UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE – COREMU

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREAS DA SAÚDE/2013

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-resposta, 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 decorridas **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 Hanseniase 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 gastrintestinal. 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 hipercrômica.

(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 desejum, 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) 4º C a 6º C, durante 48 horas.

(B) 4º C a 8º C, durante 72 horas.

(C) 2º C a 6º C, durante 48 horas.

(D) 2º C a 8º 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 absortiva 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 vasoespasmo gerado após redução de prostaciclinas 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 glineogênese 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 kwashiokor 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)
Triglicerides: 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.