

PROVA OBJETIVA – TARDE

MULTIPROFISSIONAL
NUTRIÇÃO

TIPO 1 – BRANCA



SUA PROVA

- Além deste caderno contendo **100 (cem)** questões objetivas, você receberá do fiscal de prova o cartão de respostas;
- As questões objetivas têm **5 (cinco)** opções de resposta (A, B, C, D e E) e somente uma delas está correta.



TEMPO

- Você dispõe de **5 (cinco) horas** para a realização da prova, já incluído o tempo para a marcação do cartão de respostas;
- **1 (uma) hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, sem levar o caderno de questões;
- A partir dos **30 (trinta) minutos** anteriores ao término da prova, é possível retirar-se da sala, **levando o caderno de questões**.



NÃO SERÁ PERMITIDO

- Qualquer tipo de comunicação entre os candidatos durante a aplicação da prova;
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja o caderno de questões;
- Levantar da cadeira sem autorização do fiscal de sala;
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.



INFORMAÇÕES GERAIS

- Verifique se seu caderno de questões está completo, sem repetição de questões ou falhas. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências;
- Confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade e leia atentamente as instruções para preencher o cartão de respostas;
- Para o preenchimento do cartão de respostas, use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul;
- Assine seu nome apenas no(s) espaço(s) reservado(s) no cartão de respostas;
- Confira seu cargo, cor e tipo do caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de cargo ou cor ou tipo **diferente** do impresso em seu cartão de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala;
- Reserve tempo suficiente para o preenchimento do seu cartão de respostas. O preenchimento é de sua responsabilidade e **não será permitida a troca do cartão de respostas em caso de erro cometido pelo candidato**;
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas no cartão de respostas;
- A FGV coletará as impressões digitais dos candidatos na lista de presença;
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.
- **Boa sorte!**

Conhecimentos Gerais

1

Carlos Chagas, médico sanitário e pesquisador, ao assumir a direção do recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, reorganizou os serviços de saúde.

Sobre as atribuições do DNSP, assinale a afirmativa correta.

- (A) Estabelecer uma política de vacinação infantil.
- (B) Criar o Programa Nacional de Imunizações no Brasil.
- (C) Instituir, no âmbito federal, a Fundação Oswaldo Cruz.
- (D) Fornecer e fiscalizar o preparo de soros e vacinas.
- (E) Suprimir o controle sanitário dos portos marítimos e fluviais.

2

A Reforma Sanitária Brasileira, gestada desde a década de 1970 e consolidada na década de 1980, desenvolveu-se em meio a disputas entre diferentes atores sociais, políticos e econômicos. Havia a expectativa de que a reorganização da sociedade após o fim do período autoritário poderia abrir caminho para que se erigisse a Saúde Pública sobre novas bases.

Considerando os atores envolvidos nesse processo de reforma, cabe destacar o papel desempenhado

- (A) pelas grandes instituições hospitalares privadas, que assumiram a liderança política do processo de unificação dos sistemas de saúde existentes.
- (B) por setores empresariais e financeiros, que defenderam o financiamento integral do novo sistema público de saúde pelo Estado.
- (C) por movimentos sociais, que articularam propostas voltadas à universalização do acesso e à democratização das políticas públicas de saúde.
- (D) por corporações médicas tradicionais, que se colocaram à frente da formulação de políticas de descentralização e regionalização da saúde.
- (E) por setores do regime militar, que buscaram garantir a expansão dos serviços públicos de saúde sem romper com a lógica do mercado.

3

Sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, além de outras providências, considerando o Decreto nº 7.508/2011 que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, assinale a afirmativa correta.

- (A) As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.
- (B) As portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde serão a atenção primária e a atenção de urgência e emergência.
- (C) Os serviços ambulatoriais especializados serão considerados como Portas de Entrada, em virtude da densidade tecnológica para a Rede de Saúde.
- (D) As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, em consonância com as diretrizes pactuadas entre as secretarias municipais.
- (E) O Ministério da Educação e os Hospitais Universitários vinculados a ele terão a competência de dispor sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, assim como sobre os Protocolos Clínicos e as Diretrizes Terapêuticas para instituições de saúde.

4

Considere a situação hipotética a seguir.

Um paciente realizou uma biópsia de cordas vocais em um hospital rural de pequeno porte. Quando o resultado do exame histopatológico mostrou se tratar de um carcinoma epidermoide de laringe, o paciente foi regulado para tratamento com químico e radioterapia no CACON mais próximo.

Com base no relato, assinale a opção que apresenta o princípio do SUS que melhor embasa o encaminhamento e o tratamento desse paciente para o CACON.

- (A) Equidade.
- (B) Universalidade.
- (C) Integralidade.
- (D) Hierarquização.
- (E) Justiça Social.

5

A Lei nº 8.142/1990, que dispõe, entre outras coisas, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, estabelece condições para que os Municípios recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Eles devem, por exemplo, formar Conselhos de Saúde, elaborar planos de saúde e produzir relatórios de gestão.

Assinale a opção que indica corretamente o que ocorre caso estes requisitos não sejam atendidos.

- (A) O Município continua recebendo normalmente os repasses do Fundo Nacional de Saúde, mas com restrição para utilizá-los em despesas de custeio.
- (B) O Município passa a receber os repasses em caráter parcial, com valores reduzidos proporcionalmente ao descumprimento das exigências legais.
- (C) Os recursos deixam de ser transferidos diretamente ao Município e passam a ser administrados pela esfera de governo imediatamente superior.
- (D) O Município permanece recebendo os repasses, mas fica obrigado a devolver anualmente os valores aplicados sem comprovação em relatórios de gestão.
- (E) O Município tem suspensas apenas as transferências estaduais, mas mantém os recursos federais normalmente, sob fiscalização da União.

6

Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma forma de organização e estruturação dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A RAS promove a integração vertical (entre diferentes níveis) e a integração horizontal (entre serviços similares).

Assinale a opção que exemplifica um caso de integração vertical.

- (A) Laboratórios de análises clínicas de municípios vizinhos organizam uma central única de processamento de exames laboratoriais.
- (B) Três Centros de Atenção Psicossocial de uma região pactuam ações conjuntas para manejo de crises e internação em leitos de saúde mental.
- (C) Dois hospitais gerais firmam um convênio para otimizar o uso de seus centros cirúrgicos e reduzir a fila de usuários à espera de cirurgias eletivas.
- (D) Uma Unidade Básica de Saúde encaminha um paciente para atendimento especializado e posterior tratamento em unidade de alta complexidade.
- (E) Duas Unidades Básicas de Saúde de bairros vizinhos compartilham uma equipe de Saúde Bucal para ampliar o atendimento odontológico da região.

7

Com relação às Redes de Atenção à Saúde (RAS), avalie as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- () Um dos atributos das RAS é a adscrição de clientela, ou seja, a definição de uma população em território específico para cada ponto de atenção.
- () Um dos objetivos das RAS é garantir a referência e a contrarreferência adequadas entre os serviços, assegurando continuidade do cuidado.
- () A Atenção Primária à Saúde ocupa posição periférica na rede, que tem como enfoque o atendimento em serviços especializados ou hospitalares.

As afirmativas são, respectivamente,

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

8

As Equipes Consultório na Rua (ECR) são o braço do Sistema Único de Saúde (SUS) voltado para o atendimento às populações em situação de rua.

Para ser atendido por uma ECR, é necessário que o indivíduo

- (A) comprove nacionalidade brasileira no momento do atendimento.
- (B) busque ativamente o atendimento junto à unidade de saúde de referência.
- (C) possua encaminhamento formal de unidade de saúde da atenção primária.
- (D) seja identificado como em situação de rua por uma abordagem ativa das equipes.
- (E) esteja previamente cadastrado no sistema governamental para o acesso a programas sociais.

9

Sobre a Portaria nº 2.803/2013, que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde, analise as diretrizes de assistência ao usuário com demanda para a realização do Processo no SUS.

- I. Garantir a integralidade da atenção a transexuais e travestis, centralizando a meta terapêutica nas cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas.
- II. Providenciar que o atendimento seja sempre realizado por equipes interdisciplinares e multiprofissionais.
- III. Implementar a integração com as ações e os serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se o acolhimento e a humanização do atendimento livre de qualquer discriminação.

As afirmativas são, na ordem apresentada,

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

10

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo crucial na organização e execução da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Dentre os atributos que orientam seu funcionamento, destaca-se a *longitudinalidade*.

Assinale a opção que exemplifica corretamente esse atributo.

- (A) Realização de ações educativas em grupos comunitários para promoção de hábitos saudáveis.
- (B) Integração de diferentes níveis de atenção para garantir acesso a exames e cirurgias de alta complexidade.
- (C) Encaminhamento imediato de casos agudos para o atendimento especializado, visando rápida resolução.
- (D) Planejamento de ações com base em indicadores epidemiológicos locais, priorizando grupos de risco.
- (E) Acompanhamento contínuo de um paciente com hipertensão arterial por uma mesma equipe de saúde ao longo dos anos.

11

A Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde estabelece as responsabilidades das esferas do governo no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Assinale a opção que exemplifica um caso em que uma dessas responsabilidades é *violada*.

- (A) A União direcionou parte maior de seus repasses financeiros relativos à cobertura de Atenção Básica para municípios com maior densidade populacional.
- (B) Um Estado estabeleceu metas de expansão da cobertura de serviços, priorizando inicialmente regiões metropolitanas e, em etapas posteriores, áreas rurais.
- (C) Equipes de Saúde utilizaram os sistemas oficiais de informação da Atenção Básica para monitorar atendimentos, analisar indicadores e planejar intervenções.
- (D) Um Município ampliou a infraestrutura de suas Unidades Básicas de Saúde (UBS), criando consultórios adicionais e adaptando gradualmente os espaços para atender melhor à população adscrita.
- (E) Conselhos Municipais de Saúde organizaram encontros periódicos com representantes da comunidade para discutir prioridades locais e avaliar o desempenho das equipes.

12

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é o resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Essa Política, tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Sobre as equipes que integram a Estratégia Saúde da Família (ESF), no contexto da PNAB, assinale a afirmativa correta.

- (A) É obrigatória a participação de um profissional de saúde bucal.
- (B) Em áreas consideradas de risco, é aceitável a cobertura pela equipe de ESF de até 75% do território.
- (C) Não há necessidade das categorias de médicos e enfermeiros serem especialistas em medicina de família e comunidade e saúde da família, respectivamente.
- (D) Para a equipe de ESF, há a obrigatoriedade de carga horária de 10 (dez) horas semanais para todos os profissionais que a compõem.
- (E) É de responsabilidade de cada profissional a distribuição da carga horária, levando em consideração o perfil demográfico e epidemiológico local atendido, garantido 100% de cobertura.

13

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) busca fortalecer a integração entre os processos formativos dos profissionais de saúde e os diversos aspectos que constituem sua atuação no sistema de saúde.

Assinale a opção que exemplifica uma ação compatível com os objetivos da PNEPS.

- (A) A equipe gestora de um hospital promove capacitações técnicas com foco em atualização de procedimentos clínicos previamente definidos em planos anuais.
- (B) Profissionais de uma unidade básica de saúde organizam encontros periódicos para elaborar estratégias que qualifiquem o cuidado a partir da realidade local.
- (C) Uma instituição oferece cursos presenciais com foco em habilidades técnicas voltadas ao atendimento em unidades de média complexidade.
- (D) O departamento de ensino de uma Secretaria de Saúde realiza oficinas sobre gestão de processos administrativos e uso de ferramentas digitais no serviço público.
- (E) Uma empresa contratada ministra treinamentos sobre protocolos assistenciais com base em diretrizes nacionais de boas práticas clínicas.

14

A Política Nacional de Humanização (PNH) se baseia em três princípios orientadores. A esse respeito, considere a situação a seguir.

Em um hospital público, os gestores e profissionais percebem que os longos tempos de espera no pronto-socorro comprometem a qualidade do atendimento. Para resolver o problema, reorganizam a escala de trabalho da equipe e implantam acolhimento com classificação de risco.

Assinale a opção que indica o princípio exemplificado pela iniciativa dos gestores.

- (A) Protagonismo.
- (B) Transversalidade.
- (C) Corresponsabilidade.
- (D) Autonomia dos sujeitos e coletivos.
- (E) Indissociabilidade entre ação e gestão.

15

Segundo a Portaria nº 1.378/2013, do GM/MS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária deve

- (A) coordenar o Programa Nacional de Imunizações, incluindo a definição das vacinas componentes do calendário nacional.
- (B) regular, controlar e fiscalizar os procedimentos, os produtos, as substâncias e os serviços de saúde e de interesse para a saúde.
- (C) coordenar a preparação e a resposta das ações de vigilância em saúde nas emergências de Saúde Pública de importância nacional e internacional.
- (D) prover os insumos de prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, relacionados pelos programas das comissões tripartites.
- (E) prover os insumos destinados ao controle de doenças transmitidas por vetores, compreendendo inseticidas, larvicidas e moluscocidas - indicados pelos programas.

16

Com base nos tipos de ação previstos na Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), assinale a opção que apresenta uma situação que **não** se enquadra no escopo dessa política.

- (A) Inspeção sanitária em estabelecimentos que produzem alimentos e medicamentos.
- (B) Realização de campanhas de vacinação para prevenir surtos de doenças transmissíveis.
- (C) Acompanhamento de condições de saúde relacionadas ao ambiente de trabalho.
- (D) Monitoramento da qualidade da água e do ar em áreas urbanas e rurais.
- (E) Vistoria de equipamentos hospitalares com foco em controle de custos.

17

Relacione os princípios clássicos da bioética listados a seguir ao seu respectivo exemplo de **violação**.

1. Autonomia
 2. Justiça
 3. Não-maleficência
 4. Beneficência
- () Um paciente é submetido a um procedimento cirúrgico invasivo sem ter sido previamente informado sobre os riscos, as alternativas e as possíveis consequências.
 - () Uma equipe médica prescreve um medicamento cuja toxicidade já era conhecida e superior ao benefício terapêutico esperado para aquele caso.
 - () Em um hospital público, pacientes com convênios privados são sistematicamente priorizados em detrimento daqueles atendidos via SUS.
 - () Um médico decide manter um tratamento agressivo e doloroso a um paciente terminal, mesmo quando já se sabe que não há nenhum possível benefício.

Assinale a opção que indica a relação correta, segundo a ordem apresentada.

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

18

No contexto do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), assinale a opção que indica uma ação obrigatória para os serviços de saúde.

- (A) Garantir visitas irrestritas em unidades de terapia intensiva.
- (B) Priorizar intervenções farmacológicas *off-label*, sem notificação.
- (C) Resguardar os processos decisórios da participação de pacientes e acompanhantes.
- (D) Implementar Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde.
- (E) Usar terminologias médicas em linguagem técnica nos prontuários dos pacientes.

19

A Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32) estabeleceu diretrizes de segurança e saúde no trabalho no âmbito dos serviços de saúde. Um elemento fundamental a ser levado em conta é a exposição a riscos químicos e biológicos.

Assinale a opção que indica um *risco biológico*.

- (A) Inalação de gases anestésicos em centro cirúrgico.
- (B) Exposição a vapores de formaldeído em sala de anatomia.
- (C) Inalação de óxido nitroso em procedimentos odontológicos.
- (D) Contato com sangue contaminado durante a coleta de amostras laboratoriais.
- (E) Manipulação de glutaraldeído para desinfecção de equipamentos hospitalares.

20

Leia o texto a seguir.

Durante o acompanhamento de um idoso com múltiplas condições crônicas, o médico ajustou a medicação, a nutricionista elaborou uma nova dieta e o fisioterapeuta prescreveu séries de exercícios. O paciente saiu da unidade de saúde sem compreender como as atividades prescritas tratam seus sintomas.

O trabalho em equipes multidisciplinares coloca uma série de desafios, de modo que diversos fatores podem prejudicar o seu bom andamento.

Na situação exposta, trata-se de um problema de

- (A) fragmentação do cuidado multiprofissional.
- (B) comunicação deficiente entre os profissionais.
- (C) sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde.
- (D) hierarquização entre as profissões da equipe de saúde.
- (E) precarização dos vínculos de trabalho na atenção primária.

Conhecimentos Específicos

21

Paciente feminina, 62 anos, cujo diagnóstico é câncer de cabeça e pescoço, está em tratamento radioterápico há 3 semanas. Evoluiu com mucosite grau 3, disfagia progressiva, perda ponderal de 8% e declínio do estado funcional. Exames laboratoriais mostraram hipoalbuminemia (2,5 g/dL) e anemia.

Segundo as diretrizes internacionais para pacientes oncológicos em risco nutricional, assinale a opção que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Suspender a radioterapia temporariamente e iniciar suporte nutricional enteral por gastrostomia percutânea.
- (B) Implementar, de forma imediata, orientação dietética individualizada com suplementos orais hipercalóricos e hiperproteicos.
- (C) Aguardar o término da radioterapia para avaliar a necessidade de intervenção nutricional especializada.
- (D) Prescrever nutrição parenteral central para *bypass* do trato digestivo alto comprometido pela mucosite.
- (E) Indicar gastrostomia profilática com nutrição enteral precoce, mantendo a radioterapia conforme planejado.

22

Maria, 51 anos, sexo feminino, professora universitária, portadora de hipercolesterolemia familiar heterozigótica diagnosticada há 2 anos (LDL-c: 280 mg/dL; HDL-c: 38 mg/dL; triglicérides: 165 mg/dL), sedentária, com sobrepeso (IMC: 28 kg/m²) e histórico familiar positivo para doença cardiovascular prematura.

Maria procurou atendimento nutricional depois de resistência ao uso de estatinas, devido a episódios recorrentes de mialgia. Refere alimentação rica em alimentos ultraprocessados, baixo consumo de fibras (8g/dia), consumo insuficiente de ômega-3, e alta ingestão de ácidos graxos saturados (15% do valor calórico total).

Os exames laboratoriais recentes mostraram LDL-c: 275 mg/dL; colesterol total: 350 mg/dL; apo B: 180 mg/dL. A paciente questionou as alternativas nutricionais para controle da dislipidemia.

Assinale a opção que indica a estratégia nutricional mais eficaz para redução do LDL-colesterol e os mecanismos fisiológicos que justificam essa abordagem.

- (A) Dieta rica em ácidos graxos monoinsaturados (25% VCT) + 2g de fitosteróis/dia + 15g de fibra β-glucana. Mecanismo: competição dos fitosteróis com colesterol na absorção intestinal e ligação das fibras solúveis aos ácidos biliares.
- (B) Restrição calórica severa (1000 kcal/dia) + suplementação com 4g de ômega-3. Mecanismo: redução da síntese hepática de colesterol por jejum prolongado e inibição da HMG-CoA redutase pelos ácidos graxos.
- (C) Dieta cetogênica (5% carboidratos) + 3g de niacina/dia. Mecanismo: a cetose promove lipólise e a niacina inibe a síntese de VLDL no fígado.
- (D) Suplementação isolada com 6g de ácido nicotínico + jejum intermitente 16:8. Mecanismo: o ácido nicotínico bloqueia a lipólise no tecido adiposo e o jejum reduz insulinemia.
- (E) Dieta hiperproteica (35% VCT) + 5g de quitosana/dia. Mecanismo: as proteínas estimulam a gluconeogênese reduzindo a síntese lipídica e a quitosana sequestra os lipídios no intestino.

23

Paciente masculino, 75 anos, internado em UTI por sepse abdominal, apresentou perda ponderal de 8% nos últimos 3 meses, IMC 20 kg/m², edema de membros inferiores, ingestão alimentar <50% do habitual na última semana.

Para o caso, assinale a ferramenta mais indicada para a avaliação do risco nutricional.

- (A) *Mini Nutritional Assessment* (MNA).
- (B) *Subjective Global Assessment* (SGA/ASG).
- (C) *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST).
- (D) *Nutritional Risk Screening 2002* (NRS-2002).
- (E) *Body Mass Index* (BMI) isolado.

24

Mulher, 65 anos, portadora de insuficiência cardíaca, relata perda de apetite, fadiga e edema. Exames: albumina 3,1 g/dL, PCR elevada, IMC 27 kg/m², circunferência do braço reduzida. Para o diagnóstico de desnutrição, o nutricionista deve

- (A) avaliar o IMC.
- (B) avaliar a albumina sérica.
- (C) avaliar o peso corporal isolado.
- (D) avaliar a circunferência do braço.
- (E) fazer uma avaliação clínica integrada.

25

Paciente masculino, 5 anos, foi admitido na UTI pediátrica com traumatismo cranioencefálico grave após acidente automobilístico. Altura: 114 cm; peso: 23 kg (percentil 80,4%). Realizou craniotomia para drenagem de hematoma subdural agudo. Evolução clínica de 298 dias de internação com 33 consultas da equipe de terapia nutricional.

Durante o período, apresentou estado estuporoso, necessidade de traqueostomia, múltiplas cirurgias plásticas e disfagia grave. Os dados bioquímicos mostraram: ureia variando de 10-24 mg/dL; creatinina de 0,20-0,70 mg/dL, com pico no dia 131 da internação.

Com base nas diretrizes atuais para pacientes críticos pediátricos com lesão cerebral traumática, assinale a opção que apresenta a melhor estratégia nutricional para otimizar o prognóstico neurológico.

- (A) Iniciar precocemente a nutrição enteral hipercalórica (150% das necessidades estimadas) com fórmula elementar, dentro de 24h da admissão.
- (B) Executar nutrição parenteral exclusiva por 7-10 dias, seguida de transição gradual para via enteral com suporte proteico personalizado baseado em calorimetria indireta.
- (C) Realizar nutrição enteral incremental personalizada iniciada precocemente, progredindo de acordo com a fase metabólica (aguda→estabilização→recuperação), com monitoramento contínuo.
- (D) Fazer jejum prolongado nas primeiras 72h, seguido de nutrição enteral com restrição proteica (0,8g/kg/dia) para reduzir a produção de amônia.
- (E) Começar uma suplementação isolada de aminoácidos de cadeia ramificada por via parenteral associada à restrição calórica.

26

Paciente de 28 anos apresenta artrite reumatoide ativa há 6 meses, em uso de metotrexato. Apresenta, ainda, rigidez matinal prolongada, PCR elevada (15 mg/L), fadiga intensa e ganho ponderal de 5 kg. O paciente solicitou orientação nutricional para manejo dos sintomas inflamatórios.

Baseando-se em evidências científicas sobre nutrição e doenças autoimunes, assinale a opção que indica a abordagem dietética de maior eficácia anti-inflamatória.

- (A) Realizar dieta cetogênica rica em ácidos graxos saturados, com restrição de carboidratos <20g/dia.
- (B) Realizar dieta do protocolo autoimune (AIP), com eliminação completa de cereais, leguminosas e laticínios.
- (C) Realizar dieta baseada em plantas integrais, com alimentos anti-inflamatórios e ômega-3 de origem algal.
- (D) Realizar dieta paleolítica com predomínio de proteínas animais e eliminação de alimentos processados.
- (E) Realizar jejum intermitente 16:8, combinado com dieta mediterrânea e suplementação de cúrcuma.

27

Paciente masculino de 68 anos, com DPOC grave (VEF1 35% do predito) em oxigenoterapia domiciliar contínua há 6 meses. Apresentou perda ponderal progressiva de 15% nos últimos 6 meses (IMC atual: 18,5 kg/m²), sarcopenia confirmada por DEXA (índice de massa muscular esquelética < 7,0 kg/m²), fadiga extrema limitando atividades básicas de vida diária, e três episódios de exacerbação infecciosa nos últimos 4 meses, sendo o último há 15 dias.

Mantém apetite severamente diminuído, saciedade precoce, dispneia aos mínimos esforços (mMRC=4), hipercapnia crônica (PaCO₂=55 mmHg) e inflamação sistêmica persistente (PCR=8,5 mg/dL). Gasometria revela pH=7,35, PaO₂=65 mmHg com O₂ suplementar 3L/min. Apresenta também disfagia leve para líquidos e episódios de refluxo gastroesofágico.

Exames laboratoriais mostram hipoalbuminemia (2,8 g/dL), linfopenia (800/mm³), deficiência de vitamina D (15 ng/mL) e zinco baixo (60 µg/dL). Calorimetria indireta demonstra quociente respiratório de 0,95 e gasto energético de repouso aumentado em 25% acima do predito.

Sobre o caso clínico apresentado, assinale a afirmativa correta.

- (A) Implementar dieta hipercalórica com predomínio de carboidratos complexos (60% do valor calórico total) para promover ganho ponderal rápido e repleção energética, fornecendo 35-40 kcal/kg/dia, com distribuição em 3 refeições principais e 2 lanches intermediários, priorizando alimentos de alta densidade energética.
- (B) Implementar nutrição enteral precoce por gastrostomia percutânea endoscópica utilizando fórmula hipercalórica (1,5 kcal/mL) rica em lipídios (45% das calorias), proteínas de alto valor biológico (20%) e imunonutrientes específicos, administrada de forma contínua por bomba de infusão com monitorização rigorosa da tolerância gastrointestinal.
- (C) Adotar estratégia de restrição calórica moderada (20-25 kcal/kg/dia) com predominância protéica (1,8-2,0 g/kg/dia) para reduzir demanda metabólica e produção de CO₂, minimizando o trabalho dos músculos respiratórios, com suplementação apenas de micronutrientes deficientes identificados em exames laboratoriais.
- (D) Implementar dieta rica em lipídios (50% das calorias totais) com predomínio de ácidos graxos monoinsaturados e ômega-3, carboidratos limitados a menos de 100g/dia, proteínas 1,5-2,0 g/kg/dia, vitamina D (2000 UI/dia), zinco (15 mg/dia) e outros micronutrientes conforme deficiências identificadas, com fracionamento em múltiplas refeições pequenas.
- (E) Implementar suplementação nutricional oral hipercalórica e hiperprotéica (600 kcal, 30g proteína/dia) enriquecida com ácidos graxos ômega-3 (2g EPA/DHA), antioxidantes (vitaminas C, E, zinco, selênio), probióticos e vitamina D, com modificação da consistência alimentar para disfagia leve e fracionamento em 6-8 refeições diárias de menor volume.

28

Paciente masculino de 65 anos, internado há 2 meses por infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST em parede anterior, submetido à angioplastia primária com implante de dois *stents* farmacológicos em artéria descendente anterior proximal.

Apresenta atualmente fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 35% (disfunção ventricular moderada a grave), Diabetes *Mellitus* tipo 2 com hemoglobina glicada de 8,2%, hipertensão arterial sistêmica em uso de losartana 100mg/dia e metoprolol 100mg/dia, e dislipidemia mista com LDL-colesterol de 140 mg/dL, apesar do uso de atorvastatina 40mg/dia.

Os exames complementares revelaram triglicerídeos de 280 mg/dL, HDL-colesterol de 32 mg/dL, creatinina sérica de 1,3 mg/dL (TFG 60 mL/min/1,73m²), índice de massa corporal de 29,8 kg/m², circunferência abdominal de 106 cm e proteína C-reativa ultrasensível de 4,8 mg/L. Paciente sedentário, ex-tabagista (parou há 1 mês) com carga tabágica prévia de 30 anos-maço, sem histórico familiar relevante. Mantém apetite preservado, mas refere episódios de dispneia aos moderados esforços e edema de membros inferiores discreto. Solicita orientação nutricional específica para otimização da prevenção cardiovascular secundária.

Sobre a estratégia nutricional que apresenta maior evidência para reduzir eventos cardiovasculares, assinale a afirmativa correta.

- (A) Dieta com restrição severa de carboidratos (<100g/dia) priorizando carboidratos complexos de baixíssimo índice glicêmico, aumento proporcional de gorduras insaturadas (35-40% do VCT), proteínas de alto valor biológico (1,2-1,5g/kg/dia), suplementação de ômega-3 (2-3g EPA/DHA), fibras solúveis (25-35g/dia) e micronutrientes antioxidantes específicos.
- (B) Dieta DASH modificada com restrição rigorosa de sódio (<1,5g/dia), potássio suplementar (3,5-4g/dia), proteínas magras priorizando pescados ricos em ômega-3, laticínios desnatados, grãos integrais com baixo índice glicêmico, frutas e vegetais antioxidantes, associada ao controle calórico para perda ponderal gradual (déficit de 500-750 kcal/dia).
- (C) Padrão alimentar vegetariano estrito, com eliminação completa de produtos de origem animal, enfatizando leguminosas como fonte proteica principal, grãos integrais, oleaginosas, sementes, frutas e vegetais orgânicos, suplementação obrigatória de vitamina B12, ômega-3 de fonte algal, ferro quelado e zinco, com monitorização laboratorial rigorosa trimestral.
- (D) Dieta mediterrânea rigorosamente suplementada com azeite de oliva extra-virgem (50mL/dia), oleaginosas mistas (30g/dia - nozes, amêndoas, avelãs), pescados gordurosos (≥2 porções/semana), leguminosas diárias, cereais integrais, frutas e vegetais frescos, consumo moderado de vinho tinto (150mL/dia), restrição de carnes vermelhas e processadas, com adequação calórica individualizada.
- (E) Dieta hipocalórica estruturada (1200-1500 kcal/dia) com substituição sistemática de gorduras saturadas por carboidratos complexos (60-65% VCT), proteínas magras limitadas (15-20% VCT), gorduras totais reduzidas (<25% VCT), fibras aumentadas (35-40g/dia), fracionamento em 6-8 refeições diárias, suplementação de micronutrientes e acompanhamento nutricional semanal.

29

Paciente de 29 anos, pós-trauma abdominal com ressecção intestinal extensa há 45 dias, apresenta síndrome do intestino curto grave (40 cm de jejuno remanescente, perda total do íleo e válvula ileocecal).

Evolui com diarreia de alto débito (2,5-3,2 L/dia), desnutrição severa (perda de 18 kg, IMC 17,2 kg/m²), hipoalbuminemia (2,1 g/dL), distúrbios eletrolíticos múltiplos (hiponatremia 128 mEq/L, hipocalemia 2,8 mEq/L, hipomagnesemia 1,2 mg/dL) e deficiências de micronutrientes. Múltiplas tentativas de nutrição enteral resultaram em agravamento da diarreia (40-60% aumento do débito) e deterioração clínica. Apresenta jejunostomia terminal e falência intestinal completa.

Sobre esse caso, assinale a opção que apresenta corretamente a decisão da equipe de nutricionistas a ser implementada.

- (A) Nutrição parenteral periférica com soluções hiposmolares balanceadas (osmolaridade <850 mOsm/L) através de acesso venoso periférico, fornecendo aporte calórico limitado de 800-1200 kcal/dia temporariamente até estabilização clínica e posterior transição para acesso central, quando as condições permitirem.
- (B) Nutrição parenteral cíclica noturna (12-14 horas) através de cateter venoso central fornecendo 70-80% das necessidades nutricionais, mantendo concomitantemente estimulação enteral mínima com 10-20 mL/h de solução eletrolítica para preservação da mucosa intestinal.
- (C) Suspensão temporária de nutrição artificial por 4-6 semanas mantendo apenas hidratação e reposição eletrolítica endovenosa, aguardando adaptação intestinal espontânea antes de reintroduzir gradualmente pequenos volumes de nutrição enteral.
- (D) Nutrição parenteral suplementar intermitente administrada exclusivamente durante episódios de descompensação clínica severa (desidratação, distúrbios eletrolíticos graves, perda ponderal >5% semanal), suspendendo-a nos períodos de estabilidade clínica.
- (E) Nutrição parenteral total por meio de cateter venoso central fornecendo aporte calórico-proteico completo (25-30 kcal/kg/dia, 1,5-2,0 g proteína/kg/dia) com monitoramento metabólico rigoroso, incluindo controle glicêmico diário, eletrólitos séricos e função hepática, com ajustes contínuos conforme evolução clínica.

30

Paciente de 38 anos, vítima de traumatismo cranioencefálico grave (Escala de Coma de Glasgow 6) por acidente motociclístico há 4 dias, está internado em UTI neurológica sob ventilação mecânica invasiva (modo SIMV, PEEP 8 cmH₂O, FiO₂ 40%).

Apresenta edema cerebral difuso controlado com drenagem ventricular externa, hipertensão intracraniana intermitente (PIC 18-22 mmHg) e estado comatoso persistente. Evoluiu com gastroparesia severa evidenciada por resíduo gástrico elevado (>500 mL/6h), distensão gástrica e refluxo gastroesofágico documentado. Múltiplas tentativas de nutrição enteral por sonda nasogástrica resultaram em resíduo persistentemente alto (650-800 mL), regurgitação e episódio de broncoaspiração confirmado por broncoscopia há 48h.

Encontra-se em jejum há 72 horas devido à intolerância gástrica, com sinais precoces de depleção nutricional e resposta hipermetabólica ao trauma. Apresenta estabilidade hemodinâmica relativa (noradrenalina 0,1 mcg/kg/min), função renal preservada e ausência de contraindicações cirúrgicas.

Considerando o caso, a equipe de nutrição clínica decidiu pela

- (A) implementação imediata de sonda nasojejunal por técnica endoscópica ou fluoroscópica para alimentação pós-pilórica, permitindo *bypass* gástrico completo, redução do risco aspirativo e início precoce da nutrição enteral com metas calórico-proteicas adequadas para TCE grave.
- (B) suspensão definitiva da nutrição enteral e implementação imediata de nutrição parenteral total através de acesso venoso central, fornecendo aporte nutricional completo (25-30 kcal/kg/dia, 1,5-2,0g proteína/kg/dia) até resolução completa da gastroparesia e normalização da motilidade gastrointestinal.
- (C) realização de gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) para estabelecimento de acesso gástrico definitivo, permitindo decompressão gástrica contínua, administração segura de medicações e nutrição enteral em posição gástrica com controle otimizado do esvaziamento.
- (D) manutenção da sonda nasoenteral com redução da velocidade de infusão para 10 mL/h, elevação da cabeceira a 45°, uso de procinéticos (metoclopramida 10mg 8/8h) e monitorização rigorosa do resíduo gástrico a cada 4 horas até melhora da motilidade gástrica.
- (E) suspensão temporária da nutrição artificial aguardando resolução espontânea da gastroparesia (7-14 dias), mantendo apenas hidratação venosa e correção eletrolítica, com reavaliação da motilidade gástrica por meio de cintilografia antes de retomar tentativas nutricionais.

31

Paciente de 50 anos apresenta pancreatite crônica alcoólica, diabetes secundário, esteatorreia e perda ponderal de 15 kg em 6 meses. Exames mostram elastase fecal <100 µg/g e deficiências de vitaminas lipossolúveis. Mantém etilismo ativo.

Com relação ao quadro do paciente, a nutricionista que o atendeu, optou por indicar

- (A) dieta hipogordurosa rigorosa (<20g/dia) para controle da esteatorreia.
- (B) suplementação vitamínica lipossolúvel sem correção enzimática.
- (C) nutrição enteral elementar para máxima absorção.
- (D) reposição enzimática pancreática adequada com dieta normogordurosa.
- (E) dieta hiperogordurosa rigorosa (>20g/dia).

32

Homem, 54 anos, apresenta cirrose alcoólica Child-Pugh B, com ascite controlada por espirolactona e furosemida, episódios esporádicos de encefalopatia hepática grau I (amônia plasmática 70 µmol/L), albumina 2,2 g/dL e perda ponderal de 8% nos últimos três meses. Usa lactulose e rifaximina; não há sangramento digestivo recente. A família teme que o excesso de proteína piore a confusão mental.

Para esse paciente, as diretrizes que dispõem sobre estratégias nutricionais indicam

- (A) a adoção de uma dieta exclusivamente vegetariana com 0,8 g/kg/dia de proteína e lactulose otimizada.
- (B) a adoção de uma nutrição enteral noturna contínua com fórmula hipocalórica isenta de nitrogênio até normalizar a amônia.
- (C) a manutenção de 1,2–1,5 g/kg/dia de proteína associada a uma mistura rica em aminoácidos de cadeia ramificada e fracionar a dieta em 6 refeições.
- (D) a redução da ingesta de proteínas para 0,6 g/kg/dia durante crises e manter esse limite após a recuperação.
- (E) a alternância de 24 h de jejum proteico com 24 h de oferta de 1,6 g/kg/dia de proteína de origem láctea.

33

Paciente masculino, 45 anos, está internado em UTI há 72 horas com pneumonia grave, complicada por síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). O paciente apresenta índice de massa corporal de 22 kg/m², ausência de comorbidades prévias, encontra-se hemodinamicamente estável e em ventilação mecânica invasiva com função gastrointestinal preservada.

Assinale a opção que indica a estratégia nutricional mais apropriada para esse paciente.

- (A) Iniciar nutrição enteral hipocalórica (12-20 kcal/kg/dia) na primeira semana com proteína padrão (0,8-1,0 g/kg/dia) e aguardar estabilização metabólica.
- (B) Implementar nutrição enteral precoce (≤48h) com aporte proteico elevado (1,2-1,5 g/kg/dia) e suplementação com prebióticos/probióticos específicos.
- (C) Administrar nutrição parenteral suplementar após 72 horas, se a nutrição enteral não atingir 80% das necessidades energéticas.
- (D) Iniciar nutrição enteral com fórmula enriquecida em ácidos graxos ômega-3 e glutamina em doses farmacológicas.
- (E) Usar calorimetria indireta para determinação precisa das necessidades energéticas, antes de iniciar qualquer suporte nutricional.

34

Para um homem de 57 anos, com doença renal crônica estágio 4, que apresenta proteinúria e potássio sérico limítrofe, a equipe de Nutrição deve

- (A) sugerir uma dieta cetogênica restrita.
- (B) implementar uma dieta hiperproteica e hipercalórica.
- (C) adotar uma dieta rica em frutas e vegetais sem restrições.
- (D) indicar uma suplementação indiscriminada de aminoácidos essenciais.
- (E) indicar uma restrição proteica moderada e o controle rigoroso de potássio e sódio.

35

Paciente masculino, 52 anos, foi admitido na UTI com diagnóstico de sepse grave secundária a pneumonia por *Pseudomonas aeruginosa*. Apresentou choque séptico em uso de noradrenalina 0,8 µg/kg/min, ventilação mecânica invasiva há 48 horas, e função gastrointestinal preservada.

Índice de massa corporal de 24 kg/m², sem comorbidades prévias. SOFA score de 12 pontos na admissão. Laboratorialmente: procalcitonina 15 ng/mL; albumina 2,1 g/dL; e vitamina D 8 ng/mL. Para esse caso, assinale a opção que apresenta a conduta decisiva da equipe de Nutrição.

- (A) Aguardar a estabilização hemodinâmica com redução da noradrenalina para <0,5 µg/kg/min antes de iniciar nutrição enteral para evitar isquemia intestinal.
- (B) Administrar nutrição parenteral exclusiva nas primeiras 72 horas, seguida de transição gradual para nutrição enteral com fórmula imunomoduladora.
- (C) Implementar nutrição enteral trófica (10-20% das necessidades calóricas) até o 5º dia, seguida de progressão para nutrição plena com glutamina intravenosa.
- (D) Iniciar nutrição enteral após 72 horas, com fórmula hipocalórica (15 kcal/kg/dia) e suplementação de vitamina D em dose elevada (50.000 UI).
- (E) Começar nutrição enteral precoce (≤48h) com aporte proteico elevado (1,5g/kg/dia), suplementação de probióticos (*Lactobacillus* e *Bifidobacterium*) e vitamina D.

36

Paciente feminino, 38 anos, internada na UTI com tuberculose pulmonar disseminada e insuficiência respiratória aguda, apresenta desnutrição grave (IMC 16,5 kg/m²), hipoalbuminemia (2,0 g/dL), e necessidade de ventilação mecânica. Impossibilidade de administração oral de medicamentos devido ao rebaixamento do nível de consciência. Exames laboratoriais mostram: zinco sérico 45 µg/dL (normal: 70-120 µg/dL); selênio 35 ng/mL (normal: 70-150 ng/mL); hemoglobina 8,2 g/dL.

Sobre a estratégia definida pela equipe multiprofissional de terapia nutricional (EMTN) para esse caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Prescrever fórmula enteral hipercalórica (35 kcal/kg/dia) com suplementação de ferro via parenteral, monitoramento diário do consumo alimentar e reavaliação antropométrica semanal pela equipe de Nutrição.
- (B) Administrar nutrição parenteral total com glutamina (0,4g/kg/dia) por 72 horas, seguida de transição para nutrição enteral com supervisão nutricional diária e controle de glicemia capilar.
- (C) Iniciar terapia nutricional enteral com fórmula enriquecida em ácidos graxos ômega-3, prescrição dietética individualizada e orientações nutricionais para equipe de Enfermagem sobre administração.
- (D) Estabelecer protocolo de nutrição enteral hipocalórica (20 kcal/kg/dia) nas primeiras 72 horas, progressão gradual conforme tolerância, e triagem nutricional semanal pela equipe multidisciplinar.
- (E) Implementar nutrição enteral precoce com fórmula hiperproteica (1,5 g/kg/dia), suplementação de zinco e selênio conforme protocolo da EMTN, e monitoramento de tolerância gastrointestinal pela equipe de Enfermagem.

37

Paciente masculino, 72 anos, foi internado em enfermaria de Neurologia, há 5 dias, após AVC isquêmico. Ele apresenta disfagia orofaríngea moderada confirmada por videofluoroscopia. IMC 23 kg/m², sem déficit nutricional aparente.

A equipe multidisciplinar discutiu sobre a melhor estratégia de modificação dietética baseada em evidências científicas. A fonoaudióloga sugeriu textura modificada nível 5 (IDDSI); a nutricionista indicou a necessidade de adequação nutricional; e o médico questionou a eficácia na prevenção de pneumonia aspirativa.

Baseado nas recentes evidências científicas sobre modificações dietéticas em disfagia, assinale a opção que indica a abordagem nutricional para esse paciente.

- (A) Manter dieta regular com modificações menores, orientação sobre posicionamento durante alimentação e avaliação nutricional quinzenal pela equipe multidisciplinar.
- (B) Prescrever dieta pastosa homogênea com suplementação proteica (1,2g/kg/dia), líquidos espessados consistência mel e reavaliação fonoaudiológica semanal da progressão da disfagia.
- (C) Administrar dieta líquida completa espessada com xantana, fortificação calórica (30 kcal/kg/dia) e orientação familiar sobre técnicas de alimentação assistida.
- (D) Implementar dieta com textura modificada nível 5 (IDDSI) enriquecida com vitaminas e minerais, espessamento de líquidos com néctar e monitoramento rigoroso da ingestão alimentar pela equipe de Enfermagem.
- (E) Estabelecer dieta mista com alimentos sólidos triturados, líquidos em consistência néctar e suplementação nutricional oral conforme tolerância do paciente.

38

Paciente feminino, 59 anos, internada em enfermaria de Cardiologia com insuficiência cardíaca descompensada. Apresenta Diabetes *Mellitus* tipo 2, doença renal crônica estágio 3, e hipertensão arterial sistêmica.

A paciente necessita de múltiplas restrições dietéticas: sódio <2g/dia, potássio <3g/dia, fósforo <800mg/dia, e controle glicêmico rigoroso.

A equipe de terapia nutricional vem discutindo sobre o protocolo mais adequado para otimizar a adesão clínica.

Assinale a opção que indica, corretamente, a decisão da equipe.

- (A) Implementar todas as restrições simultaneamente com cardápio padronizado, educação nutricional intensiva e monitoramento laboratorial diário de eletrólitos.
- (B) Estabelecer protocolo de introdução gradual das restrições dietéticas, começando pelo controle de sódio, seguido de potássio e fósforo, com reavaliação clínica semanal.
- (C) Prescrever dieta com restrição moderada de sódio (3g/dia), potássio liberado, controle de carboidratos e suplementação proteica para manter balanço nutricional adequado.
- (D) Adotar abordagem individualizada com restrições baseadas em exames laboratoriais, educação nutricional personalizada e envolvimento da família no processo.
- (E) Manter dieta hipossódica rigorosa (<1g/dia), controle glicêmico intensivo e restrição proteica moderada (0,8g/kg/dia) para proteção renal.

39

Mulher de 28 anos, publicitária, procurou atendimento nutricional após 4 meses de uso contínuo de anfepramona (75mg/dia), adquirida sem prescrição médica para "perder peso rapidamente para um evento importante."

Ela relatou que, inicialmente, perdeu 8kg, mas, nas 3 semanas subsequentes observou estagnação do peso, aumento progressivo da fome e episódios de compulsão alimentar, principalmente no período noturno. Negou sintomas cardiovasculares, mas mencionou dificuldade para dormir e irritabilidade crescente.

A partir do relatado, a nutricionista explicou à paciente que as anfetaminas podem desencadear

- (A) o desenvolvimento de tolerância farmacológica aos efeitos anorexígenos da anfepramona, com necessidade de ajuste posológico para manutenção da eficácia terapêutica.
- (B) uma manifestação do efeito rebote característico, com recuperação dos mecanismos hipotalâmicos de controle do apetite e predisposição ao ganho de peso excessivo.
- (C) o início da síndrome de abstinência parcial devido à dose insuficiente, indicando necessidade de escalonamento terapêutico para otimização dos resultados.
- (D) a saturação dos receptores dopaminérgicos centrais com consequente perda do efeito anorexígeno, exigindo associação com outros neurotransmissores.
- (E) o desenvolvimento da resistência metabólica hepática à anfepramona, necessitando substituição por anorexígeno com diferente via de metabolização.

40

Lactente de 8 meses, nascido pré-termo (32 semanas), foi internado na UTI pediátrica com pneumonia grave e insuficiência respiratória. Apresenta desnutrição crônica (*z-score* altura/idade - 2,5) e peso atual de 6,2 kg (percentil 3). Sem função gastrointestinal por 72 horas devido a íleo paralítico secundário à sepse.

Os exames laboratoriais mostraram: albumina 2,8 g/dL; fósforo 2,1 mg/dL; potássio 3,2 mEq/L; e magnésio 1,4 mg/dL.

Sobre a terapia nutricional em doenças pediátricas mais adequada para o caso, assinale a afirmativa correta.

- (A) Iniciar imediatamente nutrição parenteral com 50% das necessidades energéticas (40 kcal/kg/dia), suplementação prévia de tiamina e monitoramento rigoroso de eletrólitos.
- (B) Aguardar resolução do íleo paralítico e iniciar nutrição enteral com fórmula padrão (0,67 kcal/mL), progredindo para 120 kcal/kg/dia em 48 horas.
- (C) Implementar nutrição enteral trófica (10 mL/kg/dia) associada à nutrição parenteral complementar, para atingir 100% das necessidades nas primeiras 72 horas.
- (D) Administrar nutrição parenteral total com 80% das necessidades energéticas e correção prévia de hipofosfatemia, hipocalemia e hipomagnesemia.
- (E) Aguardar estabilização hemodinâmica completa e iniciar nutrição enteral com fórmula hipercalórica (1,2 kcal/mL), após 5 dias de jejum.

41

Paciente obeso (IMC 33 kg/m²), 62 anos, foi diagnosticado com hipertensão arterial e aterosclerose coronariana. O exame histopatológico revelou placas ateromatosas com infiltrado lipídico e fibrose na artéria coronária.

Para reduzir os riscos cardiovasculares do paciente, considerando a fisiopatologia das alterações descritas, foi necessária a intervenção de uma equipe multidisciplinar, incluindo o nutricionista.

Sobre o caso, assinale a opção que apresenta a estratégia nutricional mais adequada.

- (A) Propor uma dieta rica em carboidratos simples, visando rápida disponibilidade energética.
- (B) Indicar uma dieta voltada para o consumo de carnes processadas e embutidos como fonte proteica.
- (C) Priorizar uma dieta rica em fibras solúveis, ômega-3, frutas e vegetais, com redução de gorduras trans e sódio.
- (D) Focar em uma dieta que mantenha a ingestão habitual de sódio (> 5g/dia) para evitar desequilíbrios hidroeletrólíticos.
- (E) Indicar uma dieta hiperlipídica, com ênfase em gorduras saturadas para aumentar o aporte energético e promover saciedade do paciente.

42

O Município *Alfa* está implementando um novo modelo de Atenção Básica em Saúde, com foco na promoção da alimentação saudável. Durante uma reunião da equipe multiprofissional, surgiram dúvidas sobre os fundamentos legais e organizacionais do SUS.

Sobre os Decretos e as Leis que estabeleceram as diretrizes para a organização do SUS, assinale a afirmativa correta.

- (A) O SUS é financiado, exclusivamente, por recursos federais, sem participação dos estados e municípios.
- (B) A participação da comunidade no SUS é facultativa, dependendo da decisão de cada gestor municipal.
- (C) A gestão do SUS está centralizada no governo federal, sem autonomia para estados e municípios na tomada de decisões locais.
- (D) A Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) estabeleceu os princípios e as diretrizes do SUS, incluindo a regionalização e o atendimento integral.
- (E) O princípio da equidade no SUS determina que todos os cidadãos devem receber exatamente os mesmos serviços de saúde, independentemente de suas necessidades específicas.

43

Carlos, nutricionista da Estratégia de Saúde da Família (ESF), trabalha em uma área rural do Estado do Rio de Janeiro, com foco de atuação em desnutrição infantil e obesidade em adultos. Apesar da Unidade Básica em Saúde (UBS) possuir uma equipe multiprofissional, carece de ações intersectoriais.

Desta forma, assinale a opção que apresenta a estratégia que o nutricionista deve priorizar para enfrentar os problemas nutricionais identificados.

- (A) Restringir as atividades à entrega de suplementos vitamínicos, seguindo protocolos rígidos do Ministério da Saúde.
- (B) Ignorar os determinantes sociais da saúde, focando, exclusivamente, em intervenções clínicas individuais.
- (C) Realizar consultas individuais para prescrição de dietas, focando, exclusivamente, em casos graves de desnutrição.
- (D) Encaminhar todos os casos de obesidade para um endocrinologista na sede regional, sem intervenção local.
- (E) Promover cursos de educação alimentar e nutricional e articular políticas públicas para fortalecer a agricultura familiar e o acesso a alimentos saudáveis.

44

As Normas Regulamentadoras, como a NR 32, são fundamentais, porque estabelecem as diretrizes para a segurança e a saúde dos trabalhadores em serviços de saúde, incluindo medidas de proteção contra agentes químicos, físicos, biológicos e ergonômicos.

De acordo com a NR 32, para a manipulação de materiais perfurocortantes em unidades de alimentação e nutrição hospitalar e prevenção de acidentes, é obrigatório

- (A) lavar com água e sabão lâminas de corte para reutilização em preparações alimentícias.
- (B) deixar os materiais perfurocortantes sobre bancadas até o final do expediente para descarte coletivo.
- (C) realizar a imunização ativa contra tétano, difteria e hepatite B, além de outras vacinas recomendadas pelo Ministério da Saúde.
- (D) armazenar materiais perfurocortantes usados em sacolas plásticas comuns e devidamente identificadas, até o período de coleta externa.
- (E) reencapar, manualmente, agulhas usadas, para armazenamento e evitar o risco de perfurações, até o período de descarte externo.

45

Paciente, 55 anos, foi diagnosticada com hipertensão e Diabetes *Mellitus* tipo 2. A paciente é obesa, com IMC 32 kg/m², e relata consumo diário de embutidos, refrigerantes e baixa ingestão de fibras.

Os exames recentes revelaram: glicemia de jejum 180 mg/dL; HbA1c 8,5%; LDL 160 mg/dL; e pressão arterial 150x90 mmHg.

Sobre o caso acima, assinale a opção que apresenta a estratégia nutricional prioritária e sustentável para o manejo integrado das condições clínicas.

- (A) Restringir totalmente o consumo de gorduras, para reduzir o LDL.
- (B) Aumentar o aporte de fibras solúveis (aveia, leguminosas) e substituir refrigerantes por água.
- (C) Incentivar o consumo de ácidos graxos ômega-3 via suplementação de óleo de peixe.
- (D) Reduzir o consumo de sódio para <2 g/dia, e aumentar a ingestão de potássio, via frutas e hortaliças.
- (E) Restringir completamente o consumo de carboidratos para controle glicêmico imediato, priorizando apenas proteínas e gordura.

46

Paciente de 42 anos apresenta dor epigástrica crônica e refluxo ácido há 4 meses. A endoscopia digestiva revelou esôfago de Barrett (EB), com metaplasia intestinal no terço distal do esôfago, confirmada por biópsia (epitélio colunar com células caliciformes).

Sobre o caso, assinale a opção que indica a conduta nutricional respaldada pelas evidências científicas atuais para reduzir os sintomas e prevenir a progressão da doença.

- (A) Indicar uma dieta rica em carboidratos simples para acelerar o esvaziamento gástrico e reduzir a exposição ácida do esôfago.
- (B) Orientar o aumento no consumo de alimentos ácidos (como frutas cítricas e tomate) para adaptar a mucosa esofágica ao pH baixo.
- (C) Prescrever uma suplementação de cálcio em altas doses, pois estudos comprovam sua eficácia na reversão da metaplasia intestinal.
- (D) Incentivar a redução do consumo de álcool, cafeína e alimentos gordurosos, além de fracionar as refeições em pequenos volumes.
- (E) Recomendar uma dieta hipercalórica e rica em gorduras para promover ganho de peso, uma vez que a obesidade é protetora contra a progressão do EB.

47

Paciente de 45 anos, com histórico de doença celíaca não tratada adequadamente, apresentou esteatorreia e perda de peso.

Os exames laboratoriais revelaram deficiências de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K) e anemia ferropriva. A biópsia duodenal demonstrou atrofia das vilosidades intestinais.

Considerando a fisiopatologia da doença celíaca, sobre o impacto da atrofia das microvilosidades na absorção de macronutrientes, assinale a afirmativa correta.

- (A) A redução das microvilosidades diminui a superfície de absorção, prejudicando principalmente a digestão de proteínas no estômago, mas não afeta a absorção de lipídios.
- (B) A atrofia das vilosidades compromete a hidrólise de carboidratos pela amilase salivar, levando à má absorção de glicose, mas preserva a absorção de ácidos graxos.
- (C) A destruição das microvilosidades reduz a atividade das enzimas de borda em escova, prejudicando a absorção de carboidratos e proteínas, e a esteatorreia ocorre devido à menor formação de micelas.
- (D) A diminuição da altura das vilosidades intestinais afeta apenas a absorção de vitaminas hidrossolúveis, sem interferência na digestão de triglicerídeos ou oligopeptídeos.
- (E) A atrofia vilositária impede a secreção de bile pelo fígado, comprometendo exclusivamente a emulsificação de lipídios, enquanto a absorção de aminoácidos permanece normal.

48

Paciente do sexo feminino, 45 anos, procurou atendimento nutricional com queixas de fadiga intensa, formigamento nos membros inferiores e dificuldade de concentração. Relatou dieta restritiva há 3 anos, com baixo consumo de carnes, ovos e laticínios.

Ao exame físico, observou-se palidez cutânea e mucosas. Os exames laboratoriais revelaram hemoglobina baixa (9,5 g/dL), VCM aumentado (105 fL) e homocisteína sérica elevada.

Com base no quadro clínico e laboratorial, assinale a opção que indica a hipótese mais provável de deficiência vitamínica associada a essas manifestações.

- (A) Deficiência de vitamina A, associada à xeroftalmia e à cegueira noturna.
- (B) Deficiência de vitamina D, associada à fraqueza muscular e à osteomalácia.
- (C) Deficiência de vitamina C, relacionada a sangramentos gengivais e à cicatrização prejudicada.
- (D) Deficiência de vitamina K, que leva à coagulopatia e ao aumento do tempo de protrombina.
- (E) Deficiência de vitamina B12, que causa anemia megaloblástica, neuropatia e hiperhomocisteinemia.

49

M.C., sexo feminino, 52 anos, chegou à consulta com queixas de ondas de calor, irritabilidade, ganho de peso progressivo (5 kg em 6 meses) e dificuldade para dormir. Relatou ainda diminuição da libido e ressecamento vaginal.

Os exames mostraram: HDL: 40 mg/dL (reduzido); LDL: 160 mg/dL (elevado); glicemia de jejum: 98 mg/dL (normal); TSH: 2,0 mUI/L (normal); densitometria óssea: osteopenia (T-score: -1,8). Histórico alimentar: alto consumo de processados, baixa ingestão de lácteos e vegetais, e sedentarismo.

Considerando a fisiologia da menopausa e as necessidades nutricionais da paciente, assinale a opção que indica a estratégia dietética mais adequada para melhorar os sintomas e o perfil metabólico de M.C.

- (A) Aumentar o consumo de carboidratos refinados para melhorar a energia e o humor.
- (B) Recomendar jejum intermitente para perda de peso, sem ajuste de micronutrientes.
- (C) Incentivar o consumo de café preto e chás termogênicos para o controle das ondas de calor.
- (D) Prescrever dieta hiperproteica (carnes vermelhas) e suplementação de ferro para evitar anemia.
- (E) Priorizar ômega-3 (salmão, chia), fibras (aveia, vegetais), e cálcio (couve, iogurte), com redução de gorduras saturadas.

50

No passado, muitos marinheiros desenvolviam escorbuto, uma doença que compromete a saúde dos ossos e outros tecidos. Essa condição está diretamente relacionada à deficiência em vitamina C.

Assinale a opção que apresenta a razão pela qual a vitamina C é importante para o tecido ósseo.

- (A) Ajuda na absorção da vitamina D.
- (B) Neutraliza o ácido fólico, permitindo a mineralização óssea.
- (C) Estimula a produção de hemácias, garantindo a oxigenação dos ossos.
- (D) Regula os níveis de cálcio no sangue, evitando sua absorção pelos ossos.
- (E) Participa da formação das fibras de colágeno, importantes para o fortalecimento da matriz óssea.

51

A vigilância nutricional está ligada ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), integrando dados para reduzir as desigualdades em saúde.

No contexto da Saúde Pública, assinale a opção que indica o principal objetivo da *vigilância nutricional*.

- (A) Monitorar o estado nutricional da população para orientar as políticas públicas de alimentação e nutrição.
- (B) Fiscalizar, exclusivamente, a qualidade microbiológica dos alimentos em restaurantes.
- (C) Controlar apenas os casos de obesidade em adultos.
- (D) Promover campanhas de marketing para o consumo de suplementos alimentares.
- (E) Realizar auditorias financeiras em indústrias de alimentos.

52

Avalie o caso a seguir.

Paciente de 45 anos, sexo masculino, apresentou dor lombar, hematúria e hipertensão arterial. Relatou histórico de dieta hiperproteica (alto consumo de carnes e suplementos proteicos), há 10 anos, para ganho de massa muscular.

Os exames de imagem revelaram múltiplos cálculos renais bilaterais e dilatação dos cálices renais. Biópsia renal mostrou depósitos cristalinos no lúmen dos túbulos coletores, com inflamação intersticial focal.

Com base no caso relatado, assinale a opção que apresenta a relação mais provável entre a dieta do paciente e as alterações histológicas observadas.

- (A) O excesso de proteína animal aumentou a excreção de ácido úrico e cálcio, levando à formação de cristais nos túbulos coletores e nefrolitíase.
- (B) A deficiência de vitamina D causou hipocalcemia, estimulando a reabsorção óssea e o depósito de fosfato de cálcio nos glomérulos.
- (C) O consumo insuficiente de água levou à degeneração das células da mácula densa, reduzindo a filtração glomerular.
- (D) A baixa ingestão de carboidratos provocou cetose, lesando os podócitos e levando à proteinúria.
- (E) O excesso de sódio desencadeou fibrose da mucosa da bexiga, obstruindo o fluxo urinário.

53

A fibrose cística (FC) é uma doença genética que afeta principalmente os sistemas respiratório e digestório, exigindo uma abordagem nutricional específica.

Sobre a suplementação de enzimas pancreáticas (lipase, protease e amilase), essencial para pacientes com FC, assinale a afirmativa correta.

- (A) Pode ser substituída por probióticos sem prejuízo nutricional.
- (B) Promove a absorção de nutrientes, previne a esteatorreia e a desnutrição.
- (C) Deve ser suspensa durante as infecções respiratórias para evitar interações medicamentosas.
- (D) Melhora, exclusivamente, a absorção de carboidratos, sem impacto em lipídios e proteínas.
- (E) É necessária apenas em crianças, pois adultos com FC não desenvolvem insuficiência pancreática.

54

Paciente com hipertensão arterial e edema periférico está em uso de diurético tiazídico. Durante a consulta com o nutricionista, foram discutidas estratégias para otimizar a terapia nutricional, considerando a histologia renal.

Para esse paciente, assinale a opção que apresenta, corretamente, a recomendação do nutricionista.

- (A) Restringir totalmente o sódio da dieta para potencializar o efeito do diurético.
- (B) Suplementar cálcio em altas doses, pois os diuréticos tiazídicos reduzem sua excreção urinária.
- (C) Manter hidratação adequada e monitorar os níveis de magnésio, devido ao risco de hipomagnesemia.
- (D) Priorizar as proteínas de alto valor biológico (ex.: ovos, carne magra) para reparar danos nos glomérulos renais.
- (E) Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio (ex.: banana, batata-doce) para compensar as perdas urinárias.

55

A suplementação de nutrientes para saúde da cartilagem pode ser uma estratégia coadjuvante no manejo da osteoporose, visando melhorar a saúde articular e óssea.

Entre os compostos usados para auxiliar na proteção da cartilagem e na modulação de processos inflamatórios em pacientes com osteoporose, assinale a opção que indica a suplementação mais respaldada por evidências científicas.

- (A) O Colágeno tipo II não hidrolisada melhora a elasticidade da cartilagem, mas com efeito limitado na síntese de matriz óssea.
- (B) Glucosamina + Condroitina demonstram efeitos positivos na redução da degradação da cartilagem e na modulação da inflamação articular.
- (C) A Vitamina C isolada age como antioxidante, porém sem impacto direto na preservação da cartilagem.
- (D) O Ômega-3 (EPA/DHA) reduz marcadores inflamatórios, mas não atua diretamente na matriz cartilaginosa.
- (E) O Extrato de Soja (Isoflavonas) tem efeito estrogênico fraco, beneficiando mais a densidade óssea do que a cartilagem.

56

Paciente do sexo masculino, 28 anos, praticante de musculação há 3 anos, buscou orientação nutricional para ganho de massa muscular.

Ele treina intensamente 5x/semana e relatou que sua dieta atual é hiperproteica (2,2 g/kg/dia), mas sente fadiga pós-treino e dificuldade de recuperação. Ele questionou a suplementação adequada para melhorar seu desempenho e sua hipertrofia. Considerando o contexto, assinale o suplemento mais indicado para otimizar sua recuperação e síntese proteica.

- (A) BCAA.
- (B) Ômega-3.
- (C) Vitamina C.
- (D) Carboidrato em pó.
- (E) Creatina monoidratada.

57

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar caracterizado por restrição alimentar severa, e pelo medo intenso de ganhar peso e distorcer a imagem corporal. Os pacientes frequentemente apresentam IMC abaixo de 17,5 kg/m², amenorreia (em mulheres), e comportamentos como evitação de alimentos calóricos e exercício excessivo.

Com relação à parte endócrina, assinale a opção que apresenta o hormônio que está mais frequentemente associado à regulação do apetite e que apresenta níveis reduzidos em pacientes com anorexia nervosa.

- (A) Grelina.
- (B) Leptina.
- (C) Cortisol.
- (D) Insulina.
- (E) Glucagon.

58

O nutricionista Dr. Marcos atende à paciente A.P., de 32 anos, com obesidade grave e depressão.

Durante a consulta, A.P. revelou que está praticando jejuns extremos (superiores a 48 horas) e usando medicamentos para emagrecer, sem prescrição, obtidos por meio de uma amiga farmacêutica. Ela pediu sigilo, temendo o julgamento da família. No entanto, o Dr. Marcos percebeu que essas práticas estão agravando a saúde da paciente, com risco de desnutrição e complicações cardiovasculares.

Diante desse cenário e considerando o Código de Ética do Nutricionista e a legislação profissional, assinale a afirmativa correta.

- (A) Romper o sigilo imediatamente e comunicar a família da paciente, mesmo sem seu consentimento, para garantir sua segurança.
- (B) Ignorar as práticas relatadas pela paciente, focando apenas no plano alimentar, para evitar conflitos e preservar a relação profissional.
- (C) Denunciar a amiga farmacêutica ao Conselho Regional de Farmácia, já que ela forneceu medicamentos ilegalmente, e afastar-se do caso.
- (D) Manter a confidencialidade, mas insistir na interrupção das práticas de risco e propor um plano de acompanhamento nutricional e psicológico.
- (E) Manter o sigilo absoluto, conforme solicitado pela paciente, e orientá-la apenas sobre os riscos dos jejuns prolongados, sem interferir no uso dos medicamentos.

59

As evidências científicas sobre o uso de termogênicos para queima de gordura e sua relação com as mitocôndrias, baseiam-se no fato de que

- (A) a ação termogênica ocorre exclusivamente no fígado, onde mitocôndrias convertem gordura em glicose, processo amplificado por suplementos sem efeitos colaterais.
- (B) o consumo de termogênicos eleva a produção de ATP mitocondrial de forma isolada, dispensando a necessidade de déficit calórico para promover perda de gordura corporal.
- (C) os termogênicos, como o chá verde, são capazes de dobrar a quantidade de mitocôndrias no tecido adiposo em apenas duas semanas, garantindo redução de peso sem outras intervenções.
- (D) os termogênicos atuam principalmente via estimulação adrenérgica, aumentando a lipólise e a oxidação de ácidos graxos nas mitocôndrias, mas sua eficácia depende de dieta equilibrada e atividade física regular.
- (E) os suplementos termogênicos, como a cafeína e a capsaicina, aumentam significativamente a taxa metabólica basal por ativarem a biogênese mitocondrial, fato comprovado por estudos em humanos com efeitos duradouros, sem necessidade de exercício físico.

60

O neurotransmissor diretamente envolvido na regulação do humor e do comportamento alimentar, frequentemente associado à compulsão alimentar e à depressão em transtornos como o *binge eating disorder* (transtorno da compulsão alimentar periódica), é a(o)

- (A) dopamina.
- (B) acetilcolina.
- (C) GABA.
- (D) serotonina.
- (E) noradrenalina.

61

As ações de vigilância alimentar e nutricional em uma Unidade de Saúde, devem considerar as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e os instrumentos de monitoramento disponíveis no SUS.

Para isso, a equipe de nutricionistas precisa saber que

- (A) o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) monitora exclusivamente o estado nutricional de crianças menores de 5 anos, não abrangendo outros grupos populacionais.
- (B) a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) atua na promoção de uma alimentação adequada e saudável, incluindo ações de educação alimentar e nutricional em todos os níveis de atenção à saúde.
- (C) o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A destina-se apenas a gestantes e puérperas, não contemplando crianças em sua estratégia de prevenção da deficiência de vitamina A.
- (D) a estratégia de fortificação de alimentos com ferro e ácido fólico no Brasil é uma ação facultativa, dependendo da adesão voluntária das indústrias alimentícias, sem regulamentação obrigatória.
- (E) o Programa Nacional de Suplementação de Ferro é direcionado exclusivamente para o tratamento da anemia ferropriva já instalada, não tendo caráter preventivo na sua implementação.

62

O uso de estratégias de comunicação e informação para a divulgação das atividades profissionais do nutricionista, usando redes sociais, alinha-se com o desenvolvimento de novas formas de comunicação da sociedade moderna.

Para garantir a manutenção dos princípios éticos da profissão, é **vedado** ao nutricionista

- (A) divulgar sua imagem corporal ou de terceiros, atribuindo resultados a produtos, equipamentos, técnicas e protocolos.
- (B) divulgar métodos visuais e dados corporais com finalidade unicamente didática e científica, ainda que autorizados previamente.
- (C) usar diferentes marcas ou empresas do mesmo tipo de alimento em atividades de orientação nutricional ou de educação alimentar.
- (D) divulgar sua qualificação profissional, as técnicas, os métodos e os benefícios de uma alimentação saudável para os indivíduos ou as coletividades.
- (E) compartilhar informações sobre alimentação e nutrição nos diversos meios de comunicação, tendo como objetivo a promoção da saúde e a educação alimentar e nutricional.

63

As doenças autoimunes são influenciadas por fatores genéticos, ambientais, estilo de vida e alimentação. Assim, a dieta e os hábitos nutricionais dos pacientes podem impactar diretamente a eficácia de um tratamento.

Sobre esse contexto, assinale a afirmativa correta.

- (A) A suplementação oral de Colicalciferol está relacionada à melhora da resposta imune inata e adaptativa.
- (B) A dieta com aumento de ácidos graxos, como EPA e DHA, pode aumentar a geração de eicosanoides inflamatórios.
- (C) Os fitatos, as fibras e os taninos favorecem a absorção de zinco, micronutriente diretamente ligado à ação das células.
- (D) Os vegetais folhosos escuros, como couve, espinafre e óleos vegetais, ricos em vitamina K, devem ser reduzidos em pacientes com artrite reumatoide.
- (E) As frutas cítricas, assim como tomate e pimentão verde, atrapalham a absorção de ácido ascórbico, vitamina hidrossolúvel com importante ação antioxidante.

64

A terapia nutricional oral complementa ou otimiza a ingestão de nutrientes, sendo indicada em situações como risco de desnutrição, períodos pré e pós-operatórios, perda de apetite e comprometimento da qualidade de vida.

A definição da conduta nutricional deve ser baseada na avaliação clínica do estado nutricional, no histórico alimentar, na condição patológica do paciente e na possibilidade de individualização da dieta.

Nessa perspectiva, assinale a afirmativa correta.

- (A) Em casos de diverticulite aguda, é indicado um consumo de fibras diário superior a 35g.
- (B) Os pacientes com insuficiência renal crônica podem consumir livremente banana, beterraba e feijões.
- (C) As dietas para pacientes diabéticos devem ter grandes restrições de carboidratos e maior atenção à quantidade de carboidratos simples e complexos.
- (D) A possibilidade de introdução de sacarose e lactose nas dietas para pacientes com doenças inflamatórias intestinais depende da tolerância de cada paciente.
- (E) Os indivíduos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica devem ter uma dieta rica em carboidratos, baixos níveis de gorduras e normal em proteínas, não sendo necessário abrandar a textura dos alimentos.

65

O metabolismo de carboidratos é essencial para a manutenção das funções vitais, pois os carboidratos são uma das principais fontes de energia para as células.

A respeito das reações bioquímicas que ocorrem no organismo, para transformar carboidratos em energia, assinale a afirmativa correta.

- (A) É o processo no qual a glicólise ocorre nas mitocôndrias celulares em baixa presença de oxigênio.
- (B) É o processo no qual a gliconeogênese permite a produção de glicose a partir de precursores não carboidratos.
- (C) É o processo no qual a metabolização da glicose pode produzir lactato apenas em condições aeróbicas.
- (D) É o processo no qual o piruvato produzido pela glicólise é completamente direcionado para o ciclo de Krebs.
- (E) É o processo no qual a glicose é quebrada em piruvato por meio da glicólise, uma via metabólica que ocorre na presença de oxigênio.

66

A prevalência de bócio no Brasil, historicamente ligada à deficiência de iodo e caracterizada pela hiperplasia da glândula tireoide, tem diminuído devido à iodação do sal.

A deficiência grave de iodo pode levar a distúrbios mais severos, como o cretinismo endêmico.

Considerando as manifestações e o diagnóstico dos distúrbios por deficiência de iodo, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os neonatos e crianças saudáveis possuem altos níveis de TSH, hormônio crucial para o desenvolvimento cerebral.
- (B) O cretinismo neurológico típico manifesta-se principalmente por sinais clássicos de hipotireoidismo, com retardo mental leve.
- (C) O cretinismo hipotireoideo caracteriza-se por sinais clássicos do hipotireoidismo, associados a graus leves de retardo mental.
- (D) O diagnóstico de distúrbios por deficiência de iodo é realizado exclusivamente por meio da dosagem de iodo urinário.
- (E) O hipotireoidismo decorrente da deficiência de iodo é caracterizado por níveis elevados de T3 e T4, e baixos níveis de tireotrofina (TSH).

67

A deficiência crônica de vitamina A ainda é um dos mais resistentes problemas nutricionais nos países em desenvolvimento, a despeito da etiologia ser bem conhecida, do tratamento ser disponível e, em grande parte das situações, de existirem fontes alimentares, disponíveis e acessíveis.

Assinale a opção que apresenta os sintomas desenvolvidos pela hipovitaminose A.

- (A) Xerose e hipertensão.
- (B) Desidrose e xerostomia.
- (C) Cegueira noturna e xeroftalmia.
- (D) Cicatrizes na córnea e taquicardia.
- (E) Diminuição da imunidade e ceratocone.

68

A principal fonte de energia utilizada pelo corpo humano deriva da quebra de carboidratos em moléculas menores, como a glicose, que posteriormente são utilizadas para a produção de Adenosina Trifosfato (ATP). Esse processo é essencial para a manutenção das funções celulares.

Durante o exercício físico, além da glicose obtida pela alimentação, o organismo ativa vias metabólicas específicas para suprir rapidamente as demandas energéticas dos músculos esqueléticos.

Nesse processo ocorre

- (A) a conversão do lactato em glicogênio muscular, por meio da gliconeogênese intramuscular.
- (B) a ativação do glicogênio sintase muscular, promovendo o armazenamento de glicogênio durante a atividade física.
- (C) a síntese hepática de corpos cetônicos a partir de aminoácidos, como fonte primária de energia muscular.
- (D) a liberação de glicose livre pela musculatura esquelética na corrente sanguínea, para captação preferencial pelo fígado.
- (E) a glicogenólise muscular, estimulada por fosforilase e regulada por mecanismos hormonais e alostéricos, libera glicose-6-fosfato para a glicólise local.

69

A oxidação de ácidos graxos ocorre em múltiplas regiões da célula dentro do corpo humano. Nas mitocôndrias, ocorre a beta-oxidação, que é uma fonte significativa de energia metabólica durante períodos de jejum e estados de alta demanda energética, como exercícios.

Essas condições metabólicas induzem à(ao)

- (A) liberação de gastrina, aumentando a motilidade intestinal e a produção de ácido clorídrico.
- (B) liberação de insulina, estimulando a glicogênese por meio da ativação do glicogênio sintase.
- (C) fermentação láctica, onde o ácido láctico é convertido a piruvato e a duas moléculas de ATP.
- (D) aumento da produção de GLP1 (peptídeo semelhante ao glucagon), para reduzir o apetite e aumentar a sensação de saciedade.
- (E) liberação de ácidos graxos do tecido adiposo devido à secreção de mediadores circulantes, como epinefrina e glucagon, que aumentam a taxa de lipólise.

70

A deficiência de micronutrientes é uma complicação frequente após a cirurgia bariátrica, sobretudo em procedimentos com desvio do duodeno e jejuno proximal, regiões responsáveis pela absorção de zinco.

Sobre os sintomas que se manifestam em decorrência da deficiência de zinco, assinale a afirmativa correta.

- (A) O aumento da atividade da colagenase e a degradação da matriz óssea.
- (B) A fadiga constante, a queda de cabelo, as alterações de humor e a dermatite.
- (C) Os níveis de ferritina elevados, associados à atividade inflamatória crônica.
- (D) A perda de massa muscular devido à diminuição dos níveis de esteroides endógenos.
- (E) A diminuição da secreção de glucagon e o aumento da ação do hormônio de crescimento.

71

O *whey protein*, proteína de alto valor biológico extraída do soro do leite, é amplamente reconhecido por sua composição rica em aminoácidos essenciais e sua rápida absorção. Essa característica o torna um suplemento valioso não apenas a atletas em busca de hipertrofia e recuperação muscular, mas também para populações específicas no combate à sarcopenia e na manutenção da saúde geral.

Considerando a complexidade de suas aplicações e os mecanismos fisiológicos envolvidos, sobre o *whey protein* como suplemento, assinale a afirmativa correta.

- (A) É primariamente indicado para indivíduos com deficiência de vitaminas e minerais.
- (B) Contribui para a hipertrofia muscular e a recuperação, especialmente pela ação da leucina.
- (C) Atua principalmente na redução da fadiga muscular pós-treino, sem impacto direto na ativação de vias anabólicas.
- (D) Pode causar sobrecarga renal em indivíduos saudáveis, mesmo quando consumido dentro das doses recomendadas.
- (E) É um substituto completo para refeições, eliminando a necessidade de uma dieta balanceada para o ganho de massa muscular.

72

O Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) é um transtorno alimentar caracterizado pelo consumo repetido de quantidades excepcionalmente grandes de alimentos (comer compulsivamente), acompanhado de um sentimento de perda de controle durante o episódio.

Considerando o diagnóstico clínico e o manejo terapêutico do TCAP é correto afirmar que

- (A) TCAP só pode ser diagnosticado em indivíduos com IMC acima de 30Kg/m², e o manejo terapêutico pode ser feito com bupropiona.
- (B) TCAP é mais comumente diagnosticado em indivíduos magros, com menor massa muscular, e o manejo terapêutico pode ser feito com antipsicóticos como a pimozida.
- (C) TCAP pode ser diagnosticado em pessoas com alterações de percepção a realidade, e o manejo terapêutico e feito com psicoterapia e uso de naltrexona.
- (D) TCAP pode ser diagnosticado em homens sedentários e o manejo terapêutico pode ser feito com canabidiol.
- (E) TCAP pode ser diagnosticado clinicamente observando a perda de controle alimentar, e o manejo terapêutico inclui terapia cognitivo-comportamental, associado a inibidores seletivos de recaptção de serotonina e medicamentos estimulantes.

73

Os transtornos alimentares são caracterizados por perturbações significativas na alimentação ou no comportamento alimentar, que persistem por um período e causam prejuízos substanciais à saúde física, ao desempenho funcional e às interações sociais do indivíduo. Diferentes transtornos apresentam particularidades em sua manifestação e diagnóstico.

Considerando as nuances dos transtornos alimentares, assinale a afirmativa correta.

- (A) A anorexia nervosa é caracterizada por uma preocupação excessiva com o peso e por flutuações significativas no peso corporal, que geralmente se mantém dentro da faixa de normalidade.
- (B) A bulimia nervosa se distingue da anorexia nervosa pelo fato de o peso corporal dos indivíduos tender a variar em torno do normal, apesar dos episódios de compulsão e comportamentos compensatórios.
- (C) O transtorno alimentar restritivo evitativo, por ser comum na infância, não exige intervenção clínica em crianças maiores de 2 anos pois se resolve espontaneamente.
- (D) A alotriofagia é diagnosticada exclusivamente pela observação direta da ingestão de substâncias não nutritivas, sem a necessidade de investigação de sintomas gastrointestinais.
- (E) A regurgitação do alimento, no transtorno de ruminação, é sempre acompanhada de perda de peso e deficiências nutricionais graves, independentemente da quantidade ingerida.

74

Em pacientes com câncer avançado em cuidados paliativos, a manutenção do estado nutricional é crucial, pois déficits podem comprometer o desempenho físico, a qualidade de vida, a tolerância a tratamentos paliativos e a sobrevida. Mesmo em fases avançadas, em que a caquexia refratária se instala, a intervenção nutricional visa otimizar a ingestão oral e minimizar o desconforto. Nesse contexto, sobre as estratégias de cuidado nutricional para esses pacientes, assinale a afirmativa correta.

- (A) Recomendar grandes volumes de alimentos em poucas refeições, para maximizar a ingestão calórica diária.
- (B) Incluir a restrição calórica para evitar a progressão da caquexia, uma vez que o metabolismo tumoral se beneficia do excesso de nutrientes.
- (C) Prestar aconselhamento dietético e focar em alimentos e suplementos nutricionais orais para otimizar a ingestão energética e proteica.
- (D) Implementar a rotina de nutrição parenteral total para todos os pacientes com ingestão oral reduzida, garantindo a entrega de nutrientes essenciais.
- (E) Manter o foco exclusivo na suplementação de micronutrientes, pois a perda de peso nesses pacientes é predominantemente decorrente de deficiências vitamínicas e minerais.

75

A Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada no Brasil em 1994, representou um avanço na humanização e desospitalização do Sistema Único de Saúde (SUS), valorizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças fora do ambiente hospitalar. Nesse contexto, o nutricionista desempenha um papel fundamental na equipe multiprofissional.

Sobre as atribuições do nutricionista na ESF, assinale a afirmativa correta.

- (A) Atende apenas aos casos de desnutrição grave, encaminhando os demais pacientes para clínicas especializadas.
- (B) Elabora planos alimentares padronizados para toda a comunidade, sem considerar individualidades e preferências.
- (C) Prioriza o tratamento curativo de doenças relacionadas à alimentação, em detrimento das ações de promoção e prevenção.
- (D) Realiza palestras exclusivas e oficinas educativas, sem envolvimento em consultas individuais ou monitoramento de indicadores nutricionais.
- (E) Difunde hábitos alimentares saudáveis, atua na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e fortalece a segurança nutricional individual e familiar.

76

T.M., 34 anos, gestante 12 semanas., tem diagnóstico de hipotireoidismo desde os 10 anos de idade, controlado e em acompanhamento pelo endocrinologista.

Em visita ao nutricionista, como parte de um planejamento alimentar adequado ao seu quadro clínico, foi prevista a indicação de

- (A) alimentos ricos em glicosinolatos, como brócolis e couve-flor crus.
- (B) adoçantes à base de sucralose, para controlar o ganho de peso.
- (C) alimentos ricos em cálcio, pois aumentam a absorção de levotiroxina.
- (D) alimentos ricos em selênio, importantes na conversão de T4 (tiroxina) em T3 (triiodotironina).
- (E) uma dieta rica em soja, pois favorece a absorção de iodo, elemento essencial para a produção de hormônios tireoidianos.

77

A desnutrição infantil, um estado patológico multifatorial causado pela deficiência de nutrientes essenciais, representa um desafio significativo de Saúde Pública no Brasil. Suas raízes estão frequentemente ligadas à pobreza e, quando ocorre na primeira infância, associa-se à maior mortalidade, à recorrência de doenças infecciosas e aos prejuízos no desenvolvimento psicomotor, com consequências que se estendem até a vida adulta.

Sobre as estratégias de Saúde Pública no enfrentamento desse problema complexo, assinale a afirmativa correta.

- (A) A minimização da importância das doenças infecciosas na etiologia da desnutrição, considerando-as como eventos isolados que não influenciam significativamente o estado nutricional a longo prazo.
- (B) O acompanhamento do estado nutricional de crianças menores de cinco anos, com foco especial nas famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, utilizando o SISVAN como ferramenta essencial.
- (C) A adoção do índice peso-para-idade (P/I) como o único indicador antropométrico para o diagnóstico e monitoramento da desnutrição em todas as faixas etárias pediátricas, dada sua simplicidade e universalidade.
- (D) A implementação de ações intersetoriais restritas à distribuição de alimentos e suplementos, desconsiderando a necessidade de educação alimentar e nutricional e o fortalecimento da segurança alimentar em nível comunitário.
- (E) A priorização da suplementação de micronutrientes como ferro e vitamina A em detrimento da promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, por ser uma medida de impacto imediato na redução da mortalidade infantil.

78

A vitamina D, reconhecida por seu papel fundamental no metabolismo do cálcio e dos ossos, tem sido crescentemente associada a diversas doenças crônicas, como as cardiovasculares e o câncer. Sua deficiência, que apresenta alta prevalência, pode levar a condições como raquitismo em crianças e osteomalácia em adultos, além de estar implicada em distúrbios musculoesqueléticos e na adesão a terapias específicas.

Nesse contexto, sobre a vitamina D e suas implicações clínicas, assinale a afirmativa correta.

- (A) A deficiência de vitamina D está exclusivamente ligada a doenças ósseas, sem relação com condições cardiovasculares ou inflamatórias.
- (B) O uso crônico de corticosteroides favorece a absorção de cálcio e a mineralização óssea, reduzindo o risco de osteoporose.
- (C) Os distúrbios do metabolismo ósseo induzidos por medicamentos antiepiléticos são geralmente acompanhados por aumento nos níveis de 25(OH)D e hipocalcemia.
- (D) A monitorização dos níveis de 25(OH)D e a suplementação de vitamina D são recomendadas em pacientes em uso prolongado de prednisona, para mitigar o risco de distúrbios do metabolismo ósseo.
- (E) A hipovitaminose D é uma condição de baixa prevalência em adultos com doenças cardiovasculares, não justificando rastreamento rotineiro.

79

No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi instituído para apoiar os serviços de saúde na adoção de práticas mais seguras, incentivando a participação ativa de pacientes e familiares no cuidado.

Fundamentado em princípios e diretrizes que visam aprimorar a segurança na assistência à saúde, o PNSP preconiza, entre outras ações,

- (A) a restrição da notificação de incidentes a eventos adversos graves, a fim de evitar sobrecarga dos sistemas de registro.
- (B) a promoção de uma cultura de segurança que se limita à equipe médica, sem envolver outros profissionais de saúde.
- (C) a exclusão da participação de pacientes e familiares no processo de segurança, por serem considerados leigos e poderem gerar informações imprecisas.
- (D) o foco exclusivo na capacitação de novos profissionais de saúde, desconsiderando a necessidade de atualização contínua dos profissionais já atuantes.
- (E) a integração dos processos de segurança do paciente com os processos organizacionais dos serviços de saúde, bem como o incentivo à notificação e à análise de incidentes.

80

A Política Nacional de Humanização (PNH), ou HumanizaSUS, é uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca aprimorar a qualidade da atenção à saúde.

Pautada em princípios como a inseparabilidade entre atenção e gestão, a transversalidade e a autonomia dos sujeitos, a PNH é uma postura ética que visa fortalecer a relação profissional-paciente e garantir a dignidade de todos os envolvidos.

Nesse contexto, assinale a opção que indica um dos principais objetivos da humanização na saúde.

- (A) Restringir a participação do paciente nas decisões sobre seu tratamento, a fim de otimizar a eficiência dos processos clínicos.
- (B) Limitar a atuação da política aos níveis de atenção hospitalar de alta complexidade, onde a necessidade de humanização é mais evidente.
- (C) Focar exclusivamente na melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde, desconsiderando o impacto direto na experiência do paciente.
- (D) Emponderar o paciente, tornando-o corresponsável pelo seu processo de cuidado, o que contribui para sua adesão ao tratamento e a melhores resultados.
- (E) Priorizar a aplicação de técnicas e procedimentos padronizados, minimizando a necessidade de ouvir as preocupações individuais do paciente.

81

Em sua consulta mensal, M.L., mulher de 35 anos, queixou-se de fadiga, palidez e dificuldade de concentração. Seu nutricionista pediu então um exame de sangue e, após avaliação, a paciente foi diagnosticada com anemia megaloblástica por carência de vitamina B12. Foi prescrita a reposição oral diária com metocobalamina.

Após o acompanhamento semestral da reposição, os níveis séricos de vitamina B12 não aumentaram, sugerindo que a paciente tem anemia perniciosa.

Sobre o caso apresentado, assinale a opção que indica, corretamente, o que a equipe de nutrição clínica decidiu administrar.

- (A) Cianocobalamina por via intravenosa.
- (B) Cianocobalamina por via intramuscular.
- (C) Doses maiores de metocobalamina, por via oral.
- (D) Além da dose oral de metocobalamina, deve-se adicionar doses orais de fator intrínseco.
- (E) Além da dose oral de metocobalamina, deve-se adicionar doses subcutâneas de fator intrínseco.

82

J. P., 45 dias, foi à emergência hospitalar com sangramento nas fezes. Na conversa dos pais com a pediatra, eles relataram que o bebê sente muita cólica, coco líquido e que apresentava um pouco de muco há uns 5 dias.

Na avaliação clínica de J.P. não foi encontrada nenhuma fissura na região anal e no corpo; especialmente no rosto, foram identificadas urticárias e dermatite atópica. A pediatra então sugeriu que a mãe fizesse uma dieta restrita de leite de vaca e que retornasse em 20 dias para reavaliação clínica. Após esse período, o diagnóstico foi confirmado e foi recomendado aos pais que procurassem um(a) nutricionista.

Sabendo que J.P. possui um diagnóstico de alergia à proteína do leite de vaca, assinale a opção que apresenta a justificativa correta para o procedimento adotado.

- (A) A amamentação deve ser suspensa e deve-se iniciar a introdução alimentar de J.P.
- (B) A única alternativa é suspender a amamentação e buscar uma fórmula sem a proteína de leite de vaca para J.P.
- (C) Por estar em fase de amamentação exclusiva, o(a) nutricionista só pode interferir na alimentação da família quando J.P. completar 6 meses.
- (D) Deve-se manter a dieta restritiva da mãe a leite, além de ajustá-la com alimentos fontes alternativas para cálcio, ferro, vitamina D e ferro, pelo menos até os 6 meses de J.P.
- (E) A mãe deve apenas manter a dieta restritiva de leite e, quando J.P. fizer 6 meses, deve-se testar o nível dessa alergia com reintrodução gradual de alimentos contendo derivados de leite de vaca na dieta da mãe.

83

A varfarina é um anticoagulante oral amplamente utilizado na prevenção e tratamento de pacientes com trombose venosa profunda e embolia pulmonar.

Esse fármaco atua impedindo a ativação de alguns fatores de coagulação e, conseqüentemente, impedindo a formação de trombo.

Considerando esse contexto, assinale a opção que indica os alimentos que o paciente, usando varfarina, **deve evitar**.

- (A) Peixe, mamão, tomate e pera.
- (B) Sal, laranja, carne vermelha e manteiga.
- (C) Manteiga, maçã, arroz e carne de frango.
- (D) Couve, abacate, óleo de soja e fígado bovino.
- (E) Banana, couve-flor, tomate e carne de porco.

84

R.C., 65 anos, do sexo masculino, deu entrada em emergência devido a uma queda. Na emergência, a equipe observou tremores recorrentes do paciente ao iniciar o movimento e, dessa forma, encaminhou-o a seu clínico geral, Dr. Ricardo.

Após uma primeira consulta e uma série de exames, R.C. foi diagnosticado com Parkinson, e Dr. Ricardo recomendou o uso de levodopa junto à carbidopa. Em seguida, R.C. foi avaliado por uma equipe multiprofissional, incluindo um(a) nutricionista.

Sobre o uso da medicação e a dieta, assinale a opção que apresenta, corretamente, as considerações do(a) nutricionista.

- (A) Fazer uso da medicação sempre junto às refeições para melhorar a absorção.
- (B) Fazer uso da medicação logo após as refeições, uma vez que a presença de alimentos melhora a ação da levodopa.
- (C) Fazer uso junto as refeições com alimentos ricos em vitamina C para solubilizar melhor o fármaco e melhorar a sua absorção.
- (D) Evitar o uso de suco de toranja ao fazer uso dessa medicação, uma vez que esse alimento possui componentes inibidores da enzima CYP3A4, aumentando o tempo de meia-vida da levodopa.
- (E) Fazer uso pelo menos 1 hora antes ou 2 horas após as refeições e diminuir o consumo de carne branca e vermelha, porque as proteínas competem com a levodopa na absorção intestinal, diminuindo sua biodisponibilidade sistêmica.

85

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, mais de 13 milhões de pessoas vivem com Diabetes *Mellitus* tipo 2 no Brasil, e um dos principais desafios no manejo da doença é a resistência à insulina.

Entre os tratamentos para controlar a glicemia nesses pacientes, destaca-se a dapaglifozina, a glicazida e a insulina regular, mas cada um desses medicamentos pode apresentar diferentes efeitos adversos.

Considerando os tratamentos citados, assinale a opção que indica, corretamente, os efeitos adversos mais comuns.

- (A) Náusea, que ocorre com o uso da insulina regular, devido ao aumento dos níveis de glicose e à sobrecarga do pâncreas.
- (B) Aumento de peso, uma consequência do uso de dapaglifozina, devido à retenção de líquidos e ao aumento da ingestão alimentar.
- (C) Hiperglicemia, um efeito observado principalmente com o uso de dapaglifozina, devido ao seu efeito estimulante na produção de glicose pelo fígado.
- (D) Infecções sistêmicas, como infecções respiratórias, frequentemente associadas ao uso de glicazida, devido à diminuição da resposta imunológica.
- (E) Hipoglicemia, um efeito adverso comum, especialmente com o uso de glicazida e insulina regular, que podem reduzir excessivamente os níveis de glicose no sangue.

86

L.M., 55 anos, sexo masculino, sofreu um infarto agudo do miocárdio. Após sua estabilização e alguns exames, foi submetido a uma cirurgia para a colocação de um *stent* farmacológico com rapamicina, além de iniciar o uso de ácido acetilsalicílico (100 mg/dia).

Após a intervenção, foi recomendado que L.M. procurasse um(a) nutricionista para ajustes na sua dieta, visando otimizar sua recuperação. Dentre as recomendações feitas pelo nutricionista, foi sugerida a suplementação com ômega-3, especialmente com os ácidos graxos eicosapentaenoico (EPA) e docosahexaenoico (DHA).

Assinale a opção que indica os efeitos benéficos do ômega-3 na saúde cardiovascular.

- (A) Diminui a formação de tromboxano, o que diminui a formação de placas de ateroma e de coágulos.
- (B) Reduz a formação de placas arterioscleróticas, pois diminui o número de plaquetas ativadas e a formação de trombos.
- (C) Reduz o índice de triglicerídeos e de HDL, e, com isso, diminui o processo inflamatório associado ao infarto do miocárdio.
- (D) Reduz o índice de triglicerídeos e de VLDL, reduzindo assim a pressão arterial do paciente, uma vez que aumenta a diurese.
- (E) Aumenta o nível de HDL e reduz os níveis de LDL, sem alterar os níveis de triglicerídeos e, com isso, diminuindo o índice de colesterol.

87

K.G., 30 anos, com 16 semanas de gravidez, em consulta com a obstetra, reclamou que, no último mês, tem se sentindo muito enjoada, com episódios de vômito quase que diários, coceira intensa nas palmas das mãos e plantas dos pés, episódios de diarreia com fezes claras e dor abdominal no lado superior direito. A médica pediu exame de sangue de bilirrubina total e direta, enzimas hepáticas e níveis séricos de colesterol e triglicerídeos, além de ultrassonografia abdominal.

No retorno à obstetra, K.G. foi diagnosticada com colestase intra-hepática da gravidez. A obstetra então recomendou suplementação de vitamina A, D, E e K, ácido ursodesoxicólico e hidroxizina. Além disso, recomendou que buscasse um(a) nutricionista para ajuste da dieta.

Sobre o caso narrado, assinale a opção que indica, a orientação correta dada pelo(a) nutricionista.

- (A) Evitar frituras, ultraprocessados e fibras, devido à baixa produção de sais biliares.
- (B) Suspender a suplementação das vitaminas recomendadas pela médica e substituir pelo aumento do consumo de couve, abacate e brócolis.
- (C) Priorizar azeite de oliva nas preparações, pois seus triglicerídeos seriam absorvidos sem necessidade de bile, e reduzir o consumo de fibras para não agravar as náuseas.
- (D) Suspender a suplementação das vitaminas, pois, como a grávida está com baixa produção de sais biliares, a suplementação com vitaminas lipofílicas pode piorar o quadro de esteatorreia.
- (E) Usar óleo de coco na preparação dos alimentos, pois os triglicerídeos desse óleo são absorvidos independentemente da emulsificação pela bile, e aumentar o consumo de fibras para melhorar o trânsito intestinal.

88

H.F., 28 anos, sem histórico pessoal ou familiar de diabetes, realizou o teste oral de tolerância à glicose com 75 g na 25ª semana de gestação e apresentou valores de glicemia de jejum 100 mg/dL (referência ≤ 92 mg/dL), de 1h de 181 mg/dL (referência ≤ 180 mg/dL) e de 2h de 155 mg/dL (referência ≤ 153 mg/dL).

O obstetra então convocou uma equipe multidisciplinar para definir como proceder com H.F.

Considerando as possibilidades de manejo nutricional e comportamental para diabetes gestacional, assinale a opção que indica a estratégia mais adequada para o caso apresentado.

- (A) Iniciar, imediatamente, o tratamento com insulina regular pela manhã, uma vez que a glicemia em jejum está elevada.
- (B) Restringir o consumo de açúcar e ultraprocessados, como pães e bolos brancos, refrigerante e doce, além de evitar exercícios físicos aeróbicos.
- (C) Aumentar a frequência de refeições para 6 momentos, com o intuito de evitar jejum superior a 8h e refazer o monitoramento glicêmico após 1 semana.
- (D) Iniciar rotina de exercícios para melhorar a sensibilidade à insulina, controle glicêmico e redução de picos pós-prandiais, mantendo a dieta rica em frutas como banana.
- (E) Fracionar o consumo de carboidratos conforme o automonitoramento glicêmico, priorizando cereais integrais, leguminosas e tubérculos com casca pelas fibras.

89

Os fármacos incretinomiméticos constituem uma classe terapêutica com múltiplas vantagens no tratamento de pacientes com Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2), pois auxiliam na regulação da glicemia.

Assinale a opção que indica, corretamente, como eles atuam.

- (A) Como agonistas dos receptores de peptídeo semelhante ao glucagon-1, aumentando a secreção de insulina dependente de glicose e suprimindo a liberação de glucagon.
- (B) Como antagonistas dos receptores de peptídeo semelhante ao glucagon-1, e bloqueiam a ação desse hormônio no hipotálamo, promovendo saciedade e perda de peso.
- (C) Como agonistas do peptídeo semelhante ao glucagon-1, e, com isso, existem apenas formulações subcutâneas, uma vez que, ao serem administrados por via oral, seriam degradados.
- (D) Como agonistas dos receptores de peptídeo semelhante ao glucagon-1, retardando o esvaziamento gástrico e prejudicando a digestão proteica, o que poderia resultar em deficiência desse nutriente.
- (E) Favorecendo a secreção de insulina em resposta à glicose, que bloqueia a ação do peptídeo semelhante ao glucagon-1 no coração e, com isso, aumenta a viabilidade de cardiomiócito e aumentando a captação de glicose por essas células.

90

L.M., 35 anos, mulher, com índice de massa corporal (IMC) de 33 kg/m² foi diagnosticada com obesidade grau I. Apesar de apresentar o colesterol sistêmico em níveis limítrofes, seu endocrinologista prescreveu sibutramina, um fármaco de ação central que inibe a recaptção de serotonina, noradrenalina e dopamina, além de recomendar acompanhamento nutricional.

Na consulta com a nutricionista, L.M. foi orientada sobre a necessidade de mudança de estilo de vida, sendo informado que o medicamento serviria apenas como coadjuvante no processo de emagrecimento.

Considerando os potenciais efeitos **adversos** da sibutramina, a nutricionista, durante o acompanhamento, deve monitorar

- (A) a frequência cardíaca de L.M., pois, devido ao aumento de noradrenalina nas fendas sinápticas, há maior risco de taquicardia.
- (B) a pressão arterial do paciente, pois, devido à baixa de adrenalina sistêmica, há o risco de vasodilatação e episódios de hipotensão.
- (C) os índices glicêmicos da paciente, pois o uso da sibutramina, ao reduzir a sensibilidade periférica ao hormônio, pode causar resistência à insulina.
- (D) os níveis de triglicerídeos da paciente, pois o aumento de serotonina na fenda sináptica aumenta a atividade das lipases intracelulares de adipócitos.
- (E) o quadro de irritabilidade do paciente, pois a diminuição dos níveis centrais de serotonina e dopamina, devido ao uso da sibutramina, pode favorecer sintomas depressivos.

91

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição crônica silenciosa que acomete mais de 40 milhões de brasileiros e constitui importante fator de risco cardiovascular.

Entre os medicamentos amplamente utilizados no tratamento está o **captopril**, um inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA), cuja ação reduz a formação de angiotensina II, promovendo a vasodilatação e diminuindo a pressão arterial.

Considerando as possíveis interações entre esse fármaco e a alimentação, pacientes em uso de captopril devem ser orientados a

- (A) evitar alimentos como sardinha, chia e linhaça, pois são ricos em ácidos graxos ômega-3 que elevam a pressão arterial.
- (B) manter o uso habitual de sal de cozinha, já que a ação vasodilatadora do fármaco independe da ingestão de sódio.
- (C) evitar alimentos ricos em cálcio, como carne vermelha e leite, pois esses alimentos impactam na biodisponibilidade do alimento.
- (D) não ingerir alimentos como abacate, banana e espinafre, devido ao risco de hipercalemia decorrente da redução da excreção de potássio.
- (E) manter o consumo habitual de produtos lácteos, uma vez que o cálcio presente nesses alimentos não altera a biodisponibilidade do captopril.

92

Os Inibidores de Monoamina Oxidase (IMAOs) não seletivos atuam bloqueando as Enzimas Monoaminoxidase (MAO), responsáveis por degradar os neurotransmissores serotonina, noradrenalina e dopamina, aumentando os níveis sinápticos desses neurotransmissores.

Atualmente, eles **não** são a primeira linha no tratamento de depressão maior, porque

- (A) atuam na degradação da serotonina, levando a uma sensação de saciedade e perda de peso.
- (B) reduzem a depuração hepática de álcool, intensificando seu efeito depressor sobre o sistema nervoso central.
- (C) interagem com os alimentos ricos em tiramina, como embutidos e queijo maturado, ocasionando crises hipertensivas.
- (D) apresentam riscos de efeitos extrapiramidais, como tremor de intenção e rigidez muscular semelhantes aos observados na doença de Parkinson.
- (E) antagonizam a absorção de cálcio em laticínios, diminuindo a biodisponibilidade nutricional e podendo ocasionar osteopenia nos pacientes.

93

C.F., 25 anos, mulher, estava insatisfeita com seu peso e se automedicou com uma formulação comercializada em uma farmácia de manipulação próxima à sua casa.

Após alguns meses de uso, C.F. apresentou quadros de fraqueza, fadiga e síncope. Sua amiga P.C. desconfiou da solução milagrosa de perda de peso, e, ao investigar a composição da formulação, foi informada que ela contém altas doses de furosemida e hidroclorotiazida. P.C. sugeriu que a amiga interrompesse imediatamente a medicação.

Sobre o caso, assinale a opção que justifica, corretamente, a interrupção da medicação.

- (A) Ela leva a uma perda excessiva de ferro, o que acarreta quadros de anemia ferropriva.
- (B) Ela pode precipitar distúrbios hidroeletrólíticos graves, com perda excessiva de sódio e potássio.
- (C) Ela promove perda excessiva de cálcio e elevação sérica de magnésio, explicando a fraqueza muscular.
- (D) Ela, frequentemente, causa retenção de sódio e cálcio, elevando o volume circulante e agravando o edema.
- (E) Ela altera a expressão de transportadores iônicos no intestino, comprometendo a absorção de potássio, sódio e cloro.

94

Os pacientes diagnosticados com Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) não produzem insulina de forma endógena, e dependem de esquemas de reposição desse hormônio que mimetizam sua secreção fisiológica.

Dessa forma, existem diversas formulações de insulina comerciais que

- (A) são exclusivamente produzidas a partir da insulina humana, não havendo diferença no seu perfil de liberação.
- (B) têm seu cálculo de dose baseado unicamente na ingestão calórica diária do paciente, dispensando ajustes conforme atividade física.
- (C) possuem doses pré-definidas fixas, sendo necessários os ajustes da alimentação e gasto energético do paciente para manter o controle glicêmico.
- (D) podem ter uma farmacocinética ultralenta, como a Detemir, apresentando picos pronunciados de concentração sistêmica que aumentam o risco de hipoglicemia noturna.
- (E) podem ter uma farmacocinética ultrarrápida, como a lispro, e devem ser administradas imediatamente antes da refeição para sincronizar o pico de concentração de insulina com o pico de glicose pós-prandial.

95

As lipoproteínas são partículas plasmáticas responsáveis pelo transporte de lipídios exógenos e endógenos, apresentando diferenças na composição de triglicerídeos, ésteres de colesterol, fosfolípidios e apoproteínas que determinam origem, destino e papel na aterogênese.

Dessa forma, considera-se que

- (A) o excesso de VLDL circulante está associado ao aumento de HDL, o que reduz o risco de formação de placas ateroscleróticas.
- (B) a lipoproteína VLDL secretada pelo intestino, é constituída majoritariamente de fosfolípidios e éster de colesterol de produção hepática.
- (C) a lipoproteína LDL é responsável por carrear o colesterol até as células, por meio do reconhecimento da apolipoproteína B100E pelos receptores de LDL, promovendo sua internalização por endocitose.
- (D) os quilomícrons são produzidos pelas células intestinais a partir da absorção de lipídios da dieta, sendo compostos majoritariamente por triglicerídeos e apolipoproteína B-100, o que os torna altamente aterogênicos.
- (E) a lipoproteína HDL, também conhecida como colesterol bom, recebe esse título por retirar o excesso de colesterol e ácido graxo das células e promove seu transporte de volta ao fígado, sendo uma estrutura remanescente do metabolismo da VLDL.

96

L.M., 18 anos, sexo feminino, com índice de massa corporal (IMC) de 18 kg/m² e peso de 40 kg., foi admitida no setor de emergência após apresentar quadro de bradicardia e hipotensão.

Após a estabilização clínica, os exames revelaram esofagite, desnutrição e desidratação. A avaliação psiquiátrica confirmou o diagnóstico de anorexia nervosa, sendo prescrito olanzapina 2,5 mg/dia e pantoprazol, além de acompanhamento multiprofissional.

A respeito do plano de manejo nutricional para o caso, assinale a opção que indica, corretamente, a conduta a ser seguida.

- (A) Iniciar a realimentação com uma dieta hipercalórica agressiva, ofertando mais de 70 kcal/kg/dia, desde o primeiro dia, para acelerar a recuperação do peso.
- (B) Priorizar exclusivamente a oferta de suplementos líquidos hipercalóricos em todas as refeições, evitando alimentos sólidos para não gerar ansiedade na paciente.
- (C) Elaborar o plano alimentar com oferta energética inicial de 30 a 40 kcal/kg/dia, respeitando o risco de síndrome de realimentação, para promover um ganho de peso gradual e seguro.
- (D) Usar a nutrição enteral por sonda nasogástrica como primeira linha de tratamento para todos os pacientes com IMC abaixo de 18,5 kg/m², a fim de garantir a adesão e acelerar a recuperação nutricional.
- (E) Iniciar a suplementação profilática de tiamina (vitamina B1) apenas se o paciente apresentar sintomas neurológicos, para evitar toxicidade, enquanto a suplementação de zinco é priorizada para estimular o apetite.

97

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde recomendam o aleitamento materno exclusivo por seis meses e, de forma complementar, até os dois anos ou mais. Considerando as diretrizes atuais sobre o manejo clínico da lactação, assinale a opção que apresenta a orientação correta a ser dada à lactante.

- (A) A ingestão hídrica da mãe deve ser rigorosamente controlada e aumentada para pelo menos 5 litros de água por dia, pois esse é o fator determinante para o volume de produção de leite.
- (B) A ocorrência de mastite (inflamação da mama) contraindica absolutamente a amamentação na mama afetada, sendo necessário o uso de fórmula infantil até a resolução completa do quadro.
- (C) O uso de qualquer medicamento pela mãe, mesmo os de uso comum como analgésicos, exige a interrupção imediata e definitiva da amamentação devido ao alto risco de toxicidade para o bebê.
- (D) A suplementação de vitamina D para o lactente em aleitamento materno exclusivo é desnecessária, pois o leite materno já fornece quantidades suficientes desse nutriente para garantir a saúde óssea.
- (E) O leite materno contém fatores bioativos essenciais, como a imunoglobulina A secretora (IgA), que conferem proteção imunológica passiva ao lactente, protegendo-o contra infecções comuns na infância.

98

L. J., 35 anos, do sexo feminino, busca emagrecer de forma rápida. Assim, ela começou a se automedicar com *arcabose*, diariamente. Após um mês fazendo uso dessa medicação de forma não recomendada, ela buscou ajuda médica quando observou sangue nas fezes.

A respeito desse caso, assinale a opção que indica, corretamente, por que isso pode ter ocorrido.

- (A) A acarbose é um antagonista da enzima alfa-glicosidade, impedindo a digestão de carboidrato, favorecendo a proliferação bacteriana que, por si só, causa hemorragia visível nas fezes.
- (B) A acarbose é um antagonista da enzima alfa-glicosidade e, com isso, bloqueia a absorção de carboidratos pela acarbose, altera hormônios digestivos, desacelera o trânsito intestinal e provoca sangramento oculto nas fezes.
- (C) A acarbose inibe a enzima alfa-glicosidase, impedindo a digestão de carboidrato, o que leva a quadros de diarreia recorrente, o que pode ter ocasionado uma irritação na mucosa intestinal com possível sangramento.
- (D) O uso prolongado de acarbose, um agonista dos transportadores de glicose, pode causar elevação das enzimas hepáticas, o que pode levar a sangramento hepático com excreção de sangue pela bile e, conseqüentemente, aparecimento nas fezes.
- (E) A acarbose inibe a absorção de glicose por ser um antagonista do transportador de glicose no intestino, o que acarreta quadros de diarreia em pacientes sem restrição alimentar, podendo ocasionar uma irritação intestinal e, conseqüentemente, o sangue nas fezes.

99

S. M., 43 anos, sexo masculino, obeso, apresentou queimação retroesternal com regurgitação ácida e diagnóstico endoscópico de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).

Foi prescrito um inibidor da bomba de prótons (IBP) por oito semanas e o paciente foi encaminhado para acompanhamento nutricional.

Quanto ao manejo da DRGE, assinale a opção que indica a orientação baseada nas evidências mais atuais.

- (A) A eliminação definitiva de todas as fontes de gordura da dieta, uma vez que lipídios, independentemente do tipo, são o principal fator que relaxa o esfíncter esofágico inferior.
- (B) A suplementação rotineira e imediata de vitamina b12 para todos os pacientes que iniciam o uso de IBP, independentemente da duração do tratamento, para prevenir a deficiência.
- (C) A orientação de fracionar a dieta em múltiplas e pequenas refeições ao longo do dia e evitar deitar-se nas 2 a 3 horas seguintes às refeições, visando reduzir a distensão gástrica e o refluxo postural.
- (D) A adoção de uma dieta líquida ou pastosa por tempo indeterminado, pois alimentos sólidos aumentam a pressão intra-abdominal e devem ser evitados para controlar os sintomas de refluxo.
- (E) A recomendação de uma dieta com restrição severa de todos os alimentos ácidos, como frutas cítricas e tomate, pois a acidez intrínseca desses alimentos é a causa principal da lesão na mucosa esofágica.

100

J. M., 20 anos, possui ciclos menstruais longos (aproximadamente de 10 dias) com hipermenorreia. Por conta desse quadro, a paciente apresentou deficiência de ferro em seu último exame de sangue, e iniciou o tratamento com suplemento de sal ferroso e uma alimentação rica em alimentos com ferro-heme (fígado, carne vermelha e ovo) e ferro não-heme (feijão, lentilha, grão-de-bico e cacau em pó).

Após um mês de tratamento, seu nível de ferro sérico teve um ligeiro aumento, de 1g/dL. J. M. seguiu a dieta com todo o cuidado e fez uso do suplemento de ferro, conforme o indicado, três vezes ao dia, um comprimido de 65 mg de ferro elementar. No entanto, a partir do segundo dia de tratamento, ela sentiu desconfortos gastrointestinais, muita ardência e teve uma piora no refluxo, fazendo uso de omeprazol diariamente.

Baseado nessas informações, o(a) nutricionista deve

- (A) manter o procedimento como está, pois só foi um mês de tratamento, e já houve uma melhora no nível de sal ferroso.
- (B) aumentar a dose de sal ferroso, afinal, o limite diário de ferro é de 200 mg/dia e, como o omeprazol é um quelante de íons trivalentes, não permitindo a absorção sistêmica desse íon.
- (C) explicar que a paciente deve trocar a suplementação de ferro para doses de sacarato férrico, uma vez que esses são menos dependentes do pH do estômago para sua absorção, e, se possível, suspender o uso de omeprazol.
- (D) informar que a paciente deve fracionar ainda mais as doses de sulfato ferroso, com doses menores, e distanciar-las da dose de omeprazol, uma vez que o omeprazol é um quelante de íons trivalentes, não permitindo a absorção sistêmica desse íon.
- (E) explicitar que a paciente deve manter o esquema de suplementação de ferro e suspender o uso do omeprazol, uma vez que diminui o pH do estômago e, com isso, aumenta a solubilização do ferro ferroso aumentando assim, a interação com a mucosa intestinal.

Realização

