



**PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021**

BOLETIM DE QUESTÕES

Nome: _____ N.º de Inscrição: _____

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO**

NUTRIÇÃO

LEIA COM MUITA ATENÇÃO AS INSTRUÇÕES SEGUINTEs.

- 1 Confira se o Boletim de Questões 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 Esse Boletim de Questões contém 50 (cinquenta) questões de múltipla escolha, sendo 15 (quinze) questões de SUS e 35 (trinta e cinco) questões de Conhecimentos Específicos. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) alternativas, identificadas por (A), (B), (C), (D) e (E), das quais apenas uma é correta.**
- 3 Confira se, além deste Boletim, você recebeu o Cartão-Resposta destinado à marcação das respostas das questões objetivas, que 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.**
- 4 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 ao fiscal de sala. O Cartão-Resposta só será substituído se nele for constatado erro de impressão.**
- 5 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. Após a conferência, assine seu nome no espaço próprio do Cartão-Resposta.**
- 6 A marcação do Cartão-Resposta deve ser feita com caneta esferográfica de tinta preta ou azul e não serão computadas as questões cujas alternativas estiverem sem marcação, com marcação a lápis ou com marcação com caneta de cor não especificada no edital, com mais de uma alternativa marcada e aquelas que contiverem qualquer espécie de corretivo sobre as alternativas.**
- 7 O tempo disponível para esta prova é de quatro horas, com início às 14h e término às 18h, observado o horário de Belém/PA. O candidato deverá permanecer obrigatoriamente no local de realização da prova por, no mínimo, 2 (duas) horas após o início da prova.**
- 8 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.**

13 DE JANEIRO DE 2021

Boa Prova!



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

SUS

- 1 J.A.M. buscou compreender melhor sobre a organização e o funcionamento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o processo, J.A.M. compreendeu como se dá o campo de atuação deste sistema. Quanto ao conhecimento adquirido por J.A.M., é correto afirmar:
- (A) A vigilância sanitária é o campo de atuação que busca prevenir, extinguir ou reduzir riscos à saúde do trabalhador por meio de medidas adotadas, considerando os problemas decorrentes dos fatores socioeconômicos.
 - (B) A vigilância epidemiológica é o campo de atuação que tem como princípio fundamental a prevenção, a eliminação ou a redução dos riscos à saúde, considerando os problemas decorrentes do meio ambiente.
 - (C) A saúde do trabalhador é o campo de atuação que busca a recuperação e a reabilitação da saúde do trabalhador, para tratar indivíduos com disfunções providas do período ocioso.
 - (D) As ações que identificam os fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva para direcionar medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos são provenientes do campo de atuação da vigilância epidemiológica.
 - (E) A oferta de procedimentos terapêuticos em domicílio, ambulatório e hospital é um campo de atuação da vigilância sanitária.
- 2 A.P.E. necessitou de serviço de saúde privado e buscou os contratados no Sistema Único de Saúde (SUS). A disponibilidade deste serviço foi possível por seguir o princípio
- (A) de imperícia para resolver os serviços de assistência em todos os níveis de assistência.
 - (B) organizacional dos serviços privados, promovendo a duplicação do que é ofertado no serviço público para a mesma finalidade.
 - (C) de universalidade, o qual permite acesso aos diferentes serviços de saúde, mesmo quando não oferecidos no serviço público.
 - (D) de imperícia para resolver os serviços de assistência nos níveis de atenção básica.
 - (E) de inflexibilidade dos recursos financeiros da União para fins de prestação de serviços privados de assistência à saúde da população.
- 3 Em relação aos recursos financeiros disponíveis para a área da saúde, os gestores municipais e estaduais precisam compreender que
- (A) os recursos do Fundo Nacional de Saúde não estarão disponíveis para a esfera municipal, independentemente da hierarquia de distribuição da verba.
 - (B) é necessário existir um Conselho de Saúde, com composição paritária.
 - (C) os recursos do Fundo Nacional de Saúde não estarão disponíveis para a esfera estadual, independentemente da hierarquia de distribuição da verba.
 - (D) tais recursos são independentes da contrapartida de recursos voltados para a área da saúde em seu respectivo orçamento.
 - (E) é dispensável o controle da aplicação dos recursos por meio de relatórios da gestão.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 4 A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC atua na elaboração e na atualização dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Contudo, em casos que não existem minutas de PCDT em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, necessita-se constituir um Comitê Gestor que terá como atribuição designar um Grupo Elaborador que irá
- (A) definir o escopo dos PCDT sem levar em consideração a integração com o Comitê Gestor.
 - (B) verificar as evidências para formulação da recomendação e discuti-la no Comitê Gestor.
 - (C) selecionar estudos aleatórios com qualidade indeterminada para atualização dos PCDT.
 - (D) selecionar estudos aleatórios com qualidade indeterminada para elaboração dos PCDT.
 - (E) verificar as evidências para formulação de recomendação desconsiderando a opinião do Comitê Gestor.
- 5 Recentemente, tem sido observado um aumento no número de profissionais da área da saúde infectados com Síndrome Gripal, quadro clínico inicial da COVID-19. Neste sentido, é considerada uma orientação aos profissionais que atuam em Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde, para evitar o contágio, é
- (A) o uso de contenção respiratória com máscara cirúrgica quando realizar em procedimentos produtores de aerossóis.
 - (B) a lavagem das mãos com frequência, associada à desinfecção dos objetos e superfície tocados com frequência.
 - (C) o uso de contenção respiratória com máscara “Peças Faciais Filtrantes 2” (PFF2) em qualquer ambiente, independentemente se os procedimentos terapêuticos produzem aerossóis.
 - (D) o uso de óculos, luvas, protetor facial, máscara PFF2 e jalecos descartáveis por profissionais que atuem na recepção/triagem, mesmo que mantenham mais de dois metros de isolamento.
 - (E) que o uso de contenção respiratória não é necessário quando realizar em procedimentos produtores de aerossóis.
- 6 N.A.J., após atendimento no Sistema Único de Saúde, observou a possibilidade de ocorrerem eventos adversos relacionados à saúde. Contudo, os profissionais que realizaram seu atendimento o alertaram para a existência de um Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que contribui para qualificar o cuidado em saúde. N.A.J. foi instruído sobre os objetivos específicos do PNSP e compreendeu que
- (A) durante as ações de segurança do paciente, os pacientes e os seus familiares devem estar envolvidos.
 - (B) embora os estabelecimentos de saúde não apresentem serviços de gestão de risco, existem Núcleos de Segurança do Paciente para implantar iniciativas.
 - (C) as informações relativas à segurança do paciente são de exclusividade dos profissionais da saúde.
 - (D) durante as ações de segurança do paciente, os familiares não precisam se envolver por haver acompanhamento direto de uma equipe de saúde.
 - (E) embora os estabelecimentos de saúde não apresentem serviços de Núcleos de Segurança do Paciente, existe gestão de risco para implantar iniciativas.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 7 A incorporação de tecnologia em saúde no sistema de saúde público vigente é atribuição do Ministério da Saúde, contando com a assistência da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação a esta Comissão, é correto afirmar que
- (A) contará com a participação de 1 (um) representante especialista em cada área da saúde, indicado pelo seu respectivo conselho profissional federal.
 - (B) deverá elaborar um relatório desconsiderando as evidências científicas.
 - (C) deverá elaborar um relatório considerando a prática clínica dos profissionais de saúde, indicados pelo seu respectivo conselho profissional federal.
 - (D) no relatório deve ser elaborada uma nova proposta, desprezando o custo-efetividade das tecnologias já incorporadas.
 - (E) deve ser realizada comparação do custo-efetividade das tecnologias já incorporadas com as novas propostas com base em evidência científica.
- 8 A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) atua na inclusão, na modificação e na retirada de tecnologias em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, compete ao CONITEC
- (A) emitir relatórios sobre a composição de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, além de realizar alterações necessárias.
 - (B) avaliar os serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, buscando ofertar assistência psicológica remota aos profissionais da área.
 - (C) direcionar a verba voltada para tecnologias em saúde aplicadas no SUS, para investimentos na atenção terciária, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde necessitam deste suporte.
 - (D) retirar tecnologias em saúde que possuem o custo-efetividade por técnicas experimentais, visando à inovação tecnológica no SUS.
 - (E) direcionar a verba voltada para tecnologias em saúde aplicadas no SUS, para investimentos na atenção secundária, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde necessitam deste suporte.
- 9 De acordo com a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), são atribuições do Complexo Regulador:
- (A) Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação.
 - (B) Capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde.
 - (C) Fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde.
 - (D) Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência.
 - (E) Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde.
- 10 Conforme os fundamentos da Rede de Atenção à Saúde, quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, alcança-se a
- (A) aceitabilidade dos serviços de saúde.
 - (B) economia de escala.
 - (C) qualidade dos serviços de saúde.
 - (D) suficiência dos serviços de saúde.
 - (E) comodidade dos serviços de saúde.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 11 A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece
- (A) que a Atenção Básica é indicada como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.
 - (B) as diferenças nos conceitos de Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, bem como recomenda o uso exclusivo do termo Atenção Básica.
 - (C) que a Estratégia Saúde da Família é a estratégia secundária para expansão e consolidação da Atenção Básica.
 - (D) que a Atenção Básica é definida como o conjunto de ações de saúde familiares e coletivas que envolvem exclusivamente ações de promoção e prevenção, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada.
 - (E) que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) deve ser de 2.500 a 4.000 pessoas, localizada dentro do seu território.
- 12 Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente, a Atenção Básica é orientada por diretrizes, conforme apresentadas na coluna I. Estabeleça a correta correspondência entre essas diretrizes e os significados/características apresentados na coluna II.

COLUNA I

COLUNA II

- | | |
|---|---|
| <p>1. Coordenação do cuidado.</p> <p>2. Longitudinalidade do cuidado.</p> <p>3. Cuidado Centrado na Pessoa.</p> <p>4. Participação da Comunidade.</p> | <ul style="list-style-type: none">() Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo.() Desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva.() Centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.() Estimula a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. |
|---|---|

A sequência correta é

- (A) 3, 1, 2, 4.
- (B) 1, 2, 4, 3.
- (C) 1, 3, 2, 4.
- (D) 2, 3, 1, 4.
- (E) 2, 1, 3, 4.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021 – PSRMPS 2021
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

13 Segundo o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução, denomina-se

- (A) Convênio com os serviços de saúde.
- (B) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).
- (C) Plano Diretor de Regionalização (PDR).
- (D) Contratualização dos serviços de saúde.
- (E) Transparência dos serviços de saúde.

14 Conforme o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, relacione as colunas a seguir.

COLUNA I

COLUNA II

- | | |
|--|--|
| 1. Mapa da Saúde. | () Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. |
| 2. Comissões Intergestores. | () Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. |
| 3. Região de Saúde. | () Instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS. |
| 4. Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. | () Documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. |
| 5. Redes de Atenção à Saúde. | () É o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde. |

A sequência correta é

- (A) 1, 5, 2, 4, 3.
- (B) 1, 5, 4, 3, 2.
- (C) 4, 1, 2, 3, 5.
- (D) 5, 1, 2, 4, 3.
- (E) 4, 1, 3, 2, 5.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 15 No contexto da Política Nacional de Humanização, o termo que se refere à abordagem que considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, permitindo o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia, é denominado
- (A) vínculo.
 - (B) clínica ampliada e compartilhada.
 - (C) humanização.
 - (D) acolhimento.
 - (E) ambiência.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

- 16 Equipes multiprofissionais de terapia nutricional (EMTN) são importantes para promover a qualidade da terapia nutricional ofertada nos hospitais. Sobre as atribuições do nutricionista na EMTN, é correto afirmar:
- (A) O nutricionista membro da EMTN deve obrigatoriamente atuar exclusivamente nesta atividade para garantir a qualidade do serviço.
 - (B) A composição obrigatória da EMTN é de médico nutrólogo, nutricionista e farmacêutico.
 - (C) O nutricionista da EMTN deve prescrever a terapia nutricional enteral e supervisionar sua preparação.
 - (D) O nutricionista da EMTN precisa acompanhar a evolução nutricional do paciente em terapia nutricional enteral, dependendo da via de administração, até a alta hospitalar.
 - (E) O nutricionista da EMTN deve avaliar e assegurar a administração da nutrição enteral, observando as informações contidas no rótulo e os princípios de assepsia.
- 17 A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) contempla pacientes com diferentes enfermidades e tratamentos. Nesses pacientes, o risco nutricional é comum em virtude de alterações metabólicas. Sobre as alterações metabólicas agudas no paciente crítico, julgue as afirmativas a seguir.
- I. A desnutrição pode ser exacerbada no paciente crítico pelo quadro de hipermetabolismo em virtude da resposta inflamatória.
 - II. Ocorre aumento da resistência à insulina e do consumo de glicogênio, favorecendo a redução da gliconeogênese.
 - III. As reservas proteicas são mobilizadas pela gliconeogênese, reduzindo a produção de proteína C reativa.
 - IV. Embora não seja possível reverter a proteólise devido à gliconeogênese típica do insulto agudo, a terapia nutricional é capaz de reduzir o impacto no catabolismo.
- Estão corretas
- (A) I e II, apenas.
 - (B) I e III, apenas.
 - (C) I, II e IV, apenas.
 - (D) I e IV, apenas.
 - (E) II e III, apenas.



PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2021 – PSRMPS 2021
EDITAL Nº 1 – COREMU/UFPA, DE 03 DE NOVEMBRO DE 2020

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 18 A sarcopenia tem sido um achado comum em pacientes graves internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a qual é multifatorial e precisa de intervenção adequada a fim de evitar complicações no quadro clínico do paciente. Sobre a sarcopenia no paciente crítico, julgue as afirmativas a seguir.
- I. Uma das causas é a mobilização das reservas proteicas para a gliconeogênese devido à proteólise, com redução da massa celular corporal e balanço nitrogenado negativo.
 - II. Para a gliconeogênese e a síntese de proteínas de fase aguda são mobilizados principalmente aminoácidos provenientes do tecido muscular esquelético.
 - III. O uso de sedativos e bloqueadores neuromusculares, o imobilismo e a inatividade física podem contribuir para a perda de massa muscular.
 - IV. A terapia nutricional com fórmulas enterais, oligoméricas e hiperproteicas, implementadas precocemente, pode reverter o quadro.

Estão corretas

- (A) I e II, apenas.
 - (B) I e III, apenas.
 - (C) I, II e III, apenas.
 - (D) I e IV, apenas.
 - (E) II e III, apenas.
- 19 Para avaliar o risco nutricional de pacientes críticos, é importante utilizar instrumentos validados, além de avaliar a gravidade da doença e as condições do trato gastrointestinal. Sobre a triagem nutricional do paciente crítico, é correto afirmar:
- (A) A diferença entre triagem e avaliação nutricional é que a primeira tem o objetivo de avaliar a presença de desnutrição e sua gravidade e a segunda detecta o risco nutricional.
 - (B) As medidas antropométricas e bioquímicas são pouco úteis em virtude das alterações hemodinâmicas encontradas, não devendo ser utilizadas para o diagnóstico nutricional.
 - (C) O melhor instrumento para a avaliação do risco nutricional em adultos e idosos hospitalizados é a miniavaliação nutricional.
 - (D) A triagem nutricional deve ser realizada em até 24 horas do momento da internação e repetida periodicamente.
 - (E) É obrigatória a detecção do risco nutricional por meio de protocolos de rastreamento e avaliação nos hospitais atendidos pelo Sistema Único de Saúde para remuneração pela terapia nutricional.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 20 Sobre os instrumentos de avaliação do risco nutricional para pacientes hospitalizados, julgue as afirmativas a seguir.
- I. O instrumento *Nutritional Risk Screening* (NRS-2002) é composto por duas partes: a primeira é composta por questões objetivas sobre o peso corporal, a ingestão alimentar e a presença de doença grave. Já a segunda parte classifica em escores o agravamento do estado nutricional e da doença.
 - II. A avaliação subjetiva global (Detsky et al, 1987) apresenta grande precisão diagnóstica pela presença de critérios quantitativos, o que a torna uma boa ferramenta para monitorar a evolução do paciente. Além disso, considera a presença de edema, o que é fundamental na avaliação de pacientes críticos.
 - III. O instrumento Malnutrition Universal Screening Tool (Stratton et al, 2004), apesar de poder ser aplicado tanto na área clínica quanto na saúde pública, não é amplamente utilizado por superestimar o alto risco e subestimar o médio risco nutricional.
 - IV. A Miniavaliação Nutricional Reduzida (MNA-SF) não se aprofunda na investigação do motivo da internação hospitalar e não considera o efeito da doença aguda, mas superestima questões psicológicas e de mudança de peso corporal, podendo superestimar o risco nutricional.
- Estão corretas
- (A) I e II, apenas.
 - (B) II e III, apenas.
 - (C) I, III e IV, apenas.
 - (D) I e IV, apenas.
 - (E) II e IV, apenas.
- 21 O risco de Síndrome de Realimentação (SR) precisa ser investigado em todos os pacientes hospitalizados. O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) definiu os critérios de triagem para pacientes em risco de SR, sobre os quais é correto afirmar:
- (A) Ter apenas o Índice de Massa Corporal menor que $16\text{kg}/\text{m}^2$ já é considerado risco para SR.
 - (B) Ter níveis altos de eletrólitos séricos é considerado fator de risco para SR.
 - (C) Ter apresentado nenhuma ou pouca ingestão de nutrientes no dia anterior configura risco de SR.
 - (D) Perda não intencional de peso maior ou igual a 5% nos últimos 3 meses é considerado risco para SR.
 - (E) Desde que o paciente utilize soro com glicose, não há risco de SR.
- 22 A caquexia e a sarcopenia podem ser frequentes em pacientes críticos internados em Unidades de Terapia Intensiva. Portanto, avaliar a composição corporal desses pacientes torna-se importante para prevenir complicações clínicas. Sobre a avaliação da composição corporal de pacientes críticos, é correto afirmar:
- (A) É indicado utilizar a aferição de dobras cutâneas por um profissional experiente, com cautela para não pinçar a musculatura juntamente com a gordura subcutânea.
 - (B) O uso de bioimpedância não é indicado porque a estimativa de compartimentos corporais é medida pela reactância e resistência teciduais, que têm influência da quantidade de água e eletrólitos teciduais.
 - (C) A ultrassonografia permite avaliar a gordura subcutânea, mas não a proporção muscular nem a infiltração gordurosa no tecido muscular, o que dificulta a detecção de sarcopenia.
 - (D) A tomografia computadorizada não é indicada porque pode sofrer a influência de desequilíbrios hidrostáticos comuns em pacientes críticos.
 - (E) A ressonância magnética é um ótimo método por ser de realização mais rápida, de baixo custo e com menores restrições na interpretação do resultado.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 23 O paciente crítico internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresenta forte resposta inflamatória por diferentes fatores, o que repercute no estado nutricional. Desse modo, é importante que ferramentas tradicionais de avaliação nutricional sejam adaptadas ao contexto da UTI. Sobre a avaliação nutricional em pacientes de UTI, é correto afirmar:
- (A) O instrumento *Nutrition Risk in Critically ill* (NUTRIC) foi o primeiro desenvolvido para pacientes em UTI e permite uma análise mais acurada da gravidade da doença, por meio do APACHE II e SOFA, e não apenas os aspectos nutricionais.
 - (B) O instrumento *Nutritional Risk Screening* (NRS-2002) contempla a gravidade da doença e aspectos nutricionais relevantes, mas não considera pacientes em ventilação mecânica, o que pode subestimar o risco nutricional de pacientes em UTI.
 - (C) A Avaliação Subjetiva Global (ASG) utiliza perguntas mais quantitativas e o resultado não depende de dados fornecidos por acompanhantes ou pacientes, sendo uma das vantagens para a aplicação desta ferramenta em pacientes de UTI.
 - (D) Pacientes em situação crítica internados em UTI devem ser avaliados semanalmente quanto à tolerância à terapia nutricional, considerando a motilidade gastrointestinal e reservas somáticas.
 - (E) As ferramentas tradicionais de avaliação nutricional têm aplicação limitada na UTI, pois o estado clínico e o equilíbrio hidrostático alteram lentamente, sendo impossível considerar a gravidade da doença nos escores.
- 24 A presença de obesidade no paciente crítico tem sido apontada como um fator complicador para a evolução clínica desse paciente. Sobre a avaliação nutricional do paciente obeso crítico, é correto afirmar:
- (A) São indicados instrumentos de avaliação nutricional que utilizem os escores de gravidade da doença validados para pacientes obesos graves, pois apresentam maior precisão, como é o caso da Avaliação Subjetiva Global.
 - (B) A calorimetria indireta não é um bom método para avaliar o gasto energético de pacientes obesos críticos, visto que a troca gasosa nesses pacientes está prejudicada, podendo superestimar as necessidades energéticas.
 - (C) É indicado utilizar a equação de *Harris & Benedict* ou a fórmula de bolso, considerando o peso atual, para estimar as necessidades nutricionais.
 - (D) É indicado calcular as necessidades nutricionais por meio das equações de *Penn State*, *Ireton-Jones* e *Mifflin* ou regra de bolso utilizando o peso real ou ideal.
 - (E) A doença grave e a obesidade têm efeito inflamatório sinérgico, exacerbando o estresse oxidativo e mascarando marcadores bioquímicos. Portanto, não é indicado usar exames bioquímicos na avaliação do estado nutricional desses pacientes.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 25 A doença grave pode deteriorar o estado nutricional de pacientes críticos, sendo fundamental a intervenção nutricional adequada para alcançar melhores desfechos clínicos. A estimativa das necessidades nutricionais é o primeiro passo, mas ainda é considerada um desafio. Sobre a avaliação das necessidades energéticas do paciente crítico, é correto afirmar:
- (A) A calorimetria direta é o método padrão-ouro, que utiliza a medida das concentrações de dióxido de carbono e oxigênio para calcular o gasto energético e o quociente respiratório.
 - (B) A calorimetria indireta mede o gasto energético pela estimativa da produção de calor corporal total e tem ótima acurácia, no entanto, é de difícil acesso e alto custo.
 - (C) Para o paciente obeso crítico em nutrição enteral, deve-se ofertar inicialmente 60 a 70% da meta de necessidades energéticas estimadas.
 - (D) A maioria das equações preditivas subestima as necessidades nutricionais na fase inicial, precisando de grande percentual de incremento para prevenir a desnutrição.
 - (E) Todas as equações preditivas apresentam erros na determinação do gasto energético do paciente crítico, portanto, deve-se usar apenas a calorimetria indireta.
- 26 A anamnese e o exame físico são muito importantes para um adequado diagnóstico nutricional, resultando em menores complicações, menor tempo de internação e melhor prognóstico. A semiologia nutricional inflamatória pode ser usada em pacientes críticos para avaliar a maneira como o processo inflamatório está atuando no paciente. Sobre a semiologia nutricional inflamatória, julgue as afirmativas a seguir.
- I. A inflamação pode atuar na reparação dos tecidos por regeneração, substituindo células mortas, ou por fibroplasia, substituindo por tecido conjuntivo.
 - II. É chamada de inflamação positiva quando o processo infeccioso está ativo, sem cicatrização aparente e há doença inflamatória local ou sistêmica.
 - III. Na semiologia nutricional inflamatória, são avaliados parâmetros clínicos e laboratoriais que correlacionem a inflamação com a desnutrição.
 - IV. Os marcadores da semiologia nutricional inflamatória devem ser avaliados diariamente ao longo da evolução clínica do paciente, para melhor identificar se a inflamação presente é positiva ou negativa.

Estão corretas

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



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 27 Em pacientes hospitalizados, é possível detectar desnutrição, que pode variar de acordo com a doença de base que apresentam e com a sua cronicidade. Sobre a aplicação da semiologia nutricional em pacientes hospitalizados, julgue as afirmativas a seguir.
- I. Pacientes com fácies aguda expressa exaustão, cansaço e dificuldade em manter os olhos abertos, sendo característico de desnutrição aguda.
 - II. Para avaliar a presença de icterícia, é necessário examinar o paciente em luz clara e forte. As mucosas e conjuntivas encontram-se amareladas e há presença de prurido pelo depósito de ferritina na pele.
 - III. A presença de edema deve ser pesquisada sempre nos membros inferiores, começando pelos tornozelos, por meio do “sinal de cacifo”, independentemente do decúbito preferencial do paciente.
 - IV. A atrofia da musculatura temporal bilateral pode sugerir disfagia ou redução expressiva na ingestão alimentar. Quando associada à atrofia da bola gordurosa de bichat, forma o sinal da “asa quebrada”.

Estão corretas

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

28 Dados do *Nutrition Day* demonstram uma grande variação na ingestão oral de pacientes, em que cerca de 50% dos pacientes internados aceitavam, em média, apenas metade da porção diária servida na última semana. Muitas vezes, no momento da alta hospitalar, o paciente pode ainda estar com a ingestão alimentar insuficiente. Sobre os critérios para a indicação de Terapia Nutricional Domiciliar (TND), é correto afirmar:

- (A) É fundamental que o paciente tolere a TND indicada, que sua residência tenha um ambiente em condições adequadas para prática de TND, bem como é necessária a presença de um cuidador capaz de compreender as orientações relativas à TND.
- (B) O suplemento oral domiciliar é indicado quando a ingestão alimentar via oral foi menor que 50% em relação à meta nutricional estabelecida nos últimos 7 dias.
- (C) A TND enteral é indicada quando há presença de desnutrição associada à ingestão alimentar oral abaixo de 70% da sua meta nutricional.
- (D) A TND parenteral é indicada para pacientes que não conseguem suprir sua meta nutricional utilizando o trato gastrointestinal.
- (E) A TND parenteral não pode ser administrada de forma exclusiva para suprir a meta nutricional, pois o risco de translocação bacteriana é alto, devendo sempre ser associada à nutrição enteral trófica.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 29 Os pacientes idosos hospitalizados apresentam alto risco nutricional. Sobre os métodos subjetivos para avaliação nutricional do idoso, julgue as afirmativas a seguir.
- I. A semiologia nutricional apresenta baixa especificidade para pacientes idosos, pois as alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento podem mascarar ou confundir a interpretação dos achados.
 - II. A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é um método multidimensional para avaliar o risco de fragilização de idosos, podendo auxiliar na determinação do risco nutricional de pacientes idosos hospitalizados.
 - III. A Miniavaliação Nutricional (MAN) é uma ferramenta de triagem nutricional indicada para idosos, no entanto, pode subestimar o risco nutricional por não considerar a mudança ponderal em seu escore.
 - IV. A Miniavaliação Nutricional reduzida, apesar de ser indicada para idosos, não detalha o motivo da internação hospitalar nem a gravidade da doença aguda, portanto, não é específica para pacientes internados em unidade de terapia intensiva.

Estão corretas

- (A) I e II, apenas.
 - (B) II e III, apenas.
 - (C) II, III e IV, apenas.
 - (D) II e IV, apenas.
 - (E) I e IV, apenas.
- 30 A mortalidade por desnutrição infantil grave em nível hospitalar no Brasil se encontra acima da recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Portanto, determinar o risco nutricional de crianças internadas pode prevenir complicações e melhorar o prognóstico. Sobre a avaliação nutricional de crianças hospitalizadas, é correto afirmar:
- (A) A triagem nutricional infantil não deve considerar o Índice de Massa Corporal, apenas a perda ponderal recente involuntária e a aceitação alimentar.
 - (B) A ferramenta *STRONG Kids (Screening Tool Risk on Nutritional status and Growth)* considera o estado nutricional atual, a perda de peso involuntária ou ausência de ganho de peso, alterações gastrointestinais e de ingestão alimentar de crianças.
 - (C) Após a triagem nutricional, não há necessidade de submeter as crianças à avaliação nutricional objetiva, pois as ferramentas de triagem já sinalizam os pacientes em risco nutricional e que precisam de uma intervenção nutricional precoce.
 - (D) As curvas de crescimento e ganho de peso da OMS não podem ser utilizadas como parâmetro para as crianças hospitalizadas, pois são instrumentos validados para a população saudável.
 - (E) A avaliação dietética de pacientes em idade pré-escolar deve ser realizada por meio de recordatório alimentar associado a um registro alimentar de pelo menos um dia.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 31 Os exames bioquímicos são muito importantes para a avaliação do estado nutricional de pacientes hospitalizados. Sobre a avaliação bioquímica de pacientes internados, é correto afirmar:
- (A) A hipoalbuminemia está associada ao edema, especialmente quando a concentração sérica de albumina está abaixo de 5g/dL.
 - (B) A pré-albumina deve ser utilizada para avaliar desnutrição proteica em pacientes com grande variação hidroeletrólítica e inflamação.
 - (C) A transferrina é uma proteína sérica com meia-vida curta, sendo mais sensível do que a albumina na detecção de desnutrição aguda e no acompanhamento de intervenções dietoterápicas.
 - (D) A proteína ligadora de retinol, apesar da meia-vida muito curta, tem baixa sensibilidade à restrição calórica e proteica.
 - (E) A albumina não é um bom parâmetro de prognóstico para pacientes hospitalizados, pois apresenta meia-vida curta e varia conforme alterações hidroeletrólíticas.
- 32 O acompanhamento da metabolização dos carboidratos é de suma importância para a adequação da dietoterapia em pacientes hospitalizados. Sobre a monitorização da glicemia para a oferta nutricional, é correto afirmar:
- (A) A hemoglobina glicada pode ser utilizada para avaliar o efeito da ingestão alimentar na glicemia pós-prandial, sendo importante para avaliar picos glicêmicos.
 - (B) A glicemia capilar pode substituir a análise da glicemia no plasma ou soro, pois geralmente não há variação maior que 2% entre esses métodos.
 - (C) A resistência periférica à insulina pode ser avaliada por meio do índice HOMA-IR, calculado a partir da glicemia de jejum e insulina de jejum.
 - (D) A funcionalidade das células beta pancreáticas pode ser avaliada por meio do índice HOMA-beta, calculado a partir da glicemia pós-prandial e de jejum.
 - (E) A frutossamina é um marcador de concentração média de glicose sanguínea, mas é altamente sensível às alterações transitórias na glicose sérica.
- 33 A Terapia de Nutrição Enteral (TNE) e a Terapia de Nutrição Parenteral (TNP) são estratégias que devem ser adotadas quando a alimentação por via oral torna-se impossibilitada. Os nutrientes são mais efetivamente utilizados e metabolizados quando administrados pela via enteral do que pela parenteral, entretanto, em algumas situações a utilização do trato gastrointestinal não é possível. Assinale o item que NÃO contém uma contraindicação para a TNE.
- (A) Hemorragia gastrointestinal severa.
 - (B) Íleo paralítico.
 - (C) Instabilidade hemodinâmica.
 - (D) Fístulas intestinais de alto débito.
 - (E) Pancreatite.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 34 A utilização de sonda nasointestinal (SNE) em posição gástrica apresenta vantagens em relação à posição pós-pilórica. **NÃO** é considerada uma vantagem do posicionamento gástrico da SNE:
- (A) Maior tolerância a fórmulas hiperosmolares.
 - (B) Maior tolerância a grandes volumes.
 - (C) Mais fácil posicionamento da sonda.
 - (D) Menor risco de aspiração.
 - (E) Progressão mais fácil para o alcance da meta calórica.
- 35 O reconhecimento das causas das complicações relacionadas à TNE é importante, uma vez que pode auxiliar na tomada de decisões para reduzir sua incidência, permitindo que mais pacientes se beneficiem dessa terapia. Quanto às medidas úteis na prevenção de broncoaspiração, analise os itens seguintes.
- I. Elevar a cabeceira da cama durante e após a administração da dieta.
 - II. Administrar a dieta pelo método “em bolus”.
 - III. Administrar a dieta em posicionamento pós-pilórico quando houver risco de aspiração ou gastroparesia.
 - IV. Ofertar a nutrição enteral de maneira contínua.
- Estão corretos
- (A) I e II, somente.
 - (B) II e III, somente.
 - (C) III e IV, somente.
 - (D) I e IV, somente.
 - (E) I, III e IV, somente.
- 36 O Uso de Nutrição Parenteral (NP) também não é isento de complicações. Assinale o item que **NÃO** corresponde a uma complicação da NP.
- (A) Flebite.
 - (B) Hipoglicemia.
 - (C) Coma hiperglicêmico hiperosmolar não cetótico.
 - (D) Uremia.
 - (E) Hipercapnia.
- 37 A escolha e os cuidados adequados com a via de acesso venoso em Terapia de Nutrição Parenteral (TNP) são fundamentais para garantir menor risco de complicações e de eventos adversos, permitindo o sucesso da terapia. Assim, a TNP em acesso periférico deve ser realizada por um período inferior a
- (A) 5 dias.
 - (B) 15 dias.
 - (C) 20 dias.
 - (D) 30 dias.
 - (E) 60 dias.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

38 No Brasil, há diferentes tipos de fórmulas enterais industrializadas e legislações que regem suas características. A escolha de um determinado tipo de fórmula deve ser realizada com base na composição, de acordo com as necessidades nutricionais individuais do paciente. As fórmulas enterais com grande quantidade de nutrientes hidrolisados apresentam

- (A) maior densidade energética.
- (B) maior osmolalidade.
- (C) menor pH.
- (D) menor osmolalidade.
- (E) maior teor de nutrientes.

39 A terapia nutricional no paciente crítico tem como objetivo ofertar os substratos necessários à demanda nutricional, proteger órgãos vitais, amenizar a proteólise, diminuir o estresse fisiológico e auxiliar na manutenção da imunidade. Sobre esse tema, analise as afirmativas seguintes.

- I. Pacientes graves geralmente apresentam uma intensa resposta metabólica, normalmente caracterizada por hipermetabolismo e catabolismo proteico. Por isso, estes pacientes apresentam alto risco de depleção do estado nutricional, o que pode comprometer ainda mais sua condição clínica.
- II. A equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) deve garantir suporte precoce e adequado ao paciente, supervisionando a terapia nutricional desde a prescrição até a administração.
- III. A TNE constitui um conjunto de procedimentos terapêuticos adotados para recuperação do estado nutricional do paciente crítico por meio de nutrição enteral (NE) com impossibilidade total de manter a via oral como rota de alimentação, devendo ser adotada sempre que o trato gastrointestinal estiver funcionando.
- IV. Pacientes críticos apresentam elevado índice de catabolismo proteico e estresse, portanto deve-se aguardar a melhora da resposta inflamatória para iniciar o aporte nutricional, uma vez que a nutrição iniciada na fase crítica da doença pode agravar ainda mais a modulação da resposta ao estresse.

Estão corretas

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

40 Em relação à Terapia Nutricional em pacientes críticos, é correto afirmar:

- (A) O risco de hiperalimentação em pacientes críticos é maior com o uso de nutrição enteral do que com o de nutrição parenteral.
- (B) Deve-se sempre optar pelo posicionamento pós-pilórico em pacientes críticos em uso de nutrição enteral a fim de evitar o risco de aspiração, associando ao uso procinéticos e agentes pró-motilidade.
- (C) O uso de drogas vasoativas é uma contraindicação absoluta para a utilização de nutrição enteral devido à instabilidade hemodinâmica e comprometimento da microperfusão tecidual.
- (D) Deve-se manter a cabeceira do leito entre 30° e 45° para pacientes intubados e recebendo nutrição enteral, exceto nos casos em que este grau de elevação seja contraindicado.
- (E) Na presença de evacuação líquida, deve-se interromper a nutrição enteral até que o quadro melhore.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 41 A mensuração da ingestão calórica de pacientes hospitalizados permanece um grande desafio para os nutricionistas. Estima-se que cerca de 60%, ou menos, do alvo calórico é ofertado para pacientes em Terapia Nutricional, o que pode contribuir para desnutrição, maior tempo de internação hospitalar, mortalidade e maiores custos associados. Nesse sentido, quanto à conduta do nutricionista, analise os itens seguintes.
- I. Identificar precocemente os pacientes que necessitam de monitoramento quando apresentam aceitação alimentar insatisfatória.
 - II. Utilizar indicadores de qualidade em pacientes por meio de nutrição enteral e parenteral, como medidas objetivas, para avaliar o volume infundido e o prescrito.
 - III. Calcular a adequação calórica ofertada versus a ingerida.
 - IV. Garantir a completa administração da dieta prescrita, possibilitando que o paciente receba 100% das suas necessidades nutricionais.

Estão corretos

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

"As Diretrizes em Nutrição Clínica formulam linhas de tratamento baseadas no conhecimento multidisciplinar possibilitando a uniformização das práticas de terapia nutricional, racionalizam o uso da terapia nutricional e, conseqüentemente, reduzem custos. Assim, no ano de 2009, a BRASPEN/SBNPE iniciou o Projeto DITEN - Diretrizes em Terapia Nutricional, que foi revisto e atualizado no ano de 2018, gerando as DIRETRIZES BRASILEIRAS DE TERAPIA NUTRICIONAL".
Fonte: BRASPEN Journal (Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral). Diretrizes brasileiras de terapia nutricional, v. 33, n. 1, 2018. Disponível on line: <http://www.braspen.org/braspen-journal>.

Com base nessas Diretrizes, responda às questões **42 a 50**.

- 42 As necessidades calóricas nos pacientes graves podem ser realizadas utilizando-se fórmulas ("de bolso" ou equações de autores diversos) ou calorimetria indireta (CI). A adequada oferta de calorias na fase aguda para pacientes graves seria:
- (A) Iniciar com cerca de 10 a 15 kcal/kg/dia e progredir para 20 a 25 kcal/kg/dia, após o quarto dia dos pacientes em recuperação.
 - (B) Iniciar com cerca de 15 a 20 kcal/kg/dia e progredir para 20 a 25 kcal/kg/dia, após o quarto dia dos pacientes em recuperação.
 - (C) Iniciar com cerca de 15 a 20 kcal/kg/dia e progredir para 25 a 30 kcal/kg/dia, após o quarto dia dos pacientes em recuperação.
 - (D) Iniciar com cerca de 25 a 30 kcal/kg/dia e progredir para 30 a 35 kcal/kg/dia, após o quarto dia dos pacientes em recuperação.
 - (E) Iniciar com cerca de 30 a 35 kcal/kg/dia e progredir para 35 a 40 kcal/kg/dia, após o quarto dia dos pacientes em recuperação.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 43 Os estoques de proteínas têm caráter funcional dentro do corpo humano. O estado crítico agudo promove intensa cascata inflamatória, podendo depletar sensivelmente a musculatura esquelética. Nesse sentido, as novas recomendações de ingestão proteica giram em torno de
- (A) 0,8 a 1,2 g/kg/dia.
 - (B) 0,8 a 1,5 g/kg/dia.
 - (C) 1,2 a 2,0 g/kg/dia.
 - (D) 1,5 a 2,5 g/kg/dia.
 - (E) 2,0 a 3,0 g/kg/dia.
- 44 O início precoce da TNE visa à manutenção da integridade funcional e trofismo do trato gastrointestinal (TGI), reduz o hipermetabolismo e catabolismo associados à resposta inflamatória sistêmica e pode atenuar a gravidade da doença crítica. Segundo essas Diretrizes, a recomendação para o início da Terapia Nutricional em pacientes críticos é:
- (A) Até 12 horas em pacientes críticos que não conseguirem se alimentar por via oral.
 - (B) Até 24 horas em pacientes críticos que não conseguirem se alimentar por via oral.
 - (C) 24-36 horas da TNE em pacientes críticos que não conseguirem se alimentar por via oral.
 - (D) 24-48 horas da TNE em pacientes críticos que não conseguirem se alimentar por via oral.
 - (E) Até 72 horas da TNE em pacientes críticos que não conseguirem se alimentar por via oral.
- 45 Na maioria dos pacientes críticos, o uso de nutrição enteral (NE) é seguro e possível, porém, quando a NE não pode ser utilizada, o início precoce da nutrição parenteral (NP) parece beneficiar esses pacientes. Em relação à NP no paciente crítico, é correto afirmar:
- (A) As emulsões lipídicas à base de óleo de soja são mais bem toleradas em pacientes gravemente enfermos em comparação às emulsões lipídicas mistas, especialmente no que se refere às provas de função hepática.
 - (B) O uso de NP suplementar pode ser uma solução eficaz para atendimento das metas nutricionais após 15 dias em pacientes que não conseguiram atingir aporte calórico proteico superior a 60% por via digestiva.
 - (C) Em pacientes críticos com disfunção pulmonar, recomenda-se utilizar fórmulas com alto lipídio/baixo carboidrato para manipular coeficiente respiratório e reduzir produção de CO₂.
 - (D) O uso de glutamina (> 0,5 g/kg/dia) em NP está indicado em pacientes graves, principalmente naqueles com disfunção orgânica múltipla, instabilidade hemodinâmica ou imunossuprimidos.
 - (E) A meta glicêmica para pacientes críticos sob cuidados intensivos deve ser estabelecida entre 140 e 180mg/dl.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 46 Apesar de recentes avanços nos cuidados nutricionais e metabólicos, ainda existem controvérsias sobre a melhor abordagem nos doentes com pancreatite aguda. De acordo com as diretrizes da BRASPEN (2018), é correto afirmar:
- (A) Na pancreatite aguda moderada, deve-se optar por fórmulas enterais especializadas, com o intuito de estimular minimamente as enzimas pancreáticas.
 - (B) Na pancreatite aguda moderada, deve-se optar por nutrição parenteral, evitando a estimulação do pâncreas.
 - (C) Em pacientes eutróficos com pancreatite aguda, a via parenteral deve ser indicada quando não se conseguir atingir 60% das necessidades calóricas estimadas, após sete dias de tentativa da via enteral.
 - (D) Na pancreatite aguda, o posicionamento da sonda de alimentação, quando a via oral não é possível, deve ser pós-pilórico como forma de proporcionar repouso da produção de secreção pancreática e controlar a dor.
 - (E) Na pancreatite aguda grave, deve-se priorizar o uso rotineiro de formulações hidrolisadas.
- 47 A terapia nutricional constitui uma importante terapêutica para pacientes com hepatopatias, contribuindo para a melhora da qualidade de vida, redução da taxa de complicações e mortalidade. Quanto às atuais recomendações para o tratamento nutricional dessas doenças, é correto afirmar:
- (A) Deve-se usar peso usual antes de adoecer ou da descompensação do quadro clínico em equações preditivas para cálculo da oferta calórica em pacientes com disfunção hepática.
 - (B) O aporte proteico de pacientes cirróticos deve ser de 0,8 a 1,0 g/kg/dia de peso atual, para não precipitar encefalopatia hepática.
 - (C) A administração de aminoácidos de cadeia ramificada AACR é uma estratégia recomendada para prevenir ou tratar a encefalopatia em pacientes com hepatopatia.
 - (D) A restrição proteica é fundamental para a prevenção da encefalopatia hepática em pacientes com cirrose.
 - (E) Recomenda-se que a TN a doentes com hepatopatia aguda ou crônica seja administrada pela via parenteral.
- 48 A monitorização constante é parte fundamental da abordagem ao paciente crítico. A Hipofosfatemia é um achado laboratorial frequente e pode estar relacionada a:
- I. Sepses.
 - II. Síndrome da realimentação.
 - III. Uso de diuréticos.
 - IV. Métodos dialíticos contínuos.
 - V. Alcalose.
- Estão corretos
- (A) II e V, apenas.
 - (B) I, III e V, apenas.
 - (C) II, III e IV, apenas.
 - (D) I, IV e V, apenas.
 - (E) I, II, III, IV e V.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO
NUTRIÇÃO**

- 49 O paciente obeso crítico apresenta outras complicações que interferem diretamente no manejo do seu cuidado, além de apresentar alto risco nutricional, que, por muitas vezes, é negligenciado pela equipe multiprofissional. Com base nas atuais recomendações de terapia nutricional (TN) para o paciente obeso crítico, é correto afirmar:
- (A) Nos pacientes obesos críticos, a dieta enteral deve ser iniciada nas primeiras 72 horas da admissão na UTI, quando a via oral não estiver disponível.
 - (B) A TN hipocalórica e hiperproteica parece ser a estratégia mais adequada para o paciente obeso crítico.
 - (C) A TN hipercalórica e hiperproteica parece ser a estratégia mais adequada para o paciente obeso crítico.
 - (D) A meta calórica do paciente obeso crítico deve manter-se entre 25-30 kcal/kg por peso corporal real ou ideal a fim de evitar a *overfeeding*.
 - (E) O uso de fórmula imunomoduladora em pacientes obesos críticos deve ser priorizado devido à elevada produção de citocinas inflamatórias.
- 50 Diversos estudos clínicos e laboratoriais vêm sendo desenvolvidos a fim de investigar os possíveis nutrientes com potencial para auxiliar na recuperação do sistema imune. Em relação ao uso de nutrientes específicos em pacientes críticos em terapia nutricional, é correto afirmar:
- (A) Formulações enterais imunomoduladoras amenizam a resposta inflamatória e estresse oxidativo em pacientes críticos, por isso devem ser utilizadas rotineiramente em UTI.
 - (B) O uso de uma fórmula enteral contendo ômega 3 em pacientes com síndrome de angústia respiratória aguda (SDRA) é consenso entre as principais diretrizes sobre terapia nutricional, com comprovada redução no tempo de internação na UTI, menor duração da ventilação mecânica, menor presença de disfunção orgânica múltipla ou mortalidade hospitalar.
 - (C) O uso rotineiro de fórmulas contendo fibras ainda parece controverso em doentes graves, porém, em pacientes com diarreia persistente que estejam hemodinamicamente compensados e não tenham dismotilidade, o uso de fibras solúveis pode ser considerado.
 - (D) O aminoácido glutamina apresenta níveis reduzidos em condições de inflamação sistêmica e tem participação no processo de modulação da inflamação, por isso a suplementação rotineira de glutamina em pacientes críticos deve ser realizada.
 - (E) O uso de probióticos apresenta importante efeito na manutenção da microbiota intestinal, auxiliando na proteção contra a translocação bacteriana, na produção de citocinas anti-inflamatórias e na modulação da resposta imune, por isso pode ser indicado em doentes críticos imunossuprimidos.