

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

EDITAL Nº 04/2017 DE PROCESSOS SELETIVOS

GABARITO APÓS RECURSOS

PROCESSO SELETIVO 45

MÉDICO I (Nutrologia)

01.	E	11.	C	21.	B
02.	C	12.	B	22.	C
03.	E	13.	C	23.	D
04.	E	14.	B	24.	B
05.	D	15.	D	25.	D
06.	A	16.	E		
07.	D	17.	A		
08.	D	18.	A		
09.	D	19.	A		
10.	B	20.	B		



EDITAL Nº 04/2017
DE PROCESSOS SELETIVOS (PS)

MISSÃO

Ser um referencial público em saúde, prestando assistência de excelência, gerando conhecimento, formando e agregando pessoas de alta qualificação.

PS 45 - MÉDICO I
(Nutrologia)

MATÉRIA	QUESTÕES	PONTUAÇÃO
Conhecimentos Específicos	01 a 25	0,40 cada



DIREITOS AUTORAIS RESERVADOS. PROIBIDA A REPRODUÇÃO, AINDA QUE PARCIAL, SEM A PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DA FAURGS E DO HCPA.

Nome do Candidato: _____

Inscrição nº: _____



FAURGS
Fundação de Apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INSTRUÇÕES

- 1 Verifique se este CADERNO DE QUESTÕES corresponde ao Processo Seletivo para o qual você está inscrito. Caso não corresponda, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 2 Esta PROVA consta de **25** (vinte e cinco) questões objetivas.
- 3 Caso o CADERNO DE QUESTÕES esteja incompleto ou apresente qualquer defeito, solicite ao Fiscal da sala que o substitua.
- 4 Para cada questão objetiva, existe apenas **uma** (1) alternativa correta, a qual deverá ser assinalada na FOLHA DE RESPOSTAS.
- 5 Os candidatos que comparecerem para realizar a prova **não deverão portar** armas, malas, livros, máquinas calculadoras, fones de ouvido, gravadores, *paggers*, *notebooks*, **telefones celulares**, *pen drives* ou quaisquer aparelhos eletrônicos similares, nem utilizar véus, bonés, chapéus, gorros, mantas, lenços, aparelhos auriculares, prótese auditiva, óculos escuros, ou qualquer outro adereço que lhes cubra a cabeça, o pescoço, os olhos, os ouvidos ou parte do rosto, sob pena de serem excluídos do certame. **Os relógios de pulso serão permitidos, desde que permaneçam sobre a mesa, à vista dos fiscais, até a conclusão da prova.** (conforme subitem 7.10 do Edital de Abertura)
- 6 **É de inteira responsabilidade do candidato comparecer ao local de prova munido de caneta esferográfica, preferencialmente de tinta azul, de escrita grossa, para a adequada realização de sua Prova Escrita. Não será permitido o uso de lápis, marca-textos, régua, lapiseiras/grafites e/ou borrachas durante a realização da prova.** (conforme subitem 7.16.2 do Edital de Abertura)
- 7 Não serão permitidos: nenhuma espécie de consulta em livros, códigos, revistas, folhetos ou anotações, nem o uso de instrumentos de cálculo ou outros instrumentos eletrônicos, exceto nos casos em que forem pré-estabelecidos no item 13 do Edital. (conforme subitem 7.16.3 do Edital de Abertura)
- 8 Preencha com cuidado a FOLHA DE RESPOSTAS, evitando rasuras. Eventuais marcas feitas nessa FOLHA a partir do número **26** serão desconsideradas.
- 9 Ao terminar a prova, entregue a FOLHA DE RESPOSTAS ao Fiscal da sala.
- 10 A duração da prova é de **duas horas e trinta minutos (2h30min)**, já incluído o tempo destinado ao preenchimento da FOLHA DE RESPOSTAS. Ao final desse prazo, a FOLHA DE RESPOSTAS será **imediatamente** recolhida.
- 11 **O candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora (1h) após o seu início. Se quiser levar o Caderno de Questões da Prova Escrita, o candidato somente poderá se retirar da sala de prova uma hora e meia (1h30min) após o início. O candidato não poderá anotar/copiar o gabarito de suas respostas de prova.**
- 12 **Após concluir a prova e se retirar da sala, o candidato somente poderá se utilizar de sanitários nas dependências do local de prova, se for autorizado pela Coordenação do Prédio e estiver acompanhado de um fiscal.** (conforme subitem 7.16.6 do Edital de Abertura)
- 13 Ao concluir a Prova Escrita, o candidato deverá devolver ao fiscal da sala a Folha de Respostas (Folha Óptica). Se assim não proceder, será excluído do Processo Seletivo. (Conforme subitem 7.16.8 do Edital de Abertura)
- 14 A desobediência a qualquer uma das recomendações constantes nas presentes instruções poderá implicar a anulação da prova do candidato.



01. Qual a alternativa correta em relação às diretrizes atuais da *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN 2016) no tocante à oferta precoce de nutrientes por meio de nutrição parenteral combinada (enteral e parenteral) em pacientes graves?

- (A) Ofertar dieta calórica e proteica parenteral precoce (primeiras 24 horas) a pacientes críticos não desnutridos, com intolerância do trato digestivo e com escore NUTRIC inferior a 5.
- (B) Para pacientes submetidos a cirurgias extensas do trato gastrointestinal, ofertar somente calorias e proteínas via parenteral por cinco dias, independentemente do grau de nutrição do paciente.
- (C) Ofertar dieta calórica e proteica enteral (primeiros 7-10 dias) a pacientes críticos, previamente desnutridos, independentemente da tolerância do trato gastrointestinal. Nesses pacientes, deve-se evitar nutrição parenteral suplementar pelo risco de infecção.
- (D) Ofertar dieta calórica e proteica parenteral exclusiva (primeiras 24 horas) a pacientes críticos desnutridos e com escore NUTRIC superior a 5, independente da intolerância do trato digestivo.
- (E) Evitar oferta de dieta proteica parenteral suplementar precoce (primeiros 7 a 10 dias) a pacientes críticos não desnutridos e com escore NUTRIC inferior a 5, com intolerância do trato digestivo.

02. Paciente apresenta mínima atividade proteolítica, síntese e *turnover* proteico reduzidos, pouca atividade gliconeogênica e discreta retenção hídrica. Esse é um cenário frequentemente relacionado

- (A) à fase inicial da resposta a trauma.
- (B) à apresentação inicial da síndrome de realimentação.
- (C) à privação maior de três dias de alimentos.
- (D) a paciente obeso no pós-operatório imediato.
- (E) a paciente com trauma, mantido apenas com solução salina parenteral.

03. Em relação à obesidade, qual das afirmações é correta?

- (A) Em termos de termodinâmica, obesidade resulta em balanço entre a quantidade de calorias ingeridas e o gasto energético, embora esta relação isoladamente não explique totalmente o fenômeno, já que uma intrincada relação entre hormônios e atividade do sistema nervoso central ocorre em paralelo.
- (B) A atividade hormonal de saciedade é tônica, contrastando com a sinalização para adiposidade, que é fásica.
- (C) Colecistoquinina, grelina, peptídeo YY e GLP-1 são sinalizadores de saciedade, enquanto que leptina estimula o apetite e a adiposidade.
- (D) O controle da ingestão ocorre ao longo de grande extensão do trato digestivo, de maneira que o GLP-1 é produzido por células gástricas, enquanto a grelina é produzida no intestino.
- (E) Um indivíduo obeso que diminui a ingestão e pratica exercícios experimenta uma resposta compensatória hipotalâmica, aumentando a atividade de substâncias orexígenas. Este fenômeno explica, ao menos parcialmente, a dificuldade de manter a perda de peso em longo prazo.

04. Qual das alternativas abaixo é uma indicação clássica para realização de cirurgia bariátrica?

- (A) Transtorno do comer compulsivo.
- (B) Depressão de difícil controle ou não controlável.
- (C) Antecipação de que o indivíduo tem grande chance de não aderir aos cuidados de pós-operatório.
- (D) Doença cardiovascular grave com elevado risco cirúrgico.
- (E) Falhas sucessivas de redução de peso por intervenções no estilo de vida.

05. Assinale a alternativa que apresenta as características clínicas de um paciente com indicação correta para realização de cirurgia bariátrica.

- (A) Índice de massa corporal (IMC) =27, diagnóstico de diabetes melito tipo 2 em uso de metformina e HB glicada= 6,4%.
- (B) IMC=29, em indivíduo hipertenso, dislipidêmico e história familiar de cardiopatia isquêmica precoce.
- (C) IMC=30, com boa perda de peso nos primeiros três meses (mais de 10% do peso) com liraglutida.
- (D) IMC=38, sem história psiquiátrica que sugira má aderência no pós-operatório e também sem história de uso de drogas ilícitas.
- (E) IMC=49, diagnóstico psiquiátrico de depressão maior, com duas tentativas prévias de suicídio e uso abusivo de álcool.

06. Considerando as mais recentes diretrizes (Guidelines for Enagement of Dyslipidemia and prevention of Cardiovascular Disease, 2017) para tratamento de dislipidemia, assinale a afirmação correta.

- (A) O cálculo do risco cardiovascular de 10 anos (utilizando calculadoras como Framingham, MESA ou escore de Reynolds) deve compor, juntamente com os outros elementos, para tomada de decisões referentes à terapia a ser instituída.
- (B) Pacientes de extremo risco (cardiopatas isquêmicos instáveis já em uso prévio de estatina; diabéticos já com definida cardiopatia isquêmica ou doença cardiovascular aterosclerótica prematura) deveriam ter como objetivo terapêutico: LDL colesterol <130mg/dL e colesterol não HDL <180mg/dL.
- (C) Pacientes com doença cardiovascular aterosclerótica com início após os 50 anos deveriam ser sempre investigados para hipercolesterolemia familiar.
- (D) Triglicérido sérico deve sempre compor as medidas laboratoriais na busca de dislipidemia. Valores superiores a 150mg/dL é indicação de tratamento farmacológico.
- (E) A medida do espessamento médio-intimal carotídeo, porém não o cálcio coronariano, pode refinar a avaliação do risco cardiovascular e determinar maior agressividade na terapia da dislipidemia.

07. Numere a segunda coluna de acordo com a primeira, relacionando os sintomas clínicos às respectivas deficiências.

- (1) Deficiência de vitamina A
 - (2) Deficiência de vitamina B1
 - (3) Deficiência de vitamina C
 - (4) Deficiência de vitamina B12
 - (5) Deficiência de ferro
- () Confusão mental, nistagmo
 - () Pequenos coágulos sob as unhas que tendem a correr verticalmente; petéquias perifoliculares
 - () Unhas em forma de colher
 - () Hiperkeratose folicular; pele seca
 - () Perda de memória e sintomas depressivos

A sequência numérica correta de preenchimento dos parênteses da segunda coluna, de cima para baixo, é

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

08. Paciente, previamente hígido, admitido na UTI por quadro grave de pancreatite aguda de etiologia biliar, apresenta escore APACHE II, calculado em 11. No momento, com 48h de evolução, está submetido à ventilação mecânica e suporte hemodinâmico com noradrenalina em dose de 0,2mcg/kg/min, tendo evidências laboratoriais de ressuscitação hemodinâmica adequadas (lactato sérico baixo, ausência de acidose metabólica e oximetria diferencial (arterial e venosa central) adequada. Faz uso de sonda nasogástrica aberta em frasco, drenando 500mL/12h, com ausência de ruídos abdominais. O abdome está distendido, depressível e com pressão intra-abdominal medida em 8mmHg. Recebe fentanil, como sedativo, em dose 0,02mcg/kg/min. Apresenta diurese de 0,55mL/kg/h. Assinale a alternativa correta em relação à estratégia de suporte nutricional.

- (A) Nada por via oral (NPO) por mais 24-48h para proporcionar "repouso pancreático".
- (B) Nutrição parenteral com meta calórica de 20-25kcal/kg/dia e proteica de 1,5-2g/kg/dia a ser atingida em três dias.
- (C) Retirar sonda nasogástrica (SNG) e colocar sonda nasoenteral (SNE) pós-pilórica com auxílio de endoscopia. Iniciar com fórmula semielementar com meta calórica de 20-25kcal/kg/dia e proteica de 1,5-2g/kg/dia a ser atingida em 3-4 dias. Observar tolerância.
- (D) Alimentar com a sonda em posição gástrica, com fórmula polimérica e meta calórica de 20-25kcal/kg/dia e proteica de 1,5-2g/kg/dia a ser atingida em 3-4 dias e observar tolerância.
- (E) Fechar a SNG por 24h e observar distensão abdominal. Não havendo piora do quadro, inserir sonda de alimentação em posição pós-pilórica e prescrever fórmula elementar com meta calórica de 20-25kcal/kg/dia e proteica de 1,5-2g/kg/dia a ser atingida em 3-4 dias. Nesse momento, poderá migrar para fórmula semielementar e nos próximos 3-4 dias para fórmula polimérica com fibras, se continuar com evolução favorável.

09. Considere as alternativas abaixo em relação à Aceleração da Recuperação Total (Projeto Acerto) pós-operatória.

- I - Todo paciente que interna para uma cirurgia deve, nas primeiras 24h, realizar uma avaliação nutricional e ter definido o seu risco nutricional. Para a definição desse risco, são utilizadas ferramentas como a avaliação global subjetiva, o IMC e a força de preensão palmar.
- II - Nos primeiros três dias de pós-operatório, a fim de garantir balanço hídrico positivo, o uso de fluidos intravenosos deve ser balanceado para garantir uma hidratação adequada.
- III- Não realizar preparo de cólon rotineiramente, evitar drenos e promover a mobilização precoce do paciente (considerando, sempre que possível, a mobilização no primeiro dia de pós-operatório ou no próprio dia da cirurgia) fazem parte das bases do Projeto Acerto.

Quais são corretas?

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

10. Paciente, 33 anos, previamente hígido, está internado após ser submetido à cirurgia de urgência por traumatismo por arma branca. Encontra-se em NPO desde a internação. Hoje, 10º dia do pós-operatório, apresenta fístula de alto débito (1050mL/24h), sem condições de dieta via oral ou enteral, por inapetência e aumento do débito da fístula e com distúrbio eletrolítico (no momento corrigidos). Peso na chegada 80kg para 1,78 de altura. Em relação aos eletrólitos e oligoelementos prescritos na nutrição parenteral total (NPT), assinale a alternativa correta.

- (A) Selênio 100-500mcg
- (B) Zinco 12-15mg/dia
- (C) Cálcio 0,5mEq/kg/dia
- (D) Magnésio 0,2mEq/kg/dia
- (E) Fósforo 4-5mEq/kg/dia

11. Paciente submetido à colectomia subtotal por câncer, com anastomose primária boca a boca, sem intercorrências, desenvolveu uma fístula estercoral no final da primeira semana de pós-operatório. Naquele momento, foi deixado em pausa alimentar. Após três dias, foi observada uma drenagem de conteúdo francamente fecal na ordem de 200-230mL/24h. Paciente apresenta quadro clínico estável, embora inapetente e com queixas de desconforto abdominal. Retomada a alimentação oral, pobre em resíduo, foi observada, ao final de 48h, aumento da drenagem da fístula para aproximadamente 400mL/24h. Ecografia abdominal não mostrou coleções intra-abdominais nem outra alteração ostensiva e fistulografia demonstrou trajeto fistuloso pouco anfractuoso entre cólon e pele, com extensão de 3cm, sem evidências de obstrução à jusante. Paciente emagreceu 1kg nesses dias de pós-operatório e não apresenta quadro de infecção ou sepse. De posse destes dados, a equipe assistencial deverá

- (A) determinar nova pausa alimentar, prescrever octreotida e iniciar NPT.
- (B) cessar alimentação oral, submeter o paciente à inserção de sonda de alimentação com a finalidade de usar fórmula semielementar, sem fibra, além de prescrever octreotida.
- (C) manter alimentação oral e realizar controle de ingestão. Se não consumir 60% do planejado, deverá ser associada alimentação por SNE, polimérica e sem (ou com pouca) fibra.
- (D) iniciar nutrição parenteral periférica associada à octreotida ou somatostatina, mantendo o paciente com dieta zero.
- (E) indicar reintervenção cirúrgica (aumento de débito da fístula, trajeto anfractuoso e com extensão maior que 2cm) e proceder com ressecção do segmento fistuloso com reanastomose término-terminal ou colostomia (dependendo das condições locais) e NPT no pós-operatório por uma semana.

12. Em relação aos parâmetros de segurança da NPT no sistema 3:1, qual das afirmações abaixo está correta?

- (A) A concentração final de aminoácidos na solução de NPT 3:1 não pode ser maior do que 4%.
- (B) O uso de heparina não deve ser incluído na mistura de NPT para reduzir o risco de trombose de cateter.
- (C) A concentração final de lipídio deve ser inferior a 2%.
- (D) A osmolaridade da solução aumenta com a presença de lipídio.
- (E) A NPT 3:1 apresenta mais complicações (clínicas e infecciosas) do que o uso da NPT 2:1 em nível hospitalar.

13. Paciente masculino, 56 anos, com diagnóstico prévio de DM, vem à Emergência com quadro importante de náuseas e vômitos nas últimas 48 horas. Nos exames da chegada, apresenta perda de função renal e acidose metabólica importante. A causa mais provável da acidose é

- (A) acidose tubular renal.
- (B) intoxicação por salicilato.
- (C) acidose láctica.
- (D) diarreia.
- (E) hipoalbuminemia.

14. Em relação ao trato digestório do doente crítico, qual das afirmações abaixo está correta?

- (A) Disbiose é prevalente nesse cenário e determina maior inflamação local e sistêmica, sendo indicação formal o uso de probióticos e fórmula enteral extensamente hidrolisada nos pacientes em nutrição enteral.
- (B) Disfunção intestinal pode manifestar-se por dor e distensão abdominal, diarreia ou constipação, sangramento digestivo ou hipertensão abdominal.
- (C) Devido ao fato de disfunção do TGI ocorrer em mais de 60% dos casos, a avaliação rotineira do resíduo gástrico nos dias mais críticos facilita o diagnóstico (quando o resíduo é igual ou superior a 300mL em 6h) e previne complicações, como vômitos e aspiração brônquica.
- (D) Isquemia mesentérica relativa pode determinar necrose intestinal avascular, que ocorre em 5-10% dos doentes submetidos a suporte nutricional enteral com mortalidade de 5%.
- (E) Paciente com sepse, devidamente ressuscitado e que necessita de dose moderada de vasopressor (noradrenalina), em ventilação mecânica, com lactato arterial de 1mmol/L, pH arterial 7,36 e déficit de base de -2, não pode receber dieta enteral.

15. Considerando as diretrizes da ASPEN 2016, assinale com **V** (verdadeiro) ou **F** (falso) as afirmações abaixo sobre prebióticos, fibras e probióticos em doentes críticos submetidos a cirurgias de grande porte.

- () Pacientes com pancreatite aguda grave em nutrição enteral devem receber probióticos.
- () Pacientes críticos gerais não devem receber probióticos rotineiramente.
- () *Saccaromyces boulardii* deve compor os micro-organismos probióticos por se associar à recuperação mais rápida da biota intestinal.
- () Prebióticos (como fruto-oligossacarídeos e inulina) e fibras (solúveis e insolúveis) não devem ser usados nos dias iniciais da doença crítica.

A sequência correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é

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

16. Considere as afirmações abaixo em relação à caquexia relacionada ao câncer.

- I - A caquexia, diferente dos quadros de sarcopenia, estabelece-se por anorexia associada à inflamação crônica que determina importante consumo de massa magra (músculo) sem um importante consumo de tecido adiposo.
- II - A adição de aminoácidos essenciais e/ou leucina em altas doses pode aumentar a síntese proteica, com aumento de sobrevida.
- III- Aderência ao protocolo Acerto em pacientes com câncer de cólon mostrou aumento de sobrevida.

Quais estão corretas?

- (A) Apenas I.
- (B) Apenas II.
- (C) Apenas III.
- (D) Apenas I e II.
- (E) Apenas I e III.

17. Paciente masculino, 73 anos, hospitalizado com sequelas de acidente vascular cerebral (hemiparesia, disartria e disfagia), estável clinicamente e recebendo alimentação por sonda nasoenteral, está restrito ao leito, mas bem mobilizado, submetido a três sessões de fisioterapia ao dia, não apresentando escaras. Atualmente, pesa 69kg e mede 1,71m. Exames laboratoriais de rotina recentes com resultados dentro da normalidade. O hospital dispõe de fórmula rica em fibras com densidade calórica de 1,5kcal/mL e concentração de proteína de 55g/L. O protocolo da instituição prevê que a dieta deve ser contínua e calculada para ser infundida em 16h, para dar tempo para as sessões de fisioterapia e banho, além de uma pausa noturna. Qual a prescrição correta?

- (A) Dieta com fluxo de 85mL/h; 10g de suplemento proteico 3xx (cada um diluído em 50mL de água); 850mL água ao longo da noite.
- (B) Dieta com fluxo de 75mL/h; 20g de suplemento proteico diluído em 100mL de água 2xx.
- (C) Dieta com fluxo de 100mL/h, sem suplemento proteico ou água adicionais.
- (D) Dieta com fluxo de 80mL/h; 500mL de água para correr durante a noite.
- (E) Dieta com fluxo 60mL/h; 20g de suplemento proteico diluído em 100mL de água 1x; 1000mL de água durante a noite.

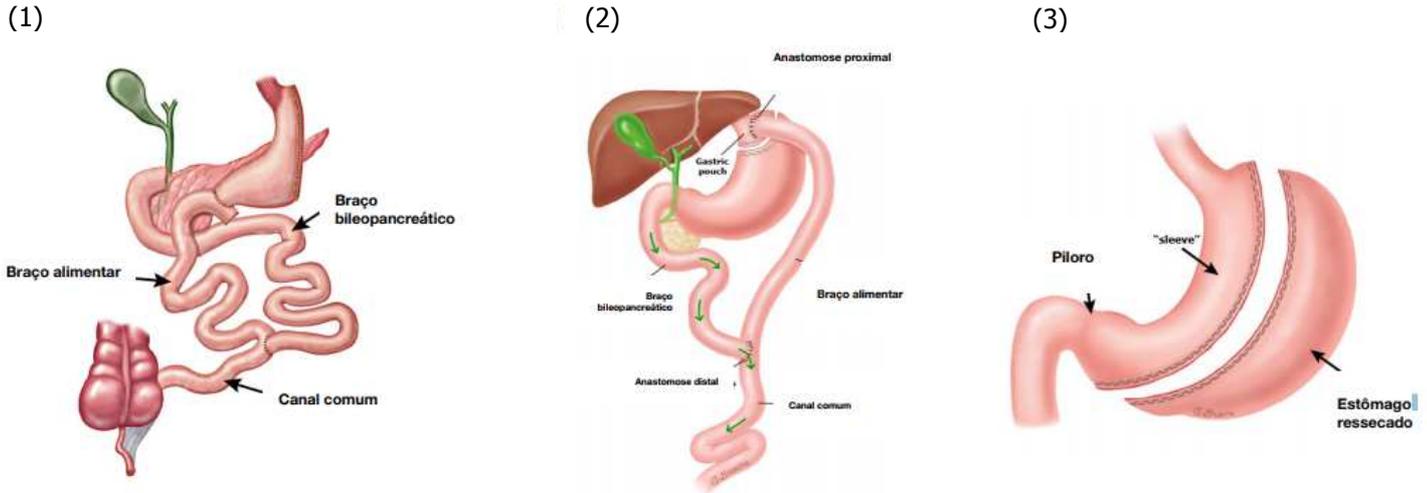
18. Assinale a afirmação correta sobre a terapia nutricional em doenças específicas.

- (A) A oferta proteica na terapia nutricional de pacientes com doença renal crônica, substituindo função renal com diálise peritoneal, é maior do que naqueles em hemodiálise.
- (B) Pacientes cirróticos com história de encefalopatia hepática prévia devem receber o aporte proteico baseado em aminoácidos de cadeia ramificada.
- (C) Pacientes com doença respiratória obstrutiva crônica, que apresentam massa livre de gordura calculada entre 15-20kg, estão sujeitos a pior prognóstico.
- (D) Caquexia cardíaca deve ser pesquisada e, dentro do possível, prevenida, já que sua ocorrência em doenças cardíacas determina uma mortalidade de 80% dos casos em até 18 meses.
- (E) Somente oferta proteica aumentada pode atenuar a pré-sarcopenia do paciente com câncer, que constitui diminuição de massa e de força muscular, sem afetar a performance.

19. Em relação aos transtornos alimentares, assinale a alternativa correta.

- (A) Na avaliação laboratorial do doente com anorexia nervosa (AN), podem ser observadas leucopenia e linfocitose.
- (B) Na bulimia nervosa, o comportamento de comer compulsivo se caracteriza por ingestão excessiva de comida no intervalo de 6-12h.
- (C) Pacientes que apresentam bulimia evoluem à anorexia nervosa em 50% dos casos.
- (D) Hipotensão, taquicardia e hipotermia podem ocorrer em casos severos.
- (E) O transtorno de comer compulsivo se distingue de bulimia pela presença de comportamento compensatório, relacionado à perda ou ganho ponderal.

20. Considere as caracterizações das técnicas de cirurgia bariátrica representadas nas imagens abaixo.



- I - A figura 1 ilustra o *bypass* gástrico com Y de Roux, a gastroplastia mais realizada atualmente.
 II - A figura 2 ilustra a modificação da tradicional cirurgia de diversão pancreática, realizada em poucos centros, pois há um deslocamento duodenal. Essa técnica é pouco utilizada por determinar extrema desabsorção.
 III- A figura 3 ilustra a gastroplastia denominada *sleeve gastrectomy*. Tecnicamente mais simples, muito restritiva, mas que determina redução na síntese de hormônios orexígenos.

Quais estão corretas?

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

21. De acordo com *guideline* da ESPEN de 2017, um plano de cuidados nutricionais para alta de paciente hospitalizado deve conter os elementos abaixo, **EXCETO** um. Assinale-o.

- (A) Informações sobre as necessidades de energia e nutrientes.
 (B) Prescrição de água e fluidos *ad libitum*.
 (C) Os objetivos mensuráveis da terapia, de imediato e a longo prazo.
 (D) A via de administração da dieta.
 (E) A duração prevista da terapia.

22. Assinale a afirmação correta sobre a terapia nutricional de pacientes hospitalizados.

- (A) A monitorização do peso durante a hospitalização é um indicador sensível para avaliar o *status* nutricional, desde que se tenha a medida da estatura adequada do paciente para cálculo do IMC.
 (B) É mandatória a avaliação ponderal regular do paciente hospitalizado, mesmo pacientes em cuidados paliativos e em final de vida.
 (C) A função física (força de preensão palmar e avaliação da marcha) é uma maneira relevante de monitorar o cuidado nutricional.
 (D) Marcadores bioquímicos e concentrações séricas de proteínas viscerais devem ser usados como indicadores do estado nutricional de pacientes sob internação hospitalar.
 (E) A avaliação bioquímica diária, a avaliação funcional (função física) e as medidas de qualidade de vida, quando agrupadas, são suficientemente sensíveis para detectar mudanças relevantes do estado nutricional.

23. Paciente submetida à ressecção intestinal extensa por retite actínica interna em hospital, apresentando nistagmo, tremores, fraqueza e confusão mental e débito aumentado na ileostomia. Qual a principal causa do quadro neurológico?

- (A) Hipercalemia, potássio na chegada de 6mEq/
- (B) Hipernatremia, sódio na chegada de 147
- (C) Hiper magnesemia, magnésio na chegada de 2,6mg/dL
- (D) Hipomagnesemia, magnésio na chegada de 0,8mg/dL
- (E) Hiper calcemia, cálcio corrigido de 11mg/dL

24. Em relação às anemias carenciais, assinale a alternativa correta.

- (A) A deficiência de ácido fólico determina uma anemia microcítica e hipocrômica.
- (B) O melhor parâmetro para avaliação de anemia ferropriva é a ferritina.
- (C) Deficiência de B12 está invariavelmente presente quando o volume corpuscular médio (VCM) é inferior a 70.
- (D) Deficiência de cobre causa anemia megaloblástica.
- (E) O padrão-ouro para diagnóstico de ferropenia é a dosagem da capacidade ferropéxica.

25. Em relação à avaliação da composição corporal, a Diretriz Brasileira de Obesidade (ABESO) atesta que

- (A) a associação de IMC e circunferência abdominal não melhora o rendimento de cada uma dessas ferramentas usadas isoladamente para avaliação do risco cardiovascular.
- (B) a relação entre as circunferências do abdome e do quadril é superior à medida isolada da circunferência abdominal na gordura visceral.
- (C) a tomografia computadorizada estima a quantidade de gordura visceral na topografia de L1-L2 com melhor rendimento do que L1-L4.
- (D) a ultrassonografia tem excelente correlação com ressonância magnética e com tomografia computadorizada na avaliação da gordura visceral.
- (E) a bioimpedância consiste em um método objetivo na quantificação de massa gorda em mulheres, independentemente do ciclo menstrual.