



Realização:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PROCESSO SELETIVO PARA OS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE - EDITAL 10/2018



CADERNO DE QUESTÕES

PROVA ESCRITA OBJETIVA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE:

Área Profissional: Nutrição

DATA: 21/10/2018

HORÁRIO: das 08 às 11 horas

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

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

LEGISLAÇÃO DO SUS E SAÚDE PÚBLICA

01. Em relação à organização, direção e gestão do SUS, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu Capítulo III estabelece, EXCETO:
- (A) As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são espaços de discussão coletiva com a população quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde.
 - (B) Os municípios poderão constituir consórcios para executar o conjunto das ações e os serviços de saúde que lhes compete.
 - (C) Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde.
 - (D) Serão criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.
 - (E) A articulação das políticas e programas a cargo das comissões intersetoriais abrangerá atividades acerca de alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária, recursos humanos, ciência e tecnologia, saúde do trabalhador.
02. De acordo com a Lei 8.142/1990, o Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Em relação às atribuições exclusivas do Conselho Nacional de Saúde, está INCORRETO afirmar que compete ao Conselho Nacional de Saúde:
- (A) Deliberar sobre a metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite para definição dos valores a serem transferidos pelo Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios para custeio das ações e serviços de saúde.
 - (B) Deliberar sobre as normas do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.
 - (C) Deliberar sobre a articulação de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 - (D) Deliberar sobre o modelo padronizado do Relatório Anual de Gestão da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.
 - (E) Deliberar sobre modelo simplificado do Relatório Anual de Gestão para os municípios com menos de 50 mil habitantes.
03. A Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com essa Portaria, é CORRETO afirmar que:
- (A) Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 60 horas/semanais, nos sete dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.
 - (B) Fica estabelecido o funcionamento de até 4 (quatro) equipes por Unidade Básica de Saúde, para que possam atingir seu potencial resolutivo.
 - (C) A população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) deve ser de 4.000 a 4.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.
 - (D) Fica definido o quantitativo de pelo menos 2.000 habitantes, para que o município habilite uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB).
 - (E) Caberá ao Conselho Municipal de Saúde realizar análise de demanda do território e ofertas das Unidades Básicas de Saúde para mensurar sua capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços.
04. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, “São 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.” (BRASIL, 2010). Entre as principais características das RAS, está(ão):
- (A) a formação de relações verticais e hierárquicas entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação.
 - (B) a centralidade nas demandas de saúde da população.
 - (C) o cuidado especializado em todos os pontos da rede.
 - (D) a responsabilização por atenção contínua e integral.
 - (E) o compartilhamento de cuidados e compromissos com resultados entre os familiares e os usuários.

05. O Poema a seguir trata da população em situação de rua.

Não somos lixo

Não somos lixo.
Não somos lixo nem bicho.
Somos humanos.
Se na rua estamos é porque nos desencontramos.
Não somos bicho e nem lixo.
Não somos anjos, não somos o mal.
Nós somos arcanjos no juízo final.
Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos. Ouvimos
o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.
Não somos lixo.
Será que temos alegria? Às vezes sim... Temos com
certeza o pranto, a embriaguez,
A lucidez e os sonhos da filosofia.
Não somos profanos, somos humanos.
Somos filósofos que escrevem
Suas memórias nos universos diversos urbanos.
A selva capitalista joga seus chacais sobre nós. Não
somos bicho nem lixo, temos voz.
Por dentro da caótica selva, somos vistos como
fantasma.
Existem aqueles que se assustam,
Não estamos mortos, estamos vivos.
Andamos em labirintos.
Dependendo de nossos instintos.
Somos humanos nas ruas, não somos lixo.
Carlos Eduardo Ramos (Morador das Ruas de Salvador)

FONTE: BRASIL. *Saúde da população em situação de rua: um direito humano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Nessa perspectiva, “Considera-se população em situação de rua (PSR) o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.”

Em relação à Assistência à Saúde para a população em situação de rua, é CORRETO afirmar:

- (A) O Consultório na Rua constitui a porta de entrada da população em situação de rua no SUS.
- (B) As Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento são pontos de referência do Consultório de Rua para a continuidade da assistência à saúde.
- (C) A inclusão da população em situação de rua no escopo das redes de atenção à saúde é definida como a principal ação a ser desenvolvida pelo Plano.
- (D) Intensificar a busca ativa e os tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas; controlar e reduzir a incidência de tuberculose, DST/AIDS e outros agravos recorrentes nessa população é um dos objetivos centrais a serem desenvolvidos nos Consultórios de Rua.
- (E) Reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida é um dos objetivos do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua.

06. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Entre as diretrizes gerais dessa Política está incluso, EXCETO:

- (A) Ampliação e fortalecimento da participação do Movimento Social Negro nas instâncias de controle social das políticas de saúde, em consonância com os princípios da gestão participativa do SUS, adotados no Pacto pela Saúde.
- (B) Promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas e o incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra.
- (C) Transformação e qualificação da atenção à saúde, dos processos formativos, das práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva intersetorial.

- (D) Implementação do processo de monitoramento e avaliação das ações pertinentes ao combate ao racismo e à redução das desigualdades étnico-raciais no campo da saúde nas distintas esferas de governo.
- (E) Desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades.
07. A Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Em relação aos valores fundantes no processo de efetivação da PNPS descritos na Portaria está(ão):
- (A) a felicidade entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades.
- (B) a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade.
- (C) a solidariedade, enquanto auto-percepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida.
- (D) a humanização, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde.
- (E) o respeito enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde;
08. A vigilância da situação de saúde desenvolve ações de monitoramento contínuo do território por meio de estudos e análises que traduzem o comportamento dos principais indicadores de saúde. Um indicador consiste em uma medida que reflete uma característica ou aspecto particular, em geral não sujeito a observação direta. Em relação aos indicadores, está CORRETO afirmar:
- (A) A validade de um indicador remete para a sua capacidade de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares.
- (B) A confiabilidade se refere a sua capacidade de medir o que se pretende.
- (C) A validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado).
- (D) A mensurabilidade de um indicador avalia os resultados e justificam o investimento de tempo e recursos
- (E) A relevância de um indicador analisa se este pauta-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir.
09. Medir morbidade nem sempre é uma tarefa fácil, pois são muitas as limitações que contribuem para essa dificuldade, como a subnotificação. Para medir morbidade, utilizam-se principalmente as medidas de incidência e prevalência. Sobre essas medidas, é CORRETO afirmar:
- (A) A prevalência é útil na análise da demanda por assistência à saúde e no planejamento de ações e administração de serviços de saúde, por englobar casos novos e casos preexistentes.
- (B) A prevalência representa a frequência com que surgem novos casos de uma determinada doença em um intervalo de tempo.
- (C) Alta prevalência significa alto risco coletivo de adoecer.
- (D) A incidência representa a proporção de indivíduos de uma população que é acometida por uma determinada doença ou agravo em um determinado momento.
- (E) A incidência engloba tanto os casos novos que ocorreram no período quanto os casos preexistentes.
10. Não se podem organizar os serviços de Saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente. No ambiente organizacional da maioria dos serviços, mudanças são requeridas com vistas a uma cultura da segurança do paciente. Sobre essas mudanças, é INCORRETO afirmar:
- (A) É necessário mudar a busca de erros como falhas individuais, para compreendê-los como causados por falhas do sistema.
- (B) O cuidado deve deixar de ser centrado no profissional de saúde para ser centrado no paciente.
- (C) Devem-se mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe profissional interdependente, colaborativo e interprofissional.
- (D) É necessário mudar para garantir o sigilo do cuidado e não causar insegurança na população.
- (E) A prestação de contas deve ser universal e recíproca e não do topo para a base.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DA ÁREA PROFISSIONAL

11. O uso crônico e/ou abusivo de certos medicamentos podem influenciar negativamente o metabolismo de nutrientes e o estado nutricional do indivíduo. Assim, é de suma importância conhecer as interações alimentos-nutrientes-fármacos. Nesse sentido, analise as assertivas abaixo e assinale a opção INCORRETA.
- (A) Os diuréticos de alça usados prolongadamente por idosos com dietas pobres em sódio podem causar a hiponatremia nestes pacientes, a qual será prontamente diagnosticada, pois a interação destes promove aumento da excreção de sódio.
 - (B) Os medicamentos antissecretores podem precipitar a instalação de anemia megaloblástica, por inibir a secreção gástrica e elevar o pH gástrico, uma vez que esses efeitos podem prejudicar a absorção de vitamina B12.
 - (C) Diversos fármacos podem afetar o metabolismo de nutrientes, causando sua passagem mais rápida pelo corpo, aumentando seus requerimentos, a exemplo dos anticonvulsivantes fenobarbital e fenitoína, os quais requerem o uso de suplementos de vitaminas D, K e ácido fólico.
 - (D) Agentes antineoplásicos podem inibir a ingestão alimentar, pois afetam as células da mucosa, causando sua inflamação, mucosite, que é extremamente dolorosa, impedindo os pacientes de comer e até beber;
 - (E) Alguns fármacos podem alterar a capacidade do indivíduo de sentir cheiro ou sabor dos alimentos, pois parecem modificar a renovação das células gustativas, interferir em mecanismos de transdução dentro das células gustativas ou alterar neurotransmissores no sistema nervoso central que processam a informação química sensorial.
12. Em função do uso de vários medicamentos por determinados pacientes, torna-se necessário que estes pacientes sejam avaliados continuamente, na perspectiva de dimensionar os efeitos da ação dos fármacos sobre a biodisponibilidade dos nutrientes, assim como o contrário. Sobre este aspecto, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A ingestão significativa de alimentos ricos em tiramina, durante o tratamento com antidepressivos IMAO, pode causar uma crise hipertensiva, com aumento da frequência cardíaca, rubores, a qual pode ser evitada pela administração transdérmica do medicamento.
 - (B) O retardo do esvaziamento gástrico pode acarretar prejuízo na absorção de antibióticos ou analgésicos, mas não afetará o efeito farmacológico dos mesmos.
 - (C) A composição corporal é um fator importante na determinação da resposta aos fármacos. Em pacientes obesos ou idosos, há maior probabilidade de ocorrer acúmulo de fármacos lipossolúveis, podendo resultar em prolongamento da remoção e maior toxicidade.
 - (D) Pacientes com câncer ativo que apresentam intensa anorexia constituem um grupo de risco para a alta prevalência de desnutrição e ingestões reduzidas. Por exemplo, é comum a cisplatina causar aftas, náuseas, vômitos diarreia, anorexia e redução da ingestão alimentar.
 - (E) Pacientes com concentrações de albumina inferiores a 3mg/dl apresentam maior risco de efeitos adversos de fármacos com alta ligação a proteínas, devido à presença de menos locais de ligação para tais fármacos.
13. Os indicadores bioquímicos fornecem medidas objetivas das alterações do estado nutricional, tendo como vantagens principais: a confirmação das deficiências nutricionais; a identificação precoce de problemas nutricionais antes que qualquer sinal e/ou sintoma clínico nutricional de deficiência e/ou excesso de nutrientes seja percebido pelo indivíduo ou nutricionista, e o monitoramento do indivíduo em tratamento. Diante do contexto, analise as assertivas a seguir, assinalando a opção CORRETA.
- (A) O uso de biomarcadores inflamatórios como PCR é útil para prever quando o período hipermetabólico da resposta inflamatória aumentou. Tanto a PCR quanto a PCR-us são indicadores inespecíficos e refletem qualquer tipo de infecção.
 - (B) Os estudos a respeito do balanço nitrogenado são utilizados em pesquisas para estimar o equilíbrio entre a ingestão de nitrogênio exógeno e a remoção renal de compostos nitrogenados. Estes estudos são uma medida do anabolismo e do catabolismo proteicos.
 - (C) A avaliação da anemia macrocítica inclui a medida estática da deficiência de vitamina B12 e ácido fólico no sangue. Na deficiência de folato ou de vitamina B12, ocorre elevação nas concentrações de homocisteína nos tecidos afetados. Logo, esta elevação associa-se à síntese aumentada de ferritina para aumentar a eritropoiese.
 - (D) Alguns dados da urinálise podem ter importância clínica e nutricional ampla, como: glicosúria positiva em pacientes com diabetes; cetona, positiva em pacientes com diabetes descontrolado; e a presença de sangue, indica infecção do trato urinário.
 - (E) Os níveis séricos de albumina e Pré-albumina têm sido utilizados como parte da avaliação nutricional. Refletem a gravidade da doença, a condição proteica atual, mas não os efeitos da nutrição complementar rica em nutrientes.

14. Sexo feminino, branca, 80 anos, aposentada, viúva, primeiro grau incompleto, brasileira, cidade de origem Teresina – PI. Sequelada de AVC, acamada, responsiva a estímulos dolorosos. À luz dos conhecimentos acerca das indicações de dietas modificadas pela consistência, analise os itens abaixo e assinale a opção CORRETA.

- I. A paciente requer dieta livre, uma vez que se encontra responsiva, não há necessidade de repouso intestinal, não está no período que antecede a realização de cirurgia ou no pós-operatório.
- II. A paciente requer dieta livre que forneça todos os nutrientes de que o corpo necessita para os processos vitais, manutenção, reparação, crescimento e desenvolvimento normais.
- III. A paciente requer dieta abrandada pela dificuldade de mastigação ou deglutição devido a danos neurológicos, distúrbios neuromotores, possíveis alterações anatômicas da boca ou esôfago e uso de próteses dentárias.

- (A) Todos os itens estão corretos.
- (B) Todos os itens estão incorretos.
- (C) Somente o item III está correto.
- (D) Somente os itens II e III estão corretos.
- (E) Somente os itens I e II estão corretos.

15. RDA (Recommended Dietary Allowances) são as Recomendações Nutricionais para a população americana sadia, estabelecidas pela Food and Nutrition Board (FNB) da National Research Council (NRC), National Academy of Sciences dos Estados Unidos da América. No momento de revisão da RDA/1989, os cientistas americanos decidiram estabelecer uma nova estrutura para suas Recomendações Nutricionais e desenvolveram as DRIs (Dietary Reference Intakes), substituindo as revisões periódicas das RDAs. Diante do tema, assinale a opção INCORRETA.

- (A) A RDA (Recommended Dietary Allowance) é a ingestão diária de um nutriente que se considere suficiente para atender às necessidades diárias da maioria da população (97 – 98%), composta de indivíduos saudáveis de mesmo sexo e estágio da vida.
- (B) Para o estabelecimento da RDA, é necessário que a EAR tenha sido estabelecida. Considerando a curva normal de distribuição das necessidades, a RDA é situada a dois desvios padrão positivos da EAR.
- (C) A proporção de indivíduos em um grupo que apresenta uma ingestão usual de um nutriente inferior a recomendação é um sinalizador para a implementação de programas para melhorias da qualidade de vida da população.
- (D) A RDA não deve ser utilizada para avaliar a ingestão de grupos.
- (E) O limite superior tolerável de ingestão (UL) é útil em razão do aumento da disponibilidade de alimentos fortificados e do aumento do uso de suplementos dietéticos. Baseia-se na ingestão total de um nutriente presente no alimento, de água e de suplementos, se os efeitos adversos estiverem associados a suplementos e alimentos fortificados.

16. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível. Sobre a DPOC, analise as afirmativas a seguir:

- I. A doença moderada caracteriza-se pela redução da capacidade física e presença de dispneia, a que são atribuídas ao envelhecimento ou hábito sedentário;
- II. O diagnóstico diferencial da asma brônquica e DPOC é estabelecido pela resposta ao tratamento com corticoide inalatório. Alguns pacientes asmáticos fumantes, ou que têm remodelamento brônquico e obstrução ao fluxo aéreo fixo, podem causar maior dúvida diagnóstica;
- III. Fumantes de cigarros apresentam um risco 10 a 14 vezes maior de morte por DPOC, e os de charutos e cachimbos um risco 6 vezes maior de morte por essa patologia;
- IV. A inalação da fumaça de cigarro e demais derivados do tabaco produtores de fumaça expõe os pulmões a altas concentrações de agentes oxidantes e radicais livres que diminuem a capacidade antioxidante, que normalmente protege as células epiteliais.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Somente os itens I e II estão corretos.
- (B) Somente os itens III e IV estão corretos.
- (C) Somente os itens I e III estão corretos.
- (D) Somente os itens II e III estão corretos.
- (E) Todos os itens estão corretos.

17. Hipertensão Arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg e frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM). Acerca dos fatores de risco e modulação terapêutica, analise as assertivas abaixo e assinale a opção INCORRETA.
- (A) A presença de doença aterosclerótica subclínica conduz a imediata classificação de baixo risco de HAS, pois a chance de apresentar um primeiro ou um novo evento CV em 10 anos é superior a 20%.
 - (B) Há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA (Hipertensão Arterial), ressalta-se que a maior ocorrência de EAB (Efeito do Avental Branco), hipotensão ortostática e pós-prandial e, finalmente, a presença de arritmias, como fibrilação atrial, podem dificultar a medição da PA.
 - (C) O consumo excessivo de sódio é um dos principais FR para HA, e associa-se a eventos CV e renais. Ainda há controvérsias quanto ao impacto do consumo de sal sobre o risco de HAS. Alguns estudos sugerem que o consumo muito baixo eleva o risco de DCV, enquanto outros sustentam que a diminuição de sódio diminui o risco CV.
 - (D) O aumento da gordura visceral também é considerado um fator de risco para HA. Reduções de peso e de Circunferência da Cintura correlacionam-se com reduções da PA e melhora metabólica.
 - (E) O café, apesar de rico em cafeína, substância com efeito pressor agudo, possui polifenóis que podem favorecer a redução da PA (Pressão Arterial). Estudos recentes sugerem que o consumo de café em doses habituais não está associado com maior incidência de HA nem com elevação da PA.
18. Paciente, há mais ou menos sete meses, iniciou quadro de parestesia em MMII, astenia e fadiga, edema, aumento do volume abdominal, sangue nas fezes. Queixa principal: empachamento pós-prandial, vômitos, perda de peso de mais ou menos 5 kg. Foi diagnosticado com câncer gástrico e apresenta ruídos hidroaéreos. Acerca das condutas nutricionais, assinale a opção que contemple as metas nutricionais estabelecidas.
- (A) A Terapia Nutricional Parenteral (TNP) é indicada de forma exclusiva para o paciente em questão, vez que apresenta risco nutricional elevado, estresse metabólico severo e a dieta enteral não está indicada.
 - (B) As recomendações nutricionais para o paciente variam em torno de 25 a 30 kcal/kg de peso atual/ dia e a quantidade de proteína entre 1,5 e 2,0 g/kg de peso atual/dia.
 - (C) Muitos pacientes, principalmente os com câncer do trato digestório ou que foram submetidos à cirurgia digestiva, podem evoluir com intolerância à dieta enteral. Nessa situação, para evitar déficit calórico e proteico, deve-se suspender a via enteral.
 - (D) As fórmulas imunomoduladoras com arginina, ômega-3, glutamina devem ser utilizadas rotineiramente para os pacientes oncológicos, sobretudo para pacientes cirúrgicos no perioperatório.
 - (E) O cálculo do balanço nitrogenado é utilizado para determinar o total de perda nitrogenada e, assim, reduzir ou aumentar o aporte de proteína na dieta do paciente oncológico crítico. A proteína tem um papel fundamental na produção de proteínas de fase aguda, na resposta imunológica, na cicatrização de feridas e na manutenção da massa magra.
19. Sobre o manejo do Suporte Enteral ou Parenteral para paciente crítico, é INCORRETO:
- (A) As metas calórica e proteica devem ser atingidas nos três primeiros dias de início da terapia nutricional. Para os pacientes desnutridos, deve-se monitorar a síndrome de realimentação, evitando a hiperalimentação, assim como o déficit calórico e proteico.
 - (B) Na presença de instabilidade hemodinâmica, sangramento e obstrução do trato digestório, vômitos incoercíveis, diarreia persistente, distensão abdominal persistente e quando o volume residual gástrico > 500 ml após ajustes da dieta e das drogas procinéticas, deve-se suspender a nutrição parenteral.
 - (C) O uso de dietas com mistura de fibras solúveis e insolúveis não deve ser rotineiro para manter a regularidade intestinal ou prevenir a diarreia. Uso de mistura de fibras solúveis e insolúveis deve ser evitado para os pacientes com risco de isquemia intestinal e desmotilidade intestinal grave.
 - (D) O desmame da TNP associada à TNE ou à via oral deve ser progressivo, quando a terapia enteral ou a oral estiver oferecendo cerca de 60% das necessidades nutricionais.
 - (E) Muitos pacientes, principalmente os com câncer do trato digestório ou que foram submetidos à cirurgia digestiva, podem evoluir com intolerância à dieta enteral. Nessa situação, para evitar déficit calórico e proteico, pode-se associar a via enteral à parenteral já na primeira semana de internação.

20. J.R.S.S, sexo masculino, 47anos, viúvo, mecânico, foi admitido no Hospital com diagnóstico de IRC, refere que, há cerca de 8 meses, vem apresentando dor lombar e poliartralgia; fez uso de anti-inflamatórios, com melhora do quadro. Evoluiu com anemia severa, hematúria macroscópica e proteinúria; recebeu três bolsas de hemácias, evoluindo com deterioração da função renal e hiperpotassemia. Faz uso dos seguintes medicamentos: Dipirona, Prednisona, Omeprazol e Plasil. Peso Atual: 52,10kg; Peso Usual: 65,0 kg; Altura: 1,67 PCT 9mm, CB 22cm; Hemoglobina(mg/dl)7,0; Hematócrito 21,0% Pressão Arterial 170/110mmHg, diurese 900ml/24h. Após análise da situação hipotética acima, assinale a opção CORRETA.
- (A) O gasto energético do nefropata mostra-se sempre elevado, em função do marcado hipermetabolismo da doença, estado nutricional precário, as comorbidades associadas, como: inflamação, diabetes ou hiperparatireoidismo secundário.
 - (B) O paciente apresenta desnutrição grau II, devido a toxicidade urêmica, responsável por transtornos digestivos como náuseas vômitos, hipermetabolismo proteico e o uso crônico de medicamentos.
 - (C) Defeitos na secreção de insulina pelo pâncreas e/ou defeitos celulares na sensibilidade à insulina resultam em hiperglicemia, diminuição de tolerância à glicose e aumento da resistência à insulina nos nefropatas, razões suficientes para flexibilizar a cota glicídica na perspectiva de suprir a demanda energética aumentada.
 - (D) A hipertrigliceridemia comum em pacientes renais pode ser explicada pelo defeito no catabolismo das LDL-c, VLDL-c e IDL-c, secundário à redução da atividade da enzima lipase lipoproteica e impõe a necessidade de controlar a cota lipídica na dieta dos mesmos, recomendando-se de 2 a 2,5 g/lipídio/kg por dia.
 - (E) A despeito de o paciente em questão apresentar Gasto Energético em Repouso (GER) aumentado, devido às comorbidades associadas, o gasto energético total mantém-se pouco alterado, devido ao nível de atividade física compatível com sedentarismo.
21. Alguns estudos observacionais têm estabelecido correlações entre baixos níveis séricos de 25-hidroxivitamina D3 (25(OH)D3) e um conjunto de doenças crônicas, pelo que se tem decretado que a hipovitaminose D é “uma pandemia” necessitando de detecção e tratamento. Acerca do envolvimento da Vitamina D com muitas doenças crônicas, analise os itens a seguir:
- I. Há evidências de que polimorfismos do nucleotídeo único no gene do VDR (receptor da vitamina D), estejam relacionados a mecanismos patogênicos da obesidade, assim a vitamina D, via VDR, pode atuar na inibição da adipogênese;
 - II. Variações na sequência de nucleotídeos do VDR modulam a secreção de insulina em resposta à glicose, alteram a expressão de citocinas e o metabolismo de cálcio e, em função disso, a vitamina D contribui para a patogênese do Diabetes Mellitus 2;
 - III. A deficiência de vitamina D atua como fator de risco independente para o câncer, cujo mecanismo seria a modulação das vias dos receptores do tipo *Toll* (TRL 2 e TRL 4), suprimindo-os e assim potencializando os efeitos proliferativos;
 - IV. Nem sempre o tratamento com vitamina D e seus análogos é capaz de melhorar ou contribuir no tratamento de doenças crônicas já estabelecidas, visto que sua atuação pode ser satisfatória somente em momentos importantes do metabolismo celular.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Os itens I e IV estão corretos.
 - (B) Somente os itens I, II e III estão corretos.
 - (C) Somente os itens I e III estão corretos.
 - (D) Todos os itens estão corretos.
 - (E) Todos os itens estão incorretos.
22. O risco cardiovascular (CV) global deve ser avaliado em cada indivíduo hipertenso, pois auxilia na decisão terapêutica e permite uma análise prognóstica. Analise as afirmativas abaixo, assinalando a opção INCORRETA.
- (A) A primeira etapa para estimativa do risco CV é a identificação da presença de doença aterosclerótica, clinicamente evidente ou na forma subclínica, ou de seus equivalentes como DM e DRC. Se positiva, o indivíduo é imediatamente classificado como de alto risco, pois a chance de apresentar um primeiro ou um novo evento CV em 10 anos é superior a 20%.
 - (B) Algumas mulheres jovens tendem a uma estimativa de risco mais baixa do que a real e, por outro lado, homens mais idosos são geralmente identificados como de alto risco, mesmo sem FR relevantes.
 - (C) Os pacientes de risco intermediário que apresentam história familiar de DAC prematura em parente de primeiro grau, homem < 55 anos ou mulher < 65 anos, são reclassificados para “alto risco”.

- (D) Paciente hipertenso PA 180 X 120mmHg com história de AVE: acidente vascular encefálico; DAC: doença arterial coronariana; IC: insuficiência cardíaca; DAP: doença arterial periférica; DRC: doença renal crônica > estágio 4; RACur: relação albumina/creatinina urinária > 300mg/g é classificado como de risco moderado.
- (E) Escore de Risco Global (ERG) estima o risco de o indivíduo apresentar um evento CV (DAC, AVE, DAP, IC) em 10 anos, a distribuição dos pontos e percentual de risco é diferenciada para mulheres e homens. Quando o ERG fica abaixo de 5%, o paciente é classificado como 'baixo risco', exceto aqueles com história familiar de doença CV prematura, os quais são reclassificados para 'risco intermediário'.
23. A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial, que ocorre em resposta à agressão endotelial, acometendo principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibre. Sobre o processo de formação da placa aterosclerótica, analise os itens a seguir:
- I. A formação da placa aterosclerótica inicia-se com a agressão ao endotélio vascular por diversos fatores de risco, como dislipidemia, hipertensão arterial ou tabagismo;
 - II. Retidas, as partículas de LDL sofrem oxidação, causando a exposição de diversos neoepítopos, tornando-as imunogênicas. Além do aumento da permeabilidade às lipoproteínas, outra manifestação da disfunção endotelial é o surgimento de moléculas de adesão leucocitária na superfície endotelial, processo estimulado pela presença de LDL oxidada;
 - III. Mediante interação com os macrófagos, as células T podem diferenciar-se e produzir citocinas que modulam o processo inflamatório local;
 - IV. As placas instáveis caracterizam-se por predomínio de colágeno, organizado em capa fibrosa espessa, escassas células inflamatórias, e núcleo lipídico e necrótico de proporções menores.
- (A) Todos os itens estão corretos.
(B) Somente os itens I, II, III estão corretos.
(C) Somente os itens II, III, IV estão corretos.
(D) Somente os itens I, IV estão incorretos.
(E) Todos os itens estão incorretos.
24. O desequilíbrio entre a produção de ROS (Radicais Livres de Oxigênio) e sistema de defesa antioxidante causa o estresse oxidativo, o qual é responsável por danos celulares e associa-se ao surgimento de muitas doenças crônicas. À luz dessa interação, assinale a opção CORRETA.
- (A) A peroxidação lipídica contribui para a patogênese de aterosclerose; o radical isoprostano, principal marcador da peroxidação lipídica, está envolvido na patogênese da aterosclerose, envelhecimento, câncer e doença de Alzheimer.
(B) Elevações nos níveis de malondialdeído (MDA) associam-se à doença cardiovascular, desenvolvimento de diabetes, tabagismo, hiper-homocisteinemia e hipercolesterolemia. Os níveis de MDA podem refletir os efeitos da suplementação de antioxidantes tanto em modelos animais quanto nos seres humanos.
(C) A produção de radicais livres é intensificada por drogas como a doxorubicina, cisplatina, acetaminofeno e nimesulida, por metais pesados (Fe, Cd, Pb, Hg), por substâncias tóxicas acroleína, clorofórmio, tetracloreto de carbono, butilo terciário hidroperóxido, poluentes ambientais etc.
(D) Em situação de déficit energético, grande quantidade de glicose é oxidada na glicólise e ciclo de Krebs, aumentando a disponibilidade de NADH e FADH₂ na cadeia de transporte de elétrons, contribuindo para geração do radical superóxido.
(E) A condição de hiperglicemia pode induzir estresse oxidativo por vários mecanismos, como: autooxidação da glicose, via do poliál, formação de AGEs (Produtos de Glicação Avançada) e quinase PKC. Porém o excesso de ácidos graxos livres, leptina e outros fatores circulantes em pacientes obesos não se associam com a superprodução de ROS.
25. A Doença Renal Crônica (DRC) baseia-se em alterações na taxa de filtração glomerular e/ou presença de lesão parenquimatosa mantidas por pelo menos três meses. A abordagem clínica e nutricional visa a retardar a progressão da disfunção renal, prevenir complicações, modificar as comorbidades e preparar para a terapia renal substitutiva. Nesse contexto, assinale a opção que NÃO contempla uma estratégia terapêutica adotada para o pacientes renais pré-dialíticos.
- (A) Os antagonistas de aldosterona (espirolactona e eplerenona) são agentes eficazes para reduzir a pressão arterial nesses pacientes, entretanto deve-se monitorar os níveis de potássio.
(B) O tratamento da acidose metabólica suprime os catabolismos ósseo e muscular pela redução da perda de cálcio, proteínas e aminoácidos.
(C) O tratamento da osteodistrofia renal requer sais de cálcio, quelantes de fósforo, redução da ingestão de fósforo ou suplementação de vitamina D. Se os níveis de PTH permanecerem elevados, será necessário

calcitriol na dose de 0,25 a 0,5 mg/dia, desde que cálcio e fósforo permaneçam dentro dos limites de referência.

- (D) Devem ser alcançadas as seguintes metas para a pressão arterial: < 130x80mmHg para os diabéticos e e/ou proteinúria < 1,0g/d e Pressão < 125x75 mmHg para os não diabéticos e/ou proteinúria > 1,0g/d.
- (E) Recomenda-se a reposição de ferro em pacientes com deficiência de ferro previamente à terapia com eritropoietina.

26. De acordo com Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016, os cuidados dietéticos requeridos no controle do excesso de peso são:

- I. O tratamento medicamentoso é indicado quando: IMC maior ou igual a 30 kg/m² ou IMC maior ou igual a 25 ou 27 kg/m² na presença de comorbidades (dependendo do medicamento); além de falha em perder peso com o tratamento não farmacológico;
- II. As dietas ricas em gorduras e pobres em carboidratos são consideradas mais eficazes para perda de peso e manutenção do peso do que outras dietas, porque induzem cetose, diminuem o apetite e causam maior perda de água do que de gordura corporal;
- III. Todas as dietas hipocalóricas, se sustentadas em longo prazo, levam à perda de peso. Dietas escassas em gorduras, ricas em carboidratos complexos, em fibras e hipocalóricas resultam em diminuição da pressão arterial, da glicemia e dos níveis de insulina em pacientes obesos e diabéticos. Pode-se atribuir tais benefícios muito mais à restrição de energia e à perda de peso do que à composição da dieta;
- IV. A substituição de gordura saturada por gorduras monoinsaturadas, como azeite de oliva, abacate e nozes, pode melhorar o perfil lipídico e o controle glicêmico, além de auxiliar na perda de peso. Isto acontece porque, segundo as pesquisas para os vários tipos de gorduras, há diferente captação, oxidação e efeito sobre o apetite;
- V. Um recente ECR (Ensaio Clínico Randomizado) não mostrou benefício de dieta hipocalórica com alimentos com baixo índice glicêmico em relação à dieta com carboidratos com alto índice glicêmico sobre o IMC, saciedade, fome e marcadores metabólicos por 6 meses, apesar da redução da insulina.

Assinale da opção CORRETA.

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

27. Avalie o seguinte caso: Mulher de 52 anos atendida no ambulatório, referindo sensação de “peso sobre o peito”, sudorese e tonteira, com ausência de síncope. Refere ainda dispneia com pequenos esforços febre, adinamia, frio constante, hipocorada ++/4. Já previamente diagnosticada com insuficiência cardíaca. Quanto aos cuidados dietéticos na fase de convalescência, analise as afirmativas a seguir:

- I. Deve-se reduzir o consumo de AGS (Ácidos Graxos Saturados) por promoverem elevação na concentração de colesterol, LDL-c, TG, redução do RNA mensageiro ou na atividade de receptores hepáticos de LDL-c;
- II. Devem-se usar, com cautela, os ácidos poli-insaturados da série W 6, uma vez que níveis aumentados de ácido linoleico (AL) predispõem ao processo inflamatório de três maneiras: por Aumento da relação ácido graxo ômega 6 / ômega 3; nível de ácido araquidônico (AA) alterado e aumento de compostos inflamatórios, com produção de leucotoxinas (LK);
- III. Deve-se moderar o consumo de carboidratos simples, pois exerce efeito direto no excesso de peso e desenvolvimento da obesidade. Alterações pós-prandiais, como hiperglicemia, hiperinsulinemia e hipertrigliceridemia, também têm se associado a risco cardiovascular aumentado;
- IV. Deve-se reduzir o teor de soja na dieta devido a sua alta concentração de AL e deve-se aumentar o teor de ácidos graxos monoinsaturados por menor indução à síntese endógena de colesterol endógeno, além de induzir supressão dos receptores de LDL-colesterol.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Somente os itens I, II, e IV estão corretos.
- (B) Somente os itens II, III e IV estão incorretos.
- (C) Somente os I, II e IV estão incorretos.
- (D) Todos os itens correspondem a recomendações aplicáveis ao paciente.
- (E) Somente o item IV não corresponde a uma estratégia alimentar recomendada ao paciente.

28. A ligação entre inflamação e câncer foi observada pela primeira vez como uma associação entre doenças inflamatórias e aumento do risco de câncer no órgão afetado. Por exemplo, a doença inflamatória intestinal aumenta o risco de câncer de cólon, o vírus do papiloma humano aumenta o risco de câncer cervical, e *Helicobacter pylori* (e úlcera estomacal) aumenta o risco de estômago câncer. À luz da interação inflamação X câncer, assinale a opção INCORRETA quanto os diversos componentes dietéticos específicos que podem reduzir o risco de câncer.
- (A) Frutas, legumes, grãos integrais e nozes produzem múltiplos nutracêuticos que demonstraram modificar a carcinogênese por meio de várias vias, pela presença de múltiplos polifenóis aptos a promover a supressão do NFκβ.
 - (B) Foi demonstrado que a genisteína suprime a atividade do NFκβ quando o ácido araquidônico (um ácido graxo ômega 6 que normalmente promove inflamação) é incluído na dieta e complementa a atividade do ácido docosahexaenóico (DHA, geralmente anti-inflamatório) contra o câncer de mama.
 - (C) A quercetina demonstrou ter atividade anticancerígena por múltiplos mecanismos, incluindo: indução da apoptose, inibição da atividade da COX2, aumento da atividade das células natural killer e inibição do NFκβ.
 - (D) O uso clínico da curcumina é limitado pela sua baixa biodisponibilidade, portanto, há uma busca ativa de análogos de curcumina com melhor biodisponibilidade. Um mecanismo para a atividade da curcumina é suprimir o NFκβ.
 - (E) Tendo em vista a elevada disponibilidade de resveratrol, a sua aplicabilidade na prevenção do câncer humano é bem aceita, pois retarda o crescimento do câncer, reduz a inflamação e diminui a ativação do NFκβ.
29. A intervenção com antioxidantes parece atenuar o comprometimento endotelial evidenciado na Síndrome Metabólica (SM), em especial nos modelos experimentais. Acerca do tema, analise os itens a seguir e assinale a opção que representa possíveis efeitos positivos de antioxidantes tradicionais na SM e doenças associadas à SM.
- (A) A suplementação com vitamina E melhorou a ação insulínica e a lipoperoxidação em ratos. A ação benéfica no tônus vascular (vasodilatação) tem sido mostrada com a suplementação com vitamina C, além de ser eficiente na neutralização do superóxido gerado pela hiperglicemia em portadores de DM.
 - (B) A despeito de o tratamento com antioxidantes apresentar benefícios, estudos com antioxidantes neutralizadores de peroxinitrito (por exemplo, GSH e vitaminas C e E51) mostraram resultados conflitantes.
 - (C) A importância do estresse oxidativo na fisiopatologia da SM é apoiada nas alterações de marcadores do estresse oxidativo (lipoperoxidação, carbonilação, nitração e da capacidade antioxidante) evidenciados por modelos animais e estudos clínicos.
 - (D) Recente metanálise alertou para o uso específico da vitamina E mostrando que humanos que consumiram o suplemento em doses superiores a 400 UI/dia apresentaram aumento do risco de morte devido à doença coronariana.
 - (E) A ação benéfica anti-carbonila da piridoxamina surge pelo fato de ser um potente inibidor da reação de Maillard, implicada na patogênese da complicação vascular do DM.
30. A ação multifacetada do estresse oxidativo parece ocupar papel central nas manifestações da Síndrome Metabólica (SM), incluindo disfunção endotelial, insulínica, resistência insulínica, obesidade abdominal e hiperlipidemia. Considerando que a Resistência Insulínica (RI) está associada ao estresse oxidativo, assinale a opção INCORRETA.
- (A) A RI está associada ao aumento dos estoques de ferritina (Fe⁺⁺⁺) que, via Haber--Weiss, gera hidroxil e conseqüentemente lipoperoxidação, e a produção exagerada do peroxinitrito na SM pode desencadear a lipoperoxidação.
 - (B) A RI também está relacionada com a diminuição da adiponectina, citocina antiaterogênica e amplificadora da sensibilidade à insulina.
 - (C) O aumento de angiotensina II relaciona-se à RI verificada na SM, resulta em hiperatividade de NADPH-oxidase, diminuição da sinalização de insulina e incremento da produção de endotelina, a qual se mostra apta a inibir a sinalização da insulina e estimular a NADPH-oxidase endotelial a produzir adicional superóxido.
 - (D) A RI induz a oxidação da própria glicose gerando glioxal e metilglioxal (via glicação), que agredem áreas nucleofílicas de importantes constituintes celulares levando à carbonilação irreversível (comprometendo a função de insulina, glicose 6-fosfato desidrogenase, citocromo C e célula endotelial).
 - (E) A RI induzida pelo aumento da enzima NOS pode estar relacionada com a S-nitrosação de proteínas envolvidas com etapas iniciais da sinalização da insulina e do seu próprio receptor.

31. A obesidade está associada a uma inflamação crônica de baixo grau, caracterizada pelo aumento de ácidos graxos circulantes e à quimioatração das células imunitárias que contribuem para a condição inflamatória. Acerca da relação obesidade e câncer, analise os itens a seguir:
- I. A inflamação do fígado está associada à obesidade induzida por fibrose e cirrose, resultando em produção elevada de várias citocinas e adipocinas, que foram implicados na hepatocarcinogênese;
 - II. Dados epidemiológicos apoiam a participação da resistência à insulina e subsequente hiperinsulinemia como fatores de risco para câncer de cólon. Níveis aumentados de fator de crescimento semelhante à insulina biodisponível (IGF-) 1, que é conhecido por ter efeitos promotores de câncer, estão relacionados hiperinsulinemia. A leptina, um agente pró-inflamatório, diretamente associado à quantidade do tecido adiposo, está relacionado à resistência à insulina e progressão de câncer de cólon em estudos experimentais;
 - III. As concentrações sanguíneas elevadas de andrógenos estão associadas ao aumento do risco de câncer de mama em mulheres na pré e pós-menopausa, o tecido adiposo produz enzima aromatase. Portanto, em mulheres obesas, há conversão aumentada dos andrógenos, androstenediona e testosterona nos estrogênios estrona e estradiol, respectivamente, por ação da enzima aromatase;
 - IV. Um estudo prospectivo multicêntrico com mulheres na pós-menopausa mostrou que os níveis de estrogênios e andrógenos circulantes associaram-se negativamente com risco de câncer endometrial, e uma associação direta foi relatada entre globulina de ligação a hormônios sexuais.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Somente os itens I, II e IV estão corretos.
 - (B) Somente os itens I e IV estão corretos.
 - (C) Somente os itens I, II e III estão corretos.
 - (D) Todos os itens estão corretos.
 - (E) Todos os itens estão incorretos.
32. O trauma cirúrgico de grandes cirurgias abdominais desencadeia alterações na resposta orgânica. No tocante à terapia nutricional em pacientes cirúrgicos, assinale a opção que corresponde ao somatório das afirmativas INCORRETAS.
- (2) No período pré-operatório objetiva restaurar as condições mínimas e garantir resposta adequada ao processo de coagulação, inflamação, combate à infecção e cicatrização.
 - (4) A nutrição enteral imunomoduladora deve ser iniciada durante 5- 7 dias que antecedem a cirurgia abdominal de grande porte, para pacientes com desnutrição de moderada a grave.
 - (8) A meta calórica deve ser determinada e claramente administrada/infundida desde o início da terapia nutricional.
 - (16) Atualmente preconiza-se a abreviação de jejum pré-operatório, com oferta de solução enriquecida de carboidratos até duas horas antes da cirurgia eletiva.
 - (32) A necessidade energética pode se modificar de acordo com a agressão cirúrgica e o tempo de evolução; para procedimento cirúrgico sem intercorrência, o hipercatabolismo dura em média 5 dias.
- (A) 48
 - (B) 36
 - (C) 24
 - (D) 14
 - (E) 6
33. J.A.F., sexo feminino, casada, 50 kg, 68 anos, 1,60m, professora, foi admitida na Clínica Médica do HGV. Queixa principal: dor na barriga e diarreia quase líquida, volumosa. A paciente informa que, há mais ou menos 10 meses, vem cursando com dor abdominal em cólica e diarreia mucossanguinolenta, semilíquida em grande volume, 6 a 7 vezes por dia; perdeu 5,5 kg nesse período e, há 7 dias, a dor abdominal e a diarreia intensificaram-se, e a paciente procurou o serviço médico do HGV, onde foi internada com os sintomas acima. A terapia nutricional nas Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) é um recurso terapêutico importante. Com base nesse tema, assinale a opção CORRETA.
- (A) A nutrição enteral é indicada nesse caso, por se tratar de um surto de agudização da doença, como alternativa eficiente para evitar a cirurgia ou doses elevadas de corticosteroides e atenuar a taxa de remissão.
 - (B) Em casos de intestino curto com má absorção grave, obstrução intestinal, distúrbios hidroeletrólíticos, a prescrição de nutrição enteral está indicada em associação ao tratamento com corticosteroides.

- (C) Muitos estudos têm optado por usar suporte enteral com fórmula elementar pelo fato de esta conter proteína hidrolisada e não por ser hipolipídica.
- (D) Estudos não controlados em pacientes com DII sugerem que o uso de SNP antes da cirurgia reduz complicações e a extensão da ressecção intestinal, porém com maior tempo de permanência hospitalar.
- (E) O baixo conteúdo de elementos com poder antigênico explica a eficácia anti-inflamatória das fórmulas enterais. Dessa feita, a melhor resposta terapêutica ocorre com o uso de fórmula monomérica ou elementar à base de aminoácidos.
34. A Pancreatite Aguda Grave (PAG) é definida como quadro de pancreatite aguda acompanhada de disfunção orgânica importante e/ou presença de complicações locais (necrose, abscesso ou pseudocisto). O papel da nutrição na pancreatite (PA) evoluiu muito ao longo do tempo. Assinale a opção INCORRETA.
- (A) Pode ser diagnosticada pela presença de mais de dois critérios de Ranson ou ainda escore APACHE II maior que 8.
- (B) De forma incontroversa, como a resposta de SRIS se manifesta nos primeiros 1-3 dias de pancreatite aguda, o início precoce da nutrição enteral (<48 horas) por sonda nasojejunal mostrou mais eficaz que a dieta oral em 72 horas, após líquidos intravenosos nas primeiras 72 horas de internação.
- (C) O jejum intestinal e a implementação de nutrição parenteral não são mais considerados a melhor abordagem na pancreatite aguda, uma vez que este esquema pode predispor ao desenvolvimento de complicações e aumentar a intensidade das manifestações sistêmicas da doença.
- (D) A Terapia nutricional é indicada para paciente com doença leve ou moderada, sem complicações e cuja nutrição inadequada é esperada por mais de 5-7 dias.
- (E) Pesquisadores descobriram que a realimentação precoce com dieta calórica total encurta o tempo de permanência hospitalar (de 7 para 5 dias) em pacientes com pancreatite leve.
35. Portadores da Síndrome do Intestino Curto (SIC) devido a ressecções intestinais extensas, decorrentes de causas multifatoriais, constituem um grupo predisposto a desenvolver falência intestinal. Nos adultos, as causas mais frequentes são as doenças vasculares do sistema mesentérico que levam à isquemia e à necrose intestinal, aos traumas, volvos, às iatrogenias cirúrgicas e à doença de Crohn. Nas crianças, ocorrem principalmente, devido a doenças congênitas, a enterocolite necrotizante e a volvo intestinal. Acerca do tema, analise os itens abaixo, assinalando a opção INCORRETA.
- (A) A dependência permanente de TNP (Terapia nutricional Parenteral) ocorre quando o intestino residual for maior que 60 cm nos pacientes com jejunostomia terminal.
- (B) A Síndrome do Intestino Curto (SIC) é definida como estado de má absorção global, produto de alterações da anatomia e fisiologia normal do intestino, que podem provocar complicações metabólicas, nutricionais e infecciosas.
- (C) A avaliação pré-absortiva da concentração sérica de citrulina é uma estratégia para determinar a capacidade funcional do enterócito ou intestinal.
- (D) Com a permanência do cólon, o aporte glicídico deve garantir 50 a 60% do VET, limitar o uso de sacarose, restringir oxalato, 20% do VET na forma de proteínas de alto valor biológico.
- (E) A ESPEN sugere o uso de TNE em combinação com dieta oral em pacientes com SIC, com intestino residual superior ao tamanho crítico, e baixa dependência de SNP e naqueles com expectativa de desmame de SNP.
36. No tocante ao protocolo de tratamento das fístulas digestivas, analise os itens abaixo.
- I. O ponto básico inicial é a reposição de volume com soluções eletrolíticas balanceadas (Ringer Lactato), associadas a coloides sintéticos, como forma de controlar os distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básico e hipovolemia apresentados;
- II. O Suporte Nutricional Parenteral (SNP) representa a nutrição preferida para fístulas altas (esofágicas) ou baixas e naquelas em que não se consegue passar sonda distalmente a ela;
- III. Existe um consenso de que a imunonutrição pode piorar a síndrome da resposta imune sistêmica e, então, o papel preciso da imunonutrição enteral neste contexto, permanece controverso.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Todos os itens estão corretos.
- (B) Todos os itens estão incorretos.
- (C) Somente os itens I, II e III estão corretos.
- (D) Somente os itens I e II estão corretos.
- (E) Somente os itens I e III estão corretos.

37. O tratamento das fístulas em determinados órgãos requer algumas particularidades. A partir desse contexto, analise as afirmativas abaixo.
- (A) Nas fístulas esofágicas cervicais, adota-se a jejunostomia como meio de alimentação especial até a cicatrização ou até o trajeto ter sido orientado, quando a dieta poderá ser oferecida por via parenteral.
 - (B) A nutrição parenteral aproximadamente por 4 semanas e parenceteses, quando necessário, representam as estratégias terapêuticas para fistulas originárias de ressecção de corpo ou cauda de pâncreas.
 - (C) O tratamento das fístulas duodenais requer a colocação de cateter de aspiração contínua próximo ao coto duodenal aberto e nutrição parenteral após estabilização continuando até a cicatrização.
 - (D) Nas fístulas colônicas pós apendicectomias, deve-se suspender a alimentação oral e implementar o suporte parenteral até a melhora do processo infeccioso e realização de colostomia do transversa (ângulo hepático) para a derivação do trânsito.
 - (E) O tratamento das fístulas biliares consiste em: reoperação para correção da lesão e/ou drenagem do espaço de Morrison, procedimento endoscópico, ou colocação de endoscópio e suporte parenteral, nos casos em que não houver obstrução a jusante para acelerar o fechamento da fístula.
38. As anormalidades metabólicas em queimados são consequências da combinação da liberação de mediadores inflamatórios com a “resposta ao estresse”. A terapia nutricional em queimados e os nutrientes envolvidos na viabilização do processo de cicatrização consistem objeto de interesse na comunidade científica. Acerca do tema, analise os itens que se seguem e assinale a opção INCORRETA.
- (A) Busca-se inicialmente a manutenção da perfusão dos órgãos com a reanimação líquida, aumentar o débito urinário, se a rabdomiólise for uma preocupação (caso a hematuria ou hemoglobinúria estejam presentes); manter a albuminemia igual ou maior a 3 g/dl.
 - (B) Recomendam-se fórmulas enterais hipercalóricas e hiperproteicas (1,5 a 2 g/kg/dia de proteínas para adultos) e com fibras para reduzir a constipação intestinal.
 - (C) A suplementação enteral de cobre e zinco por duas semanas melhora a cicatrização em pacientes com > 60 % da superfície corporal queimada.
 - (D) Demonstra-se impacto negativo quanto ao tempo de internação hospitalar e ao risco infeccioso quando comparadas ofertas lipídicas de 35 % versus 15% do aporte total.
 - (E) O uso de vitamina C e E em doses 1,5 a 3 vezes maiores que a recomendação diária mostrou benefício clínico na cicatrização e redução de estresse oxidativo.
39. Pacientes com traumatismo múltiplo encontram-se em estado hipermetabólico, no qual se faz necessário um suporte nutricional adequado e suficiente para suprir as demandas metabólicas e nutricionais apresentadas. Sobre esse tema, analise as afirmativas a seguir:
- I. A desnutrição nos pacientes politraumatizados determina depressão da resposta imunológica, retarda a cicatrização de feridas, dificulta a regeneração do epitélio respiratório, enfraquece o músculo respiratório e, conseqüentemente, determina o prolongamento do tempo de Ventilação Mecânica;
 - II. O traumatizado apresenta maiores requerimentos calóricos e proteicos, cujo acréscimo varia de 10 a 20% nos portadores de lesões ósseas, 20 a 60% nos traumas com infecções e 40 a 100% após queimaduras extensas;
 - III. A oferta calórica aumentada, apesar de necessária, deve ser evitada, tendo em vista a inabilidade metabólica do paciente traumatizado, apta a promover hiperglicemia, hiperosmolaridade, diurese osmótica, desidratação e outros problemas;
 - IV. Com a confecção de jejunostomia intraoperatória ou colocação de sonda nasojejunal, já há um consenso de que os pacientes traumatizados devem iniciar a nutrição enteral com 12 a 18 horas pós-operatório.

Assinale a opção CORRETA.

- (A) Todos os itens estão corretos.
- (B) Todos os itens estão incorretos.
- (C) Somente os itens I e III estão corretos.
- (D) Somente os itens I, II e III estão corretos.
- (E) Somente os itens I e IV estão corretos.

40. O fígado pode ser acometido por diversas patologias tanto agudas, quanto crônicas. Dentre elas, a cirrose se destaca por sua elevada incidência. Como resultante das alterações hepáticas, sobretudo em pacientes que consomem álcool, nota-se que o cirrótico também desenvolve desnutrição proteico-energética (DPE). Assim sendo, é de suma importância instituir-se um planejamento nutricional e dietético adequado. Sobre esse tema, assinale a opção que corresponde a uma conduta nutricional CORRETA.
- (A) Em pacientes alcoólatras crônicos que cursam com excesso de ferro plasmático ou com diagnóstico de hemocromatose, recomenda-se redução do ferro alimentar com suplementação parenteral de ferro.
 - (B) As principais deficiências e correções sugeridas para pacientes cirróticos de etiologia não alcoólica são folato, tiamina, vitamina B12. A suplementação de zinco deve ser feita, independente da albuminemia do paciente.
 - (C) Para o tratamento da Ascite grau 3 recomendam-se restrição de sódio e realização de paracentese em grandes proporções, associada a infusão intravenosa de albumina na proporção de 8 g para cada litro de líquido removido.
 - (D) Há necessidade de restringir líquidos em cirróticos com ascite que apresentam concentração sérica normal de sódio.
 - (E) Apesar de sangramento ativo, as sondas nasoenterais de material macio e de fino calibre estão indicadas na presença de varizes esofágicas.