



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DA UFPI
- EDITAL 23/2016 -

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA PROFISSIONAL: NUTRIÇÃO

DATA: 22/01/2017

HORÁRIO: das 08 às 11 horas

**LEIA AS INSTRUÇÕES E AGUARDE AUTORIZAÇÃO PARA ABRIR O
CADERNO DE QUESTÕES**

- ☒ Verifique se este CADERNO contém um total de 40 (quarenta) questões do tipo múltipla escolha, com 5 (cinco) opções de respostas. Se não estiver completo, solicite ao fiscal de sala outro Caderno de Provas. **Não serão aceitas reclamações posteriores.**
- ☒ As questões estão assim distribuídas:
 - SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS: 01 a 10**
 - CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL: 11 a 40**
- ☒ O candidato não poderá entregar o caderno de questões antes de decorridos 60 (sessenta) minutos do início da prova, ressalvados os casos de emergência médica.
- ☒ As respostas devem ser marcadas, obrigatoriamente, no **cartão-resposta**, utilizando caneta esferográfica com **tinta preta** ou **azul escrita grossa**.
- ☒ Ao concluir a prova, o candidato terá que devolver o **cartão-resposta** devidamente ASSINADO e o **caderno de questões**. A não devolução de qualquer um deles implicará na **eliminação** do candidato.

SAÚDE PÚBLICA E LEGISLAÇÃO DO SUS

01. O Sistema de Saúde Brasileiro é universal desde a Constituição de 1988, entretanto, um longo percurso foi delineado em relação às Políticas Públicas de Saúde no país desde o início do século XX. Em relação a essa trajetória, marque a opção INCORRETA.
- (A) A Lei Eloy Chaves, em 1923, instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), marcando o início de uma atividade do estado em relação à assistência médica.
 - (B) No governo de Getúlio Vargas, a partir de 1933, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), congregando os trabalhadores por categorias profissionais, constituindo gradativamente um sistema nacional de previdência social sob a gestão do Estado.
 - (C) A Reforma Capanema foi um marco em relação à saúde pública, com a centralização, normatização e uniformização das estruturas estaduais e estabeleceu os estados como os responsáveis pelas atividades relacionadas à saúde.
 - (D) A partir da criação do INPS, foi priorizada a contratação de serviços públicos para a assistência médica e o credenciamento e remuneração pelos serviços eram feitos pelas Unidades de Serviços (US).
 - (E) O Instituto de Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, passou a ter função assistencial na saúde, limitado aos trabalhadores com carteira assinada.
02. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde “deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde” (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a condução regional da política será realizada:
- (A) por meio dos Colegiados de Gestão Regional, instâncias de pactuação permanente, formadas pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios de uma determinada região de saúde.
 - (B) por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).
 - (C) por meio das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, responsáveis pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.
 - (D) por meio dos Conselhos Estaduais de Saúde, órgãos consultivos e deliberativos responsáveis pela elaboração do Plano de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde.
 - (E) por meio das Conferências Estaduais de Saúde, instâncias intersetoriais e interinstitucionais responsáveis pela formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde.
03. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Segundo a Lei 8.080, estão corretas as opções, EXCETO:
- (A) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
 - (B) Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País. A saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
 - (C) O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público e pela iniciativa privada.
 - (D) A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde são um dos objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - (E) As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal e com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).
04. A Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamenta a Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Segundo esta Lei, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes, EXCETO:
- (A) Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - (B) Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS.

- (C) Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças.
(D) Obras de infraestrutura realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde.
(E) Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.
05. O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Acerca dos pactos, é CORRETO afirmar:
- (A) O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e são derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelo governo federal a serem executados pelos estados e municípios.
(B) O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos.
(C) O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado de forma a aumentar as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.
(D) O Pacto de Gestão reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.
(E) O Pacto de Gestão reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.
06. A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. A busca de medidas do estado de saúde da população é uma atividade central em saúde pública, iniciada com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência. Com vistas à sistematização dessas informações, a Organização Pan-americana de Saúde (2008) recomenda a sua organização em 6 subconjuntos temáticos. Assinale a opção que apresenta subconjuntos.
- (A) Demográficos; Socioeconômicos; Mortalidade; Morbidade e fatores de risco; Recursos; Cobertura.
(B) Demográficos; Morbimortalidade; Demandas e necessidades em saúde; Socioassistencial; Recursos; Cobertura.
(C) Demográficos; Epidemiológico; Morbimortalidade; Tecnologia em saúde; Assistência em saúde; Recursos; Cobertura.
(D) Contingente populacional; Demandas sanitárias; Mortalidade; Morbidade; Tecnologia em Saúde; Recursos; Cobertura.
(E) Demográficos; Socioeconômicos; Epidemiológico; Rede assistencial; Mortalidade; Morbidade e fatores de risco.
07. Leia atentamente a afirmação abaixo e assinale a opção que completa de forma CORRETA a assertiva.
- As ações, no âmbito do SUS possuem critérios de planejamento baseados na racionalização e na formulação de proposições viáveis, com vistas à solução de problemas e ao atendimento de necessidades individuais e coletivas. Dessa forma, _____ é o processo de identificação, descrição e análise dos problemas e das necessidades de saúde de uma população, geralmente o primeiro momento do processo de planejamento e programação de ações (TEIXEIRA, 2010).
- (A) Análise de viabilidade.
(B) Territorialização.
(C) Análise da situação em saúde.
(D) Avaliação dos riscos em saúde.
(E) Condições de saúde da população.
08. A Política Nacional de Atenção Básica (2012) preconiza a universalidade da atenção à saúde no Brasil e, dessa forma, estabelece alguns fundamentos e diretrizes. Assinale a opção que NÃO apresenta uma diretriz da Política Nacional de Atenção Básica.
- (A) Coordenar a integralidade.
(B) Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais.
(C) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos.
(D) Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita.
(E) Estimular a participação dos usuários.

09. O Sistema Único de Saúde (SUS) consolida o modelo público de atenção integral a saúde no Brasil e é orientado por uma série de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. A sua implementação ocorreu nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação das leis n. 8080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Uma das inovações que ocorreram, a partir da implementação do SUS, foram as comissões intergestores tripartite e bipartite (GIOVANELLA et al, 2012). Assinale a opção que apresenta o ano de criação das Comissões Intergestores Bipartite.
- (A) 1991
 - (B) 1992
 - (C) 1993
 - (D) 1994
 - (E) 1995
10. O SUS possui princípios e diretrizes que propõem um projeto de cidadania, através da saúde, prevendo e fomentando a controle social nas instâncias de planejamento e execução de suas ações. Foi a partir desse posicionamento que, no ano de 2009, o Ministério da Saúde publicou a portaria que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Assinale a opção que apresenta a portaria que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários na saúde.
- (A) Portaria nº 560, de 19 de março de 2009.
 - (B) Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.
 - (C) Portaria nº 2.048, de 03 de setembro de 2009.
 - (D) Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009.
 - (E) Portaria nº 3.189, de 18 de dezembro de 2009.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL

11. O tratamento de diversas doenças requer o uso de medicamentos, frequentemente envolvendo a polimedicação. Dessa forma, os pacientes devem ser avaliados individualmente com relação ao efeito dos alimentos sobre a ação dos fármacos e o efeito destes sobre o estado nutricional. Sobre este aspecto, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A desnutrição pré-existente influencia na interação fármaco-nutriente, pois alterações nas concentrações de proteínas podem afetar a disposição de fármacos pela alteração da ligação a proteínas e distribuição do fármaco. Portanto, recomendam-se doses mais elevadas de fármacos com alta ligação de proteínas para pacientes com hipoalbuminemia.
 - (B) A composição corporal é um fator importante na determinação da resposta aos fármacos. Em pacientes obesos ou idosos, há maior probabilidade de ocorrer acúmulo de fármacos lipossolúveis, podendo resultar em prolongamento da remoção e maior toxicidade.
 - (C) O uso de alimentação por sonda para administrar medicações pode trazer prejuízos, pois, quando as medicações líquidas são misturadas com fórmulas de alimentação enteral, podem ocorrer incompatibilidades, a exemplo de granulação, formação de gel e separação do produto enteral.
 - (D) Alimentos podem tanto inibir quanto aumentar o metabolismo de medicações por meio de alterações na atividade dos sistemas enzimáticos do trato intestinal e fígado.
 - (E) Os fármacos que são ácidos ou básicos fracos são reabsorvidos dos túbulos renais para a circulação sistêmica apenas em estado não iônico. Uma alteração do pH urinário por alimentos pode alterar a quantidade do fármaco existente no estado não iônico, podendo assim aumentar ou diminuir a quantidade de fármaco disponível para reabsorção tubular.
12. Essa dieta apresenta baixo teor de calorias, proteínas e lipídios; é hiperglicídica; isenta de celulose e tecido conectivo; sem leite e possui consistência semilíquida. É indicada quando há necessidade de repouso intestinal, para preparo de exames, no pré e pós-operatório. Assinale a assertiva que apresenta o tipo de dieta de caracterizado acima:
- (A) Dieta líquida completa
 - (B) Dieta pastosa sem resíduos
 - (C) Dieta líquida sem resíduos
 - (D) Dieta leve sem resíduos
 - (E) Dieta leve

13. As recomendações nutricionais são instrumentos importantes para o planejamento, a prescrição e a avaliação de planos alimentares. A ingestão dietética de referência (DRI) pode ser utilizada para avaliar o consumo qualitativo por meio da observação do valor obtido e de sua localização entre as referências de consumo. Quanto à interpretação qualitativa dessas referências de consumo da DRI, associe a segunda coluna de acordo com a primeira e, em seguida, assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA.

- | | |
|-----------------------------------|---|
| (A) Ingestão < EAR | () É pouco provável que a ingestão seja inadequada se avaliada por um grande número de dias. |
| (B) Ingestão entre EAR e RDA | () A ingestão provavelmente está adequada, mesmo que avaliada por poucos dias. |
| (C) Ingestão ≥ AI | () A adequação não pode ser determinada. |
| (D) Ingestão muito superior à RDA | () A ingestão provavelmente está inadequada. |
| (E) Ingestão < AI | () Risco de inadequação. |

- (A) C, D, E, A, B
(B) C, D, E, B, A
(C) E, D, C, A, B
(D) D, E, C, B, A
(E) C, D, B, A, E

14. A avaliação nutricional é uma abordagem completa realizada pelo nutricionista para definir o estado nutricional utilizando exame clínico e físico, avaliação subjetiva global, bem como análise de índices bioquímicos, antropométricos, imunológicos, laboratoriais e funcionais da situação nutricional. Sobre este aspecto, julgue os itens abaixo:

- I. A avaliação antropométrica das condições nutricionais pode ser dividida em duas categorias principais: avaliação do crescimento e da composição corporal. A avaliação do crescimento inclui a determinação da circunferência cefálica, peso e altura, bem como correções desses parâmetros para idade. A avaliação da composição corporal envolve a detecção de perda ou ganho de componentes corporais relativos a medidas prévias e comparação dos valores encontrados para o paciente com padrão normal;
- II. Durante o exame físico, deve ser realizada uma busca por evidências de depleção da gordura corporal e da massa muscular. Uma perda generalizada de tecido adiposo é identificada por contornos ósseos, musculares e venosos definidos e por pregas cutâneas espessas. Bochechas, nádegas e a região perianal mais fundas que o normal sugerem perda de gordura corporal;
- III. Investigação de sinais e sintomas de deficiência de vitaminas e oligoelementos também são importantes durante o exame físico. Erupções vermelhas e descamativas em torno da boca e das pregas nasolabiais, por exemplo, sugerem deficiência de zinco. História pregressa de cegueira noturna ou placas na conjuntiva (manchas de Bitot) é sugestiva de deficiência de vitamina A.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Apenas os itens I e III estão corretos.
(B) Apenas os itens I e II estão corretos.
(C) Apenas os itens II e III estão corretos.
(D) Apenas o item III está correto.
(E) Os itens I, II e III estão corretos.

15. Sobre os métodos de avaliação do consumo alimentar, assinale V para as assertivas verdadeiras e F para as falsas.

- () Recordatórios seriados de 24 horas podem proporcionar estimativas das ingestões usuais dos indivíduos.
() A história dietética tipo "Burke" produz uma descrição mais completa e detalhada dos aspectos qualitativos e quantitativos da ingestão alimentar, quando comparados com registro alimentar, recordatório de 24 h ou questionário de frequência de alimentos.
() As ingestões médias de grupos a partir do recordatório de 24 h podem ser confiáveis, uma vez que aqueles que relatam ingestões muito altas em um dado dia são balanceados por aqueles que relatam ingestões muito baixas.
() No diário alimentar, o que é comido é registrado. Nesse tipo de método, o erro pode ser minimizado se os indivíduos receberem instruções adequadas.
() O questionário de frequência alimentar pode ser autoadministrado ou administrado por entrevistador. Esse método é barato, rápido de aplicar e pode ser usado para grandes estudos populacionais.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) V-V-F-V-F
- (B) V-F-F-V-F
- (C) F-V-F-V-V
- (D) V-F-F-V-V
- (E) V-V-V-V-V

16. Sobre as necessidades nutricionais nas diferentes fases da vida, analise as assertivas a seguir:

- I. A recomendação de energia para lactente recém-nascido normal por unidade de peso corpóreo é de 3 a 4 vezes maior do que do adulto. Essa necessidade maior reflete a taxa metabólica de repouso relativamente alta e as necessidades especiais para o crescimento e desenvolvimento;
- II. A RDA para ingestão diária de proteínas em adolescentes varia de 44 a 59g. A necessidade de proteína é determinada pela quantidade necessária para manutenção e crescimento de tecidos novos;
- III. As diretrizes dietéticas recomendam que, aproximadamente 45 a 65% das calorias totais diárias para idosos, sejam fornecidos por carboidratos. A ênfase é no consumo de fontes de carboidratos complexos, tais quais legumes, verduras, grãos integrais e frutas, para prover fibras, minerais e vitaminas essenciais.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Apenas os itens I e III estão corretos.
- (B) Apenas os itens I e II estão corretos.
- (C) Apenas os itens II e III estão corretos.
- (D) Apenas o item III está correto.
- (E) Os itens I, II e III estão corretos.

17. As dietas hospitalares podem ser padronizadas segundo as modificações qualitativas e quantitativas da alimentação normal, assim como da consistência, temperatura, volume, valor calórico total, alterações de macronutrientes e restrições de nutrientes. Dessa forma, podem ser classificadas a partir das suas principais características, indicações e alimentos ou preparações que serão servidos. Sobre este aspecto, marque a opção INCORRETA.

- (A) A dieta branda é similar à dieta geral, normoproteica, normoglicídica e normolipídica, porém os alimentos possuem consistência mais macia, abrandada pela cocção. É indicada para indivíduos com problemas mecânicos e para facilitar o trabalho digestivo de alguns pós-operatórios.
- (B) A dieta leve tem consistência semilíquida, é normoglicídica, normoproteica e hipolipídica. Esse tipo de dieta é utilizada para pacientes com problemas mecânicos de deglutição e de mastigação, para preparo de exames e de cirurgia e também nos pré e pós-operatórios.
- (C) A dieta líquida tem consistência líquida, é hiperglicídica, normoproteica e hipolipídica, apresenta baixo teor calórico e fácil absorção. É utilizada por períodos curtos, quando há restrição da função digestiva, problemas mecânicos do trato digestivo superior.
- (D) A dieta pastosa é normoglicídica, normoproteica, normolipídica, tem consistência abrandada pela cocção e processos mecânicos com alimentos moídos, liquidificados e em forma de purês. É indicada para facilitar a ingestão e deglutição, e para permitir repouso gastrointestinal.
- (E) A dieta branda sem resíduos apresenta as mesmas características da dieta branda normal, porém sem leite e restrita a alimentos crus. É indicada no preparo de exames, nas diarreias, quando há controle do peristaltismo.

18. O diabetes mellitus tipo 2 é responsável por mais de 90% dos casos da doença, desenvolvendo-se, em geral, após os 30 anos de idade. Sobre essa doença, julgue os itens abaixo:

- I. É diagnosticado muito anos após seu início, sendo a patogênese complexa envolvendo a interação entre genética e fatores ambientais. Os pacientes apresentam com frequência poliúria, polidipsia, desidratação, cetoacidose e excesso de peso;
- II. Os genes envolvidos com essa doença são: calpaína-10, PPAR gama 2 e KIR 6.2, sobretudo, se combinados;
- III. A terapia nutricional do diabetes mellitus envolve consumo de carboidratos de frutas, legumes, cereais integrais e leite com baixo teor de gordura, requerendo monitoramento da ingestão de carboidratos por meio da contagem de carboidratos ou substituição de alimentos.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Apenas os itens I e III estão corretos.
 - (B) Apenas os itens I e II estão corretos.
 - (C) Apenas os itens II e III estão corretos.
 - (D) Apenas o item III está correto.
 - (E) Os itens I, II e III estão corretos.
19. A deficiência de vitamina D de origem alimentar pode resultar de ingestão inadequada dessa vitamina, má absorção causada por ingestão insuficiente de gordura, insuficiência biliar ou pancreática. Já a capacidade de síntese cutânea de vitamina D é menor pela precária exposição solar. Dentre as consequências da deficiência de vitamina D para a saúde, é INCORRETO afirmar:
- (A) A deficiência de vitamina D compromete a absorção do cálcio, aumentando o risco de osteoporose e de fraturas ósseas em idosos.
 - (B) A deficiência de vitamina D pode impedir ou dificultar o início da resposta imune nata pelos macrófagos e monócitos, o que pode estar associado ao fato de negros serem mais vulneráveis à tuberculose comparados com caucasianos.
 - (C) A deficiência de vitamina D dificulta a secreção pancreática de insulina e o tratamento com o calcitriol melhora a função das células beta e a tolerância a glicose em animais.
 - (D) A deficiência de vitamina D associa-se a maior risco de câncer de mama, câncer de próstata e câncer de colón, em função de seus efeitos autócrinos e parácrinos no controle da apoptose, da proliferação e da diferenciação celular.
 - (E) Sugere-se que as concentrações séricas de Vitamina D exercem um importante papel no prognóstico da Síndrome Metabólica, uma vez que há evidências de associação positiva entre Vitamina D e parâmetros de resistência à insulina em indivíduos não diabéticos e com adiposidade e concentração plasmática de triglicérides em mulheres na menopausa.
20. A combinação de baixo peso na infância, deficiências de micronutrientes (ferro, vitamina A e zinco) e amamentação abaixo do ideal responde por 7% das mortes e 10% do volume total de doenças. Acerca da deficiência de vitamina A, é CORRETO afirmar:
- (A) A DVA é um grave problema de saúde pública, sua prevalência é particularmente alta em regiões como a Ásia, África e América Latina e o Brasil foi classificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela OPAS como área de carência subclínica leve.
 - (B) A reduzida ingestão de lipídios (que aumentam a biodisponibilidade da vitamina e provitamina A), alta prevalência de infecções, falta de saneamento ambiental e de água tratada, condições socioeconômicas desfavoráveis e tabus alimentares que aumentam a demanda ou interferem na ingestão e metabolização da vitamina A pelo organismo são os principais fatores etiológicos da DVA.
 - (C) Episódios de infecções graves ou prolongados podem afetar os estoques hepáticos de vitamina A, devido à redução da ingestão alimentar, diminuição da absorção, aumento da utilização biológica e excreção urinária anômala de retinol sérico.
 - (D) As evidências apontam para efeitos positivos da suplementação de vitamina A na redução do risco geral de morte e mortalidade relacionada à diarreia, ao sarampo e à doença respiratória.
 - (E) A desnutrição energético-proteica resulta da deficiência funcional de vitamina A; Os sinais clínicos de xeroftalmia ocorrem quando as reservas hepáticas de vitamina A forem exauridas.
21. Com relação aos cuidados dietéticos requeridos no controle do excesso de peso, pode-se afirmar:
- I. As dietas ricas em proteínas são consideradas mais eficazes para perda de peso e manutenção do peso do que outras dietas, por causa de seus efeitos termogênicos e indutores de saciedade;
 - II. Para obesos, a dieta deve ser hipocalórica, com uma redução de 500kcal a 1000kcal do gasto energético total (GET) diário previsto, com o objetivo de promover perdas ponderais de 0,5kg a 1,0kg/semana;
 - III. Dieta com carboidratos com baixos índices glicêmicos e fibras solúveis são mais eficazes para a redução da circunferência da cintura e massa gorda, proporcionando ainda significativa redução do tamanho dos adipócitos e de marcadores de risco cardiovascular: proteína C reativa, VEGF, PAI-1;
 - IV. A DM (Dieta Mediterrânea) tem um efeito benéfico sobre a obesidade abdominal, níveis de lipídeos, metabolismo da glicose e os níveis de pressão arterial. Esses efeitos são, em grande parte atribuídos aos efeitos antioxidantes e anti-inflamatórias da DM, especificamente, exercidos pelos alimentos: azeite, frutas e legumes, grãos integrais e peixe.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Somente I, II e IV estão corretas.
(B) Somente I e III estão corretas.
(C) Somente I e II estão corretas.
(D) Todas estão corretas.
(E) Todas estão incorretas.
22. A aterosclerose é considerada uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima das artérias de médio e grande calibre, caracterizada pelo acúmulo de colesterol nos macrófagos. Acerca dos cuidados dietéticos requeridos, assinale a opção CORRETA.
- (A) Deve-se reduzir o consumo de AGS (Ácidos Graxos Saturados) por atuarem reduzindo o catabolismo da LDL-colesterol, aumentando a expressão do receptor da LDL-colesterol e a atividade da lecitina colesterol aciltransferase hepática.
(B) Deve-se aumentar o teor de proteína na dieta pois induz a elevação nos níveis de HDL-colesterol e constitui-se um preditor significativo de retenção de massa magra, no entanto prevalecem dúvidas quanto a influência sobre as concentrações lipídicas.
(C) Deve-se aumentar o teor de ômega 3 por induzir aumento da lipólise intravascular e o clearance de partículas de triglicérides, em razão da regulação positiva do gene apoC-3.
(D) Deve-se aumentar o teor de soja na dieta por induzir redução das concentrações de colesterol devido à diminuição da razão insulina/glucagon, os quais regulam a expressão hepática da proteína de ligação aos elementos de resposta a esterol 1.
(E) Deve-se aumentar o teor de ácidos graxos monoinsaturados por menor indução à síntese endógena de colesterol endógeno, além de induzir supressão dos receptores de LDL-colesterol.
23. Avalie o seguinte caso: Mulher de 52 anos atendida no ambulatório, referindo sensação de “peso sobre o peito”, sudorese e tonteira, com ausência de síncope. Apresenta história pregressa de hipertensão arterial, em uso irregular de medicação. Ao exame, foi constatado:

– PA: 196 x 110 mmHg na posição supina; – PA: 130 x 70 mmHg em decúbito; – FC: 110 bpm; – Sobrepeso.

Assinale a opção que NÃO justifica uma conduta terapêutica adequada.

- (A) Redução da ingestão calórica para perda de peso e diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático.
(B) Os diuréticos são indicados especialmente para pacientes com hipertensão arterial em estágio 1 que não responderam às medidas não-medicamentosas. Entretanto, a monoterapia inicial é eficaz em apenas 40% a 50% dos casos. Muitos pacientes necessitam a associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da ECA, betabloqueadores, antagonista do cálcio.
(C) Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos.
(D) Apesar de uma associação inversa entre a ingestão de cálcio e a pressão arterial, estudos em animais sugerem um limiar de ingestão de cálcio abaixo do qual a pressão arterial aumenta, por amplificar os efeitos de uma dieta com alto teor de sódio.
(E) Há evidências que sustentam a associação inversa entre o consumo de proteína e o nível de pressão arterial, por seu efeito natriurético e por inibir a liberação da renina.
24. Na Síndrome do Intestino Curto (SIC), desenvolvem-se importante perda de massa muscular e carências nutricionais específicas. Torna-se importante conhecer os mecanismos adaptativos para melhorar o prognóstico e minimizar as complicações. Acerca do tema, analise as assertivas abaixo e assinale a opção INCORRETA.
- (A) Pacientes com jejunostomias terminais ou ileostomias proximais apresentam uma marcante deficiência de magnésio, a qual poderá ser contornada por suplementação via oral, associada à suplementação de cálcio e zinco.
(B) Quando o cólon está presente, sais biliares e ácidos graxos mal absorvidos podem estimular a secreção de água e sódio pela mucosa colônica e induzir diarreia, agravando o quadro clínico.

- (C) Os nutrientes intraluminais são importantes para a adaptação intestinal, os quais agem por “contato” direto com a mucosa e/ou estimulação de secreções pancreaticobiliares e hormônios intestinais. Os hormônios podem atuar estimulando a produção de poliaminas (putrescina, espermidina, espermina), compostos tróficos, cuja produção é regulada pela enzima ornitina descarboxilase.
- (D) Na SIC, o cálcio liga-se a ácidos graxos não absorvidos, liberando o oxalato para ser absorvido no cólon, aumentando a permeabilidade intestinal, precipitando a formação de cálculos de oxalato.
- (E) A suspensão da alimentação oral se justifica para minimizar os episódios diarreicos, os pacientes começam a receber líquidos orais inertes com o retorno dos ruídos hidroaéreos no pós-operatório e com perdas fecais inferiores a 2L/dia.
25. As doenças inflamatórias do intestino são doenças crônicas, de etiologia desconhecida, mas capazes de desenvolver uma reação inflamatória na mucosa digestiva de natureza imunológica. O suporte nutricional nas Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) é um recurso terapêutico importante. Com base nas especificidades do Suporte Nutricional nestas patologias, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A nutrição parenteral parcial aliada a uma dieta oral livre foram tão efetivas na indução da remissão clínica quanto dietas elementares líquidas administradas por sondas nasogástricas ou NPT mais repouso intestinal completo.
- (B) Prioriza-se o uso de fórmulas enterais com proteínas intactas, as quais exigem níveis normais de enzimas pancreáticas e tempo de digestão suficiente para sua total hidrólise.
- (C) Dados de estudos controlados são inconclusivos para estabelecer se a menor antigenicidade relacionada à concentração de proteínas ou se um efeito imunomodulador relacionada à baixa concentração de gordura seriam igualmente importantes para atenuar a inflamação intestinal nas DII.
- (D) Pacientes com DII que receberam fórmulas elementares exclusivas no pré-operatório apresentaram melhora no estado nutricional e na atividade da doença, cujas fórmulas podem ser preferidas, mesmo se os esteroides induzirem remissão clínica em mais pacientes.
- (E) Usa-se o suporte parenteral na ressecção do cólon e do íleo, em face das perdas substanciais de fluidos isotônicos, eletrólitos, minerais e elementos-traços, apesar de absorção relativamente normal de macronutrientes.
26. Acerca da composição das fórmulas enterais, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A quantidade de água veiculada nas fórmulas enterais varia entre 690 a 860 ml por litro de dieta; e a densidade calórica varia de < 0,6 kcal/ml a 1,5kcal/ml, sendo que fórmula enteral hipocalórica não deve ser entendida como uma indicação das mesmas para dietas restritas em calorias.
- (B) Na presença de gastrostomias ou sonda com terminação gástrica, espera-se melhor tolerância digestiva de dietas hiperosmolares, se comparada com a administração destas via sondas posicionadas nas porções pós-pilóricas, e a infusão contínua não parece contornar esse problema.
- (C) O posicionamento gástrico de uma sonda enteral permite mais flexibilidade quanto ao volume infundido, as variáveis de osmolalidade e método de infusão. Se o método de infusão for intermitente nas sondas com posicionamento pós-pilórico, o volume a ser infundido deve variar de 200 a 300ml em cada horário.
- (D) As principais fontes de carboidratos nas formulações enterais são: frutose, glicose, sacarose, a maltodextrina e amido de milho. Os oligossacarídeos apresentam a vantagem de serem melhor digeridos e absorvidos pelo trato gastrointestinal mesmo em condições de síndromes de má absorção.
- (E) Dietas ricas em proteínas e eletrólitos como: sódio, potássio e íon cloreto podem ultrapassar a carga de soluto renal tolerada pelos rins em condições normais de 800 a 1200mOsm, o que poderia implicar maior densidade da urina, agravando o quadro clínico.
27. O plano alimentar proposto para um paciente diabético do sexo masculino, 60 anos, altura de 1,73 cm, peso de 84 kg, colesterol sérico de 290 mg/dL e pressão diastólica 110mmHg, contempla algumas recomendações. Assinale a opção que representa o somatório dos itens corretos.
1. Recomendam-se planos alimentares com baixo índice glicêmico, que se mostram eficazes para reduzir a glicemia e hemoglobina glicada.
 12. Recomenda-se 0,8 g de proteínas de alto valor biológico/kg de peso corporal, que perfaz aproximadamente 10% do Valor Calórico Total para pacientes com função renal preservada, haja vista a maior concentração plasmática de glicose como resultado do metabolismo da proteína.
 14. Estudos sugerem que alto consumo de fibras dietéticas pelos diabéticos (aproximadamente 50g/dia) pode reduzir a glicemia em DM 1 e a glicemia, lipemia e hiperinsulinemia em DM2.
 17. Recomenda-se uso cauteloso de álcool pelo paciente diabético devido a capacidade de reduzir a glicemia e de causar perda da percepção de um evento hipoglicêmico.

- (A) 27
- (B) 43
- (C) 15
- (D) 32
- (E) 18

28. Paciente refere que há cerca de 8 meses apresenta IRA (Insuficiência Renal Aguda). Evoluiu com anemia severa, hematúria macroscópica e proteinúria. Foi transfundido (3 bolsas) e evoluiu com deterioração da função renal e hiperpotassemia. Dados antropométricos: peso = 59,1 Kg, altura = 167 cm, PCT(mm)9mm, CB (cm)22cm= Dados bioquímicos: ureia plasmática = 120 mg/dl, creatinina plasmática = 18 mg/dL. PA = 150/100 mmHg, hemoglobina = 7 mg/dl, albumina = 3,8 g/dL, cálcio = 8,7 mg/dL, fósforo = 8,2 mg/dL. Analise as proposições que definem as indicações de terapia renal substitutiva, assinalando a opção INCORRETA.
- (A) Deve-se adotar o procedimento de hemofiltração arteriovenosa contínua para a remoção de solutos por transporte convectivo de solutos e não técnicas de hemodiafiltração contínua.
 - (B) Deve-se manter uma taxa de ultrafiltração média de 3 a 4 ml/min, a qual proporciona uma perda hídrica de 4,3 a 5,7L em 24 horas, suficiente para manter o balanço hídrico.
 - (C) A hemofiltração remove mediadores inflamatórios da circulação de pacientes renais sépticos, diminuindo a resposta inflamatória sistêmica, no entanto a evidência benéfica da hemofiltração mostra-se ainda limitada.
 - (D) A perda de aminoácidos através do filtro pode variar de 2,7 a 8,9g com fluxos baixos até 30g com fluxos altos, dependendo mais dos níveis séricos do que do estado clínico do pacientes. Dessa forma, recomenda-se que a prescrição nutricional deve levar em conta essas perdas e aumentar a cota proteica da dieta.
 - (E) Como na IRA ocorre um declínio rápido da função renal, pode haver excesso de volume sem muita elevação da ureia plasmática. Nestes casos, é indicada uma terapia renal suportiva e não substitutiva.
29. Hoje está claro que diferentes padrões dietéticos modulam diferentes aspectos do processo aterosclerótico e fatores de risco cardiovasculares, como níveis lipídicos no plasma, resistência à insulina e metabolismo glicídico, pressão arterial, fenômenos oxidativos, função endotelial e inflamação vascular. Consequentemente, o padrão alimentar interfere na chance de eventos ateroscleróticos. Acerca da influência da alimentação no risco cardiovascular, analise os itens a seguir assinalando a opção INCORRETA.
- (A) Deve-se reduzir o consumo de gordura saturada, pois eleva a concentração plasmática de colesterol, especialmente o ácido mirístico, enquanto o esteárico é neutro em seus efeitos sobre o colesterol, cujos mecanismos são: redução dos receptores de LDL hepáticos, maior atividade da ACAT (acil colesteril acil transferase), aumentando a esterificação do colesterol das lipoproteínas contendo apo B17 entre outros.
 - (B) Estimativas derivadas de vários estudos sugerem um consumo de pelo menos 5%-10% de energia total a ser consumida ao dia oriunda de ácido linoleico.
 - (C) Os ácidos graxos trans estão presentes em diversos produtos industrializados, mas, em função de seus efeitos sobre o risco cardiovascular, foram implementadas políticas públicas para redução do consumo de gorduras trans, o que obrigou a indústria de alimentos a alterar com superioridade comprovada a fonte de gordura utilizada para gorduras interesterificadas.
 - (D) Estudos epidemiológicos clássicos evidenciam forte associação entre o alto consumo de colesterol com maior incidência de aterosclerose. Apesar disso, no tratamento da hipercolesterolemia, sabe-se que o colesterol alimentar exerce pouca influência sobre a concentração plasmática de colesterol e aterosclerose precoce. Aproximadamente, 56% do colesterol da dieta são absorvidos. Os ácidos graxos exercem maior influência sobre a colesterolemia.
 - (E) Requer cautela a substituição de ácidos graxos saturados por carboidratos, pois há evidências que provocam diminuição colesterol total, LDL-c e HDL-c, aumento TG, aumento da incidência de obesidade, diabetes, doença cardíaca e risco para síndrome metabólica.
30. A inflamação pode ser definida como o conjunto de alterações bioquímicas, fisiológicas e imunológicas em resposta a estímulos agressivos ao organismo. Sabe-se que determinantes dietéticos podem constituir-se estímulos inflamatórios importantes. Assinale a opção CORRETA.
- (A) Dietas hiperglicêmicas podem contribuir para o estresse oxidativo, pois induz o aumento da produção de superóxido pelos leucócitos, aumentando a expressão de p47phox, uma subunidade da NADPH oxidase, enzima que converte oxigênio molecular em radical superóxido.
 - (B) Uma dieta rica em cereais integrais e produtos lácteos com baixíssimo teor de gordura saturada mostrou-se eficaz para reduzir os níveis do marcador inflamatório PCR de maneira similar à dieta contendo uma combinação de proteína de soja, fibra solúvel, fitoesteroides e amêndoas, sugerindo que estas dietas podem ser boas opções terapêuticas para indivíduos hiperlipidêmicos em substituição a estatina.

- (C) O consumo a longo prazo de uma dieta hipoglicídica pode induzir maior redução do peso e SAA (proteína sérica amiloide) e apresenta segurança garantida, controlando-se os estados de cetonemia e cetonúria.
- (D) A relação entre carga glicêmica e estresse inflamatório indica correlação positiva entre a CG das dietas ingeridas e as concentrações de PCR, independente do IMC.
- (E) Dietas contendo isoflavona de soja induz menor peso e menor níveis de marcadores inflamatórios (PCR, SAA, IL-6, TNF- α), no entanto seria interessante avaliar a expressão desses biomarcadores durante longo prazo e/ou quantidades de isoflavona maiores.

31. O câncer é uma patologia de etiologia multifatorial resultante, principalmente, de alterações genéticas, fatores ambientais e do estilo de vida. Acerca dos possíveis fatores ambientais envolvidos na gênese do câncer, analise as asserções a seguir:

- I. A estreita associação entre estresse oxidativo e câncer origina-se em parte pelos efeitos da radiação ionizante, a qual produz radicais livres de oxigênio e a 8-oxi-7,8-diidro-2 deoxiguanosina, cuja presença no DNA provoca a transversão da guanina para timina, resultando na mutação do DNA e alteração gênica, que pode ser induzida pela presença de 8 oxoguanine durante a replicação do DNA;
- II. A taxa de formação de estrógeno e de andrógenos circulantes é aumentada com a obesidade. Dessa forma, uma dieta rica em gordura poderia afetar a biodisponibilidade do hormônio pela elevação da concentração de ácidos graxos séricos livres, aumentando os níveis séricos de estrógeno. Por outro lado, uma dieta com baixo teor de gordura pode diminuir os níveis de estrógeno circulante;
- III. Entre os fatores ambientais, estão o consumo elevado de sal, álcool, cirurgia gástrica anterior, infecção pelo *H. pylori* e história de lesões benignas. O cloreto de sódio em excesso resulta na formação de malondialdeído na mucosa do estômago glandular e aumenta sua excreção pela urina;
- IV. No caso de compostos nitrogenados e seus metabólitos, acredita-se que sua ação esteja relacionada com a inibição de vitamina C e de outros antioxidantes que protegem o DNA. São capazes de provocar a desaminação de purinas e pirimidinas do DNA, do mesmo modo que o óxido nitroso, responsável por mutações no gene supressor de tumor *TP53*.

Marque a opção CORRETA.

- (A) Somente I e II estão corretas.
- (B) Todas estão incorretas.
- (C) Somente I e III estão corretas
- (D) Somente II e III estão incorretas.
- (E) Todas estão corretas.

32. Paciente com diagnóstico de Pancreatite (PA) associada à hepatite alcoólica, 32 anos, casado, refere, há 2 meses, dor abdominal intensa, náuseas, vômitos e esteatorreia, sintomas dispépticos, melhorando com o uso de anti-inflamatórios. Foi encaminhado ao serviço médico, apresentando-se, na ocasião, orientado, consciente, deambulando. Nega tosse, febre, melena, hematêmese, intolerância alimentar e prurido cutâneo. Relata ser etilista há 12 anos. Peso Atual: 56kg, Altura: 1,72m, PCT 11mm, CB 23cm, Albumina 2,2mg/dL. Assinale a opção que NÃO constitui conduta dietoterápica adequada.

- (A) Prescreveu-se suporte enteral jejunal para manter a resposta imunológica e a integridade do intestino e reduzir a translocação bacteriana, na perspectiva de melhorar o desfecho clínico.
- (B) Pode ser usada tanto dieta elementar quanto homogeneizado de alimentos através de um tubo nasojejunal, uma vez que ambos exercem efeitos similares sobre a secreção da lipase pancreática e da quimiotripsina.
- (C) As necessidades energéticas são variáveis, e a glicose deve prover 60 a 70% das necessidades calóricas não proteicas, mas não deve ultrapassar a capacidade endógena máxima de oxidação da glicose (4-5mg/kg/minuto).
- (D) As espécies reativas de oxigênio e a lesão oxidativa relacionada estão implicadas no desenvolvimento da pancreatite aguda, em função de que se impõe a necessidade de suplementação de vitaminas e minerais antioxidantes.
- (E) A ascite e fístulas pancreáticas são comumente tratadas com análogos da somatostatina isoladamente ou em combinação com Nutrição Parenteral, este associado a melhores desfechos.

33. A osteoporose é definida como uma doença esquelética sistêmica caracterizada por baixa massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, com consequente maior fragilidade esquelética. Analise as proposições que se seguem, assinalando a opção CORRETA.

- I. Para indivíduos de baixo peso que apresentam menor massa óssea e maior risco de fraturas, sugerem-se dietas ricas em cálcio para promoverem reduções na expressão e atividade da AG sintase, aumento de 2 a 3 vezes da lipólise, auxiliarem na perda de peso, redução do IMC, CC, redução da absorção de gorduras e induzirem aumento na excreção fecal de gordura;
- II. A influência da proteína sobre a massa óssea não é explicada apenas por seu efeito calciúrico, mas também por influência de fatores de crescimento, em particular hormônio do crescimento e IGF-1 (fator de crescimento semelhante à insulina) e outras citocinas envolvidas na formação e reabsorção óssea, dessa feita indica-se maior ingestão de proteína, a fim de minimizar a calciúria;
- III. A sobrecarga aguda de fósforo pode diminuir a calcemia e elevar o paratormônio, promovendo reabsorção óssea. Por outro lado, a privação alimentar de fósforo pode resultar em elevação da calciúria, provavelmente por ativação da Vitamina D e aumento da absorção intestinal de cálcio. No entanto, quando as ingestões de cálcio e proteína estão adequadas, a alimentação rica em fósforo pode não ter efeito sobre a densidade mineral óssea;
- IV. A suplementação diária de cálcio e vitamina D poderia minimizar os efeitos negativos da baixa ingestão diária de micronutrientes sobre a saúde óssea, no entanto estudos randomizados envolvendo mulheres pós-menopausa com osteoporose não conseguiram mostrar resultados positivos sobre a concentração plasmática de Vitamina D.

- (A) A proposição I representa um cuidado nutricional correto para a patologia.
- (B) A proposição II é um cuidado nutricional correto para a patologia.
- (C) Todas as proposições estão incorretas.
- (D) Somente as proposições I e III estão corretas.
- (E) Somente as proposições III e IV estão corretas.

34. Em atenção à seguinte situação hipotética: “Paciente sexo masculino, 62 anos de idade, lavrador, grau de instrução não informado, cujos dados antropométricos são peso atual 47kg, altura 1,68m, CB 18cm, PCT 5mm, foi admitido no Hospital com quadro de Insuficiência Renal Crônica (IRC) complicada por hemorragia digestiva alta e encefalopatia crônica. Queixava-se de diarreia e vômitos”, analise as afirmativas a seguir e assinale a opção INCORRETA quanto à adequação entre a alteração metabólica e o respectivo mecanismo terapêutico.

- (A) O aumento da pressão e do fluxo glomerular são fatores responsáveis pela lesão glomerular progressiva que ocorre após a redução do número dos néfrons, de forma que o aumento da pressão intraglomerular pode ser evitado com o uso de inibidores da enzima conversora por dilatação da arteríola aferente.
- (B) A filtração elevada de proteínas com reabsorção tubular proximal subsequente pode causar lesão tubular e liberação de lisozimas no interstício, a conduta será uso de inibidores da enzima conversora e dietas hipoproteicas.
- (C) A hiperlipidemia ativa as células mesangiais levando à proliferação mesangial e produção aumentada de fatores quimiotáticos de macrófagos, fibronectina e radicais livres de oxigênio, assim a administração de HMG CoA inibidores da redutase (lovastatina) pode ser benéficos, independente dos níveis de lipídios plasmáticos, proporcionando uma redução de 25% na excreção de albumina.
- (D) Há evidências de que néfrons remanescentes excretam mais ácido; o acúmulo de amônia ativa o complemento, causando lesão túbulo intersticial. Portanto, a correção da acidose metabólica com bicarbonato de sódio tem efeito renal protetor.
- (E) Existem sugestões de que a hiperfosfatemia pode contribuir para a progressão da IRC, iniciando uma reação inflamatória com fibrose intersticial e atrofia tubular. Sendo assim, recomendam-se restrição grande de fosfatos pois promove redução dos lipídios séricos, redução do consumo de energia pelos túbulos.

35. Afibrose Cística (FC) é uma doença genética autossômico-recessiva, cujas manifestações clínicas resultam da disfunção de uma proteína denominada Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator (CFTR). A síndrome clínica é multissistêmica e tem uma ampla gama de manifestações, variando desde casos “atípicos” até formas “clássicas”, que são mais frequentes e usualmente associadas com insuficiência pancreática exócrina, doença sino-pulmonar crônica e elevação da concentração de cloretos no suor. Analise as proposições que definem as condutas nutricionais indicadas, assinalando a opção INCORRETA.

- (A) O aporte energético precisa ser aumentado durante os períodos de infecção, devido ao catabolismo e à febre e presença de doença pulmonar avançada, no entanto o apetite diminui o que leva a balanço energético negativo.

- (B) Na FC, comumente desenvolvem-se intolerância à glicose e de Diabetes Relacionado à Fibrose Cística (DRFC), cujos principais mecanismos envolvidos são: desnutrição, infecção, deficiência de glucagon, má absorção, tempo de trânsito intestinal anormal, hepatopatia. Sendo assim, recomenda-se restrição calórica para controlar a glicemia.
- (C) Há fatores de risco para o desenvolvimento de doença óssea relacionada à FC, devido à desnutrição, disfunção gonadal, redução da atividade física, acidose respiratória crônica, terapia com glicocorticoides, deficiência de Vitamina D. Evidências sugerem suplementação de vitamina D de 400-800UI, adequada exposição solar, ingestão adequada de cálcio e evitar má absorção de gorduras.
- (D) Deve-se considerar a suplementação de vitamina E e do mineral zinco para retardar a progressão da doença pulmonar na FC e a gravidade da doença, respectivamente. Especificamente a suplementação de zinco torna-se importante quando houver retardo de crescimento e esteatorreia grave;
- (E) A deficiência de ferro na FC está presente em até 1/3 dos pacientes, pela presença de inflamação crônica, perdas sanguíneas e má absorção. É necessário avaliar as reservas de ferro nestes pacientes, aconselhando-se a suplementação com ferro oral em pacientes com deficiência.
36. “A corpulência não é apenas uma enfermidade em si, mas o prenúncio de outras. A morte súbita é mais comum naqueles que são naturalmente gordos do que nos magros. Hipócrates” (460 a.C.-370 a.C.). O tecido adiposo é o principal reservatório energético do organismo, e um órgão endócrino composto por adipócitos maduros, pré-adipócitos, fibroblastos, células endoteliais, histiócitos e macrófagos. Acerca das bases moleculares e bioquímicas da obesidade, analise as proposições que se seguem e assinale a opção CORRETA.
- I. O aumento do tecido adiposo favorece a hipertrofia dos adipócitos, com o recrutamento de macrófagos, que liberam as citocinas pró-inflamatórias (IL-6 e FNT alfa), que induzem a lipólise;
 - II. A adiponectina é uma proteína de produção específica pelos adipócitos, cuja produção é inibida por fatores pró-inflamatórios e estresse oxidativo. Os seus níveis encontram-se diminuídos na obesidade e DM II. Tem função anti-aterogênica e regula a homeostasia dos lipídios e da glicose, potencializa a ação da insulina a nível hepático e reduz a produção de glucose hepática;
 - III. A inflamação contribui para o aumento da produção de Espécies Reativas de Oxigênio (ERO) em obesos. O tecido adiposo, ao estimular a produção de macrófagos e citocinas, aumenta a respiração celular e a produção de ERO, como: radical superóxido, peróxido de hidrogênio, hidroxila e NO.
- (A) Somente a proposição II está correta.
- (B) As três proposições estão corretas e explicam a associação existente entre obesidade e resistência à insulina.
- (C) As três proposições estão corretas e se complementam para fundamentar o ambiente metabólico na obesidade que se caracteriza por excesso de ROS e deficit na atividade de enzimas antioxidantes, apto a gerar estresse oxidativo.
- (D) Todas as proposições estão incorretas.
- (E) Somente as proposições I e III estão corretas.
37. R.W.S.M., sexo masculino, 50 anos, divorciado, motorista, renda mensal de 2 a 3 salários, admitido na clínica médica com diagnóstico de cirrose hepática com *Diabetes melitus* associado, apresentando ascite e dor abdominal. Paciente é etilista há 20 anos, refere que, há três meses, vinha apresentando episódios febris pela manhã e à tarde e posteriormente evoluiu com aumento do volume abdominal, dores difusas abdominais, astenia e perda de peso. Suspendeu, há 2 meses, o consumo de álcool devido ao início dos sintomas, utiliza insulina diariamente. Peso atual: 60 Kg peso usual: 75 Kg, altura: 1,77cm, PCT 9 mm, CB 22cm. Com base nessa situação hipotética, analise as proposições que se seguem e assinale a opção que NÃO constitui conduta dietoterápica adequada.
- (A) Recomenda-se o Suporte Nutricional enteral, a fim de evitar perdas de nitrogênio, com sonda nasogástrica de fino calibre, com bomba de infusão contínua e fórmula enteral polimérica.
- (B) Os pacientes com sangramento de varizes esofágicas podem ser incapazes de consumir alimentos por via oral e, com frequência, recebem líquidos e eletrólitos por via endovenosa.
- (C) O aporte de 1,2 g Proteína /kg para este paciente será bem tolerada, a despeito da gravidade da doença hepática, no entanto deve-se observar a ocorrência de encefalopatia hepática, haja vista a evidente correlação com a ingestão de proteína.
- (D) Deve-se evitar a superalimentação do paciente desnutrido com insuficiência hepática metabolicamente estressado, visto que isso pode resultar em hiperglicemia, lipogênese, produção aumentada de dióxido de carbono e complicações sépticas.
- (E) Deve-se considerar uma ingestão aumentada de proteínas vegetais em pacientes que são incapazes de tolerar um aporte proteico superior a 1g/kg/dia, visto que estas são mais bem toleradas e ricas em aminoácidos de cadeia ramificada.

38. A manutenção do estado nutricional adequado é uma meta importante a ser alcançada no paciente com câncer. Sendo assim, o mais prudente é prevenir o início da caquexia, por meio de um suporte nutricional efetivo. Assinale a opção INCORRETA.
- (A) O suporte nutricional enteral é indicado nas disfagias decorrentes a câncer de cabeça e pescoço, obstrução do esôfago ou estômago, transplante de medula óssea, desnutrição no pós-operatório e situações de pacientes em ventilação mecânica.
 - (B) A gastrostomia endoscópica percutânea realizada antes da radioterapia previne perda de peso, interrupção do tratamento e hospitalização por desidratação em pacientes com câncer de cabeça e pescoço.
 - (C) A nutrição parenteral quando comparada a nutrição enteral perioperatória, está associada à redução de complicações e menor produção de endotoxinas e citocinas pró-inflamatórias após esofagectomias.
 - (D) Recomenda-se nutrição parenteral prolongada precocemente para prevenir piora do estado nutricional no período mais crítico da evolução do transplante de medula óssea.
 - (E) Em geral, as fórmulas poliméricas são preferenciais entre os pacientes com câncer, uma vez que o trato gastrointestinal estando íntegro, as fórmulas com imunonutrientes têm sido indicadas para pacientes cirúrgicos com bons resultados.
39. Evidências científicas apontam para o papel dos nutrientes imunomoduladores na terapia nutricional em pacientes com câncer. Analise as afirmativas a seguir, assinalando aquela que contempla o mecanismo de atuação desses nutrientes na melhora da resposta imunológica e redução das complicações pós-operatórias e das provocadas por quimioterapia/radioterapia.
- I. A suplementação de L arginina pode auxiliar na recuperação rápida das células T, conferir melhor resposta linfocitária, aumentar o colágeno e hidroxiprolina, melhorar a cicatrização;
 - II. A despeito da controvérsia gerada pela suplementação parenteral de glutamina, há evidências de que associa tal suplementação ao reparo dos epitélios devido a sua função de reepitelização e formação da camada de muco que compõe as barreiras mucosas;
 - III. Os AGPI ômega 3 aumentam a defesa do hospedeiro através da produção de prostaglandina da série E3 e leucotrienos da série 5, cujos efeitos pró-inflamatórios são menos intensos, desaceleram o crescimento das células tumorais, alteram a susceptibilidade da célula tumoral por meio de alterações da composição lipídica de suas membranas.
- (A) Os itens I, II e III apresentam mecanismos imunomoduladores desempenhados pelos nutrientes L arginina, Glutamina e AGPI ômega 3.
 - (B) Os itens I, II e III não apresentam mecanismos imunomoduladores desempenhados pelos nutrientes L arginina, Glutamina e AGPI ômega 3.
 - (C) Os itens I, II apresentam mecanismos imunomoduladores desempenhados pelos nutrientes L arginina, Glutamina.
 - (D) Os itens I e III apresentam mecanismos imunomoduladores desempenhados pelos nutrientes L arginina e AGPI ômega 3.
 - (E) Os itens II e III apresentam mecanismos imunomoduladores desempenhados pelos nutrientes Glutamina e AGPI ômega 3.
40. Paciente, sexo masculino, 53 anos, lavrador diagnóstico principal: cirrose hepática, apresenta como queixa principal: mãos e pés inchados há um mês. É sabidamente portador de cirrose hepática há 5 meses. Faz uso de espiranolactona, omeprazol. Dados antropométricos: peso atual: 44,5 altura: 154 cm; PCT: 9mm CB: 19 cm. Refere consumo diário de cachaça quase 40 anos, suspendeu há 5 meses com o diagnóstico. Refere fumar há 40 anos em torno de 1 maço de cigarro por dia.
- Com relação ao quadro fisiopatológico e ajustes terapêuticos adequados ao estado da referido paciente, assinale a opção INCORRETA.
- (A) O aumento do consumo de proteínas, a constipação intestinal, a restrição hídrica, alcalose, cirurgia, transfusão de sangue, infecção e sangramento gastrointestinal são eventos que se associam ao aumento da produção de amônia, que é um dos fatores predisponentes da Encefalopatia hepática.
 - (B) Foi sugerido que a síntese aumentada de glutamina pode causar depleção dos níveis de glutamato no cérebro e a síntese de glutamina pode estar relacionada ao desenvolvimento de edema cerebral, podendo levar a uma elevação da pressão intracraniana e hipóxia tecidual, dessa feita é recomendado cautela no aporte de glutamina.
 - (C) O estado nutricional precário está associado com a taxa de mortalidade, com a ascite refratária, com complicações e mortalidade pós-operatória; é um fator preditivo independente do primeiro episódio de sangramento, dessa forma deve-se implementar um aporte calórico aumentado para melhorar o estado

antropométrico do paciente e frear o hipermetabolismo inerente a todos os pacientes cirróticos, estando o hipermetabolismo correlacionado com fatores hepáticos.

- (D) Privilegia-se proteína vegetal para o paciente, no entanto dietas que contém mais de 50 g de proteínas vegetais são pouco toleradas, devido aos efeitos colaterais relatados de distensão abdominal, saciedade precoce e flatulência.
- (E) Recomenda-se a suplementação de Zinco, tiamina e vitamina K na perspectiva de aumentar de síntese de ureia e melhorar a tolerância à glicose, evitar a encefalopatia de Wernicke e minimizar risco de sangramento respectivamente.