



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2018

NUTRIÇÃO

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

19 de novembro de 2017

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 Apesar de Hipócrates ter afirmado, há mais de dois mil anos, “primeiro, não cause dano”, até recentemente os eventos adversos, os erros e os incidentes associados à assistência à saúde eram considerados inevitáveis ou reconhecidos como atos realizados por profissionais mal treinados (ANVISA, 2011). Na busca de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, como diretriz política o/a
- (A) Programa Nacional de Segurança do Paciente.
(B) Programa de Controle de Infecção Hospitalar.
(C) Política Nacional de Humanização.
(D) Programa de Qualificação do Serviço Público.
(E) Programa de Aperfeiçoamento Profissional.
- 2 Durante a prestação da assistência à saúde em um hospital público, foi instalada uma bolsa de concentrado de hemácias no paciente errado, e este acabou evoluindo à morte por reação hemolítica. Considera-se que ocorreu um incidente que resultou em dano ao paciente, definido, segundo a Portaria n 529/2013, como
- (A) *near miss*.
(B) evento adverso.
(C) incidente sem dano.
(D) circunstância notificável.
(E) infecção relacionada à assistência à saúde.
- 3 Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012), as atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões. Considere as seguintes ações:
- I Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, cadastrando todas as pessoas correspondentes à sua microárea.
II Realizar os procedimentos clínicos da atenção básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências.
III Realizar consulta de enfermagem e procedimentos, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar usuários a outros serviços.
- As ações acima correspondem, respectivamente, as atribuições
- (A) do técnico de enfermagem, do técnico em saúde bucal e do médico.
(B) do auxiliar de enfermagem, do cirurgião-dentista e do enfermeiro.
(C) do agente comunitário, do técnico em saúde bucal e do técnico de enfermagem.
(D) do técnico de enfermagem, do cirurgião-dentista e do auxiliar de enfermagem.
(E) do agente comunitário de saúde, do cirurgião-dentista e do enfermeiro.
- 4 A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da atenção básica compete
- (A) à Comissão Intergestores Bipartite.
(B) à Comissão Intergestores Tripartite.
(C) a secretarias municipais de saúde e ao Distrito Federal.
(D) a secretarias estaduais de saúde e ao Distrito Federal.
(E) ao Ministério da Saúde.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2018
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017



- 5 A humanização como política transversal deve ser entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Sobre as diretrizes específicas por nível de atenção, considere verdadeiras (V) ou falsas (F) as afirmativas a seguir:
- I Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco na urgência e emergência, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência.
 - II Estabelecer critérios de acesso na atenção especializada, identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência.
 - III Garantir visita aberta por meio da presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante.

A sequência correta é

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

- 6 O paciente grave dá entrada no serviço de urgência e emergência e é acolhido por meio de critérios de avaliação de risco e correta identificação. Imediatamente, recebe uma pulseira vermelha em que consta seu nome completo e a data de nascimento.

Nesse caso, a diretriz política exigida pelo Ministério da Saúde a que o serviço de urgência e emergência atendeu é a da/do

- (A) Programa de Controle de Infecção Hospitalar e do Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- (B) Política Nacional de Humanização e do Programa Nacional de Segurança do Paciente.
- (C) Programa de Controle de Infecção Hospitalar e do Programa de Identificação do Paciente Crítico.
- (D) Programa Nacional de Segurança do Paciente e do Programa de Acolhimento do Paciente Crítico.
- (E) Política Nacional de Humanização e do Programa de Classificação de Risco do Paciente Crítico.

- 7 Paciente de 10 anos de idade dá entrada no hospital com sinais positivos de irritação meníngea: Kerning e Brudzinski, com febre alta de 39,5°C, vômitos em jato e cefaleia. Impressão diagnóstica de meningite bacteriana. Imediatamente, a equipe de saúde investiga a história vacinal do paciente e a presença de comunicantes. Isso compreende um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Esta ação, incluída no campo de Objetivos e Atribuições do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/1990), é denominada

- (A) vigilância sanitária.
- (B) vigilância epidemiológica.
- (C) vigilância da saúde da criança e do adolescente.
- (D) vigilância de eventos adversos.
- (E) vigilância de reação imune.

- 8 **Não** atende ao disposto nos artigos da Lei 8.080/1990, que fixa as condições e promoções da saúde do Sistema Único de Saúde – SUS, a seguinte premissa:

- (A) A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
- (B) Está incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução das ações de (i) vigilância sanitária, (ii) vigilância epidemiológica, (iii) saúde do trabalhador e (iv) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- (C) As ações e os serviços de saúde executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.
- (D) A pobreza e a marginalização deverão ser erradicadas e as desigualdades sociais e regionais, reduzidas.
- (E) Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2018
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017



- 9 Entre as inovações da Lei 8.142/1990, estão
1. a instituição da Conferência da Saúde.
 2. a instituição do Conselho de Saúde.
 3. a instituição da Comissão Bipartite.
 4. a instituição da Comissão Tripartite.
 5. a participação popular.
- Estão corretos os itens
- (A) 1 e 2.
(B) 1 e 3.
(C) 3 e 4.
(D) 1 e 4.
(E) 2 e 5.
- 10 São agravos à saúde relacionados ao trabalho
- (A) acidentes de trajeto.
(B) problemas familiares com impacto na vida profissional.
(C) a mais-valia como processo de exploração capitalista.
(D) a violência contra a mulher e seus dependentes no interior das instituições de trabalho.
(E) doenças, danos, distúrbios, sofrimentos ou lesões causados ou agravados pelo trabalho, que implicam prejuízo à saúde de um indivíduo ou de uma população.
- 11 Os usuários do Sistema de Saúde **não** têm direito
- (A) ao acesso ao prontuário.
(B) ao acolhimento como dispositivo técnico-assistencial que permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questionam-se as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços.
(C) a acompanhante, especialmente, no momento do parto.
(D) ao pagamento para deslocar-se em qualquer momento para ser atendido nas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde.
(E) de saber quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, sendo os serviços de saúde responsáveis por sua referência territorial.
- 12 O(s) único(s) dos objetivos do milênio – pactuados pela ONU no ano 2000 e que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde – que **não** foi alcançado pelo Brasil é/são
- (A) o combate à miséria e à fome.
(B) a redução da mortalidade infantil.
(C) a redução da mortalidade materna.
(D) as metas relacionadas ao saneamento.
(E) a intersetorialidade nas políticas públicas.
- 13 A definição de protocolos clínicos que garantam a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitem as diferenças e as necessidades do sujeito é parte das diretrizes da(o)
- (A) Norma Operacional 01/1996.
(B) Artigo 196 da Constituição Federal de 1988.
(C) política de humanização.
(D) política de atenção à saúde do idoso.
(E) Lei nº 8.142/1990.



14 Leia o excerto abaixo:

“(…) a vida cotidiana das parteiras e ‘experientes’ nos povoados rurais da região do Tocantins, no Pará, toma a mesma direção do rio da vida das demais mulheres que aí viveram ou, ainda, vivem. Elas são mães, esposas, avós, comadres, madrinhas e tias, que aprenderam com suas antepassadas a desempenhar afazeres tanto no mundo natural, executando as mais diversificadas formas de trabalho, como no plano sobrenatural, benzendo, recitando rezas e invocando encantarias, para obter ajuda na hora do parto e curar os males do seu povo. Ainda hoje, a presença dessas mulheres nos povoados rurais é indispensável. Entre os seus, são vistas como médicas, enfermeiras, farmacêuticas, capazes de fazer aliviar, com unguentos, banhos, chás de ervas e rezas, as dores e os males da população que não conta com outro recurso”. (PINTO, Benedita Celeste de Moraes. Vivências Cotidianas de Parteiras e ‘experientes’ do Tocantins. (2002:01).

Estas práticas dialogam diretamente com o que está estabelecido na(o)

- (A) Política Nacional de Atenção Básica e dos Agentes Comunitários. Reforçando a visita domiciliar como dispositivo essencial da atenção primária em saúde e respeitando os conhecimentos da comunidade.
- (B) Política de Vigilância à Saúde.
- (C) combate à mortalidade perinatal.
- (D) política nacional de combate à mortalidade, proibindo a atividade das parteiras, pois estas não cumprem papel na atenção básica e nem são referências para os profissionais de saúde da família.
- (E) combate à mortalidade neonatal.

15 As redes de atenção à saúde se organizam no momento em que

- (A) há um crescimento da população jovem no Brasil como um todo, especialmente nas regiões Norte e Nordeste.
- (B) há um forte deslocamento nos últimos cinco anos dos habitantes das regiões Norte e Nordeste para as regiões Sul e Sudeste.
- (C) há um crescimento sem precedentes e incontrolável da mortalidade infantil.
- (D) há uma incidência importante do câncer de mama entre a população masculina.
- (E) há uma transição epidemiológica em que aumenta a incidência das doenças crônico-degenerativas e há aumento significativo da longevidade em todas as regiões brasileiras.

NUTRIÇÃO

16 Em terapia nutricional enteral, as principais aplicações clínicas das fibras alimentares solúveis e insolúveis são

- (A) saciedade precoce, redução da obstipação intestinal em pacientes crônicos e diminuição da incidência de diarreia.
- (B) redução da obstipação intestinal em pacientes crônicos, diminuição da diarreia secundária a nutrição enteral e promoção do trofismo intestinal.
- (C) produção de ácidos graxos de cadeia curta, aumento da oferta de probióticos e saciedade precoce.
- (D) aumento do volume e peso fecal, aumento do tempo de trânsito intestinal e diminuição do trofismo intestinal.
- (E) controle de vômitos, aumento da reabsorção de água no intestino, diminuição da diarreia secundária a nutrição enteral.

17 Considerando que a etiologia da diarreia é multifatorial, a conduta indicada no paciente em terapia nutricional enteral com diarreia, de acordo com o Projeto Diretrizes, 2011, é

- (A) diminuir a infusão da dieta e utilizar fibras solúveis.
- (B) suspender a dieta enteral até a melhora do quadro e, após, reiniciar com uma dieta oligomérica.
- (C) uso de fibras e dieta oligomérica com glutamina.
- (D) utilizar dietas isentas de fibras.
- (E) administração de prebióticos, probióticos e glutamina.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2018
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017



- 18 O termo “trauma” envolve diferentes situações clínicas e as intervenções cirúrgicas correspondem a um desses eventos. Entre as características gerais da resposta metabólica ao trauma podemos dizer que
- (A) ocorre aumento do gasto energético e do consumo de oxigênio, uma gliconeogênese maior que no jejum associada a um estado de resistência à insulina e hiperglicemia.
 - (B) o quadro de resposta ao trauma pode ser explicado por mecanismos de ativação neuroendócrina semelhante ao do jejum, não havendo diferenças importantes entre esses dois processos.
 - (C) ocorre inicialmente diminuição da perda proteica como forma de economizar proteínas para posterior utilização no processo de cicatrização.
 - (D) aumento da produção de glucagon em resposta à aumentada estimulação adrenérgica e diminuição da produção do hormônio do crescimento (GH).
 - (E) as alterações do metabolismo intermediário são facilmente modificadas com a administração de nutrientes específicos, semelhante ao jejum.
- 19 A nutrição parenteral está indicada se o trato digestivo não funciona, apresenta-se obstruído ou está inacessível, onde esta condição continuará por pelo menos sete dias, porém, existem situações em que a nutrição parenteral está contraindicada. Leia as afirmativas abaixo e assinale (V) para as verdadeiras e (F) para as falsas.
- () Instabilidade hemodinâmica e em graves distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos.
 - () Choque cardiogênico ou séptico e em graves distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos.
 - () Síndrome de má-absorção, sepse e em graves distúrbios metabólicos e hidroeletrólíticos.
 - () Obstrução por neoplasias e síndrome de má-absorção.
- A sequência correta é
- (A) V, F, F, V.
 - (B) F, V, V, F.
 - (C) F, V, F, V.
 - (D) V, V, V, F.
 - (E) V, V, F, F.
- 20 De acordo com Vitolo (2008), o ganho de peso da criança abaixo de 1 ano é o melhor indicador do estado nutricional, sendo o acompanhamento periódico do peso e a utilização da curva de crescimento boas ferramentas para o rápido diagnóstico na vigência de problemas nutricionais, desse modo é correto afirmar que
- (A) o ganho de peso diário esperado para a idade de 0 a 6 meses é de 400 g/mês.
 - (B) o ganho de peso diário esperado para a idade de 0 a 6 meses é > 20 g/dia.
 - (C) a curva de peso para idade com traçado ascendente indica diminuição da velocidade de ganho de peso.
 - (D) para a idade de 6 meses o ganho de peso diário é > 30 g/dia.
 - (E) a curva de peso reta indica um processo inicial de desnutrição.
- 21 Um bebê prematuro com 1 mês de vida extra-útero, que nasceu com 32 semanas gestacionais, cronologicamente falando, estaria com
- (A) 30 semanas.
 - (B) 34 semanas.
 - (C) 38 semanas.
 - (D) 36 semanas.
 - (E) 32 semanas.
- 22 Em antropometria, o perímetro cefálico (PC) é utilizado para classificação de desnutrição infantil e está associado ao perímetro torácico (PT) a partir do indicador PT/PC. É correto afirmar que
- (A) dos 6 meses aos 5 anos de idade uma relação normal entre PT/PC é sempre menor que 1.
 - (B) do nascimento até os 6 meses de vida os perímetros cefálicos e torácico são aproximadamente iguais.
 - (C) dos 6 meses aos 5 anos de idade a relação PT/ PC é igual a 1.
 - (D) uma relação onde PT/PC é menor que 1 é indicativa de normalidade em qualquer faixa etária da criança.
 - (E) a relação PT/PC é utilizada apenas como método diagnóstico de estados patológicos de microcefalia, macrocefalia ou hidrocefalia.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2018
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017



- 23 No planejamento da terapia nutricional na sepse podemos afirmar que
- (A) terapia nutricional deverá ser iniciada o mais precocemente possível, independente da estabilização hemodinâmica do paciente.
 - (B) está estabelecido que a terapia nutricional se iniciará após 48 horas da estabilização hemodinâmica do paciente.
 - (C) terapia nutricional deverá ser iniciada em até 72 horas, seguindo-se a estabilização hemodinâmica do paciente.
 - (D) na fase inicial da abordagem terapêutica da sepse a terapia nutricional deverá estar indicada.
 - (E) terapia nutricional não poderá ser iniciada na fase de hipermetabolismo.
- 24 Em relação à influência que o trauma operatório exerce sobre o estado nutricional e o metabolismo é correto afirmar que
- (A) ocorre a diminuição de proteínas de fase aguda positiva, como proteína C-reativa, e aumento de proteína de fase aguda negativa, como a albumina.
 - (B) na fase *ebb* ocorre o predomínio do catabolismo sobre o anabolismo.
 - (C) a fase *flow* se caracteriza por retenção hídrica, determinando a necessidade de fluídos endovenosos.
 - (D) a resposta orgânica ao trauma é mediada por citocinas pró-inflamatórias e hormônios contrarreguladores que promovem o aumento das proteínas de fase aguda negativa.
 - (E) na fase *flow*, em que o catabolismo é predominante, ocorre aumento da excreção nitrogenada e perda de massa muscular.
- 25 É vantagem da nutrição parenteral em sistema 3 em 1
- (A) ter menor chance de desestabilização com concentrações não padronizadas de eletrólitos.
 - (B) ter menor risco de contaminação durante a administração endovenosa, reduzindo o custo-benefício em várias situações.
 - (C) ter maior estabilidade ao longo do tempo, comparada à mistura 2 em 1.
 - (D) facilitar a visualização de precipitados e partículas materiais na mistura.
 - (E) ter sempre compatibilidade das medicações com a emulsão lipídica.
- 26 Em relação à classificação das fórmulas enterais é correto afirmar que
- (A) fórmulas enterais parcialmente hidrolisadas são nutricionalmente completas e estão indicadas em enteropatias com perda proteica, como na doença inflamatória intestinal.
 - (B) fórmulas especializadas são específicas para disfunções orgânicas e para estresse metabólico, não sendo consideradas nutricionalmente completas.
 - (C) as fórmulas poliméricas possuem alta densidade calórica e são indicadas quando o paciente apresenta mínima capacidade digestiva.
 - (D) os módulos são indicados para suplementar fórmulas e individualizar formulações, podendo ser nutricionalmente completos.
 - (E) as dietas parcialmente hidrolisadas contêm aminoácidos livres e estão indicadas para pacientes com capacidade digestiva e absorção normal.
- 27 Em relação à avaliação nutricional do idoso é correto afirmar que
- (A) os pontos de corte do IMC são inferiores aos dos adultos, devido ao fato de aquele público estar mais vulnerável às patologias.
 - (B) não recomenda-se estimar a estatura para a determinação do IMC em idosos, em razão a problemas posturais do processo de envelhecimento.
 - (C) a composição corporal do idoso se altera com o processo de envelhecimento, havendo redução da quantidade de tecido adiposo e tecido muscular.
 - (D) a aferição da circunferência da panturrilha é feita em posição supina, joelho dobrada em ângulo de 45°, medindo-se a maior circunferência com fita métrica.
 - (E) a circunferência da panturrilha é considerada um indicador sensível de alterações musculares.



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2018
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017**



- 28 A avaliação do estado nutricional do indivíduo tem como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado nutricional. Assim, na avaliação do estado nutricional do idoso, deve-se levar em consideração que
- (A) a circunferência do braço expressa tanto a gordura subcutânea quanto o músculo, e seus valores de referência não diferem do adulto.
 - (B) a circunferência da panturrilha também pode ser utilizada como indicador para o adulto.
 - (C) a circunferência muscular do braço tem associação fraca com a desnutrição proteica calórica, por refletir a perda muscular.
 - (D) as dobras cutâneas são bastante utilizadas na avaliação nutricional do idoso, pois não existem fatores de limitação.
 - (E) a osteoporose pode diminuir a circunferência da cintura com a idade, devido ao encurtamento da altura.
- 29 A importância da alimentação adequada na redução do risco cardiovascular já está bem comprovada por uma série de evidências científicas. Assim, pode-se dizer que
- (A) ácidos graxos poli-insaturados reduzem o colesterol e o HDL-plasmático.
 - (B) o colesterol alimentar tem menor efeito sobre a elevação plasmática do colesterol quando comparado à gordura saturada.
 - (C) as gorduras monoinsaturadas são encontradas no azeite de oliva, no óleo de canola, no óleo de palma e no óleo de coco.
 - (D) o ácido oleico aumenta a concentração de LDL-colesterol.
 - (E) o farelo de aveia é rico em fibras insolúveis, portanto, pode contribuir na redução do colesterol sanguíneo.
- 30 A abordagem terapêutica da insuficiência cardíaca (IC) é multidisciplinar, incluindo modificações no estilo de vida, dieta, fármacos e intervenção cirúrgica. Em relação à conduta dietoterápica pode-se afirmar que
- (A) a dietoterapia tem como objetivo fornecer energia e nutrientes necessários para estimular a perda de peso, evitando sobrecarga cardíaca.
 - (B) se deve diminuir o consumo de alimentos fontes de potássio, como frutas, verduras e legumes, devido ao fato de o uso de diuréticos ser bastante comum no controle da IC.
 - (C) pacientes com desnutrição grave podem necessitar de até 2g de proteína/Kg peso/dia para garantir a síntese proteica.
 - (D) a recomendação de carboidratos varia de 50% a 55% da ingesta energética, priorizando os carboidratos integrais e de alto índice glicêmico.
 - (E) nos casos em que há diminuição da função renal a restrição de proteína deve ser de 1,2 g/Kg peso/dia.
- 31 No envelhecimento, a perda de massa e força muscular é responsável pela redução de mobilidade e pelo aumento da incapacidade funcional e da dependência. Pode-se dizer que essas características são da
- (A) síndrome consuptiva.
 - (B) osteopenia.
 - (C) osteoporose.
 - (D) lipodistrofia.
 - (E) sarcopenia.
- 32 Os idosos têm maior susceptibilidade à alteração do estado nutricional. Algumas alterações estão condicionadas às alterações próprias do envelhecimento, outras, às doenças crônicas e fatores relacionados à condição sócioeconômica e familiar. Assim, é correto dizer que
- (A) com o passar do tempo o hábito alimentar do idoso é determinado somente por preferências e mudanças fisiológicas.
 - (B) constipação intestinal é um processo normal do envelhecimento e não está relacionada à baixa ingestão de fibras e líquidos.
 - (C) disfagia é comum no idoso e, neste caso, deve-se oferecer alimentos sólidos e líquidos ao mesmo tempo, para facilitar a deglutição.
 - (D) depressão, o luto pela perda de amigos ou entes queridos e a ausência de um papel social são fatores que podem afetar o estado nutricional do idoso.
 - (E) a hipocloridria, condição frequente no idoso, pode resultar na redução da absorção da vitamina B6.



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2018
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017**



- 33 A orientação nutricional é um dos componentes fundamentais da abordagem terapêutica do portador de Diabetes Mellitus. Assim, Cuppari (2014) recomenda
- (A) uso de sacarose de até 10% da quantidade total de carboidratos por dia.
 - (B) proteína de 22 a 28% do valor energético total.
 - (C) ingestão de colesterol menor que 200mg/dia.
 - (D) fibras insolúveis no mínimo de 20g /dia.
 - (E) fibras solúveis no mínimo de 20g/dia.
- 34 Embora a hemoglobina glicada (HbA1c) seja um excelente indicativo do controle glicêmico na maioria dos casos, existem fatores capazes de influenciar este parâmetro, devendo ser respeitados no caso em que há discrepância entre (HbA1c) e as glicemias capilares. Entre tais fatores incluem-se
- (A) anemias, dislipidemias e uremia.
 - (B) dislipidemias, insulinas e betabloqueadores.
 - (C) hemoglobinopatias, álcool e insulinas.
 - (D) hipetrigliceridemia, uremia e antidiabéticos orais.
 - (E) insulina, betabloqueadores e anemia.
- 35 Muitos componentes dietéticos são fortemente relacionados com a composição urinária, sendo, portanto, a dieta um dos fatores de risco mais importantes para a formação de cálculos renais. Ao receber um paciente com história de litíase renal, o nutricionista deve
- (A) restringir alimentos ricos em cálcio, fósforo, e vitamina C.
 - (B) orientar aumento na ingestão de líquidos, enfatizando o uso de sucos de limão e laranja, pois são ricos em citrato.
 - (C) restringir consumo de sal e alimentos ricos em potássio.
 - (D) fazer uso de suplementos de vitamina C.
 - (E) fazer uso de alimentos ricos em cálcio e oxalato durante as refeições.
- 36 Distúrbios nutricionais são frequentes em pacientes com doença renal crônica, e intervenções dietéticas específicas são necessárias no tratamento dos vários distúrbios, bem como na preservação da função renal. Em relação ao potássio pode-se dizer que
- (A) constipação crônica e grave deve ser tratada sempre que possível, pois é um fator não dietético que pode influenciar na hiperpotassemia.
 - (B) frutas e hortaliças devem ser consumidas sempre cozidas, pois no processo de cozimento há redução da quantidade de potássio nos alimentos.
 - (C) água de coco, caldo de feijão e frutas oleaginosas contêm pouca quantidade de potássio.
 - (D) as principais consequências da hipercalemia são o edema e a ascite.
 - (E) hiperpotassemia é geralmente definida quando a concentração de potássio é superior a 6,5mEq/L.
- 37 Vários estudos entre dieta e hipertensão vêm demonstrando que a intervenção dietética tem um importante papel na redução da pressão arterial. Assim, é uma característica de grande relevância no plano alimentar DASH (dietary approaches to stop hypertension)
- (A) dar ênfase a nutrientes isolados e suplementados.
 - (B) conter alimentos com quantidade expressiva de gordura boa (monoinsaturada).
 - (C) não restringir sódio; a quantidade de sódio é a mesma da dieta comum que corresponde a uma dieta normossódica.
 - (D) restringir consumo de proteínas de origem animal.
 - (E) restringir consumo de carboidratos simples.



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2018
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017**



- 38 O tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial envolve uma série de medidas, como controle ponderal, prática de atividade física e outros. Com base na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, é correto afirmar que
- (A) o limite de consumo de sódio em 2,0 g/dia está associado à diminuição da pressão arterial, porém o consumo médio da população brasileira é de 11,4g/dia.
 - (B) a ingestão de fibras promove discreta diminuição na pressão arterial, destacando o beta-glucano, proveniente das frutas.
 - (C) os laticínios, por serem alimentos ricos em gorduras, devem ser restritos.
 - (D) a alicina, componente bioativo do alho, pode contribuir para aumento da pressão arterial.
 - (E) a dieta do Mediterrâneo não possui efeito hipotensor.
- 39 Uma menina de 7 anos de idade, dobra cutânea tricipital de 8 milímetros de espessura e percentil 50 de 11 milímetros será diagnosticada como
- (A) desnutrida leve.
 - (B) desnutrida moderada.
 - (C) desnutrida grave.
 - (D) eutrófica.
 - (E) obesa.
- 40 A necessidade energética de pacientes com AIDS e CD4 inferior a 200 células é de
- (A) 20 kcal/kg/dia.
 - (B) 25 kcal/kg/dia.
 - (C) 30 kcal/kg/dia.
 - (D) 35 kcal/kg/dia.
 - (E) 40 kcal/kg/dia.
- 41 A anorexia apresentada por pacientes oncológicos caquéticos é causada pela desregulação do hormônio
- (A) fator indutor de proteólise.
 - (B) leptina.
 - (C) neuropeptídeo Y.
 - (D) fator mobilizador de lipídeos.
 - (E) melanocortina.
- 42 A oferta proteica na terapia nutricional de pacientes oncológicos maiores de 11 anos deve ser de
- (A) 0,8 g/kg/dia.
 - (B) 1,0 g/kg/dia.
 - (C) 1,2 g/kg/dia.
 - (D) 1,3 g/kg/dia.
 - (E) 1,5 g/kg/dia.
- 43 A redução das concentrações séricas de albumina em pacientes hospitalizados desequilibra a distribuição de água nos compartimentos corporais por modificar a
- (A) pressão hidrostática.
 - (B) pressão arterial.
 - (C) pressão venosa.
 - (D) pressão oncótica.
 - (E) pressão intersticial.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2018
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017



- 44 A circunferência muscular do braço de uma mulher com 23 centímetros de perímetro braquial e 15,9 milímetros de dobra cutânea tricípital será
- (A) 18.
 - (B) 19.
 - (C) 20.
 - (D) 21.
 - (E) 22
- 45 Paciente portador de fibrose cística apresenta alteração na viscosidade das secreções orgânicas devido ao desequilíbrio dos eletrólitos
- (A) sódio e potássio.
 - (B) cloro e potássio.
 - (C) sódio e cloro.
 - (D) cloro e fosfato.
 - (E) fosfato e sódio.
- 46 Albuminemia reduzida e proteína **C** reativa aumentada são usadas para informação prognóstica de pacientes em cuidados paliativos por meio do escore
- (A) APACHE.
 - (B) de Glasgow.
 - (C) SOFA.
 - (D) de Risco Nutricional.
 - (E) NUTRIC.
- 47 A velocidade de infusão inicial de glicose em prematuro extremo apresentando normalidade glicêmica deve ser de
- (A) 4 mg/kg/minuto.
 - (B) 5 mg/kg/minuto.
 - (C) 6 mg/kg/minuto.
 - (D) 7 mg/kg/minuto.
 - (E) 8 mg/kg/minuto.
- 48 A terapia nutricional está indicada em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana quando apresentarem
- (A) perda ponderal >5% em dois meses ou IMC < 18 kg/m².
 - (B) perda ponderal >5% em três meses ou IMC < 18,5 kg/m².
 - (C) perda ponderal >5% em quatro meses ou IMC < 18,5 kg/m².
 - (D) perda ponderal >5% em três meses ou IMC < 18 kg/m².
 - (E) perda ponderal >5% em cinco meses ou IMC < 18,5 kg/m².
- 49 O fator de necrose tumoral provoca catabolismo na doença pulmonar obstrutiva crônica por inibir a atividade da enzima
- (A) lipase hormônio sensível.
 - (B) lipase lipoproteica.
 - (C) lipase pancreática.
 - (D) lipase entérica.
 - (E) lipase gástrica.



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM
ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2018
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 19 DE SETEMBRO DE 2017**



- 50 A ingestão adequada recomendada de proteína para crianças entre 2 e 3 anos é de
- (A) 10 gramas por dia.
 - (B) 11 gramas por dia.
 - (C) 12 gramas por dia.
 - (D) 13 gramas por dia.
 - (E) 14 gramas por dia.