



Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
EDITAL Nº 1 - COREMU/UFPA, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2015

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2016

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Área: Oncologia);
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Área: Saúde do Idoso);
Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico;

NUTRIÇÃO

17 de janeiro de 2016

Nome do Candidato: _____

Nº de Inscrição: _____

Assinatura

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

1. Confira se a prova que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique imediatamente ao fiscal de sala.
2. Confira se, além deste BOLETIM DE QUESTÕES, você recebeu o CARTÃO-RESPOSTA, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
3. Este BOLETIM DE QUESTÕES contém a 50 (cinquenta) questões objetivas, sendo 15 do SUS e 35 de Área Específica. Caso exista alguma falha de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala. Na prova há espaço reservado para rascunho. **Esta prova terá duração de quatro horas, tendo seu início às 8:00 hs e término às 12:00 hs (horário de Belém-PA).**
4. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) opções de resposta, identificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E). Apenas uma responde adequadamente à questão, considerando a numeração de 01 a 50.
5. Confira se seu nome, número de inscrição, especialidade e data de nascimento, consta na parte superior do CARTÃO-RESPOSTA que você recebeu. Caso exista algum erro de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala, a fim de que o fiscal registre no formulário de Correção de Dados a devida correção.
6. O candidato deverá permanecer, obrigatoriamente, no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova. A inobservância acarretará a eliminação do concurso.
7. É obrigatório que você assine a LISTA DE PRESENÇA e o CARTÃO-RESPOSTA do mesmo modo como está assinado no seu documento de identificação.
8. A marcação do CARTÃO-RESPOSTA deve ser feita somente com caneta esferográfica de tinta preta ou azul, pois lápis não será considerado.
9. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato. A substituição só será autorizada se for constatada falha de impressão.
10. O BOLETIM DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA serão devolvidos ao final da sua prova. O CARTÃO-RESPOSTA é o único documento válido para o processamento de suas respostas.
11. Será automaticamente eliminado do Processo Seletivo de Residência Multiprofissional o candidato que durante a realização da prova descumprir os procedimentos definidos no Edital nº 01/COREMU/2015 do referido processo.

Boa Prova.

FADESP

SUS

1. O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos no Pacto em Defesa do SUS deve considerar como diretriz
 - (A) estabelecimento do diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.
 - (B) promoção da cidadania como estratégia de mobilização social, tendo a questão da saúde como um direito.
 - (C) repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS.
 - (D) articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.
 - (E) desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

2. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui
 - (A) são estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar, somente, para crianças e idosos.
 - (B) o impedimento de destinação de recursos públicos para auxílios nos tratamentos de portadores de doenças crônicas.
 - (C) estabelece os direitos e deveres dos usuários em relação ao atendimento nos Programas de Saúde da Família.
 - (D) esta lei regula, somente nos municípios, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.
 - (E) as ações e os serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente seja mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

3. A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do pacto de Gestão. Quanto aos objetivos da Regionalização pode-se afirmar que garante o(a)
 - (A) acesso somente aos serviços de saúde de média complexidade no município.
 - (B) direito à saúde, somente a nível local, que possibilite a redução das desigualdades no acesso às ações e aos serviços de saúde existentes no município.
 - (C) acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.
 - (D) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso nos níveis de baixa e média complexidade do sistema.
 - (E) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso no nível de alta complexidade do sistema.

RASCUNHO

- 4.** Com relação à Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, pode-se afirmar que
- (A)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos.
 - (B)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde privados.
 - (C)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.
 - (D)** os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário entre as duas esferas de gestão do SUS.
 - (E)** os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário, na esfera estadual de gestão do SUS.
- 5.** Os municípios têm como responsabilidade, na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria,
- (A)** coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS.
 - (B)** realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços.
 - (C)** adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes municipais.
 - (D)** monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas nos estados, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.
 - (E)** manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas da Secretaria de Saúde do Estado.
- 6.** Sobre as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, é correto afirmar que a(s)
- (A)** União é quem determina as necessidades de manutenção e expansão dos quadros de trabalhadores da saúde para os estados e municípios.
 - (B)** Secretarias de Saúdes Estaduais devem formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS.
 - (C)** duas esferas de gestão devem propor estudos quanto às estratégias e ao financiamento Bibartite para os trabalhadores do SUS.
 - (D)** política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho.
 - (E)** políticas de recursos humanos para a Atenção Básica de Saúde são de responsabilidade, única e exclusivamente, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.
- 7.** Quanto à educação na saúde, é responsabilidade do município
- (A)** incentivar junto à rede de ensino, no âmbito estadual, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
 - (B)** incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, estadual e nacional, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
 - (C)** propor e pactuar, com o Sistema Federal de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.
 - (D)** promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
 - (E)** apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular na saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.

8. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, publicada no DOU de 20/09/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No Art. 18, estão estabelecidas as competências da direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS entre elas
- (A) formar consórcios administrativos intermunicipais.
 - (B) formar consórcios administrativos interestaduais.
 - (C) formar consórcios administrativos intermunicipais e interestaduais.
 - (D) dar execução, no âmbito estadual, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
 - (E) controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde.
9. Está correto afirmar que
- (A) a organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.
 - (B) o Plano Diretor de Investimento – PDI, expressa os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no planejamento nacional.
 - (C) o Plano Diretor de Regionalização – PDR, expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada município.
 - (D) entre as premissas da descentralização, podemos dizer que, a Comissão Intergestores Bipartite e o Ministério da Saúde promoverão a apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Tripartite.
 - (E) os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI, o Piso de Atenção Básica – PAB e o Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.
10. Entre os objetivos do fortalecimento da Atenção Básica está
- (A) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das duas esferas de gestão do SUS.
 - (B) ampliar a estratégia de Saúde da Família, e os serviços de média e alta complexidade nos grandes centros urbanos.
 - (C) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
 - (D) consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família, somente, nos pequenos municípios.
 - (E) implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas duas esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
11. A lei 8080/90, no Art. 13, determina a articulação das políticas e dos programas, a cargos das comissões intersetoriais, abrangendo, em especial, as seguintes atividades:
- (A) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia e saúde do trabalhador.
 - (B) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (C) alimentação e nutrição; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (D) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (E) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância epidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.

RASCUNHO

- 12.** A lei 8142/90 refere em seu Art. 2º que os recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS serão alocados como
- (A) cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pela União.
 - (B) investimentos previstos no Plano Quinquenal dos Ministérios da Saúde e da Educação.
 - (C) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Congresso Nacional.
 - (D) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
 - (E) despesas de custeio e de capital dos Ministérios da Saúde e da Educação, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
- 13.** Em relação à direção e articulação do SUS, é correto afirmar que a(o)
- (A) direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.112/1990.
 - (B) definição sobre o número de membros de cada CIT deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.
 - (C) processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.
 - (D) CIB é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.
 - (E) CIT, composta igualmente de forma paritária e integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde COSEMS ou órgão equivalente, é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.
- 14.** O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Entre as suas prioridades, foi pactuada a Promoção da Saúde, que tem como um dos seus objetivos elaborar e implementar uma política de promoção da saúde, de responsabilidade do(s) gestor(es)
- (A) municipal.
 - (B) municipal estadual e federal.
 - (C) municipal e estadual.
 - (D) estadual e federal.
 - (E) municipal e federal.
- 15.** A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e é parte fundamental do Pacto pela Vida. Uma das ações que deve ser desenvolvida para fortalecer o processo de participação social é
- (A) apoiar o processo de formação dos conselheiros.
 - (B) apoiar o processo de formação dos conselheiros e dos secretários municipais e estaduais de saúde.
 - (C) estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, educação e segurança nos municípios.
 - (D) apoiar os processos de educação popular e permanente na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.
 - (E) apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde e educação.

ÁREA ESPECÍFICA

- 16.** Em relação à obesidade, é incorreto afirmar que
- (A) do tipo ginecoide caracteriza-se por um depósito aumentado de gorduras nos quadris, comparado a uma pera. Sua presença está relacionada com risco maior a artroses e varizes.
 - (B) as pregas cutâneas podem ser usadas para determinar o grau de obesidade em obesos mórbidos.
 - (C) a síndrome metabólica desempenha relevante papel na gênese da doença cardiovascular em indivíduos obesos.
 - (D) é um fator de risco independente para doença cardiovascular.
 - (E) são consideradas suas formas clínicas a androide, a ginecoide e a generalizada.
- 17.** As recomendações nutricionais de proteínas e energia para um paciente adulto, eutrófico, renal em tratamento não dialítico, com taxa de filtração glomerular >60 mL/min são, respectivamente,
- (A) 0,8 - 1g/kg/dia e 35 kcl/kg/dia.
 - (B) 0,8 - 1g/kg/dia e 30 kcl/kg/dia.
 - (C) 0,6 - 0,8g/kg/dia e 35 kcl/kg/dia.
 - (D) 1,0 - 1,2g/kg/dia e 30kcl/kg/dia.
 - (E) 0,8 - 1g/kg/dia e 40 kcl/kg/dia.
- 18.** Em relação às hepatopatias é incorreto afirmar que
- (A) a massa corporal é afetada por edema e ascite.
 - (B) A desnutrição é um achado incomum em pacientes com doença avançada.
 - (C) a encefalopatia hepática subclínica ocorre em grande parte dos pacientes com insuficiência hepática crônica, sendo precipitada pela ingestão dietética excessiva de proteínas em alguns casos.
 - (D) a necessidade de proteínas para pacientes sem encefalopatia varia de 0,8 a 1g/kg de peso seco/dia.
 - (E) dependendo da gravidade do edema, a restrição de líquidos pode ser necessária.
- 19.** No planejamento dietoterápico do paciente diabético deve-se levar em consideração, exceto
- (A) a terapia nutricional é essencial para o sucesso do tratamento.
 - (B) atingir níveis adequados de lipídeos séricos é um dos objetivos da terapia nutricional.
 - (C) uma unidade de insulina corresponde a 15g de carboidrato.
 - (D) a quantidade de proteína deve ficar entre 10 a 20% em relação ao valor energético total da dieta diária.
 - (E) a porcentagem recomendada de gordura depende somente do perfil lipídico do paciente.
- 20.** Sobre a avaliação nutricional do paciente idoso, é incorreto afirmar que
- (A) a circunferência do braço reflete a redução de massa magra e do tecido subcutâneo.
 - (B) a circunferência da panturrilha é uma medida sensível de massa muscular.
 - (C) a circunferência da cintura é utilizada para verificar risco de doença aterosclerótica.
 - (D) circunferência da panturrilha inferior a 31cm indica desnutrição.
 - (E) a CMB (Circunferência Muscular do Braço) estima reservas proteicas pela utilização conjunta da circunferência do braço e dobra cutânea subescapular.
- 21.** São considerados métodos objetivos de avaliação nutricional
- (A) exame físico, antropometria, ASG.
 - (B) composição corpórea, MAN, exame físico.
 - (C) consumo alimentar, parâmetros bioquímicos, ASG.
 - (D) composição corpórea, consumo alimentar, antropometria.
 - (E) MAN, ASGPP, exame físico.

- 22.** Em relação à avaliação nutricional é correto afirmar que
- (A) a perda de peso involuntária tem elevada correlação com a mortalidade, sendo, portanto, uma importante informação para avaliar a gravidade do problema de saúde.
 - (B) para corrigir o peso ideal de amputados deve-se somar o peso da extremidade amputada do peso ideal calculado.
 - (C) a ASG aborda aspectos como redução de peso nos últimos três meses.
 - (D) a xerose é um sinal físico indicativo de deficiência de vitamina B12.
 - (E) o QFA é um método prospectivo de avaliação nutricional.
- 23.** Um paciente do sexo feminino apresenta risco elevado para doenças metabólicas associadas à obesidade quando a medida da CC corresponde a
- (A) 50-58cm.
 - (B) 60-68cm.
 - (C) 70-78cm.
 - (D) 80-88cm.
 - (E) 90-98cm.
- 24.** Não é/são sintoma(s) crônico(s) da síndrome do cólon irritável
- (A) a presença de muco nas fezes.
 - (B) o esforço ou urgência em defecar.
 - (C) o desconforto abdominal.
 - (D) a alteração da motilidade intestinal.
 - (E) as náuseas e vômito.
- 25.** São consideradas complicações crônicas do diabetes mellitus
- (A) hipoglicemia, poliúria e polifagia.
 - (B) poliúria, polifagia e polidipsia.
 - (C) nefropatia, retinopatia e encefalopatia.
 - (D) pé diabético, hiperglicemiae e parestesia.
 - (E) retinopatia, nefropatia e pé diabético.
- 26.** Em relação à terapia nutricional em pacientes com ICC é correto afirmar que
- (A) frutas ricas em potássio são recomendadas.
 - (B) a dieta hipossódica é indicada mesmo para pacientes assintomáticos.
 - (C) níveis plasmáticos de cálcio e magnésio devem ser controlados e, se necessário, realizar suplementação.
 - (D) somente A e B estão corretas.
 - (E) A, B e C estão corretas.
- 27.** Na terapia nutricional inicial da pancreatite aguda é correto afirmar que se deve
- (A) iniciar imediatamente a nutrição enteral com dieta oligomérica.
 - (B) suspender a alimentação oral e caso a pancreatite aguda seja grave e iniciar a nutrição parenteral.
 - (C) indicar uma dieta de consistência livre, que deve ser suplementada.
 - (D) iniciar uma dieta branda, hiperproteica e hipercalórica.
 - (E) Iniciar uma dieta líquida sem irritantes gástricos.
- 28.** Não é/são vantagem(ns) da localização gástrica da sonda nasoenteral
- (A) maior tolerância a fórmulas variadas.
 - (B) boa aceitação de fórmulas hiperosmóticas.
 - (C) permite a progressão mais rápida para alcançar valor calórico desejado.
 - (D) menor risco de aspiração.
 - (E) fácil posicionamento da sonda.

- 29.** Em relação à terapia nutricional parenteral é correto afirmar que
- (A) é indicada quando o trato gastrointestinal está funcionando.
 - (B) é indicada quando não é possível o acesso gastrointestinal ou quando a alimentação enteral é de difícil tolerância.
 - (C) em casos de fístulas de baixo débito, seu uso é obrigatório.
 - (D) é o método mais fisiológico.
 - (E) todas as alternativas estão erradas.
- 30.** Na DPOC há uma preocupação com a insuficiência respiratória. O nutriente que mais influencia o aumento do coeficiente respiratório e prejudica o quadro clínico é/são
- (A) o carboidrato.
 - (B) o lipídeo.
 - (C) as proteínas.
 - (D) o cálcio.
 - (E) o magnésio.
- 31.** Na recuperação nutricional de paciente grande queimado, é importante considerar a reposição de
- (A) líquidos, eletrólitos e proteínas.
 - (B) líquidos, glicídeos e sódio.
 - (C) líquido.
 - (D) nitrogênio e potássio.
 - (E) albumina e magnésio.
- 32.** Pacientes oncológicos frequentemente apresentam xerostomia. Isso quer dizer
- (A) eliminação após esforço de material contido no tubo digestivo.
 - (B) impossibilidade de abrir a boca devido à contração espasmódica dos músculos mastigadores.
 - (C) dor ao deglutir.
 - (D) redução do número de glanulócitos.
 - (E) ressecamento anormal da mucosa da boca.
- 33.** A fístula digestiva que representa risco maior de morbidade e mortalidade do paciente é a
- (A) duodenal.
 - (B) esofágica.
 - (C) gástrica.
 - (D) ileal.
 - (E) biliar.
- 34.** Pacientes com Acidente Vascular Cerebral apresentam atrofia do(a)
- (A) músculo tríceps braquial.
 - (B) músculo intervertebral.
 - (C) Músculo supraclavicular.
 - (D) músculo temporal.
 - (E) bola gordurosa de Bichart.
- 35.** Considerando que um paciente com câncer gástrico apresentou peso usual de 70kg, peso ideal de 65kg e peso atual de 56kg, a perda ponderal em seis meses foi de
- (A) 05%.
 - (B) 10%.
 - (C) 15%.
 - (D) 20%.
 - (E) 25%.

- 36.** O radical livre $O^{\cdot -}$ é inativado pela
- (A) catalase.
 - (B) glutathiona redutase.
 - (C) superóxido dismutase.
 - (D) vitamina C.
 - (E) vitamina E.
- 37.** O tipo de anemia que ocorre em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica é
- (A) ferropriva.
 - (B) megaloblástica.
 - (C) hemolítica.
 - (D) microcítica.
 - (E) perniciosa.
- 38.** Na fibrose cística ocorre digestão normal de
- (A) amido.
 - (B) lactose.
 - (C) polipeptídeo.
 - (D) proteína.
 - (E) triglicerídeo.
- 39.** A lipoproteína mais rica em triglicerídeos é
- (A) HDL.
 - (B) IDL.
 - (C) LDL.
 - (D) VLDL.
 - (E) Quilomícrons.
- 40.** O paciente portador de insuficiência renal crônica apresenta
- (A) acidose metabólica.
 - (B) acidose respiratória.
 - (C) alcalose metabólica.
 - (D) alcalose respiratória.
 - (E) alcalose circulatória.
- 41.** O imunonutriente essencial à proliferação das células intestinais é o(a)
- (A) ácido graxo linolênico.
 - (B) arginina.
 - (C) ácido graxo linoleico.
 - (D) glutamina.
 - (E) nucleotídeos.
- 42.** Não é complicação da terapia nutricional enteral
- (A) broncoaspiração.
 - (B) diarreia.
 - (C) esteatose hepática.
 - (D) hiperglicemia.
 - (E) sinusite.
- 43.** A terapia nutricional enteral não é indicada no caso de
- (A) instabilidade hemodinâmica.
 - (B) pós-esofagectomia.
 - (C) pós-gastrectomia total.
 - (D) queimadura de segundo grau na face.
 - (E) tumor no intestino grosso.

44. O número de calorias que fornecerá a gordura de uma solução de nutrição parenteral num sistema 3 em 1 contendo 200ml de uma emulsão lipídica a 10% é
- (A) 220 kcal.
 - (B) 210 kcal.
 - (C) 230 kcal.
 - (D) 190 kcal.
 - (E) 200 kcal.
45. Um paciente apresentando doença pulmonar obstrutiva crônica deve receber uma proporção maior de lipídeos na dieta visando a evitar
- (A) hipercalemia.
 - (B) hiperglicemia.
 - (C) hipercapnia.
 - (D) hipertrigliceridemia.
 - (E) hiperuricemia.
46. A citocina pró-caquética é a
- (A) interleucina 1.
 - (B) interleucina 4.
 - (C) interleucina 10.
 - (D) interleucina 13.
 - (E) interleucina 15.
47. Avaliar um paciente desidratado por meio da bioimpedância elétrica resultará em
- (A) subestimativa da taxa metabólica basal.
 - (B) subestimativa da massa gorda.
 - (C) composição corporal inalterada.
 - (D) subestimativa da massa óssea.
 - (E) subestimativa da massa magra.
48. A dobra cutânea em que se deve posicionar as hastes do adipômetro de forma paralela ao eixo longitudinal é a
- (A) torácica.
 - (B) subescapular.
 - (C) abdominal.
 - (D) axilar média.
 - (E) supraílica.
49. A Síndrome de Wernicke-Korsakoff é consequência clínica da deficiência da vitamina
- (A) B1.
 - (B) B2.
 - (C) B3.
 - (D) B5.
 - (E) B6.
50. A dieta enteral para terapia nutricional de pacientes submetidos à ressecção de 30 centímetros do íleo deve ser
- (A) dimérica.
 - (B) monomérica.
 - (C) oligomérica.
 - (D) polimérica.
 - (E) trimérica.

RASCUNHO