



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE - EDITAL 22/2017

Realização:



CADERNO DE QUESTÕES

PROVA ESCRITA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA UFPI/HU
ÁREA PROFISSIONAL: NUTRIÇÃO

DATA: 21/01/2018

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 resposta cada, das quais, apenas uma é correta. Se o caderno não estiver completo, solicite ao fiscal de sala um outro caderno. **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, **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.

LEGISLAÇÃO DO SUS E SAÚDE PÚBLICA

01. Em uma unidade básica de saúde (UBS), dezenas de pacientes esperam para o atendimento nas mais diversas situações. Alguns aguardam pronto-atendimento, outros querem apenas um encaminhamento para um médico especialista e outros esperam para fazer exames na UBS. Entretanto, o Sr. João Kubrick Lima, 48 anos, sofreu um acidente nas proximidades da UBS e foi levado por populares para a mesma. Com um grave sangramento devido a fratura exposta, a equipe da UBS o atendeu prontamente, deixando as pessoas aguardando, porém o Sr. João foi estabilizado e a ambulância do Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), previamente acionada, fez o transporte do paciente para o Hospital de Urgência e Emergência da cidade. Neste hospital de alta complexidade, o Sr. João, recebeu bolsa de sangue, hemoderivados para melhorar a coagulação do sangue, foi avaliado por ortopedista, neurologistas, cardiologista, e encaminhado para exame de Ressonância Magnética Nuclear, ficando constatado também o rompimento do baço. No mesmo dia, Sr. João foi levado à cirurgia para reparação da fratura e retirada de órgão rompido.

Um programa jornalístico da cidade, tomando ciência do caso, buscou o diretor do Hospital para entrevista e ao vivo, o diretor falou:

“O Seu “Zé” deu entrada no hospital por volta das 14 h de ontem e estava inconsciente com hemorragia interna e fratura. Ainda estamos avaliando o quadro geral dele mas tudo indica que o mesmo não corre mais risco de morte”.

Sobre a situação problema fictícia relatada acima, assinale a opção que apresenta princípios doutrinários do SUS que são claramente identificados no texto e qual não foi respeitado, respectivamente?

- (A) Universalidade e Humanização; Equidade
 - (B) Equidade e Integralidade; Humanização
 - (C) Integralidade e Universalidade; Humanização
 - (D) Equidade e Universalidade; Humanização
 - (E) Equidade e Gratuidade; Universalidade
02. Dia 21 de Setembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.436, flexibilizando o financiamento da Política Nacional de Atenção Básica. Isso ocorreu devido à Emenda Constitucional nº. 95 (que criou o teto de gastos públicos em 2016 e estima-se que o SUS poderá perder em 20 anos R\$ 743 bilhões de reais conforme a projeção do Conselho Nacional de Secretários de Saúde). Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (Ipea).

Sem financiamento, a base do Sistema Único de Saúde, o atendimento primário, fatalmente se desestruturará e princípios do SUS, como integralidade, gratuidade, universalidade, sofrerão grande revés, fazendo com que o sistema público de saúde retome características do sistema de saúde vigente antes do atual período democrático brasileiro.

Assinale a opção abaixo que representa as características dos serviços de saúde durante o período do regime militar brasileiro (1964 – 1987).

- (A) O sistema de saúde era baseado na capitalização da medicina do setor privado financiado pelo Estado através da previdência social pública, com uso de critérios e métodos epidemiológicos para prestação de serviços, visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde de todos.
- (B) O sistema de saúde era universal, gratuito, pautada em altas tecnologias disponíveis na época, como novos equipamentos e medicamentos.
- (C) O sistema de saúde era clientelista, ou seja, privilegiava apenas alguns prestadores de serviço e todos os cidadãos eram obrigados a ter um seguro de saúde e só assim eram garantidos os serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde.

- (D) O sistema de saúde era baseado em medicina curativa, individual, assistencialista e especializada, com elevada participação do setor privado financiado pelo Estado, sem uso de critérios e métodos epidemiológicos para prestação de serviços.
- (E) O sistema de saúde era baseado em um Estado liberal-oligárquico, com direitos trabalhistas assegurados, como o atendimento médico para combate a epidemias, como a de febre amarela, endemias rurais e vacinação.

03. Leia os textos abaixo:

“Um projeto social, articulado a uma estratégia global para a sociedade, tendo em vista a ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação do capital”.

“Deve ser garantido à população um serviço descentralizado (mais próximo das necessidades de cada um), universal (com acesso a todos os brasileiros), integral (em que todo o ciclo de vida seja beneficiado) e com controle social (a fiscalização do atendimento deve ser feito pela própria sociedade).”

“Saúde não é simplesmente ausência de doenças, é muito mais que isso. É bem-estar mental, social, político. As sociedades criam ciclos que, ou são ciclos de miséria, ou são ciclos de desenvolvimento...”

Fonte: <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/sergio-arouca.php>

“...Necessidade de uma mudança profunda no conteúdo das práticas de saúde que altere de forma simultânea a relação dos serviços de saúde com as comunidades, da equipe de saúde com os grupos populacionais e de cada profissional com cada cidadão ou cidadã...”

Fonte: Texto de PAIM, JS. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356

Todos esses textos referem-se a um movimento de mudança do modelo de saúde vigente em um período da história brasileira. Este movimento teve como um dos alicerces filosóficos a obra: “Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”.

Assinale a opção que representa esse movimento.

- (A) Reforma da Democracia.
- (B) Reforma Sanitária.
- (C) Reforma da Saúde Mental.
- (D) Reforma do Ministério da Saúde.
- (E) Reforma da Previdência e da Saúde.

04. Atualmente existe uma crítica muito forte sobre papel e tamanho do Sistema Único de Saúde, por isso, cada vez mais, a necessidade de defender as conquistas sociais e de saúde se faz cada vez necessária de forma articulada, diária e organizada. O Banco Mundial recentemente, lançou uma crítica centrada na gestão do SUS e defende a diminuição do SUS em todos os aspectos atacando os princípios doutrinários do sistema com uma visão liberal-privatista com a intenção apenas de diminuir a participação do estado e ampliar o complexo privatista em saúde, indo de encontro com as bases de criação do SUS. Sobre a participação da iniciativa privada no SUS, é CORRETO afirmar:

- (A) É vedado aos proprietários administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde.
- (B) Os serviços contratados possuem regras próprias de prestação de serviço no SUS. Por isso, não precisam cumprir integralmente as normas técnicas e administrativas, princípios e diretrizes do SUS.
- (C) O gestor público pode, a qualquer momento, a despeito das normas de direito público, contatar serviço privado para assistência de saúde dos usuários do SUS.

- (D) Os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão determinados pela economia de mercado, sem a necessidade de fundamentação via ato administrativo econômico financeiro.
- (E) Os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial não necessitam de aprovação do Conselho Nacional de Saúde.
05. O Pacto pela Saúde 2006 constitui-se no compromisso público dos gestores, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população, cuja definição se baseia em prioridades articuladas e integradas nos componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. São prioridades do Pacto pela Vida, EXCETO:
- (A) saúde do idoso.
- (B) mortalidade infantil e materna.
- (C) doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.
- (D) câncer de colo de útero e de mama.
- (E) saúde como direito de cidadania.
06. A Participação Social no SUS é assegurada pela Constituição e Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90). O Pacto de Gestão 2006 define as ações a serem desenvolvidas para fortalecimento do processo de participação social. Sobre essas ações, assinale a opção CORRETA.
- (A) apoiar sua atuação na “Atenção Primária à Saúde”.
- (B) apoiar os processos de educação popular na saúde.
- (C) apoiar a gestão do controle social.
- (D) apoiar os princípios e as diretrizes do controle social.
- (E) apoiar a política de recursos humanos para o SUS.
07. Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde, estruturados como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do SUS. Visando contribuir com o funcionamento da RAS, a atenção básica deve cumprir algumas funções, EXCETO:
- (A) ser base.
- (B) ser resolutiva.
- (C) pactuar com Comissões Intergestores.
- (D) ordenar as redes.
- (E) coordenar o cuidado.
08. Do processo de humanização dos hospitais da rede SUS, foram definidos quatro pistas metodológicas. NÃO pertence a esse escopo:
- (A) Ampliar a experiência democrática na gestão dos hospitais.
- (B) Ampliar a criação de banco de dados para os trabalhadores da saúde para aperfeiçoar o controle do processo de trabalho.
- (C) Ampliar a experimentação de ação clínica mais compartilhada e corresponsabilizada entre os trabalhadores que se encontram em situação de trabalho.
- (D) Desenvolver estratégias de inclusão dos usuários e da sua rede sociofamiliar nos processos de cuidado.
- (E) Ampliar e qualificar a presença, inserção e responsabilização do hospital na rede de saúde – o hospital pertence a uma rede.
09. As Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) deverão ser compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, EXCETO por:
- (A) Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes.
- (B) Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas.

- (C) Trabalhadores do Sistema S e/ou suas entidades representativas.
 - (D) Instituições de ensino com cursos na área da Saúde, por meio de seus distintos segmentos;
 - (E) Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.
10. O Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais encontra-se estruturado em quatro eixos estratégicos e incluem ações que incidem sobre os diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade social em saúde que acometem a população LGBT. Dos eixos listados abaixo, qual NÃO pertencem a essa política:
- (A) Atividades de empoderamento da população LGBT nas Unidades Básicas de Saúde.
 - (B) Acesso da população LGBT à Atenção Integral à Saúde.
 - (C) Ações de Promoção e Vigilância em Saúde para a população LGBT.
 - (D) Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT.
 - (E) Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população LGBT.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL

11. J.R.S.S, sexo masculino, 47anos, viúvo, mecânico, estudou até a 6ª série do Ensino Fundamental. Foi admitido no Hospital com diagnóstico de IRC. A queixa principal foi alteração na cor da urina. Paciente refere que, há cerca de 8 meses, vem apresentando dor lombar e poliartralgia; fez uso de anti-inflamatórios, com melhora do quadro. Evoluiu com anemia severa, hematúria macroscópica e proteinúria; recebeu 3 bolsas de hemácias, evoluindo com deterioração da função renal e hiperpotassemia. Faz uso dos seguintes medicamentos: Dipirona, Prednisona, Omeprazol e Plasil. Peso Atual: 52,10kg; Peso Usual: 65,0 kg Altura: 1,67 PCT 9mm, CB 22cm; Hemoglobina(mg/l)7,0; Hematócrito 21,0% Pressão Arterial 170/110mmHg, diurese 900ml/24h. Após análise da situação hipotética acima, assinale a opção CORRETA.
- (A) O gasto energético de repouso de pacientes renais pode apresentar-se aumentado em função das comorbidades associadas, como: inflamação, diabetes ou hiperparatireoidismo secundário e ainda pela energia despendida para a execução de atividade física.
 - (B) O estado nutricional debilitado do paciente tem suporte na toxicidade urêmica, responsável por transtornos digestivos como náuseas vômitos, o marcado hipermetabolismo proteico, o uso crônico de medicamentos.
 - (C) A acidose metabólica e a resistência à insulina estimulam a degradação proteica; sendo a última condição responsável pelo aumento da atividade da enzima desidrogenase alfacetoácido de cadeia ramificada, a qual aumenta a degradação de aminoácidos valina, leucina e isoleucina.
 - (D) A hipertrigliceridemia comum em pacientes renais decorre da redução da atividade da enzima lipase lipoproteica e impõe a necessidade de controlar a cota lipídica na dieta dos pacientes, recomendando-se de 2 a 2,5 g/lipídio/kg por dia.
 - (E) A hiperglicemia do doente renal associa-se aos efeitos da toxicidade urêmica, acidose metabólica, inflamação subclínica, hipercortisolemia, além da deficiência de eritropoietina, sendo assim impõem-se a necessidade de restringir a cota glicídica na dieta do paciente renal.
12. Na Nutrição Parenteral Total (NPT), os nutrientes são infundidos diretamente na corrente sanguínea, o que exige cuidados relativos à prescrição da solução e ao monitoramento, visando minimizar riscos de complicações. Acerca desse tema, julgue os itens subsequentes.
- I. Para prevenção da colestase, recomenda-se a adição de glutamina, colina e lecitina, as quais agem conjuntamente no sentido de induzir a redução da captação hepática de gordura e melhorar o fluxo biliar e a quantidade de litocolato;
 - II. A hiperglicemia (glicemia >200mg/dl) é considerada uma complicação metabólica comum em pacientes que estão sob TNP, cuja prevenção se faz pela redução da ingestão excessiva de água apta a gerar uma queda rápida da glicemia;
 - III. Para controle da hipoglicemia reativa, administra-se glicose a 50% em bolo até o desaparecimento dos sintomas. A solução de glicose hipertônica deve ser suspensa gradualmente, reduzindo-se a metade o gotejamento por 12 horas e após substitui-se por glicose a 10% a 50 a 100ml nas 12 horas seguintes;

- IV. A presença de desnutrição prévia pode favorecer o aparecimento de esteatose hepática, a qual pode progredir para inflamação, fibrose e depois cirrose. Medidas simples como: reduzir a ingestão calórica e incluir lipídios à prescrição podem reverter esta alteração;
- V. A atrofia do trato gastrointestinal aumenta o risco de translocação bacteriana, levando à sepse grave. A prevenção e o tratamento dessa complicação são limitados ao uso criterioso dos nutrientes e fármacos para minimizar a perda e maximizar a retenção de nutrientes.

Marque a opção CORRETA.

- (A) Somente I e II estão corretas.
(B) Todas estão incorretas.
(C) Somente II e III estão corretas.
(D) Somente III e IV estão incorretas.
(E) Todas estão corretas.
13. M. S. P., 66 anos, sexo feminino, morena, casada, católica, analfabeta, aposentada, refere que há cerca de 03 meses iniciou quadro de perda de peso, hiporexia, desconforto abdominal, saciedade, distensão abdominal. Foram solicitados TC de tórax, US de abdômen, EDA que evidenciem ascite, varizes esofágicas, esplenomegalia. Assinale a opção CORRETA.
- (A) Prescreveu-se jejunostomia, para manter a resposta imunológica e a integridade do intestino e reduzir a translocação bacteriana, na perspectiva de melhorar o desfecho clínico.
(B) As coagulopatias ou as varizes esofágicas são contraindicações absolutas para o uso prolongado de tubos nasogástricos, e a gastrostomia endoscópica percutânea revela-se a via de acesso preferencial.
(C) As necessidades energéticas são variáveis e a ingestão de proteína é estimada em 1,0 a 1,2 g/kg/dia, mas em pacientes sem sinais iminentes de coma hepático, a restrição proteica é recomendada.
(D) As necessidades energéticas estão aumentadas na presença de ascite, má absorção, e infecções, e o GER está aumentado em todos pacientes com cirrose.
(E) É importante que o tratamento da ascite não seja demasiado vigoroso (diurese de cerca de 0,5 kg/dia), visto que pode predispor o paciente ao desenvolvimento de encefalopatia e síndrome hepatorenal.
14. A doença cardiovascular é uma das principais causas de morbidade e mortalidade, e múltiplos estudos epidemiológicos associam a composição da dieta aos seus principais fatores de risco. Nesse cenário, analise as proposições que se seguem:
- I. A dieta contribui (300 mg/dia) para a totalidade do colesterol presente no lúmen e relaciona-se à elevação do colesterol plasmático, cujo efeito é maior quando comparado a outras variáveis alimentares, como ingestão de ácidos graxos saturados e trans, ou mesmo ao consumo total de gordura;
- II. Os ácidos graxos saturados provocam redução do mRNA de receptores hepáticos de LDL, ou da sua atividade, talvez por alteração no conteúdo de ácidos graxos das membranas, diminuindo, assim, o catabolismo das LDL. Além disso, encontrou-se menor expressão do “LDL receptor-related protein 1”, como mecanismo alternativo ou adicional para explicar a elevação da colesterolemia;
- III. O ácido esteárico não eleva a colesterolemia devido a sua desidrogenação ser mais veloz do que o alongamento da cadeia, fazendo com que seja mais rapidamente convertido em oleico no fígado, por meio das dessaturases;
- IV. As moléculas de ácidos graxos saturados empilham-se de maneira coesa por possuírem cadeia retilínea de carbono. Essa forma de empacotamento aumenta a capacidade de transporte de colesterol das partículas de LDL.

Marque a opção CORRETA.

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

15. O consumo de fibras parece exercer benefícios sobre processos inflamatórios, que têm sido associados a condições patológicas crônicas, como síndrome metabólica (SM), obesidade, *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2), câncer e doenças cardiovasculares (DCV). Analise as assertivas a seguir e assinale a opção CORRETA.
- I. Poucos estudos identificam a relação causal entre o consumo ou a suplementação de fibras com a redução de marcadores inflamatórios(MI). Até o momento, o que se tem na literatura é apenas uma relação epidemiológica que aponta para uma forte possibilidade de atuação de fibras sobre o perfil metabólico de indivíduos;
 - II. Não se defende que a suplementação de fibras traga vantagens sobre uma alimentação naturalmente rica em fibras, pois o consumo adequado de frutas, verduras, legumes e alimentos ricos em grãos integrais se resume em um consumo equilibrado e saudável de fibras alimentares, o que proporciona fornecimento ideal deste nutriente para manter as atividades metabólicas em sua adequada condição de funcionamento;
- (A) Ambas proposições estão corretas e II justifica I.
(B) Ambas proposições estão corretas e II não justifica I.
(C) A primeira proposição é falsa e não justifica a II.
(D) A segunda é verdadeira e a primeira é falsa.
(E) Ambas as proposições estão incorretas.
16. O estresse oxidativo contribui para a condição de inflamação crônica e constitui-se um fator para o desenvolvimento de muitas doenças, como: diabetes, artrite, doenças cardiovasculares e câncer. Acerca dessa condição, analise as proposições que se seguem:
- I. Neste cenário, encontram-se alterações da expressão de genes induzida tanto por espécies reativas de oxigênio e nitrogênio (ERO, ERN) quanto por antioxidantes, e pode-se considerar que o desequilíbrio persistente em favor de um ou de outro sistema não seja saudável;
 - II. Os resultados de ensaios clínicos com antioxidantes apresentam pontos controversos, uma vez que as espécies reativas sequestradas pelos antioxidantes podem gerar produtos não inócuos, ou seja, novas espécies radiculares são formadas, reforçando o entendimento que moléculas com forte atividade antioxidante *in vitro* apresentam a mesma atividade *in vivo*;
 - III. O controle dos níveis de peróxido de hidrogênio é importante por permitir adequada sinalização redox celular, mas também para diminuir o risco de sua redução por metais de transição para radical hidroxila.

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 corretas.
(E) Todas estão corretas.
17. O estresse oxidativo é importante fator na patogênese da SM, em especial, nas seguintes manifestações: resistência insulínica, alterações na insulina, hiperglicemia, disfunção endotelial, dislipidemia e obesidade. Acerca da sua influência sobre a resistência à insulina (RI), assinale a opção CORRETA.
- (A) O Ácido úrico induz a geração de Radicais livres e aumentam a expressão de moléculas inflamatórias, como: IL-6, TNF-alpha, MCP-1.
(B) A geração exagerada de superóxido pode aumentar a atividade da NADPH- oxidase o que resulta em oxidação do BH4, comprometendo sua função como cofator. Dessa forma, na deficiência de cofatores, ocorre o desacoplamento da NOS (eNOS) o que resulta em vasoconstrição.
(C) O aumento dos estoques de ferritina (Fe+++) que, via Haber- Weiss, gera hidroxil e conseqüentemente lipoperoxidação, e a produção exagerada do peroxinitrito na SM também pode desencadear a lipoperoxidação.
(D) A hiperglicemia depleta BH4 resultando em diminuição de óxido nítrico (via NOS) com conseqüente vasoconstrição.

- (E) As espécies reativas podem induzir oxidação da fração LDL-colesterol, uma das condições indutoras da formação de células espumosas e outro fator relevante na disfunção endotelial corresponde ao fato de que portadores de hipertensão apresentam elevação dos níveis de angio-II.
18. O estudo das associações entre dieta e alterações metabólicas, fatores de risco ou doenças requer uma avaliação detalhada e fidedigna da ingestão alimentar. Com relação aos mecanismos envolvidos com o papel da gordura sobre o risco cardiovascular, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A gordura saturada provoca redução dos receptores de LDL hepáticos; induz maior atividade da ACAT (acilcolesterilaciltransferase), aumentando a esterificação do colesterol das lipoproteínas contendo apo B.
 - (B) A gordura saturada provoca aumento na quantidade de colesterol esterificado transportado nas LDL, devido à conformação química retilínea dos ácidos graxos saturados.
 - (C) Os ácidos graxos Ômega-3 melhoram a função autonômica, têm efeito antiarrítmico, induzem diminuição da agregação plaquetária e da pressão arterial, melhoram a função endotelial, induzem estabilização da placa de ateroma.
 - (D) A gordura saturada reduz a síntese de APO-B e aumenta o seu catabolismo, simultaneamente pode acelerar o catabolismo dos quilomícrons por estimular a atividade da enzima lipoproteína lípase.
 - (E) Os AG monossaturados induzem diminuição no LDL-c podem acarretar melhoras na resistência à insulina, resposta da célula beta na produção de insulina.
19. As recomendações médicas e nutricionais promoveram a mensagem de redução da gordura da dieta, com ênfase na diminuição do consumo de ácidos graxos saturados e no aumento do consumo de AG monoinsaturados e AG ômega 3. Sobre esse tema, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A capacidade de reduzir os níveis de TG depende da dose, com uma redução aproximada de 5% a 10% para cada 1 g de EPA/DHA consumido ao dia, e é maior nos indivíduos com níveis basais mais elevados de TG.
 - (B) O uso de MUFA está relacionado a melhorias da função endotelial e da adesão monocitária, além de reduções de marcadores inflamatórios e agregação plaquetária. Uma parte desses efeitos foi evidenciada com o uso específico de óleo de oliva, incluindo proteção contra trombogênese e estresse oxidativo.
 - (C) A substituição de SFA por MUFA promoveu uma melhora da sensibilidade a insulina; a substituição isocalórica de carboidratos por MUFA também melhora a sensibilidade a insulina. Dessa feita, não há limitações na recomendação do consumo de MUFA para prevenção de DM.
 - (D) Alimentação rica em Ômega-3 marinho e suplementação com óleo de peixe ou DHA mostraram resultados compatíveis com uma atenuação da resposta inflamatória em indivíduos com diabetes e hipertrigliceridêmicos.
 - (E) Os ácidos graxos Ômega-3 apresentam efeitos benéficos que incluem modulação do tônus autonômico (melhora da variabilidade da frequência cardíaca), redução da frequência cardíaca basal e limitação da arritmia de reperfusão.
20. Apesar de mecanismos adaptativos não fisiológicos contribuírem para a manutenção da síntese hormonal, tanto a deficiência grave e o excesso de iodo podem resultar em insuficiência tireoidiana e em hipotireoidismo. Sabe-se que a disponibilidade de iodo afeta o metabolismo tireoidiano, cujos aspectos estão dispostos abaixo. Sobre o tema, assinale a opção CORRETA.
- (A) A adaptação da glândula tireoide à carência de iodo envolve a maior depuração sérica de iodo, por meio da qual a glândula consegue manter concentrações constantes de iodo, demonstrando assim irrestrita eficiência adaptativa.
 - (B) Sob a ação do TSH elevado, inicia-se o processo de hiperplasia da glândula e podem surgir folículos com autonomia de captação de iodo, independente do TSH endógeno.
 - (C) Alteram-se os depósitos glandulares de iodo e modifica-se a síntese de tireoglobulina por uma eventual produção de molécula proteica defeituosa em sua configuração espacial, levando a retenção glandular de T3.
 - (D) As alterações estruturais da tireoglobulina acarretam aumento progressivo de T3 em relação ao T4 no fígado.

- (E) Livre do efeito supressor a hipófise passa liberar continuamente T3 que estimulará a glândula tireoide, então o bócio perde a eficiência adaptativa.
21. O cálcio tem papel essencial em muitos processos biológicos, apresentando funções diversas. Envolvido na formação óssea, sua deficiência associa-se ao raquitismo, osteomalácia e osteoporose. A luz do papel do cálcio, assinale a opção que NÃO fundamenta os cuidados dietéticos necessários a prevenção da osteoporose.
- (A) A influência da proteína sobre a massa óssea não é explicada apenas por seu efeito calciúrico, mas também por sua influência sobre os 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.
 - (B) 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.
 - (C) A suplementação diária vitamina D poderia minimizar os efeitos negativos da baixa ingestão diária de micronutrientes sobre a saúde óssea, recomendam-se doses de maiores de Vitamina D (até 1000mg/dia) em idosos para reduzir o risco de fraturas.
 - (D) Quando ocorre deficiência de magnésio, haverá alteração na homeostase de cálcio, promovendo a hipocalcemia, pois há aumento imediato de PTH sérico, dessa feita a recomendação de magnésio de 320 a 420 mg/dia visa otimizar a formação e crescimento dos cristais de hidroxapatita.
 - (E) Deve-se evitar consumo excessivo de cafeína, pois esta induz aumento da excreção renal de cálcio e a relação inversa entre consumo de leite e bebidas à base de cafeína.
22. A deficiência de zinco afeta de forma semelhante grupos populacionais em países desenvolvidos e não desenvolvidos, e é normalmente caracterizada pela presença de anorexia, alterações no paladar com importantes repercussões para a saúde. Dentre as consequências da deficiência e ou toxicidade de zinco para saúde, é INCORRETO afirmar:
- (A) A deficiência de zinco compromete a reparação dos tecidos, aumentando o tempo de convalescença em estados de doença, além de favorecer o retardo no crescimento e maturação sexual e esquelética.
 - (B) A deficiência de zinco 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) Alterações no comportamento metabólico do zinco parecem ter relação importante com o processo inflamatório, pois a produção de citosinas estimula a síntese de proteínas transportadoras do mineral, comprometendo sua biodisponibilidade na presença de doenças crônicas.
 - (D) A deficiência de zinco associa-se à doença de Crohn, doença celíaca, alcoolismo crônico, anemia falciforme, cirrose, acrodermatite enteropática.
 - (E) O excesso de zinco está relacionado ao comprometimento do sistema imune, alterações no metabolismo lipoproteico por reduzir as concentrações de HDL-colesterol, favorece a manifestação da anemia ferropriva e da deficiência de cobre.
23. Apesar de não haver controvérsia sobre o fato de que balanço energético negativo causado por redução na ingestão calórica resulte em diminuição da massa corporal, há muita divergência sobre a melhor maneira de promover essa redução de consumo de calorias. Sobre esse tema, pode-se afirmar:
- I. Uma dieta planejada individualmente para criar um déficit de 500 a 1.000 kcal deve ser parte integrante de programas de perda de peso objetivando uma diminuição de 0,5 a 1 kg por semana, com metas realistas;
 - II. Reduzir a quantidade de gordura da dieta em uma dieta hipocalórica é uma maneira prática de diminuir a ingestão calórica e induzir a perda de peso. Dietas que contenham 1.200 a 1.500 kcal por dia para mulheres e 1.500 a 1.800 kcal por dia para homens, independentemente da composição de macronutrientes frequentemente levam à perda de peso;

- III. Todas as dietas hipocalóricas, se sustentadas em longo prazo, levam à perda de peso. Entretanto, em curto prazo, as dietas cetogênicas, ricas em gorduras e escassas em carboidratos, causam maior perda de água do que de gordura corporal;
- 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, exercido pelos alimentos: azeite, frutas e legumes, grãos integrais e peixe.

Assinale a opção CORRETA.

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

24. O aumento da incidência do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) entre crianças e adolescentes vem sendo observado em várias regiões do mundo. Sobre os motivos responsáveis pela eclosão da doença nessa faixa etária, analise as proposições que seguem:

- I. As elevadas taxas de obesidade na infância e na adolescência explicariam, em grande parte, o avanço do DM2 nesses grupos, que estão relacionadas com sedentarismo crescente e mudança nos hábitos alimentares, frequentemente associadas a dietas hipercalóricas e hipergordurosas;
- II. Os possíveis candidatos que ligam obesidade à alteração do metabolismo dos carboidratos seriam os ácidos graxos livres aumentados, as citocinas inflamatórias e os baixos níveis de adiponectina.
- III. A elevação contínua do peso tem efeito sobre os níveis glicêmicos, independentemente de mudanças na sensibilidade insulínica ou na demanda da célula beta, e é por essa razão que um quarto das crianças obesas e 22% dos adolescentes obesos apresentam intolerância à glicose;
- IV. Em adolescentes com DM2, a avaliação do efeito do diabetes e da obesidade sobre complacência vascular encontrou aumento da rigidez dos vasos, demonstrando que o DM2 de início precoce pode ser menos agressivo do ponto de vista cardiovascular do que em adultos.

Assinale da opção CORRETA.

- (A) Somente as assertivas I, II e IV estão corretas.
- (B) Somente as assertivas I e III estão corretas.
- (C) As assertivas I e II estão corretas.
- (D) Todas as assertivas estão corretas.
- (E) Todas as assertivas estão incorretas.

25. O estresse oxidativo e a disfunção endotelial são considerados eventos precoces no desenvolvimento de complicações tanto micro quanto macrovasculares do diabetes e poderiam ser julgados os denominadores comuns por meio dos quais a hiperglicemia, a hipertensão arterial e a dislipidemia atuam na patogênese de tais complicações. Sobre esse contexto, assinale a opção INCORRETA.

- (A) A auto-oxidação da glicose é capaz de produzir radicais livres, o ânion superóxido é capaz de inativar o óxido nítrico (NO) derivado do endotélio. No endotélio de pacientes diabéticos, a óxido nítrico sintase (NOS) pode desviar a produção de NO para produzir O em condições de deficiência de arginina ou tetraidropterina.
- (B) A nitrotirosina, um produto da lesão dos peroxinitritos sobre as proteínas, é um marcador de estresse oxidativo. Níveis plasmáticos aumentados foram descritos no diabetes e no estado de hiperglicemia pós-prandial aguda.
- (C) A atividade de enzimas antioxidantes como superóxido dismutase e glutathiona peroxidase é menor em pacientes com diabetes.

- (D) Outro possível marcador sérico de estresse oxidativo encontrado em níveis elevados no diabetes tipo 2 é a glutathionyl hemoglobin, resultado da incubação da hemoglobina e do glutation reduzido com peróxido de hidrogênio.
- (E) O MDA é um cetoaldeído produzido pela decomposição peroxidativa de lipídios insaturados que apresenta níveis plasmáticos reduzidos no diabetes, e foi demonstrado em placas ateroscleróticas de pacientes diabéticos.

26. Além de ser fundamental ao metabolismo ósseo, a Vitamina D realiza outras funções biológicas, especialmente por meio da regulação da transcrição de diversos genes. Na tentativa de elucidar as relações entre Vitamina D e algumas condições clínicas e doenças crônicas, analise as assertivas abaixo:

- 1. O mecanismo molecular pelo qual a Vitamina D, via VDR, pode atuar na inibição da adipogênese ocorre por meio da inibição da expressão do RNA mensageiro do fator de transcrição C/EBP β e pelo consequente menor conteúdo nuclear dessa proteína durante o processo de diferenciação;
- 12. Acredita-se que a participação da vitamina D na fisiopatologia do Diabetes esteja relacionada à modulação das vias de dos receptores do tipo *Toll* (TR2 e TR4), atuando como moduladores essenciais na inter-relação entre as vias inflamatória e metabólica;
- 15. Acredita-se que variações genéticas no VDR podem induzir modificações da expressão de citocinas e alteração no metabolismo do cálcio, condicionando má absorção de cálcio e aumento da glicemia de jejum;
- 20. Os mecanismos que relacionam a deficiência de Vitamina D e aumento da pressão arterial são mediados pelo calcitriol na inibição do sistema renina-angiotensina-aldosterona, além de alteração da proliferação de células musculares lisa vasculares endoteliais.

Assinale a opção que corresponde ao somatório dos itens CORRETOS.

- (A) 13
- (B) 16
- (C) 27
- (D) 35
- (E) 36

27. Estudos epidemiológicos demonstram estreita relação entre o consumo aumentado de frutas e hortaliças e a redução do risco de desenvolvimento de câncer, devido às ações atribuídas aos compostos bioativos presentes nesses alimentos. Acerca desse tema, assinale a opção INCORRETA.

- (A) As hortaliças crucíferas contêm alto teor de glicosinolatos, carotenoides e folato, que podem atuar na ativação do Nrf2, via de ação de isotiocianatos e na indução de transcrição de genes que contém o elemento de resposta antioxidante.
- (B) As evidencias positivas com relação ao chá verde e redução do risco de câncer encontram suporte na ação da epigallocatequina galato (EGCG) modulando a via ativada por proteína quinase mitógeno ativada promovendo a inibição do crescimento celular.
- (C) A curcumina pode modular alvos moleculares, como fatores de transcrição, fatores de crescimento, citosinas pro-inflamatórias, proteínas quinases e outras moléculas relacionadas à carcinogênese.
- (D) A ação do licopeno sobre a redução do câncer e próstata sugerem ativação das via de AKT e da beta-catenina.
- (E) Além dos efeitos clássicos do ômega 3 na resposta inflamatória, a modulação de mecanismos biológicos e de vias metabólicas, incluindo a capacidade de modificar o metabolismo energético explicam os benefícios associados ao consumo desse nutriente.

28. Com a progressão da doença renal é de essencial relevância a adesão ao tratamento dietético individualizado, visando a reduzir as reações sintomáticas da uremia, do processo inflamatório, da hipertensão, do diabetes e dos demais sintomas associados à doença.

- I. A dieta hipoproteica para pacientes que fazem terapia substitutiva renal desacelera a progressão da falência renal, sem que haja efeitos colaterais aos pacientes, desde que bem acompanhados;

- II. Com exceção de ferro e cálcio, não parece haver necessidade rotineira de doses suplementares dos minerais e vitaminas, apesar de haver baixas concentrações de vitaminas e minerais na alimentação desses pacientes;
- III. Os pacientes com DRC com altos níveis de fósforo em mais de duas análises devem restringir a ingestão desse mineral e em casos em que esta restrição não reduz as concentrações séricas de PTH, calcitriol ou um de seus análogos devem ser administrados para prevenir os distúrbios ósseos;
- IV. A redução da ingestão de sódio e líquidos previne o ganho de peso intradialítico, episódios de hipertensão e oligúria.

Assinale a opção que contempla os cuidados nutricionais e/ou dietéticos necessários para minimizar os efeitos da doença renal.

- (A) Somente I, II, III.
- (B) Somente I, III, IV.
- (C) II, III, IV.
- (D) Somente I, IV.
- (E) Somente II, IV.

29. Acerca do manejo nutricional nas doenças hepáticas, analise as proposições que seguem assinalando a opção INCORRETA.

- (A) O tratamento dietético requer restrição de sódio para 500 a 2000mg/dia para reverter a ascite, no entanto, dietas muito restritivas de sódio, sem indicação, devem ser evitadas pois são desagradáveis e não conduzem necessariamente ao benefício esperado.
- (B) Na cirrose compensada, há comprometimento na depuração de triglicerídeos intravenosos; todavia, podem ser removidas quantidades moderadas de gordura da corrente sanguínea, numa taxa normal.
- (C) Priorizam-se proteínas vegetais devido a maior ingestão de fibras, composição mais favorável de aminoácidos, redução do pH da luz intestinal semelhante aos dissacarídeos não absorvíveis ao promover a fermentação das bactérias intestinais.
- (D) A capacidade do fígado de converter a vitamina D em sua forma ativa está comprometida e pode contribuir para a osteodistrofia hepática, recomendando-se suplementação de vitamina D, que sempre se revela eficaz para esta prevenção.
- (E) Deve-se evitar a superalimentação de paciente desnutrido com insuficiência hepática estressado, visto que pode resultar em hiperglicemia, lipogênese, produção aumentada de dióxido de carbono.

30. Nos traumatismos e cirurgias de grande porte em pacientes desnutridos, desenvolvem-se importante perda de massa muscular e carências nutricionais específicas. Torna-se importante um manejo nutricional adequado a fim de minimizar essas repercussões nutricionais. Acerca do tema, analise as assertivas abaixo e assinale a opção INCORRETA.

- (A) Demonstrou-se um aumento de complicações para a nutrição parenteral total pré-operatória em pacientes com estado nutricional normal, devido à possível sobrecarga de carboidratos e subsequente hiperglicemia e ainda pela não utilização de glutamina nas soluções parenterais.
- (B) Recomenda-se nutrição parenteral pós-operatória como continuação do suporte pré-operatório em pacientes desnutridos, em pacientes com complicações que comprometem a função gastrointestinal e impedem a alimentação oral por mais de 5-10 dias no pós operatório.
- (C) O uso de hormônio do crescimento em pacientes com atendimento intensivo revelou-se uma estratégia eficaz para normalizar a glicemia, reduzir a mortalidade e evitar complicações infecciosas, efeitos estes atribuídos a redução do catabolismo das proteínas e função da membrana celular.
- (D) O jejum prolongado antes da cirurgia, a administração *ad lib* de solução salina por via intravenosa contribuem para o catabolismo efetivo, a fadiga pós-operatória e o tempo de recuperação prolongado de uma cirurgia convencional.
- (E) Rotinas como a implementação de um suporte da função gastrointestinal normal e retorno precoce da ingestão normal de líquidos e alimentos aceleram o retorno à função normal e recuperação pós operatória.

31. Quanto ao manejo nutricional de pacientes com SEPSE, assinale a opção CORRETA.
- (A) 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.
 - (B) A administração de ferro ao paciente infectado é contraindicado, pois as concentrações séricas aumentadas podem prejudicar a resistência.
 - (C) Zinco pode ser necessário numa infecção prolongada, pois este é sequestrado nos tecidos corpóreos e eliminados na urina, e sua deficiência reflete suas concentrações séricas.
 - (D) O objetivo imediato da terapia nutricional é o ganho de peso. Ganho de peso e anabolismo geralmente são difíceis de obter na sepse, mas podem ocorrer quando a doença regredir.
 - (E) Durante a infecção, a captação hepática de ácidos graxos livres é associada com cetose e as concentrações de β -hidroxibutirato e acetato elevam-se, indicando a resposta ao catabolismo proteico.
32. Pacientes que estão sob cuidados de diferentes especialistas por apresentarem condições múltiplas e que provavelmente se automedicam se encontram sob grande risco de sofrerem interações fármacos- nutrientes. À luz desse tema, assinale a opção CORRETA.
- (A) Paciente idoso com neuropatia autonômica do cólon e osteoartrite se encontra em risco de ulceração colônica e de sangramento induzido por anti-inflamatórios não esteroides que, por sua vez, resultam em perda de ferro e anemia.
 - (B) O aumento da razão proteína/carboidrato pode aumentar a eficácia de uma determinada dose de teofilina, medicamento usado no tratamento da asma.
 - (C) O aumento do fluxo sanguíneo hepático após refeição rica em proteínas seria responsável por menor extração hepática de propranolol por unidade de tempo.
 - (D) Os glicosídeos digitálicos bloqueiam a $\text{Na}^+\text{K}^+\text{ATPase}$. A hipercalemia potencializa o bloqueio da $\text{Na}^+\text{K}^+\text{ATPase}$ e resulta em toxicidade. Portanto, a manutenção dos níveis plasmáticos normais de potássio é crítica para a prevenção desse efeito colateral.
 - (E) Quando o indivíduo está ingerindo inibidores da MAO, as feniletilaminas alimentares, incluindo a tiramina, não são dasaminadas no fígado e intestino e são absorvidas sistematicamente pelo cérebro, sendo assim é conveniente a inclusão de alimentos contendo tiramina e outras feniletilaminas na dieta para potencializar o efeito do fármaco.
33. O impacto das Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) sobre o trato gastrointestinal e suas funções digestivas e absorptivas varia dependendo do(s) local(is), natureza e extensão da inflamação intestinal. O suporte nutricional nas DII é um recurso terapêutico importante. Com base nesse tema, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A nutrição enteral é preferida em relação à parenteral, devido a suas menores taxas de complicações e administração mais fácil e menos dispendiosa.
 - (B) Em casos de colite aguda severa, a prescrição de nutrição parenteral em associação ao tratamento com corticosteroides evita maiores perdas de proteínas, justificando o adiamento da colectomia para melhorar o estado nutricional.
 - (C) Dados de estudos randomizados são insuficientes para estabelecer definitivamente se a menor antigenicidade relacionada à concentração de proteína ou se um efeito imunomodulador ou anti-inflamatório relacionado à baixa concentração de gordura nas formulas elementares seriam importantes para atenuar a inflamação.
 - (D) Estudos comprovaram que a NPT aliada a uma dieta oral livre foram tão efetivas na indução da remissão quanto dietas elementares líquidas administrada por sondas nasogástrica ou NPT mais repouso intestinal completo entre pacientes hospitalizados.
 - (E) A manutenção da alimentação nasogástrica noturna 4/5 vezes por semana como suplemento a uma dieta diurna livre também está associada a inatividade prolongada da doença e melhor crescimento.
34. Na pancreatite aguda, a nutrição é importante sobretudo na doença moderada ou grave porque o processo mórbido geralmente é complicado e prolongado, impedindo a alimentação oral. Dessa feita, o manejo nutricional é um recurso terapêutico importante. Com base nesse tema, assinale a opção CORRETA.

- (A) Na pancreatite aguda moderada ou severa, alimentos e bebidas são suspensos, o conteúdo gástrico é aspirado do estômago por meio de sonda nasogástrica, a nutrição parenteral deve ser instituída a fim de paralisar a evolução das crises.
- (B) O gasto energético basal de pacientes com pancreatite aguda não complicada é maior que o previsto, sobretudo na presença de abscessos, pseudocistos ou fístulas.
- (C) O suporte nutricional deve incluir para todos os pacientes com pancreatite moderada a grave: dextrose hipertônica, solução de aminoácidos cristalinos, emulsão lipídica para evitar deficiência de ácidos graxos essenciais, necessidades diárias de eletrólitos, vitaminas, elementos-traço, insulina para controlar a hiperglicemia, omeprazol ou bloqueadores de H⁺ para reduzir a secreção ácida gástrica.
- (D) Após a remissão do íleo paralítico e em pacientes com indicação cirúrgica, a alimentação oral com pouca gordura deve ser usada no lugar da alimentação parenteral. A via oral deve ser usada sempre que possível para eliminar possíveis complicações associadas a NPT.
- (E) Quanto mais abaixo do trato gastrointestinal superior a dieta elementar for infundida, maior será a estimulação da secreção exócrina pancreática, porque as fases cefálica, gástrica e intestinal normais da estimulação pancreática são otimizadas.
35. Os potenciais benefícios, riscos e prioridades clínicas do tratamento nutricional nas doenças do sistema pulmonar diferem em função das alterações de natureza aguda ou crônica dessas doenças, em ambos contextos é possível constatar importante déficit nutricional. Assim, é importante reconhecer a desnutrição como um fator de risco independente.

- I. A ingestão oral é precária, devido aos sintomas sistêmicos associados à tosse e/ou dispneia, necessidade de intubação endotraqueal e ventilação mecanicamente assistida;
- II. As demandas metabólicas estão aumentadas, uma vez que a lesão pulmonar ocorre no contexto de falência de múltiplos órgãos, devido à sepse/trauma, condições associadas ao hipermetabolismo;
- III. O metabolismo dos carboidratos é alterado; a hiperglicemia resulta do *turnover* aumentado de glicose em virtude da resistência relativa à insulina, com gliconeogênese hepática expandida;
- IV. Uma vez que há potenciais complicações inerentes à subalimentação e superalimentação, a estimativa correta das necessidades calóricas é particularmente importante nesses pacientes. A superalimentação pode levar a superdose de líquido, intolerância à glicose, infiltração gordurosa no fígado, diarreia (com alimentação enteral), lipogênese;
- V. Dentre os mecanismos da perda de peso nos pacientes com doença pulmonar crônica tem-se a função gastrointestinal prejudicada, hemodinâmica pulmonar e cardiovascular alteradas limitando o suprimento de nutrientes a outros tecidos.

Assinale a opção que contempla os mecanismos da perda de peso nesses pacientes.

- (A) Somente os itens I, II e III.
- (B) Somente os itens I, III e IV.
- (C) Somente os itens II, III e V.
- (D) Somente os itens I e IV.
- (E) Somente os itens I, II e V.
36. As medidas físicas constituem um componente da avaliação do estado nutricional, que são úteis para verificar a presença de excesso nutricional e/ou desnutrição. Nesse sentido, assinale a opção INCORRETA.
- (A) Nas crianças, o peso é uma medida mais sensível de adequação nutricional do que a altura, e reflete a ingestão nutricional recente, bem como fornece uma avaliação bruta das reservas globais adiposas e musculares.
- (B) Os métodos indiretos para medida da composição corporal incluem espessura da dobra cutânea tricipital, circunferência muscular do braço e circunferência do braço.
- (C) O potássio corporal total pode ser utilizado para estudar a composição corporal, pois mais de 90% do potássio do organismo é encontrado em tecidos isentos de gordura.
- (D) A área muscular do braço é um bom indicador das reservas proteicas esqueléticas, sendo importante nas crianças em crescimento.

(E) A análise de impedância bioelétrica é uma técnica baseada no princípio de que, em relação à água, a massa magra tem maior condutividade elétrica e maior impedância do que o tecido adiposo.

37. O interesse na avaliação do estado nutricional de pessoas hospitalizadas tem aumentado a partir do momento em que a desnutrição foi relacionada à evolução clínica dos pacientes. Sobre a avaliação nutricional, considere as seguintes afirmativas:

- I. A antropometria constitui um dos seus indicadores, e as medidas mais utilizadas são peso, estatura, dobras cutâneas e circunferências;
- II. O teste cutâneo, ou reatividade à hipersensibilidade tardia, e a contagem total de linfócitos são medidas de função imunológica que podem ser usadas como parâmetro de triagem e avaliação.
- III. Os dados de ingestão alimentar são avaliados por meio de coleta retrospectiva (recordatório de 24 horas e questionário de frequência de consumo alimentar) ou prospectiva (registro alimentar);
- IV. A triagem nutricional precede o processo de tratamento nutricional e tem a finalidade de identificar rapidamente indivíduos desnutridos ou com risco nutricional, bem como determinar se uma avaliação nutricional mais detalhada é necessária.

Assinale a opção CORRETA.

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

38. Na avaliação do estado nutricional proteico, recomenda-se a dosagem de proteínas de fase aguda em algumas situações. Nesse contexto, assinale a opção que apresenta proteínas denominadas de reagentes positivos de fase aguda:

- (A) Ceruloplasmina, pré-albumina e fibrinogênio
- (B) Transferrina, haptoglobina e globulina anti-hemofílica
- (C) Proteína C reativa, fibrinogênio e ceruloplasmina
- (D) Componentes do complemento, α -1-tripsina e proteína ligadora de retinol
- (E) Albumina, proteína C reativa e ferritina

39. Os medicamentos utilizados no tratamento dos doentes podem influenciar no metabolismo de nutrientes e no estado nutricional do indivíduo. Dessa forma, é de suma importância conhecer as interações fármacos-nutrientes. Nesse contexto, associe a segunda coluna de acordo com a primeira e, em seguida, assinale a opção que apresenta a sequência CORRETA.

- | | |
|--|--|
| (A) Tetraciclina – antibiótico | () Antagonista do ácido fólico. |
| (B) Colestiramina – anti-hiperlipêmico | () Quela minerais, a exemplo do cálcio. |
| (C) Ranitidina – antagonista de receptor H_2 | () Aumenta a metabolização das vitaminas D, K e ácido fólico. |
| (D) Metotrexato – tratamento de artrite reumatóide | () Adsorve as vitaminas lipossolúveis A, D, E e K. |
| (E) Fenobarbital – anticonvulsivante B_{12} . | () Elevam o pH gástrico, prejudicando a absorção da vitamina. |

Assinale a opção CORRETA.

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

40. A Ingestão Dietética de Referência (DRI) consiste de valores numéricos estimados para o consumo de nutrientes e inclui as seguintes referências: Necessidade Média Estimada (EAR), ingestão dietética recomendada (RDA), Ingestão Adequada (AI) e Limite Superior Tolerável de Ingestão (UL). Sobre o uso das referências de consumo das DRIs para avaliação de consumo de indivíduos e grupos, assinale a opção CORRETA.
- (A) O UL é usado para estimar a porcentagem da população em risco potencial de efeitos adversos decorrentes do excesso de ingestão do nutriente.
 - (B) Valor de ingestão habitual do nutriente pelo indivíduo igual ou acima da RDA indica ingestão adequada desse nutriente.
 - (C) Para avaliação do consumo de grupos, a ingestão habitual do nutriente igual ou acima da AI significa, provavelmente, pequena prevalência da população com ingestão adequada desse nutriente.
 - (D) A EAR é usada para determinar a probabilidade de inadequação da ingestão do nutriente de um determinado grupo.
 - (E) Para avaliação da ingestão de grupos, a ingestão habitual do nutriente igual ou acima da RDA indica pequena probabilidade de estar inadequada.