratamento nutricional das hipercolesterolemias,

- (A) a utilização de alimentos como aveia, soja e psílio reduzem o colesterol e a fração LDL (lipoproteína de baixa densidade).
- (B) as fibras insolúveis, como celulose e lignina, possuem efeitos redutores sobre os níveis séricos de colesterol.
- (C) a suplementação com cálcio associada a cafeína apresenta efeitos hipocolesterolêmicos.
- (D) a suplementação com betacaroteno e uma dieta rica em fibras apresenta efeitos redutores de HDL e LDL.

— QUESTÃO 26 —

A terapia de nutrição enteral (TNE) é indicada a pacientes que apresentam

- (A) desnutrição com síndrome do intestino curto, do tipo maciço ou em fase inicial de reabilitação intestinal.
- (B) sangramento gastrointestinal e fístulas intestinais, especialmente jejunais e de baixo débito.
- (C) risco de desnutrição, ingestão por via oral inadequada (três quartos das necessidades diárias) e/ou trato digestivo total ou parcialmente funcional.
- (D) inflamação do trato gastrointestinal como enterites graves por moléstia inflamatória dos cólons.

— QUESTÃO 27 —

No tratamento não farmacológico da hipertensão arterial, devem ser adotadas medidas de modificações do estilo de vida, tais como:

- (A) monitorar a pressão arterial diariamente e a glicemia de jejum mensalmente, restringir o uso de cigarro e álcool, praticar atividade física regularmente e iniciar dieta hipossódica.
- (B) controlar o peso, mantendo o IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m², reduzir o consumo de sal para 5 g dia, aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio, restringir o uso do álcool, abandonar o tabagismo e praticar atividade física regularmente.
- (C) monitorar a pressão arterial diariamente, o perfil lipídico bimestralmente, abandonar o tabagismo e álcool, praticar atividade física regularmente e iniciar dieta baixa em sódio.
- (D) controlar o peso, mantendo o IMC entre 19 e 26 kg/m², e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, reduzir o consumo de sal para 7 g dia, restringir o uso do álcool e praticar atividade física regularmente.

— QUESTÃO 28 —

Os exames bioquímicos necessários para avaliação de lesão hepatocelular (destruição de hepatócitos) são:

- (A) bilirrubinas séricas (total, conjugada e livre), creatinina e ureia.
- (B) aspartato aminotransferase sérica, perfil lipídico e fosfatase alcalina.
- (C) aspartato aminotransferase sérica, alanina aminotransferase e desidrogenase láctica sérica.
- (D) tempo de protrombina, fosfatase alcalina e perfil lipídico.

— QUESTÃO 29 —

Na falta de aporte energético suficiente, durante a fase hipermetabólica ao trauma, o organismo utiliza aminoácidos de cadeia ramificada existentes no músculo esquelético, que serão convertidos em glicose por meio da

- (A) glicogenólise.
- (B) gliconeogênese.
- (C) glicólise.
- (D) proteólise.

— QUESTÃO 30 —

Na monitorização da terapia nutricional, o balanço nitrogenado reflete o metabolismo proteico e é obtido pela diferença entre a quantidade de nitrogênio ingerido e o excretado. Em um paciente em terapia nutricional enteral, que recebe 75 g de proteína/dia, o nitrogênio ingerido/dia corresponde a

- (A) 10 g
- (B) 12 g
- (C) 14 g
- (D) 16 g

— QUESTÃO 31 —

Pacientes portadores de síndrome do intestino curto, submetidos à ressecção distal extensa do intestino delgado, desenvolvem esteatorreia em decorrência da

- (A) falta de sais biliares para absorção das gorduras.
- (B) inativação da lipase pancreática, impedindo a absorção de gorduras.
- (C) carga osmótica dos açúcares não absorvidos.
- (D) insuficiência pancreática por redução da secretina e colecistoquinina.

— QUESTÃO 32 —

Nas fases mais avançadas da doença renal crônica com taxa de filtração glomerular inferior a 25 mL/min, uma estratégia para evitar a progressão da doença é o uso de dieta muito restrita em proteínas, suplementada com aminoácidos essenciais e cetoácidos. Os cetoácidos são, então,

- (A) análogos a aminoácidos essenciais com uma molécula de nitrogênio ligada ao ceto grupo. Pela via da transaminação, o ceto grupo é incorporado à cadeia carbônica do aminoácido, formando o aminoácido essencial correspondente.
- (B) aminoácidos condicionalmente essenciais que levam à redução da disponibilidade de nitrogênio, diminuindo a formação de compostos nitrogenados tóxicos resultantes do metabolismo, originando novo aminoácido essencial.
- (C) análogos a aminoácidos essenciais sem a molécula de nitrogênio. Pela via da transaminação, o ceto grupo é incorporado à cadeia carbônica do aminoácido, formando o aminoácido essencial correspondente.
- (D) aminoácidos condicionalmente essenciais que aumentam a disponibilidade do nitrogênio para ser incorporado, pela via da transaminação, à cadeia carbônica do aminoácido, formando novo aminoácido essencial.

— QUESTÃO 33 —

A doença de Crohn e a colite ulcerativa são as principais formas de doença inflamatória intestinal, de caráter crônico e recidivante. A perda de peso e o emagrecimento são distúrbios prevalentes. A conduta nutricional deve ser específica à fase da doença. Na fase de remissão, orienta-se uma dieta

- (A) hipercalórica, hipolipídica, normoproteica e isenta de fibras insolúveis.
- (B) normocalórica, normolipídica, hiperproteica, com introdução de fibras insolúveis.
- (C) normocalórica, normolipídica, normoproteica e isenta de fibras insolúveis.
- (D) hipercalórica, hipolipídica, hiperproteica, com introdução de fibras insolúveis.

— QUESTÃO 34 —

O organismo necessita diariamente de nutrientes que forneçam energia e substrato para manutenção das reações bioquímicas fundamentais. No jejum não complicado, o organismo tem de se adaptar, acarretando alterações metabólicas para o fornecimento de energia às diversas células e aos tecidos. Inicialmente, o organismo

- (A) mobiliza as proteínas musculares para fornecimento de energia ao cérebro. Em seguida, as reservas de glicogênio hepático e muscular e, finalmente, os ácidos graxos são convertidos em glicose.
- (B) utiliza as reservas de glicogênio hepático e muscular. Em seguida, há mobilização de gorduras dos adipócitos. Se o jejum persistir, são mobilizadas as proteínas musculares.
- (C) utiliza as reservas de glicogênio hepático e muscular. Em seguida, são mobilizadas as proteínas musculares. Se o jejum persistir, há mobilização de gorduras dos adipócitos.
- (D) utiliza as proteínas musculares para fornecimento de energia para o cérebro. Em seguida, os ácidos graxos são convertidos em glicose e, finalmente, as reservas de glicogênio hepático e muscular são mobilizadas.

— QUESTÃO 35 —

Alguns nutrientes específicos desempenham importantes ações imunológicas. A glutamina, um desses nutrientes, é um

- (A) aminoácido essencial produzido pelo fígado a partir da metionina e glicina. É um precursor da síntese de glutathione, com ação antioxidante.
- (B) aminoácido não essencial, sintetizado no músculo esquelético e nos pulmões. É a principal fonte de energia das células de rápida proliferação, como as do trato gastrointestinal.
- (C) aminoácido essencial derivado do metabolismo da glicina e da cisteína, com ação na reparação das células intestinais, reduzindo a inflamação.
- (D) aminoácido não essencial, sintetizado pelo fígado e músculo esquelético, é responsável pela integridade estrutural das membranas, reduzindo a capacidade inflamatória.

— QUESTÃO 36 —

A síndrome da realimentação é uma complicação da nutrição parenteral em indivíduos desnutridos, que pode levar a flutuações eletrolíticas graves. Se os eletrólitos intracelulares não forem fornecidos em quantidades suficientes para acompanhar o crescimento tecidual, desenvolvem-se baixos níveis séricos de

- (A) cálcio, magnésio e potássio.
- (B) cálcio, fósforo e zinco.
- (C) cálcio, potássio e zinco.
- (D) fósforo, magnésio e potássio.

— QUESTÃO 37 —

Na neoplasia maligna ocorre comprometimento multifatorial do sistema imune, em consequência do próprio tumor, da caquexia, da menor ingestão alimentar, da lesão cirúrgica e do tratamento multifatorial. Pesquisas identificaram nutrientes com propriedades imunofarmacológicas. Desse modo,

- (A) a arginina é um aminoácido semiessencial, vasoconstritor e estimulador do sistema endocrinológico por aumentar a secreção de hormônio do crescimento, prolactina, insulina e glucagon.
- (B) a glutamina é um aminoácido essencial, fonte de energia para células do trato gastrointestinal e combustível para macrófagos e linfócitos.
- (C) a cisteína é produzida a partir da homocisteína e precursora da síntese de glutatona, importante para defesa celular.
- (D) os nucleotídeos são precursores do ácido desoxirribonucleico (DNA) e ácido ribonucleico (RNA) e condicionalmente necessários quando situações de estresse elevado se fazem presentes.

— QUESTÃO 38 —

Pacientes com câncer apresentam elevado risco de desnutrição. Os pacientes com desnutrição podem apresentar menor resposta à quimioterapia e aumento no risco de complicações. Em casos de desnutrição,

- (A) o paciente canceroso pode exibir alterações do metabolismo energético, variando entre hipometabólicas ou hipermetabólicas.
- (B) a massa tumoral facilita o aproveitamento dos nutrientes ofertados, devido ao hipermetabolismo.
- (C) a observação dos efeitos adversos ocasionados pelo estado nutricional em câncer leva ao uso de terapia nutricional paliativa e melhora da sua resposta à terapêutica anticancerosa.
- (D) o paciente com câncer apresenta aumento da morbidade e mortalidade pós-operatória e tolerância aos procedimentos de quimioterapia e radioterapia.

— QUESTÃO 39 —

A leucemia linfocítica crônica (LLC) é um tipo de câncer sanguíneo, sendo a forma mais comum de leucemia em adultos. Essa doença pode ser considerada

- (A) uma neoplasia monoclonal de linfócitos de longa vida e de proliferação lenta, em geral linfócitos B, que são imunologicamente defeituosos.
- (B) uma neoplasia de etiologia desconhecida e de origem hereditária.
- (C) uma neoplasia pouco agressiva, pois o tempo médio de sobrevivência é superior a 20 anos.
- (D) uma linfocitose absoluta associada a trombocitopenia quando no estágio 0.

— QUESTÃO 40 —

Leucemia refere-se a um grupo de neoplasias malignas que levam à proliferação clonal anárquica de células primordiais hematopoiéticas. As leucemias agudas são doenças progressivas

- (A) caracterizadas pela diminuição da produção de eritrócitos e pelo aumento dos granulócitos e plaquetas.
- (B) classificadas morfológicamente em relação à linhagem celular em formas linfoblástica e mieloide.
- (C) caracterizadas por baixa predominância de precursores linfóides ou mielóides imaturos (blastos).
- (D) consideradas como neoplasia da célula B monoclonal de grande importância biológica, mas rara.

— QUESTÃO 41 —

As doenças linfoproliferativas acometem preferencialmente indivíduos idosos, com mais de 60 anos, e têm comportamento clínico muito variável. A conduta nutricional nas doenças linfoproliferativas é uma dieta

- (A) hipoglicídica, para inibir o crescimento tumoral.
- (B) composta por alimentos quentes, devido à boa tolerância do paciente, durante a fase de quimioterapia.
- (C) restrita a alimentos gordurosos e doces, pois minimizam as náuseas.
- (D) restrita a nutrientes antioxidantes, para favorecer o tratamento quimioterápico.

— QUESTÃO 42 —

Anemia falciforme é uma doença hereditária caracterizada pela alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, tornando-os parecidos com uma foice, daí o nome “falciforme”. Essas células têm sua membrana alterada e rompem-se mais facilmente, causando anemia. Nesse caso, a intervenção dietética deve constar de

- (A) suplementação de sulfato ferroso para corrigir as baixas concentrações de hemoglobina.
- (B) restrição no consumo de líquidos devido a risco de insuficiência cardíaca.
- (C) estímulo para o consumo de alimentos fontes em folato, cobre e zinco.
- (D) suplementação de ácido ascórbico.

— QUESTÃO 43 —

O sistema imunológico é um importante mecanismo de defesa do organismo humano. No sistema imunológico,

- (A) as células Th1 secretam interleucinas 3, 4, 5, 10 e 13.
- (B) as células Th2 secretam interleucina 2 e interferon gama.
- (C) os linfócitos possuem a função de inibir a ação das interleucinas.
- (D) a interleucina 2 atua na conversão de ácido graxo de cadeia longa tipo ômega-6 em eicosanoides.

— QUESTÃO 44 —

A desnutrição na aids no público materno-infantil é caracterizada por fatores diversos. Assim,

- (A) é decorrente do fator dietético pela redução do consumo alimentar.
- (B) é causada pela própria aids, não contribuindo, portanto, com a progressão da doença.
- (C) está relacionada com redução da efetividade e tolerância às drogas e outras terapias.
- (D) a chamada Síndrome *wasting* (emagrecimento intenso) é sintoma grave do HIV positivo.

— QUESTÃO 45 —

Durante a gestação, alguns ajustes fisiológicos são necessários para acomodar a chegada do feto. As alterações hormonais são as que mais contribuem para essas adaptações, promovendo o impedimento da rejeição imunológica do embrião, o favorecimento da deposição de gordura materna e a ação mamotrófica na gravidez. Os hormônios relacionados as essas respostas são, respectivamente,

- (A) tireotropina coriônica humana, estrogênio e progesterona.
- (B) progesterona, tireoxina e hormônio do crescimento.
- (C) estrogênio, gonadotropina coriônica humana e tireoxina.
- (D) gonadotropina coriônica humana, progesterona e lactogênio placentário.

— QUESTÃO 46 —

As alterações hormonais, embora necessárias, podem deixar a grávida mais vulnerável à hiperglicemia devido ao efeito diabetogênico da gestação. Estes efeitos são:

- (A) retenção de sódio e excreção de potássio pela aldosterona; elevação da glicemia por proteólise tecidual devido à cortisona; elevação da glicemia pelo aumento do apetite pela ação da grelina.
- (B) antagonismo à insulina por ação do estrogênio; estímulo da gliconeogênese a partir da proteólise tecidual por ação do cortisol; ação glicogênica e promotora da glicogenólise hepática materna.
- (C) inibição da reabsorção de cálcio pela ação da calcitonina; inibição da insulina pela ação da aldosterona; elevação da glicemia por aumento da glicogenólise hepática pelo lactogênio placentário.
- (D) estímulo da gliconeogênese a partir da proteólise tecidual por ação da progesterona; retenção de sódio e excreção de potássio pela aldosterona; elevação da glicemia por proteólise tecidual devido à cortisona.

— QUESTÃO 47 —

As síndromes hipertensivas da gravidez (SHG), caracterizam-se por manifestações diversas e fatores associados. Desta forma,

- (A) a pré-eclampsia caracteriza-se pela associação entre hipertensão e proteinúria.
- (B) a pré-eclampsia é uma complicação materna que implica em risco à grávida, porém não afeta a saúde fetal.
- (C) o tabagismo, o nível socioeconômico e a depressão são considerados fatores de risco.
- (D) o edema é um achado presente de forma generalizada (anasarca) na pré-eclampsia.

— QUESTÃO 48 —

À gestante em pré-eclampsia leve deve-se prescrever

- (A) dieta hipoproteica, devido ao risco de lesão renal decorrente da hipertensão.
- (B) dieta hipossódica (até 2 g/dia), a fim de evitar picos hipertensivos que possam colocar em risco o curso da gravidez.
- (C) suplementação de vitaminas A, C e E a fim de combater os radicais livres responsáveis pelos aumentos pressóricos.
- (D) dieta hiperproteica (2 g/kg/dia), com o intuito de compensar a proteinúria e promover crescimento tecidual.

— QUESTÃO 49 —

A avaliação do ganho de peso gestacional é importante no acompanhamento pré-natal. De acordo com as recomendações do Institute of Medicine (IOM),

- (A) o peso pré-gestacional, utilizado no cálculo do IMC, é definido como o peso referente a dois meses anteriores à gestação.
- (B) as faixas de ganho de peso recomendadas são diferenciadas conforme o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional.
- (C) o ganho ponderal deve ser de 0,5 kg/semana no primeiro trimestre para gestantes com IMC dentro da normalidade, ou seja, entre 19,8 e 26,0 kg/m².
- (D) o ganho de peso total durante as 40 semanas de gestação deve ser, para a gestante obesa, de 9,0 kg e para a gestante obesa adolescente de 11,0 kg.

— QUESTÃO 50 —

O recém-nascido de M.R.T., com três dias, nascido com idade gestacional de 30 semanas, peso de nascimento = 1800 g, índice de crescimento (IC) = 2,0, permanece internado para avaliação do crescimento e do ganho ponderal. Considerando as informações apresentadas, conclui-se:

- (A) o recém-nascido apresenta um crescimento satisfatório pelo IC apresentado.
- (B) o recém-nascido seria de prematuridade moderada conforme a classificação de prematuridade.
- (C) o valor calórico recomendável nesta primeira semana de vida seria de 50-100 kcal/kg/dia.
- (D) a idade do recém-nascido corrigida para um mês de vida será alcançada dentro de 3 meses e 15 dias.