



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2019

NUTRIÇÃO

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ONCOLOGIA, SAÚDE DO IDOSO,
ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

18 de novembro de 2018

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.

- 1 Confira se o Boletim que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique ao fiscal de sala.
- 2 Este Boletim contém a PROVA OBJETIVA.
- 3 O Boletim de Questões consistirá de 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, sendo 15 (quinze) questões do SUS e 35 (trinta e cinco) questões da especialidade Nutrição. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.
- 4 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
- 5 É necessário conferir se a prova está completa e sem falhas, bem como se seu nome e o número de sua inscrição conferem com os dados contidos no Cartão-Resposta. Em caso de divergência, comunique imediatamente o fiscal de sala.
- 6 O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.
- 7 Será de exclusiva responsabilidade do candidato a certificação de que o Cartão-Resposta que lhe for entregue no dia da prova é realmente o seu.
- 8 Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.
- 9 No Cartão-Resposta não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.
- 10 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul.
- 11 O Cartão-Resposta será o único documento considerado para a correção. O Boletim de Questões deve ser usado apenas como rascunho e não valerá, sob hipótese alguma, para efeito de correção.
- 12 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14 horas e término às 18 horas, observado o horário de Belém/PA.
- 13 O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova.
- 14 Ao terminar a prova, o candidato deverá entregar ao fiscal de sala o Boletim de Questões e o Cartão-Resposta, e assinar a Lista de Presença.



MARQUE A ÚNICA ALTERNATIVA CORRETA NAS QUESTÕES DE 1 A 50.

SUS

- 1 Assinale a(s) lei(s) estruturante(s) do SUS que define(m) a organização das Conferências e o caráter Deliberativo dos Conselhos de Saúde.
- (A) Lei 8.142.
(B) Lei 8.080 e Lei 8.142.
(C) Lei 141.
(D) Nob 96.
(E) PEC 95.
- 2 Em se tratando da política de Humanização, é **incorreto** afirmar:
- (A) O acesso ao prontuário é direito do paciente.
(B) O paciente tem direito a acompanhante.
(C) É uma política apenas para os pacientes mais vulneráveis.
(D) O paciente tem direito a acolhimento por parte dos serviços de saúde.
(E) Em caso de estar consciente, o paciente deve aprovar os procedimentos e a conduta dos profissionais de saúde.
- 3 O texto “§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos” é parte do escopo da
- (A) Lei Federal 8.080.
(B) Lei Federal 8.142.
(C) Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 31/12/2010.
(D) Constituição Federal de 1988.
(E) RECOMENDAÇÃO nº 35, de 11 de agosto de 2017. PLENÁRIA DE CONSELHOS.
- 4 Assinale o atributo de qualidade **que não consta** no documento de referência do programa de Atenção à Segurança do Paciente.
- (A) Evitamento de lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
(B) Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão (evitar subutilização e sobreutilização, respectivamente).
(C) Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
(D) Qualidade do cuidado, que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.
(E) Atenção à saúde baseada nos procedimentos e protocolos clínicos exclusivamente.
- 5 Não faz parte dos conceitos de cultura de segurança do paciente elencados na Portaria MS/GM nº 529/20133:
- (A) Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.
(B) Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.
(C) Cultura como acúmulo de toda produção material e imaterial da sociedade.
(D) Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.
(E) Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2019
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018



- 6 No que se refere ao que estabelece o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, **não** é atribuição do SUS:
- (A) Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.
 - (B) Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.
 - (C) Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico.
 - (D) Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
 - (E) Aprovar e legalizar as novas patentes de insumos e medicamentos para o SUS.
- 7 “estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si”. O texto se refere à
- (A) política de protocolos clínicos e de adesão ao tratamento estabelecida no âmbito do Sistema Único de Saúde.
 - (B) política de Gestão do SUS estabelecida no Decreto 7.508 editado pela presidência da República.
 - (C) política de responsabilização dos gestores e aos deveres que devem ser cumpridos pelos gestores do SUS.
 - (D) política de Humanização do SUS.
 - (E) transversalidade das políticas sociais.
- 8 O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, refere no seu artigo 5º que, para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de
- (A) atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
 - (B) atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.
 - (C) atenção primária; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; vigilância em saúde e sistema de referência e contrarreferência.
 - (D) atenção primária; urgência e emergência; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; sistema de referência e contrarreferência e vigilância em saúde.
 - (E) atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; sistema de referência e contrarreferência e vigilância em saúde.
- 9 Dada a necessidade de desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de eventos adversos na atenção à saúde, dentre outras considerações, o Ministério da Saúde resolveu instituir o Programa Nacional de Segurança ao Paciente/PNSP por meio do(da)
- (A) Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, publicada no DOU de 02/04/2013.
 - (B) Decreto M/S nº 529, de 1º de abril de 2013, publicado no DOU de 02/04/2013.
 - (C) Portaria nº 429, de 1º de abril de 2013, publicada no DOU de 02/04/2013.
 - (D) Decreto M/S nº 429, de 1º de abril de 2013, publicado no DOU de 02/04/2013.
 - (E) Portaria nº 559, de 1º de maio de 2013, publicada no DOU de 02/04/2013.



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2019
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018**



10 O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. No art. 30, consta que as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde.

Quanto a essas comissões, é correto afirmar que a

- (A) Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito da União, está vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (B) Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito da União, está vinculada ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (C) Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito da União, está vinculada ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (D) Comissão Intergestores Bipartite, no âmbito da União, está vinculada ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para efeitos administrativos e operacionais.
- (E) Comissão Intergestores Regional, no âmbito regional, está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da Comissão Intergestores Tripartite.

11 Com relação à Rede de Atenção à Saúde/RAS, é correto afirmar que a

- (A) operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus dois elementos constitutivos: população/região de saúde definidas e estrutura operacional.
- (B) Estratégia Saúde da Família representa, no SUS, o principal modelo para a organização da APS. O seu fortalecimento torna-se uma exigência para o estabelecimento das regionais de saúde.
- (C) Atenção Primária em Saúde está estruturada como segundo nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.
- (D) Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.
- (E) Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de políticas de saúde e social.

12 Os instrumentos para o planejamento e a gestão no SUS são o Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento e gestão para operacionalização do SUS. Quanto ao assunto, é correto afirmar que

- (A) o Plano de Saúde é o instrumento central de planejamento para definir e implementar todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de dois anos.
- (B) o Relatório de Gestão deve ser enviado ao Ministério da Saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo a esse Ministério emitir parecer conclusivo, por meio do Sargsus.
- (C) a Programação Anual de Saúde/PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Relatório de Gestão e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.
- (D) o Relatório de Gestão é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.
- (E) os Planos Estaduais de Saúde deverão mencionar a metodologia de alocação dos recursos federais e estaduais e a previsão semestral de recursos aos municípios, pactuada pelos gestores estaduais e municipais na CIB e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2019
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018



- 13 Em relação às responsabilidades das esferas de governo na Política Nacional de Atenção Básica, é correto afirmar que
- (A) compete às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da atenção básica.
 - (B) é responsabilidade dos Estados e Municípios estabelecer, nos respectivos planos de saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da atenção básica.
 - (C) é competência do Ministério da Saúde definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.
 - (D) é responsabilidade das três esferas de governo promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços de atenção básica.
 - (E) compete ao Ministério da Saúde apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da atenção básica.
- 14 O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para
- (A) reorganização da Política Nacional de Atenção Básica.
 - (B) instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente.
 - (C) organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
 - (D) estratégias de organização da Vigilância da Saúde, nas esferas municipal e estadual.
 - (E) formulação de novas propostas a fim de efetivar a Educação Permanente nos Estados e Municípios.
- 15 A Política Nacional de Humanização tem a Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde. Dentre as suas diretrizes, a específica para a Atenção Básica é
- (A) garantir a continuidade de assistência com sistema de referência e contrarreferência.
 - (B) definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.
 - (C) comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando à maior eficácia na atenção em saúde.
 - (D) otimizar o atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação.
 - (E) otimizar o atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação.

NUTRIÇÃO

- 16 Havendo viabilidade do tubo digestivo, a terapia nutricional enteral deve ser iniciada em pacientes com seps sob tratamento intensivo nas primeiras
- (A) 12 horas.
 - (B) 24 horas.
 - (C) 36 horas.
 - (D) 48 horas.
 - (E) 60 horas
- 17 Adolescentes apresentam risco de sobrepeso quando o índice de massa corporal é maior que o percentil
- (A) 50.
 - (B) 75.
 - (C) 85.
 - (D) 95.
 - (E) 100.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2019
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018



- 18 Dentre os procedimentos padronizados para assegurar a precisão na mensuração das dobras cutâneas, **exce-tua-se**
- (A) mensurar as dobras cutâneas do lado direito.
 - (B) posicionar o adipômetro na posição perpendicular à dobra pinçada.
 - (C) realizar a leitura da dobra cutânea até 4 segundos após o pinçamento.
 - (D) soltar totalmente o pinçamento da dobra durante a mensuração.
 - (E) realizar o procedimento em triplicata.
- 19 O intervalo de tempo recomendado para uso de fórmulas imunomoduladoras no pós-operatório de paciente com câncer é de até
- (A) 3 dias.
 - (B) 5 dias.
 - (C) 7 dias.
 - (D) 9 dias.
 - (E) 11 dias.
- 20 De acordo com a equação preditiva para estimativa da necessidade calórica proposta por Holliday e Segar (1957), a oferta energética diária para um paciente crítico oncológico pediátrico pesando 16 quilogramas deve ser
- (A) 1.200 quilocalorias.
 - (B) 1.300 quilocalorias.
 - (C) 1.400 quilocalorias.
 - (D) 1.500 quilocalorias.
 - (E) 1.600 quilocalorias.
- 21 A concentração de colesterol HDL, junto com outros parâmetros, para o diagnóstico de síndrome metabólica em adolescentes é menor que
- (A) 30 md/dl.
 - (B) 40 md/dl.
 - (C) 50 mg/dl.
 - (D) 60 md/dl.
 - (E) 70 mg/dl.
- 22 A diminuição da pressão arterial está associada ao consumo diário máximo de sódio de
- (A) 1 grama.
 - (B) 2 gramas.
 - (C) 3 gramas.
 - (D) 4 gramas.
 - (E) 5 gramas.
- 23 Os alimentos que apresentam efeitos positivos na dietoterapia da gastrite por seu efeito tampão são aqueles ricos em
- (A) cafeína.
 - (B) capsaicina.
 - (C) mostarda.
 - (D) fibras.
 - (E) guaranina.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2019
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018



- 24 Na fase aguda da doença intestinal inflamatória, é recomendável evitar na dieta alimentos fonte de
- (A) frutooligossacarídeos.
 - (B) inulina.
 - (C) lignina.
 - (D) pectina.
 - (E) goma.
- 25 O desequilíbrio no metabolismo dos lipídeos que ocorre na cirrose hepática não inclui
- (A) cetose.
 - (B) hiperglicemia.
 - (C) esteatorreia.
 - (D) hiperlactacidemia.
 - (E) dislipidemia.
- 26 A oferta proteica mínima recomendada para o tratamento dietoterápico da pancreatite grave é de
- (A) 1,1 grama.
 - (B) 1,2 grama.
 - (C) 1,3 grama.
 - (D) 1,4 grama.
 - (E) 1,5 grama.
- 27 O procedimento de avaliação antropométrica recomendado para crianças menores de cinco anos é o índice de
- (A) peso para idade.
 - (B) altura para idade.
 - (C) massa corporal.
 - (D) altura para peso.
 - (E) adiposidade corporal.
- 28 Pacientes com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) podem ser acometidos por alterações gastrointestinais e perda de peso. Sobre estas intercorrências, é correto afirmar:
- (A) Pacientes com mucosite e estomatite devem receber dieta de consistência líquida completa, maior densidade energética e rica em condimentos para favorecer a palatabilidade.
 - (B) Pacientes com diarreia resultante de enteropatia necessitam de dieta hiperlipídica para melhorar a densidade energética e reduzir a perda de peso.
 - (C) Pacientes com xerostomia devem consumir preparações hiperlipídicas e com molhos, sem ingerir líquidos próximo ao momento das refeições para evitar saciedade precoce.
 - (D) Para avaliar o risco nutricional destes pacientes, é indicado usar, além da adequação de medidas antropométricas, a perda ponderal recente e a albuminemia.
 - (E) Dentre as causas mais comuns da perda de peso nestes pacientes, estão as alterações metabólicas, a redução da imunocompetência e a ausência de suplementação.
- 29 A síndrome da lipodistrofia encontrada em alguns pacientes infectados pelo HIV é caracterizada por alterações na distribuição da gordura corporal. A lipodistrofia em pacientes com HIV é caracterizada
- (A) pelo acúmulo de gordura na face e lipoatrofia nos membros superiores e inferiores.
 - (B) por lipoatrofia abdominal e gibosidade dorsal.
 - (C) pelo aumento do risco cardiovascular e pelo acúmulo de gordura abdominal.
 - (D) pelo incremento nos níveis de HDL colesterol e redução de LDL colesterol.
 - (E) por perda de massa magra e imunossupressão.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2019
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018



- 30 As alterações metabólicas encontradas nos pacientes com sepse causam impacto importante no estado nutricional. Sobre a dietoterapia na sepse, é correto afirmar:
- (A) O aporte precoce de energia e proteínas é fundamental para manter a massa celular corporal e reduzir a proteólise.
 - (B) O paciente necessita de uma dieta hipoproteica para evitar sobrecarga renal.
 - (C) É indicada a suplementação de arginina como imunomodulador.
 - (D) A terapia nutricional precoce pode potencializar a gliconeogênese e reduzir a proteólise.
 - (E) Deve-se utilizar uma dieta enteral com imunomoduladores para preservar a competência imunológica.
- 31 A arginina e a glutamina são consideradas importantes nutrientes imunomoduladores. Assinale a alternativa que descreve corretamente os efeitos da suplementação destes aminoácidos.
- (A) A glutamina é precursora do óxido nítrico e promove o incremento do balanço nitrogenado.
 - (B) A arginina estimula a liberação de insulina e é precursora na síntese de colágeno.
 - (C) A glutamina é precursora da síntese de DNA e RNA e retarda o crescimento tumoral.
 - (D) A arginina é constituinte da membrana celular e precursora de eicosanoides.
 - (E) A glutamina contribui para fortalecer a barreira mucosa e prevenir a translocação bacteriana.
- 32 Pacientes submetidos à gastrectomia com reconstrução em Billroth II (gastrojejunoanastomose) podem apresentar algumas alterações gastrointestinais no pós-operatório. Assinale a alternativa que descreve corretamente aspectos fisiopatológicos ou dietoterápicos durante o pós-operatório nestes casos.
- (A) Pode causar síndrome de *dumping* por incremento na secreção de enzimas pancreáticas.
 - (B) Pode causar hipoglicemia por hidrólise enzimática tardia e anemia ferropriva.
 - (C) Provoca hiperglicemia em virtude da intensa absorção de nutrientes.
 - (D) Em caso de síndrome de *dumping*, deve-se evitar sacarose, lactose e refeições líquidas.
 - (E) Deve-se evitar líquidos durante as refeições e concentração de sacarose.
- 33 Pacientes com ressecção de grande parte do intestino podem desenvolver Síndrome do Intestino Curto (SIC), e diferentes alterações metabólicas podem ocorrer de acordo com a região afetada. Sobre a SIC, é correto afirmar:
- (A) Pode-se desenvolver anemia megaloblástica por má absorção de ferro em nível intestinal.
 - (B) É comum ocorrer esteatorreia em virtude da intolerância à lactose e frutose.
 - (C) É indicada dieta hiperlipídica e rica em fibras para retardar o trânsito intestinal.
 - (D) É comum a deficiência de vitaminas lipossolúveis na ressecção do intestino delgado.
 - (E) Na ressecção do intestino delgado ocorre redução do peristaltismo gastrointestinal e do crescimento bacteriano.
- 34 Algumas condições clínicas provocam alterações intestinais que requerem cirurgia com reconstrução do trato digestivo. Por vezes, é necessário realizar uma abertura na parede abdominal, permanente ou temporária, para o desvio do conteúdo fecal. Sobre as ileostomias e as colostomias, é correto afirmar:
- (A) Um quadro de fezes aquosas e perda de eletrólitos é comum na ileostomia.
 - (B) Na colostomia, encontram-se fezes mais aquosas e fétidas do que na ileostomia.
 - (C) A colostomia é o procedimento de escolha por não causar alterações no estado nutricional.
 - (D) Os pacientes ileostomizados precisam restringir frutas e hortaliças da dieta, causando deficiência de vitamina B1.
 - (E) Para reduzir a formação de gases e odor nos casos de ileostomia, deve-se evitar alimentos que fermentam, como condimentos, peixe e abacate.



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2019
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018**



- 35 A nutrição enteral é bastante utilizada para manutenção ou recuperação do estado nutricional dos pacientes. Sobre a Terapia Nutricional Enteral (TNE), é correto afirmar:
- (A) Para pacientes com retardo no esvaziamento gástrico e náuseas, a TNE deverá ser implementada via nasogástrica.
 - (B) Uma das desvantagens da TNE é o enfraquecimento da barreira mucosa com maior chance de translocação bacteriana.
 - (C) A vantagem da localização do cateter entérico é o menor risco de broncoaspiração.
 - (D) A complicação gastrointestinal mais frequente durante a TNE é o vômito.
 - (E) Um dos principais objetivos da TNE em pacientes críticos é a redução do nível de IgA intestinal.
- 36 Apesar de ser muito importante na recuperação do estado nutricional, a Terapia Nutricional Enteral (TNE) pode causar intolerância digestiva. São possíveis causas de diarreia em pacientes em uso de TNE:
- (A) Contaminação da dieta enteral, intolerância à lactose e uso de fórmulas hiperosmolares.
 - (B) Posicionamento da sonda, síndromes de má absorção e uso de fórmulas isosmolares.
 - (C) Temperatura da dieta enteral, intolerância à sacarose e uso de fórmulas isosmolares.
 - (D) Contaminação da dieta enteral, síndromes de má absorção e uso de fórmulas imunomoduladoras.
 - (E) Posicionamento da sonda, temperatura da dieta e uso de fórmulas isosmolares.
- 37 Sobre as características e indicações da Terapia Nutricional Enteral (TNE), é correto afirmar:
- (A) As fórmulas poliméricas são compostas de proteínas intactas, ácidos graxos e polímeros de carboidratos.
 - (B) As fibras solúveis presentes nas formulações enterais auxiliam na nutrição dos colonócitos, mas podem aumentar o risco de diarreia.
 - (C) A administração contínua da dieta enteral tem maior risco de intolerância, pois exige maior trabalho digestivo e metabólico.
 - (D) A administração intermitente imita o padrão de alimentação habitual, por isso apresenta menor risco de broncoaspiração da dieta, especialmente para pacientes com dispneia.
 - (E) A administração contínua apresenta menor risco de refluxo gastroesofágico e previne grandes oscilações glicêmicas.
- 38 A Terapia Nutricional Parenteral (TNP), administrada via endovenosa, é necessária em algumas condições clínicas. Sobre a TNP, é correto afirmar:
- (A) Fístula digestiva de alto débito, íleo paralítico prolongado e obstrução intestinal são situações clínicas em que está indicada a TNP.
 - (B) Esteatorreia, gastrite atrófica e translocação bacteriana são complicações gastrointestinais comuns durante o uso da TNP.
 - (C) Para tratar a hiperglicemia de pacientes em uso de TNP total, deve-se substituir sacarose por frutose, aumentar a oferta de aminoácidos na solução e usar hipoglicemiante oral.
 - (D) A suplementação de glutamina na TNP aumenta a produção de citocinas pró-inflamatórias e o risco de translocação bacteriana.
 - (E) O aumento da concentração sérica de colesterol e a hiperosmolaridade plasmática são possíveis efeitos colaterais das emulsões lipídicas usadas na TNP.
- 39 Em relação ao planejamento dietoterápico na Doença Renal Crônica, é correto afirmar que
- (A) na fase pré-dialítica a principal orientação dietética que previne ou melhora a sintomatologia urêmica é a restrição de sódio.
 - (B) alimentos ricos em fibras devem ser restritos devido ao alto teor de fósforo e potássio.
 - (C) vitaminas lipossolúveis devem ser suplementadas.
 - (D) a ingestão de sódio deve ser limitada a 3000 mg/dia.
 - (E) a restrição de potássio só é obrigatória na presença de hipercalemia.



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2019
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018**



- 40 A quantidade de proteína recomendada por Cuppari (2014) na fase não dialítica da Doença Renal Crônica é
- (A) 0,8 a 1g/kg/dia para paciente com TFG \geq 60 mL/min.
 - (B) 0,8 a 1g/kg/dia para paciente com TFG entre 30 e 59mL/min.
 - (C) 1 a 1,2 g/kg/dia para paciente com TFG \geq 60 mL/min.
 - (D) 1 a 1,2 g/kg/dia para paciente com proteinúria.
 - (E) 0,6 g/kg/dia para paciente com diabetes mellitus descompensado.
- 41 Os marcadores bioquímicos do estado nutricional de pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) devem ser interpretados com cuidado, pois podem ser fortemente influenciados pelos distúrbios associados à doença, dificultando a interpretação do ponto de vista nutricional. São marcadores bioquímicos mais utilizados na avaliação nutricional do paciente com DRC:
- (A) Albumina, transferrina e colesterol total.
 - (B) PNA, transferrina e hemoglobina.
 - (C) Pré-albumina, colesterol total e globulina.
 - (D) Triglicérides, albumina e PNA.
 - (E) Albumina, pré-albumina e hemoglobina.
- 42 Sobre o planejamento dietético de pacientes diabéticos, é correto afirmar:
- (A) A ingestão de sacarose não deve ultrapassar 5% do valor energético total.
 - (B) A substituição de carboidratos de alto índice glicêmico por de baixo índice glicêmico deve ser usada como estratégia primária.
 - (C) A restrição de ácidos graxos saturados na dieta promove redução nos níveis de colesterol total e HDL-c.
 - (D) São fontes alimentares de ômega-6 os óleos vegetais (soja, milho e girassol) e de ômega-3 os peixes de águas frias (cavala, sardinha, salmão e arenque).
 - (E) Recomenda-se o consumo diário de até duas porções de frutas, uma vez que a frutose tem impacto glicêmico semelhante a outros carboidratos.
- 43 Em relação à Contagem de Carboidratos como uma estratégia de terapia nutricional para indivíduos com diabetes mellitus tipo 2, é correto afirmar:
- (A) A contagem de carboidratos deve ser utilizada somente por pacientes com diabetes mellitus tipo 1.
 - (B) A contagem de carboidratos é um método de terapia nutricional em que o paciente é treinado para contabilizar o consumo total de carboidratos das refeições visando ao controle de peso.
 - (C) Na lista de equivalentes de carboidratos, cada porção de alimento corresponde a 25g de carboidratos.
 - (D) Na contagem de gramas de carboidratos, as proteínas não devem ser contabilizadas, apesar de 35% a 60% da proteína ingerida serem convertidas em glicose em aproximadamente 4h.
 - (E) Como regra geral, uma unidade de insulina rápida ou ultrarrápida cobre 15g de carboidrato ou uma substituição.
- 44 Em relação à Orientação Nutricional na Encefalopatia Hepática, é correto afirmar:
- (A) A utilização de prebiótico, probiótico e simbiótico associada a uma alimentação saudável para controle da disbiose intestinal não é considerada uma estratégia eficiente para o tratamento da cirrose hepática e suas complicações.
 - (B) Evidências científicas demonstraram que pacientes com cirrose hepática e encefalopatia são beneficiados com a utilização de dietas normo ou hiperproteicas modificadas, com aumento na ingestão de proteínas lácteas e proteínas vegetais.
 - (C) A suplementação da dieta com aminoácidos aromáticos é indicada principalmente nos casos em que existe intolerância alimentar à proteína.
 - (D) Os suplementos à base de aminoácidos de cadeia ramificada são contraindicados nos casos de encefalopatia hepática.
 - (E) Na encefalopatia hepática grau 3 e 4, a quantidade de proteína recomendada é em torno de 1.2 a 1.6 g/Kg/dia, sendo que 80% devem ser proteína vegetal.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2019
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFGA, DE 18 DE SETEMBRO DE 2018



- 45 Segundo Waitzberg (2017), nas Diretrizes da Terapia Nutricional da cirrose descompensada por desnutrição energética proteica (DEP), a quantidade de proteína e a de energia a serem ofertadas são, respectivamente,
- (A) 0,8 a 1,0 g/kg/dia. 25 a 30kcal/kg/dia.
 - (B) 1,0 a 1,2 g/kg/dia. 25 a 30kcal/kg/dia.
 - (C) 1,5 a 1,8 g/kg/dia. 35 a 50kcal/kg/dia.
 - (D) 1,2 a 1,5 g/kg/dia. 35 a 40kcal/kg/dia.
 - (E) 1,2 a 1,5 g/kg/dia. 25 a 30kcal/kg/dia.
- 46 Os parâmetros para o diagnóstico de sarcopenia envolvem tanto a quantidade de massa muscular quanto a sua função, de modo que as variáveis medidas são massa muscular, força e desempenho. Assim, as técnicas mais adequadas a serem utilizadas no diagnóstico da sarcopenia são:
- (A) Índice de massa corporal e circunferência da panturrilha.
 - (B) Circunferência da panturrilha, BIA e handgrip.
 - (C) Teste de velocidade de marcha e índice de massa corporal.
 - (D) DEXA, força de pressão manual e get-up-and-go.
 - (E) Dobras cutâneas, força de pressão manual e SPPB.
- 47 Em relação à fragilidade no idoso, é correto afirmar que
- (A) a fragilidade é uma síndrome geriátrica caracterizada pela perda progressiva e generalizada de força e massa muscular.
 - (B) idosos frágeis devem ser tratados somente com exercícios físicos e reposição nutricional, não necessitando de fármacos.
 - (C) o método proposto por Fried et al. considera cinco marcadores de fragilidade: perda de peso não intencional, fraqueza muscular, redução da velocidade de marcha, baixo nível de atividade física e sensação de exaustão.
 - (D) o método proposto por Fried et al. considera que a presença de pelo menos 2 marcadores já caracteriza idoso frágil.
 - (E) o relato de queda nos últimos três meses é um dos marcadores de fragilidade no método proposto por Fried et al.
- 48 De acordo com o Projeto Diretrizes (2011), são recomendações para a Terapia Nutricional na Pancreatite Aguda:
- (A) Em pancreatite aguda leve, a terapia nutricional só deve ser iniciada se não houver possibilidade de o paciente receber alimentos por via oral em até 10 dias de jejum.
 - (B) Em pancreatite aguda grave, a terapia nutricional deve ser iniciada imediatamente, mesmo que o paciente esteja em instabilidade hemodinâmica.
 - (C) Em pancreatite aguda grave, a via de preferência deve ser a enteral; na impossibilidade desta, ou quando for insuficiente, a via parenteral está indicada.
 - (D) Em pancreatite aguda, o uso de probiótico está recomendado.
 - (E) Em pancreatite aguda grave, o uso de terapia nutricional enteral com imunonutrientes é recomendado.
- 49 Cuppari (2014) refere que na pancreatite crônica a recomendação nutricional de energia quando o índice de massa corpórea é menor que 16 kg/m², pelo risco da síndrome de realimentação, deve ser
- (A) 30 a 35kcal/kg peso corporal/dia.
 - (B) 25 kcal/kg de peso atual/dia, com progressão gradativa.
 - (C) 25 kcal/kg de peso usual/dia, com progressão gradativa.
 - (D) 20 kcal/kg de peso atual /dia, com progressão gradativa.
 - (E) 20 kcal/kg de peso usual/dia, com progressão gradativa.
- 50 São alterações nutricionais tardias pós-transplante hepático:
- (A) Obesidade, diabetes, hiperlipidemia.
 - (B) Hipertensão, diabetes, desnutrição.
 - (C) Osteoporose, disfagia, hipertensão.
 - (D) Disfunção renal, obesidade, hiperlipidemia.
 - (E) Desnutrição, osteopenia, hipertensão.