

TIPO

1

Endere

EXAME NACIONAL DE RESIDÊNCIA

EDIÇÃO 2026/2027

TARDE

MULTIPROFISSIONAL

NUTRIÇÃO

PROVA OBJETIVA – TIPO 1



SUA PROVA

- Além deste caderno de questões contendo **100 (cem)** questões objetivas, você receberá do fiscal de sala uma folha para a marcação das respostas.



TEMPO

- 5 horas** é o período disponível para a realização da prova, **já incluído o tempo para a marcação da folha de respostas.**
- 1 hora** após o início da prova, é possível retirar-se da sala, **sem levar o caderno de questões nem qualquer tipo de anotação de suas respostas.**
- 30 minutos** antes do término do período de 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.
- Usar o sanitário ao término da prova, após deixar a sala.
- Anotar informações relativas às respostas em qualquer outro meio que não seja este caderno de questões.



INFORMAÇÕES GERAIS

- As questões objetivas têm cinco alternativas de resposta (A, B, C, D, E) e somente uma delas está correta.
- Verifique se este caderno de questões está completo e sem falhas de impressão. Caso contrário, **notifique imediatamente o fiscal da sala**, para que sejam tomadas as devidas providências.
- Na folha de respostas, confira seus dados pessoais, especialmente nome, número de inscrição e documento de identidade, e leia atentamente as instruções para preencher a folha de respostas.
- Use somente caneta esferográfica, fabricada em material transparente, com tinta preta ou azul.**
- Assine seu nome apenas no espaço reservado na folha de respostas.
- Confira o programa e o tipo do seu caderno de questões. Caso tenha recebido caderno de questões com programa ou tipo diferente do impresso em sua folha de respostas, o fiscal deve ser **obrigatoriamente** informado para o devido registro na ata da sala.
- O preenchimento das respostas é de sua responsabilidade e não será permitida a substituição da folha de respostas em caso de erro.
- Para fins de avaliação, serão levadas em consideração apenas as marcações realizadas na folha de respostas.
- Os candidatos serão submetidos ao sistema de detecção de metais quando do ingresso e da saída de sanitários durante a realização das provas.

Boa prova!

Conhecimentos Gerais

1

Para assegurar a integralidade dos cuidados, o Sistema Único de Saúde (SUS) organiza os seus serviços em regiões de saúde, articulando o acesso dos usuários entre diferentes municípios.

Sobre o acesso às ações e aos serviços de saúde nesse modelo, assinale a afirmativa correta.

- (A) Organiza-se pela livre procura e pela escolha do serviço pelo usuário.
- (B) Distribui-se em redes próprias e independentes para cada ente federativo.
- (C) Condiciona-se à capacidade instalada e à oferta do município de residência.
- (D) Concentra-se nos serviços municipais e abrange todos os níveis de atenção.
- (E) Inicia-se pelas portas de entrada e segue o percurso assistencial indicado.

2

Leia o trecho a seguir.

Em um hospital, enquanto os usuários relatam dificuldades para obter informações sobre seu cuidado, os trabalhadores, por sua vez, apontam que os fluxos de atendimento são definidos sem considerar os problemas enfrentados pelas equipes.

De acordo com a Política Nacional de Humanização, assinale a opção que indica a medida mais coerente da direção do hospital para enfrentar essa situação.

- (A) Criar espaços coletivos para pactuar mudanças no cuidado e no trabalho.
- (B) Adotar protocolos para padronizar as informações fornecidas aos usuários.
- (C) Ampliar a ouvidoria para registrar reclamações e produzir relatórios técnicos.
- (D) Reorganizar os fluxos de atendimento para reduzir a espera e aumentar a eficácia.
- (E) Capacitar as equipes para aperfeiçoar a comunicação com usuários e familiares.

3

Entre os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, a *longitudinalidade* qualifica a relação estabelecida entre a equipe e a população atendida.

Esse atributo se caracteriza pela

- (A) manutenção do vínculo entre equipe e usuários, mesmo sem demanda imediata.
- (B) articulação do cuidado entre serviços, com circulação das informações clínicas.
- (C) utilização da unidade como referência inicial para novas necessidades de saúde.
- (D) oferta de ações compatíveis com as diferentes necessidades da população atendida.
- (E) consideração das condições familiares e comunitárias no planejamento das ações.

4

Sobre a Política Nacional de Vigilância em Saúde, que orienta a integração das ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), analise as afirmativas a seguir.

- I. Articula as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador.
- II. Prioriza a identificação de doenças e agravos como eixo central das ações de vigilância.
- III. Integra as ações de vigilância às redes de atenção e às necessidades dos territórios.

Está correto o que se afirma em

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

5

Realizada no contexto da Reforma Sanitária, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, sistematizou propostas que orientaram os debates constituintes relativos às políticas de saúde.

Entre essas propostas, assinale a que serviu de base para o texto constitucional de 1988.

- (A) A unificação da previdência social e a ampliação da cobertura aos trabalhadores rurais.
- (B) O reconhecimento da saúde como direito e a criação de um sistema único e universal.
- (C) A integração dos serviços de saúde por convênios entre órgãos federais e estaduais.
- (D) A manutenção do acesso à assistência médica condicionado à vinculação previdenciária.
- (E) O fortalecimento da assistência médica individual e a ampliação da contratação de serviços privados.

6

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe que a formação dos trabalhadores esteja vinculada às situações vivenciadas nos serviços.

Nessa perspectiva, a educação permanente caracteriza-se por

- (A) problematizar situações do trabalho para produzir mudanças nas práticas de saúde.
- (B) promover qualificações formais para adequar os profissionais às funções institucionais.
- (C) desenvolver cursos periódicos para ampliar os conhecimentos técnicos dos trabalhadores.
- (D) oferecer treinamentos específicos para corrigir dificuldades identificadas pela gestão.
- (E) organizar conteúdos previamente definidos para atualizar os procedimentos profissionais.

7

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece que o racismo pode operar tanto nas relações interpessoais quanto no funcionamento dos serviços.

Considerando especificamente sua dimensão institucional, o racismo caracteriza-se pela

- (A) atribuição das desigualdades de saúde às diferenças culturais entre os grupos atendidos.
- (B) diferenciação das condutas dos agentes segundo características raciais presumidas dos usuários.
- (C) reprodução de desvantagens por normas, rotinas e práticas que limitam o acesso e o cuidado.
- (D) organização de serviços específicos como resposta às necessidades da população negra.
- (E) concentração do problema em atitudes discriminatórias ocorridas durante os atendimentos.

8

Durante uma coleta de sangue, a profissional percebe que o recipiente para descarte de perfurocortantes está longe do local do procedimento. Após retirar a agulha, ela avalia como realizar o descarte de maneira segura.

Nesse contexto, de acordo com a Norma Regulamentadora nº 32, assinale a opção que apresenta a conduta adequada.

- (A) Dobrar a agulha com auxílio de instrumento e acondicioná-la junto aos resíduos infectantes.
- (B) Reencapar a agulha com uma das mãos e transportá-la até o recipiente de descarte disponível.
- (C) Manter o conjunto sobre a bandeja e descartá-lo após a conclusão dos demais atendimentos.
- (D) Solicitar a aproximação do recipiente e descartar o conjunto, sem reencapar ou desconectar a agulha.
- (E) Desconectar a agulha da seringa manualmente e descartar cada material no recipiente correspondente.

9

A cultura de segurança, no Programa Nacional de Segurança do Paciente, orienta a forma como as instituições lidam com os incidentes na assistência.

Com relação ao tema, analise as afirmativas a seguir e assinale (V) para a verdadeira e (F) para a falsa.

- () A notificação de incidentes contribui para o aprendizado institucional e a melhoria dos processos.
- () A culpabilização individual do profissional contribui para a prevenção de novos incidentes.
- () A análise dos incidentes contribui para identificar fatores organizacionais e oportunidades de melhoria.

As afirmativas são, respectivamente,

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

10

Nas Redes de Atenção à Saúde, os diferentes serviços devem atuar de maneira integrada para garantir a continuidade dos cuidados.

Nessa organização, os pontos de atenção mantêm relações

- (A) centralizadas e escalonadas, conforme a gravidade imediata de cada demanda.
- (B) autônomas e territoriais, conforme os limites administrativos de cada município.
- (C) especializadas e independentes, conforme os protocolos próprios de cada área.
- (D) horizontais e complementares, conforme as necessidades de cuidado dos usuários.
- (E) sucessivas e subordinadas, conforme a complexidade dos atendimentos oferecidos.

11

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma das maiores políticas públicas de inclusão social do mundo. A partir da década de 1960, a incorporação das ciências sociais ao campo da saúde contribuiu para a formulação de novas concepções de cuidado. Posteriormente, os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira, articulados às lutas pela redemocratização do país, impulsionaram mudanças na concepção, na organização e na gestão das políticas de saúde. Esse processo contribuiu para a construção das bases do sistema que seria instituído pela Constituição Federal de 1988.

Adaptado de <https://www.nexojornal.com.br/>

Considerando o processo histórico apresentado e os princípios que orientaram a Reforma Sanitária, assinale a afirmativa correta.

- (A) Propõe a ampliação do acesso à saúde como direito de cidadania, associada à construção de um sistema público de caráter universal e à superação da vinculação entre assistência e condição previdenciária.
- (B) Sustenta a participação da sociedade na formulação das políticas de saúde, mas preserva a vinculação do acesso aos serviços públicos à condição de trabalhador segurado pela Previdência Social.
- (C) Prioriza a assistência hospitalar individual, atribuindo às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças papel complementar na organização dos serviços.
- (D) Propõe a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mantendo, contudo, a centralização da gestão e do financiamento das ações na esfera federal.
- (E) Prioriza a coordenação federal das políticas de saúde, mantendo nos demais entes federativos funções essencialmente operacionais na execução dos serviços.

12

Se os valores e aspirações do Sistema Único de Saúde (SUS) foram estabelecidos na Constituição de 1988, seu conteúdo institucional teve como momento fundador a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), que regula e operacionaliza o novo sistema de saúde, à qual seguiram-se diversas outras, que desenvolveram o arcabouço institucional do sistema pactuado em 1988.

Considerando o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde e o disposto nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, analise as afirmativas a seguir.

- I. A Lei Orgânica da Saúde estabeleceu, entre as diretrizes do SUS, a descentralização político-administrativa e a regionalização da rede de serviços, além da criação dos Conselhos e das Conferências de Saúde como instâncias permanentes de participação da comunidade.
- II. A descentralização previa um sistema com maior protagonismo dos estados e municípios na provisão das ações e serviços de saúde e na tomada de decisões, com direção única em cada esfera de governo e distribuição de competências entre os diferentes níveis de governo.
- III. A participação da comunidade foi institucionalizada como componente da gestão do SUS, mediante a criação dos Conselhos e das Conferências de Saúde em cada esfera de governo, com atribuições relacionadas à participação na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde.

Está correto o que se afirma em

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

13

Sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), conforme a concepção adotada no Sistema Único de Saúde (SUS), assinale a afirmativa correta.

- (A) Prestam serviços de saúde, com foco exclusivamente nos procedimentos hospitalares de alta complexidade.
- (B) Organizam os serviços de saúde em níveis independentes de atuação, sem necessidade de comunicação entre eles.
- (C) Substituem a Atenção Primária à Saúde pelos Serviços Especializados, como principal porta de entrada do sistema.
- (D) Integram as ações e os serviços de saúde sob diferentes pontos de atenção, com o objetivo de garantir cuidado contínuo e integral aos usuários.
- (E) Organizam os serviços de saúde dando autonomia aos seus componentes, priorizando o encaminhamento direto para procedimentos especializados.

14

Em um município, uma equipe de saúde identifica que pessoas que utilizam espaços públicos para moradia e subsistência encontram dificuldades para acessar os serviços de saúde e outras políticas públicas. A equipe decide discutir estratégias de atendimento articuladas com outros setores da rede de proteção social.

Considerando a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053/2009, assinale a opção que identifica corretamente a população a que essa política se destina.

- (A) Migrantes e imigrantes em situação de vulnerabilidade socioeconômica, especialmente aqueles que enfrentam dificuldades de acesso à moradia, ao trabalho e aos serviços públicos.
- (B) Pessoas que residem em abrigos ou instituições de acolhimento, independentemente de sua situação socioeconômica e de seus vínculos familiares ou comunitários.
- (C) Pessoas que utilizam as ruas e outros espaços públicos como espaço de moradia e/ou subsistência, em situação de pobreza e com vínculos familiares ou comunitários fragilizados ou interrompidos.
- (D) Comunidades quilombolas em situação de vulnerabilidade social, especialmente aquelas que enfrentam dificuldades de acesso às políticas públicas e aos serviços de proteção social.
- (E) Pessoas em situação de pobreza que não possuem residência própria, ainda que disponham de moradia regular e mantenham vínculos familiares e comunitários preservados.

15

Sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assinale a afirmativa correta.

- (A) Atua na assistência hospitalar, concentrando suas ações no tratamento de agravos de alta complexidade.
- (B) Desenvolve, graças à atuação de equipes multiprofissionais, ações de cuidado para a população de um território definido.
- (C) Realiza exclusivamente atividades de prevenção de doenças, encaminhando todas as demais demandas para os serviços especializados.
- (D) Presta atendimento apenas aos indivíduos previamente cadastrados na unidade, sendo vedado o acolhimento de usuários não adscritos ao território.
- (E) Substitui integralmente os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, tornando desnecessário o funcionamento dos serviços ambulatoriais especializados e dos hospitalares.

16

Sobre a Política Nacional de Humanização, que busca pôr em prática os princípios do SUS, assinale a afirmativa correta.

- (A) Retira a responsabilidade pelo cuidado nos tratamentos de saúde da rede sociofamiliar dos usuários dos serviços.
- (B) Dissocia a assistência em saúde da gestão, de modo que a tomada de decisão seja focada na necessidade do usuário.
- (C) Busca preservar a equipe de saúde ao impedir que o usuário de saúde compartilhe suas dores durante a internação em suas redes sociais.
- (D) Respeita a diretriz da clínica ampliada, de modo a ampliar os exames para o diagnóstico clínico, melhorando a análise técnica e fragmentada sobre o sujeito.
- (E) Busca transformar as relações de trabalho, ampliando o grau de contato e a comunicação entre as pessoas, tirando-as do isolamento e das relações de poder hierarquizadas.

17

A Política Nacional de Vigilância em Saúde, instituída pela Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, é uma política pública essencial do SUS. Tem caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público.

Nesse sentido, sobre as estratégias para a organização da Vigilância em Saúde, analise as afirmativas a seguir.

- I. Os processos de trabalho devem estar integrados com a atenção à saúde, sendo pautados pelo conhecimento das condições sociais e econômicas do território e organizados em diversas situações.
- II. Os processos de trabalho devem atender ao planejamento do Ministério da Saúde, com identificação das prioridades, com base na análise da situação de saúde, no mapeamento das atividades de produção, consumo e infraestrutura e no potencial impacto no território.
- III. A inserção da vigilância em saúde na Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve contribuir para a construção de linhas de cuidado que agrupem doenças e agravos e determinantes de saúde, identificando riscos e situações de vulnerabilidade.

Está correto o que se afirma em

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

18

Em uma unidade de saúde, a equipe percebe que pacientes com nomes semelhantes têm sido chamados apenas pelo primeiro nome, aumentando o risco de administração de medicamentos ou realização de procedimentos ao paciente errado.

De acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, assinale a opção que indica a medida mais adequada para enfrentar essa situação.

- (A) Implantar protocolo de identificação segura do paciente, utilizando pelo menos dois identificadores.
- (B) Reforçar a atenção dos profissionais durante a chamada dos pacientes.
- (C) Orientar os pacientes a confirmar verbalmente seu nome antes dos procedimentos.
- (D) Centralizar a conferência da identidade dos pacientes na equipe de enfermagem.
- (E) Registrar os casos de identificação incorreta para avaliação posterior pela gestão.

19

Diversos estudos destacam que o trabalho em equipe na saúde é fundamental para a melhoria da qualidade assistencial, segurança do paciente e integralidade do cuidado.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e estudos sobre Educação Interprofissional, as equipes que desenvolvem práticas colaborativas apresentam melhores resultados clínicos e maior satisfação dos usuários.

Sobre as práticas colaborativas efetivas em equipes multiprofissionais de saúde, assinale a afirmativa correta.

- (A) As decisões clínicas são centralizadas no profissional médico, cabendo aos demais membros da equipe executar as condutas definidas.
- (B) A comunicação entre os profissionais deve ocorrer apenas quando houver divergências técnicas que possam comprometer a assistência ao paciente.
- (C) O trabalho colaborativo exige que todos os profissionais possuam formação semelhante para reduzir conflitos e aumentar a eficiência assistencial.
- (D) Os profissionais compartilham o mesmo espaço físico de trabalho, mas realizam suas atividades de forma autônoma, preservando integralmente a autonomia de cada categoria profissional.
- (E) Os diferentes profissionais compartilham objetivos comuns, participam da tomada de decisão e reconhecem as competências específicas e complementares dos demais membros da equipe.

20

Em um hospital com leitos de terapia intensiva, a equipe responsável pela segurança do paciente identifica que diferentes profissionais adotam procedimentos distintos para prevenir eventos adversos. Além disso, alguns incidentes são registrados apenas informalmente e não são analisados pela instituição para identificar suas causas e prevenir novas ocorrências.

Considerando o Programa Nacional de Segurança do Paciente, assinale a opção que apresenta a medida mais adequada para enfrentar essa situação.

- (A) Implantar protocolos de segurança, fortalecer a notificação de incidentes e promover a gestão de riscos nos processos de cuidado.
- (B) Padronizar os procedimentos de segurança e concentrar na direção o acompanhamento dos incidentes identificados.
- (C) Priorizar a notificação dos eventos adversos que resultem em dano ao paciente e adotar medidas corretivas.
- (D) Orientar os profissionais sobre os riscos identificados e avaliar individualmente as condutas que resultem em incidentes.
- (E) Avaliar os incidentes após sua ocorrência e estabelecer medidas corretivas para evitar sua repetição.

Conhecimentos Específicos

Nutrição

21

Paciente masculino, 65 anos, diagnosticado com câncer gástrico localmente avançado, tem gastrectomia total agendada para a próxima semana. A equipe multiprofissional decide iniciar imunonutrição perioperatória (5 a 7 dias antes do procedimento).

Com base nas recentes diretrizes e evidências recentes sobre terapia nutricional em cirurgia oncológica gastrointestinal de grande porte, essa conduta visa, primariamente,

- (A) aumentar as reservas de glicogênio hepático para evitar a hipoglicemia de estresse no pós-operatório.
- (B) modular a resposta inflamatória sistêmica e reduzir significativamente o risco de complicações infecciosas.
- (C) induzir a apoptose das células tumorais remanescentes por meio da alta oferta de ácidos graxos ômega-6.
- (D) reverter a sarcopenia já instalada e garantir o ganho de massa muscular esquelética antes da cirurgia.
- (E) promover a alcalinização do pH gástrico para facilitar a cicatrização da anastomose esofagojejunal.

22

Paciente feminina, 58 anos, em tratamento com imunoterapia (inibidor de *checkpoint* imunológico) para melanoma metastático. Ela questionou o nutricionista da equipe sobre o impacto da dieta na eficácia do seu tratamento oncológico. Sobre a interação entre dieta, microbiota intestinal e resposta à imunoterapia, de acordo com estudos recentes, assinale a opção que indica a orientação correta.

- (A) Adotar uma dieta rica em fibras alimentares provenientes de vegetais, pois modula o microbioma e potencializa a resposta imune.
- (B) Excluir totalmente os alimentos fermentados da dieta, pois eles aumentam a permeabilidade intestinal e o risco de sepse fúngica.
- (C) Iniciar a suplementação diária de probióticos em altas doses, pois as bactérias isoladas são essenciais para ativar os linfócitos T.
- (D) Restringir drasticamente a ingestão de carboidratos complexos, pois a fermentação colônica inativa os inibidores de *checkpoint*.
- (E) Aumentar o consumo de proteínas de origem animal e reduzir as fibras, visando prevenir a caquexia e a toxicidade gastrointestinal.

23

Durante uma reunião de planejamento estratégico na Unidade Básica de Saúde (UBS), a equipe multiprofissional (nutricionista, médico, enfermeiro e assistente social) discutiu a implementação de um programa de atenção integral a pacientes com diabetes e hipertensão.

O Nutricionista propôs não apenas consultas individuais, mas grupos operativos, oficinas culinárias com alimentos regionais e articulação com a feira de agricultura familiar do bairro. Esta proposta do nutricionista evidencia a atuação em equipe multiprofissional voltada para

- (A) a fragmentação do cuidado, transferindo a responsabilidade da prescrição dietética para a assistência social e a agricultura.
- (B) a medicalização do tratamento, priorizando a prescrição de análogos de GLP-1 em detrimento da educação alimentar e nutricional.
- (C) a hierarquização do cuidado, onde o nutricionista assume o papel de coordenador exclusivo de todas as ações curativas da UBS.
- (D) o reconhecimento da saúde como direito e a garantia da integralidade, articulando ações preventivas e de promoção da saúde.
- (E) a redução de custos da unidade através da substituição do atendimento clínico individualizado por orientações coletivas padronizadas.

24

Paciente masculino, 65 anos, está em tratamento quimioterápico com fluorouracil (5-FU) para câncer colorretal. Apresenta diarreia severa, mucosite oral grau II e perda de peso de 6 kg no último mês.

A equipe multiprofissional discute o manejo do caso, e o nutricionista precisa determinar a estratégia de terapia nutricional adequada.

Considerando a toxicidade gastrointestinal da quimioterapia e a determinação das necessidades nutricionais, assinale a opção que indica a conduta dietoterápica inicial recomendada.

- (A) Dieta oral rica em alimentos crus, frutas cítricas e hortaliças folhosas para garantir o aporte de vitamina C e cicatrizar mucosite.
- (B) Dieta oral branda ou pastosa, fracionada, isenta de irritantes, com modificação de textura, hidratação e fracionamento adequados.
- (C) Jejum oral absoluto por 72 horas para repouso intestinal e início imediato de nutrição parenteral total via cateter periférico.
- (D) Nutrição enteral por sonda nasogástrica com fórmula polimérica padrão hipercalórica administrada em bolus para otimizar absorção.
- (E) Dieta oral hiperosmolar rica em sacarose e lactose para rápida reposição calórica, associada à suplementação de fibras insolúveis.

25

Paciente masculino, 70 anos, com câncer de pâncreas avançado, apresenta perda de peso involuntária de 12% em 3 meses, anorexia e fadiga severa. A avaliação da composição corporal indica depleção grave de massa muscular esquelética.

Considerando a fisiopatologia da caquexia oncológica e as evidências atuais sobre intervenção nutricional, assinale a opção que apresenta a conduta correta.

- (A) A hiperalimentação calórica isolada reverte completamente a perda de massa muscular, desde que a oferta proteica ultrapasse 2,5 g/kg/dia.
- (B) O uso de estimulantes de apetite bloqueia a degradação proteica muscular, tornando a intervenção nutricional e o exercício físico secundários.
- (C) A nutrição parenteral total deve ser a primeira escolha para garantir a absorção de nutrientes e frear a lipólise induzida pelas citocinas.
- (D) A sarcopenia oncológica decorre exclusivamente da baixa ingestão alimentar, respondendo de forma imediata à suplementação com hipercalóricos.
- (E) O suporte nutricional precoce associado ao exercício físico são fundamentais para atenuar a perda de peso e preservar a massa muscular.

26

Um atleta de 25 anos, praticante de treinamento de força (musculação) com foco em hipertrofia máxima, busca o Nutricionista Esportivo para ajustar sua dieta. Ele pesa 80 kg e consome atualmente 2,8 g de proteína por kg de peso corporal ao dia, acreditando que *'quanto mais proteína, mais músculo'*.

Sobre a relação dose-resposta da ingestão proteica para hipertrofia, com base nas meta-análises e diretrizes recentes, assinale a opção que apresenta a orientação correta.

- (A) Manter a ingestão atual de 2,8 g/kg/dia, pois a síntese proteica muscular aumenta linearmente sem limite de platô metabólico.
- (B) Reduzir a ingestão para a faixa de 1,6 a 2,2 g/kg/dia, pois valores superiores não trazem benefícios adicionais para o ganho de massa magra.
- (C) Aumentar a ingestão para 3,5 g/kg/dia, compensando a degradação de aminoácidos ramificados que ocorre durante o treinamento resistido.
- (D) Reduzir a ingestão para 0,8 g/kg/dia (RDA padrão), pois o estímulo do treinamento de força substitui a necessidade de proteína exógena.
- (E) Concentrar toda a ingestão proteica em uma única refeição após o treino, maximizando a janela anabólica e a liberação de insulina.

27

Um paciente, internado na UTI com sepse grave, desenvolve hiperglicemia de estresse (glicemia capilar 250 mg/dL), mesmo sem histórico prévio de Diabetes *Mellitus*.

A equipe médica inicia protocolo de insulinoterapia contínua. O Nutricionista é chamado para ajustar a Terapia Nutricional Enteral (TNE).

Sobre a fisiologia da hiperglicemia de estresse e a conduta nutricional em equipe multiprofissional, assinale a afirmativa correta.

- (A) A hiperglicemia ocorre pela supressão do cortisol e catecolaminas; o Nutricionista deve suspender a TNE até a glicemia normalizar.
- (B) A hiperglicemia é causada pelo excesso de volume da TNE; a equipe deve reduzir o aporte calórico para 10 kcal/kg/dia obrigatoriamente.
- (C) O paciente desenvolveu diabetes tipo 1 fulminante pela sepse; a conduta é prescrever dieta enteral exclusiva de lipídios e proteínas.
- (D) Os hormônios contrarreguladores e as citocinas pró-inflamatórias desencadeiam resistência à insulina; manter TNE associada ao controle glicêmico.
- (E) O uso de insulina contínua dispensa qualquer ajuste na dieta enteral, pois a farmacologia da insulina intravenosa anula a carga glicêmica.

28

A atuação do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde (APS) inclui o planejamento e a coordenação de atividades voltadas para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) do território. Ao mapear uma comunidade com alto índice de insegurança alimentar, o profissional propôs a criação de hortas comunitárias e cozinhas solidárias em parceria com líderes locais e a assistência social.

Esta ação coordenada em equipe multiprofissional reflete o princípio da integralidade e o reconhecimento da saúde como direito, porque

- (A) atua sobre os determinantes sociais da saúde, promovendo autonomia, acesso a alimentos saudáveis e fortalecimento de vínculos locais.
- (B) padroniza uma dieta única e de baixo custo para todos os moradores do bairro, facilitando a logística de distribuição de cestas básicas.
- (C) substitui o atendimento clínico individual de pacientes com doenças crônicas pelo trabalho braçal na horta como exercício obrigatório.
- (D) restringe a atuação do Nutricionista ao nível curativo e hospitalar, evitando o desperdício de recursos públicos em ações preventivas.
- (E) transfere a responsabilidade financeira da alimentação da população vulnerável exclusivamente para as organizações não governamentais.

29

Paciente masculino, 40 anos, com Síndrome do Intestino Curto (SIC) pós-resssecção cirúrgica extensa do intestino delgado (restaram apenas 60 cm de jejuno anastomosado ao cólon intacto). O paciente apresenta diarreia crônica e desnutrição grave.

Considerando a fisiologia da absorção do trato gastrointestinal, o planejamento dietético para maximizar a adaptação intestinal e a absorção de nutrientes, nesse caso específico, deve priorizar

- (A) dieta rica em carboidratos simples e hiperosmolar, para forçar a absorção rápida no jejuno remanescente antes que o quimo atinja o cólon.
- (B) dieta fracionada, com carboidratos complexos de fácil digestão e fibras solúveis em aporte adequado, aproveitando o resgate do cólon.
- (C) dieta rica em oxalato e restrita em cálcio, para prevenir a formação de cálculos renais que são muito comuns após a ressecção do íleo.
- (D) jejum oral prolongado e manutenção exclusiva de nutrição parenteral domiciliar, pois a adaptação intestinal é impossível com pouco jejuno.
- (E) dieta hiperlipídica com predomínio de triglicerídeos de cadeia longa, pois a presença do cólon intacto garante a absorção total de gorduras.

30

Uma ginasta de 19 anos apresenta amenorria há 8 meses, histórico de duas fraturas por estresse no último ano, fadiga crônica e queda no rendimento esportivo. A avaliação dietética revela uma ingestão calórica cronicamente inferior ao seu gasto energético total.

O quadro clínico descrito caracteriza a Síndrome de Deficiência Relativa de Energia no Esporte (REDs).

Nesse caso, assinale a opção que apresenta o principal mecanismo fisiopatológico para explicar as complicações ósseas e reprodutivas nesta síndrome.

- (A) O excesso de treinamento resistido, que desvia o fluxo sanguíneo do sistema reprodutor e inibe a captação de cálcio pelos osteoblastos.
- (B) A deficiência isolada de vitamina D e cálcio na dieta da atleta, sem relação com o balanço calórico ou com o volume de treinamento.
- (C) O aumento excessivo da secreção de leptina pelo tecido adiposo, que bloqueia a liberação de estrogênio pelos ovários da ginasta.
- (D) A baixa disponibilidade de energia (LEA), que induz uma adaptação endócrina com supressão do eixo hipotálamo-hipofise-gonadal.
- (E) A hiperglicemia crônica induzida pelo estresse competitivo, que promove a glicosilação das proteínas da matriz óssea e a amenorria.

31

Paciente de 50 anos, sexo feminino, diagnosticada com câncer de mama, inicia tratamento com Doxorubicina e Ciclofosfamida. Evolui com náuseas severas, vômitos e disgeusia (alteração do paladar, referindo gosto metálico nas carnes). Considerando as necessidades nutricionais do paciente oncológico, assinale a opção que apresenta a estratégia dietética mais apropriada para mitigar esses sintomas.

- (A) Oferecer refeições volumosas e quentes, e substituir carnes vermelhas por fontes de proteína vegetal marinadas em sucos cítricos naturais.
- (B) Manter o consumo de carnes vermelhas temperadas com alho e cebola fritos para mascarar o gosto metálico e aumentar o fracionamento.
- (C) Indicar o uso de talheres de metal para neutralizar a disgeusia e ofertar líquidos gelados em grande volume junto às refeições principais.
- (D) Suspender temporariamente a ingestão de proteínas para evitar sobrecarga renal e prescrever dieta exclusiva de sucos ácidos e chás quentes.
- (E) Oferecer refeições fracionadas, frias ou em temperatura ambiente, evitar odores fortes e substituir carnes vermelhas por aves, peixes ou ovos.

32

Um paciente com Diabetes Mellitus tipo 1 apresenta hiperglicemia matinal recorrente.

Ao monitorar a glicemia às 3h da madrugada, o Nutricionista e o Endocrinologista identificaram hipoglicemia noturna precedendo o pico matinal. O diário alimentar mostra ausência de lanche na ceia.

Com base nesse achado da glicemia das 3h, assinale a opção que indica, corretamente, o fenômeno mais provavelmente envolvido e a conduta nutricional adequada.

- (A) Fenômeno do Alvorecer. Conduta: remover o lanche da ceia e aumentar a dose de insulina basal noturna para controlar o pico matinal.
- (B) Cetoacidose diabética incipiente. Conduta: prescrever jejum absoluto a partir das 18h e hidratação venosa vigorosa durante a madrugada.
- (C) Efeito Somogyi. Conduta: incluir lanche na ceia com carboidratos complexos e proteínas, e ajustar a dose de insulina noturna com o médico.
- (D) Síndrome de *Dumping* tardia. Conduta: restringir carboidratos simples no jantar e adicionar fibras solúveis em todas as refeições do dia.
- (E) Efeito Incretínico reverso. Conduta: estimular o consumo de alimentos de alto índice glicêmico antes de dormir para evitar a queda brusca.

33

Um atleta de 100 metros rasos busca orientação sobre suplementação para melhorar sua explosão muscular e recuperação entre as baterias. O Nutricionista prescreve creatina monohidratada (fase de saturação seguida de manutenção). Nesse contexto, assinale a opção que indica o mecanismo bioquímico primário, pelo qual a creatina atua como recurso ergogênico nesse tipo de esforço físico.

- (A) A estimulação direta das células satélites, promovendo a hiperplasia das fibras musculares do tipo I de contração lenta.
- (B) O bloqueio dos receptores de adenosina no sistema nervoso central, retardando a percepção de fadiga periférica pelo atleta.
- (C) O aumento dos estoques intramusculares de fosfocreatina, acelerando a ressíntese de ATP durante o exercício de alta intensidade.
- (D) A inibição da enzima lactato desidrogenase, impedindo a acidose metabólica e o acúmulo de íons hidrogênio no sarcoplasma.
- (E) O aumento da oxidação de ácidos graxos livres na mitocôndria, poupando o glicogênio muscular para os momentos finais da corrida.

34

Em um hospital geral, a Equipe de Terapia Nutricional (EMTN) realiza a triagem de risco nutricional em todos os pacientes admitidos. O Nutricionista identifica um paciente idoso desnutrido e propõe o início precoce de terapia nutricional enteral, discutindo o acesso com o médico e os cuidados de administração com a enfermagem.

Essa prática da EMTN reflete a atuação multiprofissional com o objetivo de

- (A) cumprir uma formalidade burocrática exigida pelos planos de saúde, sem impacto real e mensurável nos desfechos clínicos do paciente idoso.
- (B) centralizar as decisões clínicas na figura do Enfermeiro, que é o profissional unicamente responsável por determinar a via de acesso enteral.
- (C) garantir a integralidade da assistência, contribuindo para reduzir complicações infecciosas, tempo de internação e mortalidade do paciente.
- (D) promover a medicalização excessiva do cuidado, priorizando fórmulas industrializadas caras em vez da alimentação hospitalar convencional.
- (E) transferir a responsabilidade da prescrição dietética exclusivamente para a equipe médica, isentando o Nutricionista de responsabilidade.

35

Um paciente com doença renal crônica em estágio 4 (não dialítico) apresenta anemia persistente (Hemoglobina 9,0 g/dL) e normocítica normocrômica. O perfil de ferro é normal (ferritina e saturação de transferrina adequadas).

Considerando a fisiopatologia das anemias e a função endócrina dos rins, assinale a opção que apresenta a causa primária dessa anemia e o tratamento indicado.

- (A) A deficiência na produção de eritropoietina pelos rins. O tratamento com agentes estimuladores da eritropoiese (eritropoietina recombinante).
- (B) A hemorragia digestiva oculta por uremia severa. O tratamento com transfusão sanguínea mensal de rotina para repor o volume globular.
- (C) A deficiência de ácido fólico perdida na urina. O tratamento com suplementação de folato em altas doses por via oral diariamente.
- (D) A intoxicação por alumínio presente na água de diálise. O tratamento com quelantes de fósforo à base de cálcio em todas as refeições.
- (E) A má absorção de vitamina B12 induzida pela acidose metabólica. O tratamento com injeções intramusculares regulares de cianocobalamina.

36

Paciente feminina, 45 anos, em tratamento radioterápico para câncer de colo do útero, desenvolve enterite actínica (lesão intestinal induzida pela radiação), apresentando diarreia aquosa severa, cólicas e má absorção.

Sobre o plano dietoterápico para o manejo agudo dessa complicação gastrointestinal oncológica, assinale a opção que apresenta a orientação mais adequada.

- (A) Ofertar dieta hiperosmolar rica em sacarose e lactose para fornecer energia rápida aos enterócitos lesados.
- (B) Prescrever dieta rica em fibras insolúveis para aumentar o bolo fecal e reduzir a motilidade intestinal.
- (C) Introduzir dieta com baixo teor de resíduos, restrita em lactose e gorduras, para minimizar o estímulo secretório.
- (D) Iniciar nutrição parenteral periférica exclusiva de imediato, suspendendo qualquer ingestão por via oral.
- (E) Aumentar o consumo de alimentos ricos em FODMAPs para estimular a proliferação da microbiota protetora.

37

Um maratonista de elite está se preparando para uma prova que durará aproximadamente 2 horas e 30 minutos.

O Nutricionista elaborou uma estratégia de periodização de carboidratos, incluindo a técnica de 'supercompensação de glicogênio' (*carb loading*) nos dias que antecedem o evento.

O objetivo fisiológico central dessa intervenção nutricional pré-prova é

- (A) estimular a lipogênese hepática para garantir que o atleta utilize preferencialmente gorduras durante toda a corrida.
- (B) maximizar os estoques de glicogênio muscular e hepático, retardando o início da fadiga periférica induzida pela depleção de substrato.
- (C) promover a desidratação celular controlada, reduzindo o peso corporal do atleta para aumentar sua velocidade na prova.
- (D) aumentar a concentração de lactato sanguíneo basal, pré-condicionando o músculo a tolerar altos níveis de acidose metabólica.
- (E) inibir a secreção de insulina durante a corrida, evitando assim a hipoglicemia de rebote nos primeiros quilômetros do percurso.

38

Durante uma prova de triatlo em dia de calor intenso, uma atleta amadora consumiu grandes volumes de água pura (sem eletrólitos) ao longo de 4 horas de prova.

Ao cruzar a linha de chegada, ela apresentava confusão mental, náuseas, cefaleia e fraqueza severa, sendo diagnosticada com hiponatremia associada ao exercício (EAH). Nesse contexto, assinale a opção que indica o mecanismo fisiopatológico que explica o quadro clínico dessa atleta.

- (A) A falha aguda na secreção do hormônio antidiurético (ADH), levando à poliúria maciça e à perda renal incontrolável de eletrólitos.
- (B) A hipertermia maligna, que inativa a bomba de sódio-potássio das membranas celulares, retendo o sódio no meio intracelular.
- (C) A desidratação hipernatrêmica grave, que provoca o encolhimento dos neurônios e o acúmulo de sódio no espaço intravascular.
- (D) O consumo excessivo de carboidratos durante a prova, que atrai sódio para o lúmen intestinal e reduz a sua concentração no sangue.
- (E) A ingestão excessiva de fluidos hipotônicos além das perdas, associada à secreção não-osmótica de vasopressina, gerando hemodiluição e edema celular.

39

A atuação do Nutricionista em Cuidados Paliativos Oncológicos foca na qualidade de vida e no conforto do paciente.

Considere um paciente com câncer gástrico avançado em fase terminal, apresentando anorexia severa, caquexia e disfagia, com expectativa de vida de poucas semanas. A família insiste na passagem de uma sonda nasoesférica, angustiada com a recusa alimentar do paciente.

A conduta da equipe multiprofissional, garantindo a integralidade e a ética no cuidado, deve

- (A) acolher a família, explicar que a anorexia é natural na terminalidade e que a nutrição invasiva não reverterá a caquexia, priorizando conforto.
- (B) iniciar nutrição parenteral total periférica de alto custo, para garantir o ganho de peso e prolongar a vida do paciente em vários meses.
- (C) passar a sonda nasoesférica imediatamente, mesmo contra a vontade do paciente, para atender à demanda da família e reverter a caquexia tumoral.
- (D) ignorar a família e proibir qualquer oferta de alimentos por via oral, deixando o paciente em jejum absoluto até o óbito para evitar aspiração.
- (E) prescrever estimulantes de apetite em doses máximas e forçar o paciente a ingerir suplementos hipercalóricos a cada 2 horas sob ameaça de alta.

40

A digestão de carboidratos inicia-se na boca e finaliza-se na borda em escova dos enterócitos. Um paciente apresenta deficiência congênita da enzima lactase. Ao ingerir leite de vaca, ele desenvolve distensão abdominal, flatulência e diarreia. Do ponto de vista da fisiologia do TGI, os sintomas relatados ocorrem porque a lactose não digerida

- (A) permanece no lúmen exercendo efeito osmótico (puxando água) e é fermentada pelas bactérias do cólon, produzindo ácidos e gases em excesso.
- (B) é absorvida intacta para a corrente sanguínea, desencadeando uma reação alérgica sistêmica mediada por IgE e liberação de histamina local.
- (C) inibe competitivamente a absorção de glicose e galactose no íleo terminal, causando hipoglicemia reativa e aumento da motilidade intestinal.
- (D) destrói fisicamente as vilosidades intestinais do jejuno, mimetizando a fisiopatologia da doença celíaca e atrofiando a mucosa absorptiva.
- (E) estimula a hipersecreção de ácido clorídrico no estômago, o que acidifica excessivamente o quimo e causa queimaduras químicas na mucosa.

41

Em uma consulta de puerpério em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), uma nutriz expressa preocupação sobre a alimentação do seu filho de 4 meses.

Relata que a criança mama, exclusivamente, ao seio, está crescendo na curva adequada de peso/idade, mas que a avó insiste em oferecer pequenos goles de água nos dias mais quentes e suco de laranja lima para "limpar o intestino".

Com base nas recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (Ministério da Saúde, 2019) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), assinale a opção que apresenta a orientação adequada do Nutricionista.

- (A) Orientar a introdução de água filtrada nos intervalos das mamadas devido ao risco de desidratação em dias quentes, mantendo a exclusividade do leite para os nutrientes.
- (B) Autorizar a introdução do suco de fruta natural diluído em água para oferta de vitamina C, uma vez que o leite materno reduz sua concentração após o 3º mês de lactação.
- (C) Manter o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, explicando que o leite materno contém água em quantidade e qualidade biológica suficientes, e contraindicar a oferta de sucos ou água.
- (D) Recomendar a introdução antecipada da alimentação complementar (papas de frutas), já que o bebê completou 4 meses e apresenta prontidão de desenvolvimento.
- (E) Indicar o uso de fórmula infantil de seguimento em associação ao aleitamento para complementar o volume hídrico e calórico diário.

42

Uma paciente do sexo feminino, 30 anos, com queixa de fadiga crônica, astenia, pica (desejo por substâncias não alimentares, como gelo) e unhas quebradiças em formato de colher (coiloníquia), foi submetida à triagem laboratorial.

O hemograma indicou anemia microcítica e hipocrômica (Hb: 9,8 g/dL, VCM: 72 fL, HCM: 23 pg). No perfil de ferro, os achados foram: Ferritina sérica: 8 ng/mL; Capacidade Total de Ligação do Ferro (TIBC): elevada; e Saturação de Transferrina: 10%.

Considerando a fisiopatologia da depleção de ferro, assinale a opção que descreve, corretamente, o estágio da deficiência da paciente e a interpretação correta da ferritina.

- (A) Anemia de doença crônica, pois a ferritina está baixa agindo como uma proteína de fase aguda negativa.
- (B) Eritropoiese deficiente em ferro (Estágio II), em que os estoques estão normais, mas falta ferro circulante na medula óssea.
- (C) Anemia Ferropriva instalada (Estágio III), em que a ferritina sérica reduzida indica depleção dos estoques corporais de ferro e constitui o marcador laboratorial mais precoce da deficiência de ferro.
- (D) Depleção latente de ferro (Estágio I), caracterizada por queda nos estoques, porém com manutenção dos índices hematimétricos do hemograma (VCM e HCM normais).
- (E) Talassemia menor, visto que a capacidade de ligação da transferrina está aumentada na presença de hemoglobinopatias estruturais.

43

No planejamento do acompanhamento ambulatorial de pacientes submetidos ao tratamento da obesidade de graus II e III, o Nutricionista necessita escolher um método de avaliação da composição corporal que viabilize monitorar as variações de massa magra e de massa gorda ao longo das consultas periódicas. Dentre os métodos disponíveis na prática clínica e na rotina institucional, a Bioimpedância Elétrica (BIA) destaca-se pela sua aplicabilidade.

Para garantir a precisão, reprodutibilidade e validade do exame de BIA nessa população, assinale a opção em que o princípio biofísico e a limitação do método devem ser considerados.

- (A) A gordura corporal oferece baixa resistência (impedância) ao fluxo de corrente elétrica devido ao seu alto conteúdo de água e eletrólitos; a principal limitação em obesos é a subestimação crônica da massa magra pela hiper-hidratação celular generalizada.
- (B) A corrente elétrica flui facilmente pelos tecidos magros ricos em água e eletrólitos (baixa impedância); a principal limitação do método reside na extrema sensibilidade do aparelho ao estado de hidratação do paciente.
- (C) O exame baseia-se na atenuação de feixes de raios-X em duas frequências de energia; a limitação em obesos graves é o limite físico do tamanho da mesa do equipamento.
- (D) A BIA quantifica a gordura visceral de forma direta através da mensuração da condutividade térmica do tecido subcutâneo; não apresenta limitações relacionadas ao estado hídrico ou de hidratação do indivíduo.
- (E) A resistência elétrica mapeada pela BIA independe da estatura do indivíduo, fundamentando-se, exclusivamente, na equação matemática do diâmetro abdominal total.

44

Uma mulher de 27 anos, sem fatores de risco adicionais, comparece ao consultório de nutrição relatando o desejo de engravidar nos próximos meses.

Ciente das diretrizes nacionais e internacionais de saúde materno-infantil, o Nutricionista prescreve a suplementação dietética de ácido fólico (Vitamina B9).

Considerando as recomendações do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS), a conduta adequada quanto à suplementação de ácido fólico no período periconcepcional é de

- (A) 400 mcg (0,4 mg) por dia, iniciada pelo menos 30 dias antes da concepção e mantida até 12 semanas de gestação, com o objetivo de prevenir defeitos do tubo neural.
- (B) 5 mg por dia, iniciada apenas após a confirmação da gravidez e mantida até o parto, com o objetivo de prevenir macrosomia fetal e diabetes gestacional.
- (C) 1.000 mcg por dia, iniciada no segundo trimestre de gestação, com o objetivo de prevenir pré-eclâmpsia.
- (D) 40 mcg por dia, prescrita por 15 dias no período periconcepcional, com a finalidade exclusiva de evitar anemia megaloblástica no recém-nascido.
- (E) 400 mg por dia, por via injetável no momento da ovulação, com o objetivo de induzir a maturação folicular endometrial.

45

Um homem de 58 anos, 12 horas após sofrer um acidente vascular cerebral isquêmico extenso em território da artéria cerebral média esquerda, foi admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na avaliação multiprofissional à beira do leito, o Fonoaudiólogo constatou disfagia neurogênica grave com sinais clínicos de penetração e laringoaspiração silente. O paciente encontra-se em ventilação mecânica invasiva com parâmetros protetores, hemodinamicamente estável, sem necessidade de drogas vasoativas nas últimas 6 horas; apresenta ruídos hidroaéreos presentes e sem distensão abdominal.

Considerando as diretrizes sobre terapia nutricional em pacientes críticos, assinale a opção que indica a conduta imediata mais adequada.

- (A) Postergar o início de qualquer suporte nutricional por até 7 dias, mantendo apenas hidratação venosa contínua para evitar complicações associadas ao uso precoce da via enteral.
- (B) Iniciar imediatamente a Nutrição Parenteral Total (NPT) por acesso venoso central, com objetivo de poupar o trato gastrointestinal e prevenir pneumonia por aspiração de resíduo gástrico.
- (C) Iniciar a Terapia Nutricional Enteral precoce (dentro de 24 a 48 horas da admissão), via sonda nasointestinal ou nasogástrica conforme avaliação, começando com nutrição trófica ou hipocalórica e progressão gradual conforme tolerância, com monitorização clínica e de sinais de intolerância.
- (D) Prescrever dieta oral de consistência pastosa com espessante alimentar, sob supervisão de enfermagem, para estimular a recuperação da deglutição enquanto o paciente permanece em ventilação mecânica invasiva.
- (E) Manter jejum digestório absoluto até recuperação completa do reflexo de tosse e até que o escore da escala de Glasgow seja superior a 14, sem início de terapia nutricional enteral ou parenteral.

46

Um homem de 56 anos, portador de Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (DM2) há 8 anos, compareceu ao ambulatório de Nutrição Clínica para consulta de acompanhamento.

Trouxe os exames laboratoriais recentes que revelam Hemoglobina Glicada (HbA1c) de 8,9% e Glicemia de Jejum de 194 mg/dL. Ao exame físico, apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) de 32 kg/m² (Obesidade Grau I). Em sua anamnese alimentar, relatou consumo diário expressivo de alimentos ultraprocessados e bebidas adoçadas. O paciente faz uso regular de metformina 2 g/dia e não utiliza insulina ou outros hipoglicemiantes.

O paciente questionou o Nutricionista sobre qual estratégia dietética, baseada em evidências científicas, tem maior impacto primário na redução sustentada da HbA1c e na melhora da variabilidade glicêmica diária.

Diante desse quadro clínico-metabólico, assinale a opção que indica a orientação nutricional prioritária e fisiologicamente mais adequada.

- (A) Eliminar, de forma absoluta, o consumo de lipídios totais da dieta, reduzindo a ingestão de gorduras saturadas e insaturadas a menos de 5 % do valor energético total (VET), sob o argumento de que essa conduta força o clearance de glicose via translocação de GLUT-4.
- (B) Substituir os carboidratos simples e refinados de alto índice glicêmico por carboidratos complexos e integrais, abolir o consumo de bebidas adoçadas, priorizar fontes de fibras alimentares (meta de 20 a 30 g/dia) e associar um plano de restrição calórica moderada (déficit de 500 a 750 kcal/dia) para promoção de perda ponderal.
- (C) Aumentar, exclusivamente, o consumo proteico para patamares superiores a 2,5g/kg/dia, através de suplementação isolada de aminoácidos de cadeia ramificada (BCAAs), visando induzir a neoglicogênese hepática compensatória.
- (D) Restringir drasticamente o consumo de frutas de alta carga glicêmica (como melancia, uva e banana), limitando a porção a uma unidade ao dia, como medida essencial para o controle agudo da glicemia pós-prandial.
- (E) Prescrever um pool de suplementos de micronutrientes isolados (como picolinato de cromo e magnésio) como a intervenção terapêutica central, em substituição às modificações do estilo de vida e ao tratamento farmacológico.

47

Uma mulher de 44 anos, com peso de 71,5 kg, estatura de 1,57m, Índice de Massa Corporal (IMC) de 29 kg/m² e Circunferência da Cintura (CC) de 97cm, é avaliada em ambulatório de cardiologia preventiva e encaminhada ao setor de Nutrição.

Apesar de o IMC classificar a paciente como Sobrepeso (pré-obesidade), o Nutricionista concluiu que ela apresenta risco cardiometabólico substancialmente elevado.

Assinale a opção que indica, corretamente, o mecanismo fisiopatológico e a base anatômica que justificam a conclusão do Nutricionista.

- (A) A CC > 88 cm reflete acúmulo de gordura visceral e ectópica, tecido metabolicamente ativo que apresenta alta taxa de lipólise, com liberação de ácidos graxos livres na circulação porta, promovendo resistência insulínica hepática e sistêmica.
- (B) O IMC é um indicador antropométrico obsoleto, sem qualquer validade epidemiológica ou clínica, sendo obrigatória a sua substituição pela bioimpedância elétrica para análise da água intracelular.
- (C) A hipertrofia da musculatura lisa vascular é o fator determinante primário para a elevação da pressão arterial e do estresse de cisalhamento (*shear stress*) endotelial.
- (D) O depósito de gordura subcutânea na região glúteo-femoral (padrão ginoide) é o principal e mais agressivo fator indutor de disfunção endotelial, aterosclerose e esteato-hepatite não alcoólica.
- (E) A idade de 44 anos, por si só, promove bloqueio irreversível da captação de ácidos graxos livres pelos adipócitos, tornando as medidas antropométricas clinicamente irrelevantes para prever eventos cardiovasculares.

48

Durante a rotina de atendimento em um ambulatório de Quimioterapia Oncológica, o Nutricionista realizou a triagem nutricional de novos pacientes.

Segundo as diretrizes atuais da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica (SBNO) e da literatura especializada, assinale a opção que indica o achado clínico-nutricional isolado mais forte e precoce fator de alerta para indicação de intervenção nutricional imediata.

- (A) IMC classificado como obesidade grau I (entre 30 e 34,9 kg/m²), na ausência de queixas gastrointestinais.
- (B) Histórico de hipoalbuminemia moderada (albumina entre 2,8 e 3,4 g/dL), que foi corrigida com suplementação via oral há 3 meses.
- (C) Ingestão calórica estimada pelo recordatório em 24h, correspondente a 75% da necessidade diária total, sem perda de peso documentada nos últimos 6 meses.
- (D) Contagem de linfócitos totais de 1.800 células/mm³ no hemograma atual, dentro dos padrões de normalidade laboratorial.
- (E) Relato de redução ponderal involuntária e não intencional > 5% do peso habitual nos últimos 3 meses, mesmo com IMC atual classificado como eutrofia (18,5 – 24,9 kg/m²) ou sobrepeso (25 – 29,9 kg/m²).

49

Um paciente de 37 anos, com diagnóstico de obesidade grau II (IMC entre 35 e 39,9 kg/m²), relatou episódios recorrentes de ingestão de quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um período similar (até 2 horas), acompanhados por sensação de perda de controle.

Os episódios ocorrem pelo menos uma vez por semana há 3 meses, são realizados escondidos e seguidos por sentimentos de culpa, repulsa e depressão. O paciente negou uso de vômitos autoinduzidos, laxantes, diuréticos, jejuns ou exercício excessivo como comportamento compensatório.

Diante desse relato, assinale a opção que apresenta o diagnóstico nutricional/psiquiátrico mais adequado.

- (A) Bulimia Nervosa, caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados para prevenção do ganho de peso.
- (B) Anorexia Nervosa, caracterizada por restrição energética intensa, medo de ganhar peso e alteração na autoimagem corporal, com IMC significativamente reduzido.
- (C) Transtorno de Pica, definido pela ingestão persistente de substâncias não nutritivas e não alimentares (ex.: terra, giz, papel).
- (D) Transtorno de Compulsão Alimentar, caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar na ausência de comportamentos compensatórios inadequados típicos da Bulimia Nervosa.
- (E) Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo, caracterizado por esquia alimentar baseada nas características sensoriais dos alimentos ou por interesse reduzido pela alimentação.

50

Um nutricionista inserido em uma equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (APS) planejou uma intervenção educativa voltada para gestantes em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em conformidade com os princípios da Política Nacional de Educação Alimentar e Nutricional.

Em vez de proferir uma palestra tradicional expositiva baseada em prescrições impositivas, o profissional organizou uma oficina culinária dinâmica e circular. Durante a atividade, as gestantes manipularam os alimentos, compartilharam suas receitas tradicionais, expuseram suas dúvidas reais e construíram, de forma coletiva e dialogada com o Nutricionista, alternativas viáveis para uma alimentação equilibrada e acessível.

Essa prática pedagógica fundamenta-se nos preceitos do seguinte modelo de educação em saúde:

- (A) Educação Bancária Tradicional, na qual o profissional atua como o detentor único do saber, depositando passivamente informações técnicas na mente dos usuários, que são considerados recipientes vazios a serem preenchidos.
- (B) Educação em Saúde Dialógica Crítica, que valoriza a horizontalidade nas relações, o reconhecimento do saber popular e a construção coletiva do conhecimento, mas que, na prática, pode incorrer no risco de relativizar excessivamente as evidências científicas em detrimento das recomendações técnicas baseadas em diretrizes consolidadas, não sendo, portanto, a abordagem preconizada pelo SUS para ações de EAN.
- (C) Abordagem Comportamental Cognitivo-Experiencial, que utiliza oficinas culinárias como estratégia de modificação de hábitos alimentares baseada na teoria da aprendizagem social, na qual o nutricionista atua como modelador de comportamentos saudáveis por meio de reforço positivo e treinamento de habilidades práticas.
- (D) Pedagogia da Transmissão de Conteúdos, que, embora reconheça a importância do diálogo, mantém o profissional como o centro do processo educativo, utilizando as experiências dos usuários apenas como ilustrações para validar os conceitos técnicos previamente estabelecidos.
- (E) Educação em Saúde Participativa e Dialógica, que valoriza a autonomia dos sujeitos, estimula o protagonismo social, valida o saber popular e usa o diálogo simétrico para a coeração de conhecimentos emancipatórios.

51

Uma mulher de 34 anos, corredora recreacional, procurou orientação nutricional para uma prova de 10 km.

Ela treina no fim da tarde e quer utilizar cafeína como suplemento para melhorar o desempenho, mas teme efeitos adversos.

Sobre o caso, com base nas evidências científicas atuais, assinale a afirmativa correta.

- (A) A cafeína apresenta efeito ergogênico com dose recomendada na faixa de 3 a 6 mg/kg de massa corporal, ingerida preferencialmente entre 30 e 90 minutos antes do exercício.
- (B) A cafeína só é efetiva em doses acima de 9 mg/kg, pois doses inferiores não promovem aumento significativo no desempenho físico.
- (C) A cafeína é indicada, exclusivamente, para exercícios de força máxima, não havendo evidência de benefício em modalidades aeróbicas de resistência.
- (D) A cafeína deve ser utilizada apenas no período pós-exercício, uma vez que seu principal mecanismo de ação está relacionado à recuperação muscular imediata.
- (E) A cafeína produz efeito ergogênico uniforme em todos os indivíduos, independentemente de dose, horário de ingestão, hábito prévio de consumo ou polimorfismo genético do CYP1A2.

52

Uma paciente de 54 anos, sem histórico de doença cardiovascular ou diabetes, compareceu à Unidade Básica de Saúde com exames laboratoriais que apontam níveis elevados de colesterol (Colesterol Total = 265 mg/dL; LDL-c = 182 mg/dL; Triglicerídeos = 130 mg/dL e HDL-c = 45 mg/dL).

O Nutricionista inicia a abordagem não farmacológica para o controle do LDL-c elevado.

Com base nas Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, assinale a orientação dietética mais adequada e com maior impacto comprovado para a redução do colesterol LDL.

- (A) Aumentar a ingestão de gorduras trans sintéticas, como as encontradas em margarinas duras e biscoitos recheados, que são mais estáveis para o cozimento.
- (B) Substituir o consumo de água purificada por bebidas açucaradas e sucos artificiais, para melhorar a palatabilidade da dieta e aumentar a energia.
- (C) Excluir completamente os carboidratos complexos da dieta, permitindo apenas o consumo de proteínas ultraprocessadas de origem animal para reduzir a ingestão de carboidratos.
- (D) Reduzir o consumo excessivo de ácidos graxos saturados, priorizando o consumo de fibras solúveis (aveia e leguminosas) e de gorduras insaturadas (encontradas no azeite de oliva e no abacate).
- (E) Indicar o consumo diário de banha de porco em substituição aos óleos vegetais líquidos, pois as gorduras saturadas são menos suscetíveis à oxidação e, portanto, mais seguras.

53

Uma Nutricionista recém-contratada em um hospital público atendeu uma adolescente de 16 anos com anorexia nervosa restritiva, IMC 15,5 kg/m², peso 38,5 kg, bradicardia de 42 bpm, pressão arterial sistólica de 85 mmHg, potássio 3,1 mEq/L e fósforo 2,4 mg/dL, com perda de 1,5 kg/semana no último mês. Considerando os princípios do Código de Ética do Nutricionista, a clínica ampliada e as diretrizes para anorexia nervosa grave, assinale a opção que indica a conduta inicial mais adequada que a Nutricionista deve adotar.

- (A) Elaborar plano alimentar com aumento semanal de 200 kcal até 2.000 kcal/dia, orientar registro fotográfico das refeições e manter apenas acompanhamento ambulatorial, sem comunicar a equipe hospitalar, para preservar a aliança terapêutica e evitar constrangimento com possível internação.
- (B) Recusar o atendimento por falta de experiência, encaminhar a paciente a um nutricionista particular externo e não estabelecer contato com a equipe multiprofissional do hospital, pois a atuação isolada poderia gerar iatrogenias e o serviço público não teria estrutura para o caso.
- (C) Integrar a equipe multiprofissional, compartilhar informações relevantes com respeito ao sigilo e, diante da instabilidade clínica, planejar a realimentação em regime de internação hospitalar, com oferta calórica inicial de 10 a 20 kcal/kg/dia, aumentos lentos (150-200 kcal a cada 2-3 dias) e reposição de eletrólitos, para prevenção da síndrome de realimentação.
- (D) Prescrever, imediatamente, dieta hipercalórica com 70 kcal/kg/dia ($\approx$ 2.700 kcal), fracionada em 6 refeições, com suplementos hiperproteicos, orientar interrupção de atividades físicas e manter acompanhamento ambulatorial semanal, pois o ganho ponderal rápido é prioritário para reverter a desnutrição e não há critérios para internação imediata.
- (E) Orientar a paciente e a mãe a "comer normalmente", com incentivo geral a alimentos variados, sem metas calóricas, e agendar retorno apenas após 30 dias, confiando na adesão familiar e na autorregulação alimentar da adolescente, sem necessidade de contato com a equipe médica nesse intervalo.

54

O Nutricionista, durante uma consulta ambulatorial, avaliou um paciente do sexo masculino, 42 anos, sedentário, sem doenças crônicas diagnosticadas e com padrão alimentar onívoro. Na aferição das medidas antropométricas: peso atual: 96 kg e Estatura: 2,00m.

Considerando os parâmetros de classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos da Organização Mundial da Saúde (OMS), o diagnóstico nutricional correto desse paciente é

- (A) eutrofia.
- (B) sobrepeso.
- (C) baixo peso grau I.
- (D) obesidade grau I.
- (E) obesidade grau II.

55

No contexto de rotina hospitalar, a prescrição dietética deve sofrer modificações físicas e químicas para atender às limitações mecânicas, digestivas ou metabólicas do paciente internado.

Um paciente idoso com disfagia orofaríngea leve a moderada necessita de adaptação na consistência da dieta e dos líquidos.

De acordo com a padronização das dietas hospitalares e considerando a segurança da deglutição (evitando a broncoaspiração), assinale a opção que indica a caracterização correta da dieta e o manejo dos líquidos para este paciente.

- (A) Dieta Livre com líquidos totalmente fluidos em livre demanda, visando estimular o reflexo da tosse.
- (B) Dieta Branda, caracterizada pela trituração total de todos os alimentos até a consistência de pó, isenta de lipídios.
- (C) Dieta Geral associada a jejum hídrico absoluto por via oral, suprimindo a água exclusivamente por via retal (proctoclise).
- (D) Dieta Pastosa (textura homogênea, purê) e espessamento de líquidos (textura de néctar ou mel), reduzindo a velocidade do bolo alimentar e facilitando o controle oral.
- (E) Dieta líquida restrita contínua por via oral, pois alimentos fluidos e transparentes não oferecem risco de penetração laringotraqueal.

56

Em uma Unidade Básica de Saúde, uma Nutricionista participa de um grupo de educação em saúde para adolescentes. O tema abordado é "Alimentação e estresse oxidativo".

Ao explicar como os fatores nutricionais modulam o risco de doenças crônicas não transmissíveis, a profissional apresentou uma afirmativa cientificamente embasada.

Assinale a opção que apresenta, corretamente, essa afirmativa.

- (A) O estresse oxidativo é um fenômeno exclusivamente deletério ao organismo, e o consumo elevado de antioxidantes na dieta é capaz de inibir por completo a geração endógena de espécies reativas de oxigênio.
- (B) A fermentação de fibras alimentares pela microbiota intestinal produz ácidos graxos de cadeia curta, os quais atuam como metabólitos sinalizadores, modulam a inflamação sistêmica, preservam a integridade da barreira epitelial intestinal e reduzem a translocação bacteriana.
- (C) A suplementação farmacológica de vitaminas antioxidantes (C e E) em altas dosagens apresenta eficácia comprovada na prevenção primária de eventos cardiovasculares em populações gerais.
- (D) O consumo habitual de carboidratos de rápida absorção está associado ao aumento da produção de espécies reativas de nitrogênio, mas não interfere nos processos oxidativos que ocorrem no interior das mitocôndrias.
- (E) As gorduras com configuração trans em sua estrutura química conferem proteção contra o dano oxidativo celular, uma vez que apresentam maior estabilidade molecular frente à peroxidação lipídica.

57

Paciente do sexo masculino, 45 anos, em acompanhamento nutricional, apresenta quadro de diarreia crônica, esteatorreia e hipovitaminose A. A investigação diagnóstica revelou doença celíaca, com biópsia duodenal evidenciando achatamento das projeções da mucosa e alongamento compensatório das criptas.

Considerando a histofisiologia do intestino delgado, assinale a opção que indica a estrutura anatômica que, quando atrofiada, é a principal responsável pela redução da superfície absorptiva e pelo quadro de má absorção de lipídeos e vitaminas lipossolúveis.

- (A) Placas de Peyer.
- (B) Criptas de Lieberkühn.
- (C) Vilosidades Intestinais.
- (D) Túnica muscular da mucosa.
- (E) Pregas circulares (válvulas de Kerckring).

58

Durante uma aula de metabolismo aplicado à nutrição clínica, é discutido o caso de um paciente de 55 anos, com diagnóstico de litíase biliar (colelitíase) e quadro de esteatorreia, que relata significativa piora dos sintomas dispépticos e dor no quadrante superior direito do abdômen após a ingestão de refeições com alto teor de gordura.

O professor destacou a importância da função hepática na digestão, focando na secreção de uma substância fundamental para a emulsificação dos lipídios da dieta.

Considerando o papel fisiológico dos sais biliares na digestão de gorduras e as evidências científicas atuais sobre o tema, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os hepatócitos são responsáveis pela produção da bile e também pela secreção do pepsinogênio, o qual, ao atingir o estômago, é clivado pelo ácido clorídrico originando a pepsina ativa, enzima que inicia a proteólise das proteínas ingeridas.
- (B) A bile, secretada pelos hepatócitos e conduzida pelos ductos biliares, contém tripsina e quimotripsina em sua composição, enzimas que atuam diretamente na quebra de ligações peptídicas de proteínas no lúmen duodenal, potencializando a ação dos sucos pancreáticos sobre os polipeptídeos.
- (C) A secreção biliar, produzida continuamente pelos hepatócitos, tem como principal função endócrina estimular a liberação de insulina pelas células β -pancreáticas quando o quimo rico em lipídios chega ao duodeno, regulando assim a homeostase glicêmica pós-prandial.
- (D) A bile, sintetizada pelos hepatócitos e armazenada na vesícula biliar, possui sais de natureza anfipática, cuja função é emulsificar gorduras no duodeno, ampliando a superfície de contato para a lipase pancreática e viabilizando a formação de micelas mistas para a absorção de ácidos graxos e monoglicerídeos.
- (E) Os sinusoides hepáticos, capilares especializados do fígado, possuem endotélio fenestrado e descontínuo que permite intensa troca de substâncias, porém são impermeáveis a macromoléculas, como a albumina e os ácidos graxos, o que limita a função metabólica do órgão.

59

Durante uma reunião de equipe multiprofissional em um hospital, a Nutricionista observou que o paciente com Doença de Crohn (DC) em atividade grave e com história de estenose ileal prévia está recebendo orientação para iniciar dieta com restrição de fibras insolúveis.

O médico questionou: “Se a restrição é de apenas fibras insolúveis, por que não orientar uma dieta com aumento de fibras solúveis?”

Com base na fisiopatologia e na mecânica intestinal, assinale a opção que apresenta a justificativa correta para a observação da Nutricionista.

- (A) Fibras solúveis são preferíveis, pois formam gel e lubrificam o bolo fecal, mas na fase ativa aumentam a osmolaridade intraluminal, piorando a diarreia secretória.
- (B) Fibras insolúveis são ricas em frutano e galactooligosacarídeos, que fermentam rapidamente, causando flatulência excessiva e dor abdominal.
- (C) Fibras solúveis ativam o reflexo gastro-cólico, aumentando a motilidade e precipitando a ocorrência de fístulas entero-entéricas.
- (D) Fibras insolúveis, por serem pouco fermentáveis, não alimentam a microbiota, reduzindo a produção de butirato e prejudicando a trofia celular.
- (E) Fibras insolúveis têm efeito abrasivo sobre a mucosa intestinal inflamada e ulcerada, além de aumentar o bolo fecal e a pressão intraluminal, o que pode piorar a dor abdominal, a diarreia e o risco de obstrução em pacientes com estenoses.

60

Paciente, 8 anos, fibrose cística, em uso de enzimas pancreáticas (6.000 UI/kg/refeição). Apresenta peso no percentil 10, esteatorreia, cólicas pós-prandiais, albumina 3,1 g/dL, ferritina 18 ng/mL e zinco 55 μ g/dL.

Com base nessas informações, a conduta nutricional inicial adequada é

- (A) aumentar as enzimas para 10.000 UI/kg/refeição, dieta hiperlipídica (40% VET) com TCL e suplementar vitaminas lipossolúveis, ferro e zinco.
- (B) suspender enzimas e prescrever dieta hipolipídica (< 15% VET) com TCL.
- (C) manter enzimas, dieta normolipídica (25% VET) e suplementar apenas vitamina D.
- (D) reduzir enzimas para 4.000 UI/kg/refeição, dieta hipolipídica (20% VET) e fibras solúveis.
- (E) suspender enzimas e prescrever dieta elementar sem gorduras.

61

As vitaminas são essenciais para a neurofisiologia, atuando como cofatores metabólicos que garantem a integridade estrutural, a síntese de neurotransmissores e a condução dos impulsos elétricos nos neurônios.

A carência desses micronutrientes compromete a função cerebral, podendo causar neuropatias e declínio cognitivo. Dentre eles, as vitaminas B e D desempenham papéis reguladores que afetam o estresse oxidativo.

Sobre o impacto da deficiência desses nutrientes, assinale a afirmativa correta.

- (A) A deficiência de vitamina D aumenta os níveis de magnésio intracelular, o que causa fadiga crônica e inatenção.
- (B) A carência de vitamina B12 está associada ao aumento da citocina pró-inflamatória IL-6, que promove a inflamação e eleva os níveis de espécies reativas de oxigênio (ROS).
- (C) O excesso de vitaminas do complexo B induz a apoptose neuronal ao bloquear a via de transporte de dopamina no estriado.
- (D) A vitamina D atua na patogênese apenas por regular o cálcio ósseo, sem qualquer influência direta na síntese de glutathione neuronal.
- (E) Dietas deficientes em vitaminas hidrossolúveis são benéficas para a saúde neuronal, pois reduzem a taxa metabólica basal de oxigênio no córtex pré-frontal.

62

A comunicação bidirecional entre o trato gastrointestinal e o Sistema Nervoso Central (SNC), conhecida como eixo intestino-cérebro, é mediada por sinalizações químicas que dependem diretamente da fermentação bacteriana de fibras dietéticas.

Sobre o mecanismo de neuroproteção exercido por esses metabólitos, considerando o papel dos ácidos graxos de cadeia curta (SCFAs) na manutenção da homeostase neurofisiológica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Os ácidos graxos de cadeia curta, como o butirato, atuam promovendo a expressão de fatores neurotróficos como o BDNF e fortalecendo as proteínas de junção de oclusão (*tight junctions*) da barreira hematoencefálica.
- (B) Os ácidos graxos de cadeia curta atuam exclusivamente no lúmen intestinal, impedindo a absorção de glicose e, consequentemente, reduzindo a taxa metabólica basal de oxigênio no córtex pré-frontal.
- (C) A produção de ácidos graxos de cadeia curta é estimulada predominantemente pelo consumo de gorduras saturadas, que fornecem os precursores lipídicos necessários para a síntese de serotonina pelas células enterocromafins.
- (D) Os ácidos graxos de cadeia curta inibem a via do nervo vago, forçando a comunicação intestino-cérebro a ocorrer apenas por via endócrina, o que retarda a progressão de doenças neurodegenerativas.
- (E) O excesso de metabólitos bacterianos, como o butirato, induz a ativação crônica da microglia, resultando em um estado de neuroinflamação persistente que beneficia a plasticidade sináptica em adultos.

63

No Brasil, o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas (MR EAN) preconiza uma abordagem que valoriza o diálogo e o respeito às culturas alimentares.

Assinale a opção que indica o princípio do MR-EAN que enfatiza a importância de considerar as dimensões sociais, culturais e ambientais da alimentação.

- (A) Sustentabilidade.
- (B) Intersetorialidade.
- (C) A abordagem do ciclo de vida.
- (D) O direito humano à alimentação adequada (DHAA).
- (E) A valorização da cultura alimentar e do alimento.

64

A nutrigenômica estuda a interação entre os componentes da dieta e o genoma, demonstrando que nutrientes e compostos bioativos podem atuar como moduladores da expressão gênica.

Evidências científicas recentes confirmam que polifenóis como a curcumina (encontrada no açafrão-da-terra) e o resveratrol (presente nas uvas e no vinho tinto) exercem potente efeito anti-inflamatório ao atenuar o estresse oxidativo e bloquear vias de sinalização celular intracelulares.

Esses compostos bioativos são capazes de modular negativamente a expressão e a ativação de um Fator de Transcrição crucial, frequentemente ativado e translocado ao núcleo em estados inflamatórios crônicos, responsável pela transcrição de citocinas pró-inflamatórias.

Esse Fator é denominado

- (A) PGC-1 α .
- (B) SREBP-1c.
- (C) NF- κ B.
- (D) PPAR γ .
- (E) ChREBP.

65

Embora os edulcorantes não nutritivos, como a sucralose, sejam frequentemente usados como substitutos do açúcar para o controle glicêmico, evidências científicas recentes sugerem que seu consumo não é biologicamente inerte.

Ao considerar o impacto desses compostos no ecossistema intestinal e na saúde metabólica do hospedeiro, observa-se que

- (A) a sucralose atua como um prebiótico seletivo, estimulando exclusivamente o crescimento de *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, o que melhora a sensibilidade à insulina em indivíduos obesos.
- (B) o desconforto abdominal associado ao uso de edulcorantes decorre do aumento da integridade da mucosa intestinal, o que impede a migração necessária de bactérias comensais para a corrente sanguínea.
- (C) os adoçantes artificiais são completamente degradados pelas enzimas digestivas humanas antes de atingirem o cólon, garantindo que não ocorra interação com a microbiota anaeróbia.
- (D) a resistência à insulina causada pela sucralose é um efeito direto do seu alto índice glicêmico, que provoca picos de insulina idênticos aos do consumo de sacarose pura.
- (E) o consumo de edulcorantes artificiais está associado à disbiose intestinal, que pode desencadear uma resposta inflamatória e interferir na tolerância à glicose por meio de alterações na sinalização do eixo intestino-cérebro-metabolismo.

66

A resposta ao estresse é a denominação dada às alterações hormonais e metabólicas que se seguem a uma lesão ou trauma. Ela faz parte da reação sistêmica à lesão, a qual abrange uma ampla gama de efeitos endocrinológicos, imunológicos e hematológicos.

No paciente gravemente traumatizado, a resposta metabólica ao estresse é caracterizada por um intenso estado catabólico celular, no qual ocorre

- (A) a redução da gliconeogênese, mediada pelo glucagon.
- (B) a diminuição da lipólise, através da ação das catecolaminas.
- (C) o aumento da síntese proteica muscular, mediado pela insulina.
- (D) o aumento da oxidação de carboidratos, mediado pelo hormônio do crescimento.
- (E) o aumento da proteólise e balanço nitrogenado negativo, mediado principalmente pelo cortisol.

67

O consumo adequado de fibras alimentares é fundamental para a saúde intestinal e para a modulação da microbiota, sendo que o tipo de fibra predominantemente fermentado pela microbiota colônica, resultando na produção de ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), é constituído pelas

- (A) frações de lignina.
- (B) estruturas de quitina.
- (C) moléculas de amido resistente tipo 1.
- (D) fibras solúveis (pectina, gomas, inulina).
- (E) fibras insolúveis (celulose, hemicelulose).

68

O leite materno apresenta variações em sua composição ao longo do tempo, de modo que a principal característica que diferencia o colostro do leite maduro, conferindo potente proteção imunológica ao recém-nascido, é o fato de o colostro ser

- (A) composto predominantemente por caseína e cálcio.
- (B) rico em gordura e lactose, com maior volume de produção.
- (C) idêntico ao leite maduro em composição, variando apenas na coloração.
- (D) mais rico em proteínas de rápida absorção e minerais essenciais, sem presença de anticorpos.
- (E) rico em imunoglobulinas e em fatores de crescimento, com menor volume e maior densidade nutricional.

69

No tratamento de transtornos alimentares e na promoção de uma relação saudável com a comida, a abordagem do 'Comer Intuitivo' (*Intuitive Eating*) fundamenta-se em princípios que buscam a reconexão com os sinais internos do organismo, destacando-se a prática de

- (A) honrar a fome física, atendendo às necessidades biológicas de energia do organismo.
- (B) suprimir a saciedade para garantir o consumo de nutrientes preestabelecidos.
- (C) utilizar a alimentação como mecanismo compensatório para frustrações emocionais.
- (D) categorizar os alimentos conforme sua densidade calórica para fins de restrição.
- (E) ignorar os sinais corporais em favor de protocolos dietéticos padronizados.

70

O Código de Ética e de Conduta do Nutricionista (Resolução CFN nº 599/2018) estabelece diretrizes rigorosas para a conduta profissional, sendo expressamente **vedado** ao Nutricionista

- (A) realizar atendimento nutricional *online*.
- (B) divulgar informações sobre sua atuação profissional em redes sociais.
- (C) vender produtos de empresas das quais seja proprietário ou tenha interesse comercial.
- (D) participar de equipes multidisciplinares de saúde.
- (E) elaborar planos alimentares personalizados.

71

Em nutrição esportiva, a escolha do tipo de proteína é crucial para otimizar a síntese proteica muscular.

Assinale a opção que indica a principal **diferença** entre a proteína do soro do leite (*whey protein*) e a caseína, em relação à cinética de absorção e seu impacto na resposta anabólica.

- (A) A *whey protein* tem absorção lenta, promovendo um anabolismo prolongado, enquanto a caseína tem absorção rápida, com pico de aminoácidos mais elevado.
- (B) Ambos têm absorção rápida, mas o *whey protein* é mais completo em aminoácidos essenciais.
- (C) A *whey protein* tem absorção rápida, gerando um pico agudo de aminoácidos e estimulando rapidamente a síntese proteica, enquanto a caseína tem absorção lenta, liberando aminoácidos de forma mais gradual.
- (D) A caseína é mais eficaz na estimulação da via mTOR devido à sua alta concentração de leucina.
- (E) A diferença na cinética de absorção não impacta significativamente a síntese proteica muscular a longo prazo.

72

Em pacientes idosos obesos em uso de tirzepatida (Mounjaro®), a rápida perda de peso pode acelerar a depleção de massa isenta de gordura, sendo que, para mitigar o risco de sarcopenia e preservar a funcionalidade muscular, a estratégia nutricional deve priorizar a

- (A) suplementação de leucina associada a um aporte proteico hipercalórico para maximizar o anabolismo.
- (B) oferta proteica de alto valor biológico, fracionada ao longo do dia, visando atingir o limiar de síntese proteica.
- (C) restrição severa de carboidratos para potencializar a oxidação lipídica induzida pelo fármaco.
- (D) prescrição de triglicerídeos de cadeia média (TCM) como fonte primária de energia para poupar aminoácidos.
- (E) redução da ingestão hídrica para evitar a hemodiluição dos eletrólitos intracelulares musculares.

73

A ruptura da homeostase da microbiota intestinal, frequentemente exacerbada por dietas inadequadas e pelo uso de fármacos, compromete a integridade da barreira epitelial e a sinalização do eixo intestino-cérebro.

No cenário específico da encefalopatia hepática, essa disbiose atua como um determinante crítico da patogênese, sendo que o mecanismo fisiopatológico mais relevante para a exacerbação do quadro neurológico é o(a)

- (A) aumento da produção de ácidos graxos de cadeia curta que estabilizam a barreira hematoencefálica.
- (B) redução da síntese de amônia pelas bactérias proteolíticas do cólon.
- (C) aumento da absorção de vitaminas lipossolúveis que protegem os neurônios.
- (D) diminuição da permeabilidade intestinal, impedindo a translocação de patógenos.
- (E) aumento da produção de amônia e neurotoxinas pela microbiota, que sobrecarregam o sistema de desintoxicação hepática.

74

Segundo a Resolução CFN nº 600/2018, assinale a opção que apresenta a atividade que constitui uma atribuição privativa do Nutricionista em todas as suas áreas de atuação.

- (A) A assistência dietoterápica e a prescrição de dietas personalizadas.
- (B) A prescrição de suplementos nutricionais contendo substâncias anabolizantes.
- (C) A realização de exames físicos para diagnóstico de patologias sistêmicas.
- (D) A comercialização de produtos alimentares em ambiente de consulta.
- (E) A execução de procedimentos de acupuntura e terapias integrativas.

75

A modulação terapêutica da microbiota intestinal tem se consolidado como uma estratégia adjuvante em diversas patologias, exigindo que as intervenções nutricionais sejam baseadas em evidências de segurança, viabilidade e eficácia específica da cepa.

Nesse contexto, seguindo as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Associação Científica Internacional de Probióticos e Prebióticos (ISAPP), os probióticos são tecnicamente definidos como

- (A) componentes alimentares não digeríveis que estimulam seletivamente a proliferação de bactérias benéficas no cólon.
- (B) microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas, beneficiam a saúde do hospedeiro.
- (C) complexos enzimáticos de origem fúngica que otimizam a hidrólise de polissacarídeos não amiláceos.
- (D) frações bacterianas inativadas por calor que mantêm a capacidade de modular a resposta imune sistêmica.
- (E) metabólitos secundários produzidos por microrganismos com ação bacteriostática sobre patógenos entéricos.

76

A síndrome da fragilidade no idoso é uma condição multidimensional caracterizada por uma redução da reserva fisiológica e da resistência a estressores biológicos, resultando em um estado de vulnerabilidade a desfechos adversos, como quedas, hospitalização e mortalidade.

Na avaliação nutricional e geriátrica, a identificação precoce dessa síndrome é fundamental para a intervenção terapêutica, sendo que o principal preditor clínico e marcador do fenótipo de fragilidade é a

- (A) manutenção de um índice de massa corporal (IMC) elevado, indicando reserva energética adequada.
- (B) suplementação profilática de megadoses de antioxidantes hidrossolúveis como a vitamina C.
- (C) ingestão dietética predominante de ácidos graxos poli-insaturados da série ômega-6.
- (D) perda de peso não intencional associada à redução da força de preensão manual e da velocidade de marcha.
- (E) ausência completa de comorbidades crônicas, independentemente da composição corporal.

77

Considerando a fisiologia da digestão e absorção de lipídios, os triglicerídeos de cadeia média (TCM) representam uma alternativa nutricional valiosa para pacientes com síndromes de má absorção de gorduras, uma vez que, diferentemente dos triglicerídeos de cadeia longa (TCL), sua absorção intestinal se caracteriza por ocorrer, predominantemente,

- (A) por meio da formação de quilomícrons e subsequente transporte pelo sistema linfático.
- (B) com a absorção dos produtos via circulação sistêmica, após a hidrólise completa no intestino grosso.
- (C) por difusão passiva, com os ácidos graxos de cadeia média sendo transportados diretamente para a veia porta.
- (D) mediante um processo de transporte ativo acoplado ao sódio, principalmente nas porções distais do intestino delgado.
- (E) de forma estritamente dependente da ação das lipases pancreáticas e da formação de micelas pelos sais biliares.

78

A Síndrome de Realimentação é uma complicação metabólica grave decorrente do suporte nutricional agressivo em pacientes desnutridos.

O desequilíbrio eletrolítico mais característico e perigoso dessa condição, capaz de precipitar arritmias cardíacas e insuficiência respiratória, é a

- (A) hipernatremia.
- (B) hipercalcemia.
- (C) hiperglicemia.
- (D) hipercalcemia.
- (E) hipofosfatemia.

79

O acompanhamento nutricional durante a gestação é crucial para a saúde materno-infantil, sendo o ganho de peso gestacional (GPG) um indicador fundamental.

No Brasil, as recomendações para o GPG foram atualizadas em 2022, com a introdução de curvas específicas para a população brasileira.

Nesse contexto, sobre as novas curvas de GPG, assinale a afirmativa correta.

- (A) Foram desenvolvidas a partir do Consórcio Brasileiro de Nutrição Materno-infantil (CONMAI), permitindo uma avaliação individualizada do ganho de peso, com base no IMC pré-gestacional.
- (B) Indicam que gestantes com sobrepeso ou obesidade devem ter um ganho de peso mais expressivo no primeiro trimestre para compensar o estado nutricional pré-gestacional.
- (C) São baseadas exclusivamente nas recomendações do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, sem considerar as particularidades da população brasileira.
- (D) Recomendam um ganho de peso fixo para todas as gestantes, independentemente do Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional.
- (E) Substituíram as curvas anteriores por um instrumento que prioriza a perda de peso durante toda a gestação para gestantes com obesidade.

80

O conceito de DOHaD (*Developmental Origins of Health and Disease*) postula que exposições nutricionais e ambientais durante períodos críticos do desenvolvimento fetal e infantil podem programar o risco de doenças crônicas na vida adulta. Nesse contexto, o mecanismo central para essa programação metabólica envolve

- (A) metilação do DNA e modificações de histonas, que alteram a expressão gênica sem mudar a sequência de DNA.
- (B) alterações na sequência de nucleotídeos do DNA.
- (C) mutações genéticas hereditárias.
- (D) aumento da taxa de replicação celular no tecido adiposo.
- (E) diminuição da produção de ATP mitocondrial no fígado.

81

Paciente do sexo feminino, 29 anos, diagnosticada com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) há dois anos, apresentou-se para acompanhamento nutricional ambulatorial. Queixou-se de fadiga persistente e dores articulares frequentes.

Em seus exames laboratoriais recentes, observou-se: 25-hidroxivitamina D [25(OH)D] sérica de 18 ng/mL. A paciente relatou uso crônico de prednisona (corticoide) e que evita exposição solar direta devido à fotossensibilidade característica da patologia.

Com base no quadro clínico e nas evidências científicas sobre o potencial terapêutico da vitamina D, assinale a opção que apresenta a análise correta da condição da paciente e a conduta indicada.

- (A) A concentração sérica de 25(OH)D da paciente indica suficiência para a saúde geral, sendo recomendada apenas a manutenção de fontes dietéticas in natura como peixes gordos e gema de ovo.
- (B) O uso crônico de corticosteroides atua de forma sinérgica com a vitamina D, aumentando sua absorção intestinal e dispensando a necessidade de suplementação acima da dose de recomendação diária.
- (C) A suplementação em doses elevadas (acima de 10.000 UI/dia) é a conduta prioritária, uma vez que não há riscos de toxicidade ou efeitos adversos como hipercalcemia em pacientes com doenças autoimunes.
- (D) A monitoração da calcemia total e iônica deve ser adotada como o principal critério para o diagnóstico de deficiência de vitamina D, visto que a redução do cálcio circulante precede a queda dos níveis de 25(OH)D na circulação.
- (E) Os níveis séricos de 25(OH)D da paciente indicam inadequação, e a suplementação de 2.000 UI/dia pode ser considerada para auxiliar na melhora de marcadores inflamatórios e na evolução do quadro de LES.

82

Um homem de 61 anos, com diagnóstico recente de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) estágio II, sem outras comorbidades metabólicas, procurou orientação nutricional com o objetivo de adotar estratégias não farmacológicas para o controle dos níveis pressóricos.

O paciente relatou receio quanto ao uso de múltiplos medicamentos e deseja saber quais intervenções alimentares possuem maior nível de evidência científica e força de recomendação para reduzir, de maneira sustentada, a pressão arterial sistólica e diastólica.

À luz das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2020) e do padrão alimentar DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), assinale a opção que indica a conduta correta estruturada pelo Nutricionista.

- (A) Manter a ingestão habitual de sódio, acima de 4 g de sal por dia, argumentando que não há evidência consistente de benefício na redução do consumo de sódio para valores inferiores a 2 g de sódio por dia em pacientes hipertensos sem comorbidades.
- (B) Orientar a redução do consumo de frutas, hortaliças e legumes frescos, com restrição de alimentos ricos em potássio, com o objetivo de diminuir a excreção urinária de potássio e evitar possível sobrecarga renal em pacientes hipertensos.
- (C) Implementar a redução da ingestão de sódio para metas inferiores a 2.000 mg/dia e associar a um consumo elevado de frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura e grãos integrais, garantindo um aporte otimizado de potássio, magnésio e cálcio.
- (D) Prescrever o uso rotineiro de suplementos proteicos isolados, em doses elevadas e como “bônus” à alimentação habitual, com a justificativa de aumentar a pressão osmótica coloidosmótica plasmática e, por esse mecanismo, reduzir a pressão arterial sistêmica.
- (E) Indicar dieta com restrição severa de carboidratos (< 50 g/dia) e aumento expressivo da ingestão de ácidos graxos saturados, com o objetivo de promover perda de peso rápida e redução da pressão arterial, independentemente do perfil lipídico e metabólico do paciente.

83

Homem, 62 anos, com doença renal crônica em hemodiálise há 1 ano, retorna ao ambulatório de nutrição relatando inapetência, câimbras frequentes e redução do consumo alimentar nos últimos meses. Os exames evidenciam albumina sérica discretamente reduzida, fósforo acima da meta e potássio limítrofe, além de ganho interdialítico acima do recomendado.

Considerando a atuação do Nutricionista, assinale a afirmativa correta.

- (A) Manter dieta hipoproteica rigorosa para reduzir a sobrecarga renal, priorizando apenas a restrição de potássio e fósforo.
- (B) Priorizar dieta hipocalórica com forte restrição de proteínas, pois a hemodiálise elimina a necessidade de manutenção de massa magra.
- (C) Orientar aumento indiscriminado de líquidos nos intervalos entre as sessões, para prevenir hipotensão e câimbras durante a diálise.
- (D) Suspende o uso de suplementos e incentivar alimentação livre, pois o estado nutricional em hemodiálise é definido apenas por ureia e creatinina.
- (E) Ajustar o plano alimentar com adequada oferta proteica, controle individualizado de sódio, potássio, fósforo e líquidos, além de monitorar ingestão energética e sinais de desnutrição.

84

Paciente de 54 anos, com obesidade, Diabetes *Mellitus* tipo 2 e hipertensão arterial, acompanhada em ambulatório multiprofissional de uma UBS, relata dificuldade de adesão ao plano alimentar em razão de trabalho em turnos, insegurança alimentar domiciliar e episódios de alimentação impulsiva associados a estresse. Na reunião de equipe, o Nutricionista discute o caso com Médico, Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Social, buscando alinhar metas assistenciais compatíveis com o contexto de vida da paciente.

Considerando a clínica ampliada, o trabalho interprofissional e o cuidado em equipe, assinale a afirmativa correta.

- (A) A atuação do Nutricionista deve priorizar a prescrição dietética padronizada, com metas nutricionais rígidas, pois a adaptação ao contexto social pode comprometer a efetividade terapêutica.
- (B) A melhor estratégia é restringir a intervenção nutricional ao controle de calorias e macronutrientes, deixando os determinantes sociais e emocionais exclusivamente para os demais profissionais da equipe.
- (C) O cuidado interprofissional ocorre de forma adequada quando cada profissional define sua própria conduta de maneira autônoma, sem necessidade de construção compartilhada do plano terapêutico.
- (D) O Nutricionista deve manter o foco na identificação de inadequações alimentares e na prescrição de um plano individualizado, reservando à equipe apenas o acompanhamento dos desfechos clínicos e laboratoriais.
- (E) O Nutricionista deve integrar sua avaliação técnica à construção compartilhada do projeto terapêutico, articulando a proposta alimentar à realidade social, ao sofrimento psíquico e à capacidade de adesão da paciente, em corresponsabilização com a equipe.

85

Paciente do sexo masculino, 69 anos, diagnosticado com anemia ferropriva secundária a sangramento gastrointestinal prévio (já controlado). Faz uso contínuo de Omeprazol (40 mg/dia) para tratamento de doença do refluxo gastroesofágico e carbonato de cálcio (1250 mg/dia) devido à osteopenia.

Há dois meses, iniciou suplementação com sulfato ferroso (120 mg de ferro elementar/dia), porém o hemograma recente e a cinética do ferro mostram resposta terapêutica insatisfatória, apesar do relato de boa adesão ao tratamento.

Exame laboratorial: Hemoglobina: 10,2 g/dL (Valor de Referência - VR: 13-18 g/dL); Ferritina sérica: 18 ng/mL (VR: 30-200 ng/mL); e Saturação de transferrina: 14% (VR: 20-50%).

Com base na fisiologia da absorção de micronutrientes e nas interações fármaco-nutriente presentes, assinale a opção que apresenta a causa clínica mais provável para a refratariedade do quadro.

- (A) A hipocloridria induzida pelo Omeprazol prejudica a solubilização do ferro não-heme e sua redução para a forma ferrosa, necessária para a absorção.
- (B) O Sulfato Ferroso deve ser administrado obrigatoriamente junto às principais refeições para que o pH alcalino alimentar favoreça a estabilidade química do íon ferroso livre.
- (C) A interação medicamentosa ocorre exclusivamente por competição enzimática no citocromo P-450, o que acelera a excreção renal do ferro antes de sua ligação à transferrina.
- (D) O Carbonato de Cálcio, por ser um sal de caráter ácido, neutraliza a ação dos transportadores de metais bivalentes (DMT1) na mucosa duodenal, impedindo a captação do ferro.
- (E) O uso isolado do Omeprazol interfere exclusivamente na clivagem da vitamina B12 proteica, não possuindo impacto clínico relevante sobre a biodisponibilidade do ferro inorgânico.

86

Uma paciente de 28 anos foi diagnosticada com anemia ferropriva secundária à hipermenorreia.

O Nutricionista prescreveu inicialmente sulfato ferroso (200 mg de ferro elementar/dia, fracionados).

Após 15 dias, a paciente retornou relatando forte desconforto epigástrico, náuseas persistentes e constipação, levando-a a interromper a suplementação por conta própria. Diante da baixa adesão devido aos efeitos adversos gastrointestinais, a equipe optou pela substituição por ferripolimaltose.

Sobre o caso hipotético narrado, considerando a substituição da conduta terapêutica e os mecanismos que impactam a adesão ao tratamento, assinale a afirmativa correta.

- (A) A ferripolimaltose, por ser um sal ferroso quelado, exige a ingestão em jejum para garantir a difusão passiva, o que aumenta a biodisponibilidade em relação aos sais de ferro férrico inorgânico.
- (B) A adesão ao Sulfato Ferroso é superior quando administrado simultaneamente a chás e laticínios, pois os taninos e o cálcio atuam como facilitadores da redução do íon férrico (Fe^{3+}) para ferroso (Fe^{2+}).
- (C) O Sulfato Ferroso apresenta maior frequência de eventos adversos devido à absorção mais rápida e não controlada, o que gera maior estresse oxidativo na mucosa intestinal quando comparado à ferripolimaltose.
- (D) Os complexos de ferro férrico, como a ferripolimaltose, apresentam menor eficácia clínica na reposição dos estoques de ferritina a longo prazo, sendo indicados apenas como tratamento paliativo dos sintomas dispépticos.
- (E) A ferripolimaltose deve ser evitada em pacientes com intolerância gastrointestinal, pois seu mecanismo de absorção por difusão ativa fisiologicamente controlada resulta em maiores taxas de mancha nos dentes e sabor metálico.

87

Mulher de 58 anos com diabetes tipo 2, que usa metformina 2.550 mg/dia há 7 anos, buscou atendimento ambulatorial devido à fadiga, parestesias nas pernas e dificuldades crescentes de equilíbrio.

Seus exames laboratoriais indicam hemoglobina de 11,0 g/dL (VR: 12,0–16,0 g/dL); volume corpuscular médio de 104 fL (VR: 80–100 fL); e vitamina B12 sérica de 172 pg/mL (VR: 200–900 pg/mL). Com base no caso clínico e na relação entre o tratamento farmacológico e o estado nutricional, assinale a afirmativa correta.

- (A) As queixas neurológicas apresentadas pela paciente, como parestesias e alteração do equilíbrio, não são reconhecidas como repercussões da deficiência de vitamina B12 e devem ser investigadas por outra via diagnóstica.
- (B) A macrocitose identificada no hemograma é ocasionada apenas por deficiência de folato e não de vitamina B12. Dessa forma, o quadro neurológico da paciente deve ser atribuído exclusivamente à neuropatia periférica diabética.
- (C) A metformina atua estimulando a captação celular de vitamina B12 por meio de receptores hepáticos, de modo que níveis séricos reduzidos nesse contexto são esperados como fenômeno fisiológico adaptativo, sem necessidade de intervenção nutricional ou farmacológica adicional.
- (D) O uso crônico de metformina interfere na absorção intestinal de vitamina B12 por prejudicar o mecanismo dependente de cálcio no íleo terminal; os achados laboratoriais associados às manifestações neurológicas são compatíveis com essa deficiência, indicando rastreio sistemático e consideração de reposição.
- (E) A redução dos níveis séricos de vitamina B12 em usuários de metformina é um achado restrito a pacientes com ingesta insuficiente de alimentos de origem animal ou com síndromes de má absorção intestinal preexistentes, não sendo esperada em pacientes com dieta habitual e função digestiva preservada.

88

Homem, 67 anos, hipertenso há 15 anos, em uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia há 8 anos. Em consulta de rotina, queixou-se de fraqueza muscular progressiva, câimbras frequentes nos membros inferiores e palpitações ocasionais.

O eletrocardiograma revelou prolongamento do intervalo QT. Os exames laboratoriais mostraram: potássio sérico de 3,0 mEq/L (VR: 3,5–5,0 mEq/L), magnésio sérico de 0,62 mmol/L (VR: 0,75–1,0 mmol/L) e sódio sérico de 138 mEq/L (VR: 136–145 mEq/L).

A Nutricionista da equipe multiprofissional foi acionada para avaliar o estado nutricional e propor intervenção.

Assinale a opção que apresenta a interpretação clínica e a conduta nutricional mais adequadas para esse caso.

- (A) A hipomagnesemia, ocasionada pelo uso prolongado e de altas doses de hidroclorotiazida, favorece a hipocalcemia refratária ao inibir a reabsorção tubular de potássio, e a conduta nutricional inclui orientação para o consumo de alimentos fontes de magnésio, associada à avaliação da necessidade de suplementação.
- (B) O quadro clínico e laboratorial é explicado exclusivamente pela deficiência de potássio, sem relação com o magnésio. Por conta disso, a conduta nutricional prioritária é orientar o consumo de banana e suco de laranja para normalização do potássio sérico, sem necessidade de investigar o magnésio sérico de forma independente.
- (C) Os diuréticos tiazídicos atuam principalmente no túbulo proximal, promovendo perda predominante de sódio e bicarbonato. Assim, nesse caso, a hipomagnesemia identificada tem origem exclusivamente dietética e a conduta deve focar no aumento do consumo de laticínios e carnes para reposição mineral adequada.
- (D) O prolongamento do intervalo QT identificado no eletrocardiograma não está relacionado a desequilíbrios eletrolíticos induzidos por diuréticos, mas, na verdade, trata-se de uma alteração estrutural cardíaca primária ocasionada pela hipertensão, e a intervenção nutricional deve priorizar a restrição de sódio e o controle do peso corporal como medidas exclusivas de manejo.
- (E) O uso de diuréticos tiazídicos está associado à retenção de magnésio e potássio pelo organismo. Dessa forma, os achados laboratoriais refletem uma redistribuição intracelular transitória desses eletrólitos, e a conduta nutricional deve restringir o consumo de alimentos ricos em magnésio para evitar sobrecarga renal e agravamento das palpitações.

89

Em fevereiro de 2026, a ANVISA ordenou o recolhimento de dez lotes de uma fórmula infantil destinada a lactentes com necessidades nutricionais especiais, após detectar uma concentração de selênio que excede o limite máximo permitido pela legislação atual (limite de 2,5 µg/100 kcal; níveis encontrados nos lotes retirados: 31,1 µg/100 kcal).

Essa ação proibiu a comercialização, distribuição, importação e propaganda do produto.

Com base no comunicado regulatório da ANVISA e nas recomendações de segurança nutricional para lactentes, assinale a afirmativa correta.

- (A) A medida regulatória da ANVISA é considerada preventiva e sem embasamento clínico consolidado, uma vez que não há casos de selenose documentados em lactentes alimentados exclusivamente com fórmulas industrializadas.
- (B) O excesso de selênio em fórmulas infantis apresenta risco clínico apenas quando a exposição ocorre por período superior a seis meses consecutivos, mas em períodos de menor duração não são capazes de produzir manifestações de selenose em lactentes, independentemente da concentração oferecida.
- (C) A concentração de selênio identificada nos lotes recolhidos representa risco exclusivo para prematuros e recém-nascidos de baixo peso ao nascer, pois lactentes a termo possuem maturidade renal suficiente para excretar o excedente sem manifestações clínicas, não sendo necessária a interrupção do uso em lactentes saudáveis.
- (D) O excesso de selênio identificado nos lotes recolhidos não representa risco nutricional independente, pois o selênio compete com o zinco pela mesma via de absorção intestinal. Dessa forma, o principal efeito clínico esperado é, portanto, a deficiência de zinco, e a conduta recomendada é a suplementação desse mineral sem necessidade de substituição da fórmula.
- (E) A determinação do recolhimento pela ANVISA é justificada porque o selênio possui uma janela entre ingestão adequada e tóxica especialmente estreita em lactentes, e a concentração identificada no lote representa risco real de selenose, cujas manifestações incluem alterações gastrointestinais, dérmicas e ungueais, além de potencial comprometimento do desenvolvimento.

90

O peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1) é um hormônio incretínico produzido pelas células L do epitélio intestinal em resposta à ingestão de nutrientes, com papel central na regulação da homeostase glicêmica.

Considerando a fisiologia do GLP-1 endógeno e seu mecanismo de ação sobre o pâncreas, assinale a afirmativa correta.

- (A) Após sua secreção, o GLP-1 apresenta meia-vida plasmática longa, permanecendo ativo na circulação sistêmica por tempo prolongado regulando a secreção de insulina até a próxima refeição.
- (B) O GLP-1 exerce efeito insulínico estritamente dependente da glicose plasmática por meio da ativação do GLP-1R nas células β, com consequente aumento do AMPc, ativação de PKA e EPAC2, influxo de Ca²⁺ e exocitose de insulina.
- (C) O GLP-1 atua exclusivamente sobre as células α pancreáticas, suprimindo a secreção de glucagon de forma permanente após a ingestão alimentar, sem ação direta sobre as células β pancreáticas ou sobre a secreção de insulina em condições fisiológicas normais.
- (D) O GLP-1 é secretado pelas células L intestinais em resposta ao jejum prolongado, com pico de secreção nas primeiras horas sem ingestão alimentar. Sua principal ação é estimular a glicogenólise hepática para manter a glicemia basal durante períodos de restrição energética.
- (E) O GLP-1 estimula a secreção de insulina pelas células β pancreáticas de maneira contínua e independente da concentração de glicose plasmática, ao se ligar ao seu receptor e ativar diretamente canais de potássio sensíveis ao ATP, despolarizando a membrana e promovendo o influxo de cálcio em qualquer condição metabólica.

91

Paciente do sexo masculino, 48 anos, admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após politrauma, encontra-se hemodinamicamente estável, em ventilação mecânica, sem calorimetria indireta disponível. Peso atual: 115 kg, altura: 1,72 m, peso ideal estimado: 67 kg, IMC: 38,9 kg/m² (VR: 18,5–24,9 kg/m²).

A equipe de nutrição é acionada para prescrição da terapia nutricional enteral.

Assinale a opção que apresenta a meta calórica e proteica diária mais adequada para esse paciente.

- (A) Meta calórica de 22 a 25 kcal/kg/dia do peso ideal, totalizando 1.474 a 1.675 kcal/dia, com oferta proteica de 2,0 a 2,5 g/kg/dia do peso ideal, totalizando 134 a 167,5 g de proteína/dia, indicada para pacientes com IMC acima de 50 kg/m².
- (B) Meta calórica de 11 a 14 kcal/kg/dia do peso real, totalizando 1.265 a 1.610 kcal/dia, com oferta proteica de 2,0 g/kg/dia do peso ideal, totalizando 134 g de proteína/dia, estratégia hipocalórica e hiperproteica indicada para pacientes com IMC entre 30 e 50 kg/m².
- (C) Meta calórica de 25 a 30 kcal/kg/dia do peso real, totalizando 2.875 a 3.450 kcal/dia, com oferta proteica de 1,2 g/kg/dia do peso real, totalizando 138 g de proteína/dia, estratégia indicada para promover balanço energético positivo e preservar a massa muscular no paciente obeso crítico.
- (D) Meta calórica de 15 a 20 kcal/kg/dia do peso real, totalizando 1.725 a 2.300 kcal/dia, com oferta proteica de 1,3 a 2,0 g/kg/dia do peso real, totalizando 149,5 a 230 g de proteína/dia, estratégia recomendada para todos os pacientes críticos independentemente do IMC.
- (E) Meta calórica de 11 a 14 kcal/kg/dia do peso ideal, totalizando 737 a 938 kcal/dia, com oferta proteica de 1,2 g/kg/dia do peso ideal, totalizando 80,4 g de proteína/dia, estratégia indicada para minimizar o risco de hiperalimentação e síndrome de realimentação no paciente obeso crítico.

92

Homem de 46 anos, com IMC de 28,7 kg/m² (referência: 18,5–24,9 kg/m²), buscou atendimento ambulatorial para emagrecimento.

Ele relatou ter iniciado, por conta própria, uma dieta “rica em proteínas”, incluindo consumo frequente de carnes, ovos e *shakes* proteicos, compondo cerca de 25% de sua ingestão energética diária.

Após alguns meses, houve uma perda de peso discreta, mas seus exames mostraram aumento do LDL colesterol e piora nos marcadores inflamatórios.

Considerando esse quadro, assinale a afirmativa correta.

- (A) A dieta hiperproteica reduz obrigatoriamente o risco cardiovascular em pessoas com sobrepeso, pois a leucina inibe a formação de placas ateroscleróticas ao reduzir a ativação de macrófagos na parede vascular.
- (B) O principal risco metabólico da dieta hiperproteica em indivíduos com sobrepeso é a hipoglicemia pós-prandial, decorrente da supressão completa da gliconeogênese hepática e da redução da secreção de glucagon.
- (C) O aumento da ingestão de proteínas em indivíduos com sobrepeso protege o endotélio vascular por reduzir a absorção intestinal de lipídios e, por isso, é estratégia preferencial para prevenção de doença cardiovascular.
- (D) Dietas hiperproteicas só apresentam risco clínico em pacientes com doença renal crônica pré-existente; em indivíduos com sobrepeso e função renal preservada, não há evidência de associação com eventos cardiovasculares.
- (E) A ingestão proteica acima de 22% do valor energético total pode elevar os níveis circulantes de aminoácidos ativando respostas inflamatórias em células imunes vasculares e aumentando o risco de aterosclerose, mesmo em indivíduos com sobrepeso e sem obesidade grave.

93

Em uma Unidade de Terapia Intensiva, o Nutricionista integra a equipe multiprofissional responsável pela terapia nutricional do paciente crítico.

Considerando as atribuições do Nutricionista na terapia nutricional parenteral, assinale a afirmativa correta.

- (A) A participação do Nutricionista limita-se à conferência da aceitação da dieta oral, não havendo atuação direta na avaliação ou no acompanhamento da nutrição parenteral em pacientes críticos.
- (B) Cabe ao Nutricionista definir o acesso venoso central, estabelecer a velocidade de infusão e ajustar diretamente os fármacos associados à terapia parenteral, em conjunto com a equipe de enfermagem.
- (C) A atuação do Nutricionista restringe-se à solicitação de exames laboratoriais e à interpretação de marcadores bioquímicos, sem responsabilidade pela adequação da terapia nutricional instituída.
- (D) Ao Nutricionista cabe apenas calcular o aporte energético total, cabendo ao Médico e ao Farmacêutico a definição da composição de macronutrientes, micronutrientes e eletrólitos da solução parenteral.
- (E) Compete ao Nutricionista avaliar a terapia nutricional parenteral qualitativa e quantitativamente, adequando-a às necessidades nutricionais e à condição clínica atual do paciente, com registro da prescrição dietética e da evolução nutricional em prontuário.

94

Em consulta ambulatorial de nutrição, uma paciente de 32 anos, sem comorbidades conhecidas, relatou interesse em iniciar suplementação de *ômega-3* por acreditar que o produto “faz bem para o coração” e poderia melhorar sua saúde de forma geral.

Ela não consome peixe com frequência, mas não apresenta hipertrigliceridemia, doença cardiovascular aterosclerótica, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, gestação ou outra indicação clínica documentada.

Considerando as evidências atuais sobre o uso de *ômega-3* em adultos, assinale a afirmativa correta.

- (A) O benefício clínico do *ômega-3* restringe-se à presença de deficiência nutricional previamente documentada, sendo ausente em indivíduos com ingestão alimentar habitual adequada.
- (B) A suplementação de *ômega-3* tem indicação principal para corrigir carências de vitaminas lipossolúveis, podendo ser prescrita de maneira ampla em adultos sem doença estabelecida.
- (C) O *ômega-3* deve ser utilizado como estratégia universal de prevenção cardiovascular primária, porque todas as formulações apresentam o mesmo efeito clínico e o mesmo perfil de segurança.
- (D) A suplementação de *ômega-3* deve ser recomendada rotineiramente a todos os adultos saudáveis, pois há benefício cardiovascular consistente, independentemente da dose utilizada e da formulação disponível.
- (E) A suplementação de *ômega-3* não deve ser empregada de forma indiscriminada em adultos saudáveis sem indicação clínica específica, pois o benefício varia conforme formulação, dose e perfil de risco, havendo cenários selecionados em que seu uso pode ser considerado.

95

Paciente de 58 anos, com Diabetes *Mellitus* tipo 2 e sobrepeso, iniciou dapagliflozina há 3 semanas após controle glicêmico insatisfatório com terapia prévia.

Na consulta de retorno à nutrição, refere maior diurese, discreta redução do apetite e perda de 1,8 kg no período.

Considerando a prática do Nutricionista diante dessa terapia e a necessidade de acompanhamento multiprofissional, assinale a afirmativa correta.

- (A) Suspender frutas e laticínios da rotina alimentar, priorizando o aumento de proteínas, pois a dapagliflozina exige restrição global de carboidratos e líquidos.
- (B) Priorizar a redução de sódio e de potássio na dieta, uma vez que a dapagliflozina tem como principal efeito nutricional a retenção hídrica e a perda desses eletrólitos.
- (C) Orientar o aumento significativo da ingestão de carboidratos simples e a redução da água ao longo do dia, para evitar hipoglicemia e compensar a perda ponderal observada.
- (D) Manter o plano alimentar previamente prescrito, sem reavaliação, pois a dapagliflozina não altera as necessidades energéticas, a hidratação ou o monitoramento nutricional.
- (E) Reavaliar metas energéticas e padrão alimentar, reforçar hidratação adequada, monitorar evolução ponderal e orientar sobre sinais de depleção volêmica, ajustando a conduta nutricional ao novo contexto terapêutico.

96

Paciente de 58 anos, com cirrose hepática compensada por hepatite C prévia, apresentou perda ponderal progressiva, redução de força muscular e inapetência há alguns meses.

Na consulta nutricional quando internado relatou realizar apenas duas refeições por dia e evitar alimentos proteicos por medo de “sobrecarregar o fígado”.

Considerando a terapêutica nutricional recomendada para doenças hepáticas crônicas, assinale a afirmativa correta.

- (A) A dieta do paciente deve ser hiperproteica apenas durante a internação, sendo desnecessário ajustar o fracionamento alimentar no domicílio.
- (B) O uso de suplementos proteicos é contraindicado na cirrose, porque qualquer aumento da oferta de proteína acelera a progressão da fibrose hepática e da hipertensão portal.
- (C) A principal estratégia nutricional consiste em reduzir carboidratos e aumentar lipídios para prevenir acúmulo de amônia, independentemente do estado nutricional do paciente.
- (D) A conduta mais adequada é fracionar a alimentação ao longo do dia, evitar jejum prolongado e garantir aporte proteico suficiente, pois a desnutrição e a sarcopenia pioram o prognóstico na cirrose.
- (E) A restrição proteica deve ser mantida rotineiramente, pois reduz a produção de amônia intestinal e diminui o risco de encefalopatia hepática, mesmo em pacientes sem episódio prévio da complicação.

97

Em um hospital de médio porte, a direção pretende estruturar o serviço de terapia nutricional para pacientes internados em uso de nutrição enteral e parenteral.

Considerando a legislação brasileira vigente sobre a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), assinale a afirmativa correta.

- (A) A atuação da EMTN restringe-se à terapia nutricional enteral, não havendo previsão legal para sua participação em terapia parenteral.
- (B) A existência de EMTN é obrigatória apenas em hospitais de alta complexidade, sendo dispensável em unidades que atendam pacientes clínicos e cirúrgicos.
- (C) A EMTN deve contar, no mínimo, com Médico, Nutricionista, Enfermeiro e Farmacêutico, com responsabilidades definidas para a assistência ao paciente em terapia nutricional.
- (D) A composição da EMTN é livre e não depende de normatização específica, podendo ser definida exclusivamente pela administração hospitalar, conforme sua conveniência.
- (E) A EMTN é composta exclusivamente por Médico, Nutricionista e Farmacêutico, sendo facultativa a participação da enfermagem, desde que existam protocolos institucionais de terapia nutricional.

98

Paciente de 24 anos, com doença de Crohn em acompanhamento ambulatorial, refere episódios recorrentes de diarreia, perda ponderal e redução do apetite.

A avaliação nutricional indicou ingestão alimentar insuficiente e zinco sérico abaixo do intervalo de referência.

Considerando a relação entre doença de Crohn, micronutrientes e desfechos clínicos, assinale a afirmativa correta.

- (A) A suplementação de zinco é indicada apenas quando há manifestações cutâneas evidentes, pois a deficiência de zinco não costuma ocorrer em pacientes com diarreia e perda de peso.
- (B) A deficiência de zinco em Crohn é incomum e, quando presente, tende a ocorrer apenas nas fases de remissão, devido à menor demanda metabólica e à melhor absorção intestinal.
- (C) O zinco sérico reduzido pode acompanhar maior atividade da doença e pior estado nutricional, devendo ser interpretado como achado clinicamente relevante na avaliação de pacientes com Crohn.
- (D) A deficiência de zinco em doença de Crohn decorre exclusivamente de mutações genéticas do transporte intestinal, sem relação com ingestão alimentar, diarreia ou atividade da doença.
- (E) A redução do zinco sérico em pacientes com doença de Crohn costuma refletir apenas uma variação laboratorial transitória, sem associação consistente com a atividade inflamatória ou com o prognóstico clínico.

99

Paciente de 38 anos, sexo feminino, submetida há 2 anos ao *bypass* gástrico em Y de Roux, retornou para seguimento ambulatorial. Refere boa perda ponderal, porém relata fadiga aos esforços, baixa ingestão de alimentos proteicos, episódios de vômitos ocasionais após refeições volumosas e uso irregular de suplemento polivitamínico.

Os exames evidenciam hemoglobina discretamente reduzida, ferritina baixa, vitamina B12 no limite inferior da normalidade e albumina dentro da faixa de referência.

Considerando a atuação do Nutricionista no seguimento de longo prazo após cirurgia bariátrica, assinale a afirmativa correta.

- (A) Reduzir a ingestão proteica e líquida para minimizar desconfortos gastrointestinais e melhorar a tolerância alimentar global.
- (B) Priorizar exclusivamente o controle calórico, uma vez que as deficiências de ferro e vitamina B12 são esperadas apenas no pós-operatório imediato.
- (C) Manter apenas orientação comportamental e suspender revisões dietéticas, pois a perda ponderal satisfatória indica estabilidade nutricional adequada.
- (D) Indicar apenas aumento do consumo de fibras insolúveis e retirar suplementação vitamínica, pois os exames sugerem adaptação fisiológica sem necessidade de intervenção.
- (E) Reforçar o acompanhamento nutricional longitudinal, reavaliar a ingestão proteica, a hidratação e a adesão à suplementação, além de corrigir carências de ferro e de vitamina B12 conforme os achados clínico-laboratoriais.

100

Mulher, 37 anos, IMC 29,6 kg/m², com histórico de ganho ponderal progressivo desde a gestação, iniciou semaglutida há 10 meses por orientação médica e perdeu 11% do peso inicial.

Durante o tratamento, reduziu de forma importante o consumo alimentar, passou a fazer refeições pouco estruturadas e não realizou acompanhamento nutricional regular.

Depois de interromper o medicamento por três meses, refere aumento da fome, retorno de beliscos noturnos, redução da saciedade e reganho de 5,5 kg, apesar de manter a mesma rotina de trabalho.

Considerando os riscos do uso de semaglutida sem seguimento nutricional, assinale a afirmativa correta.

- (A) O reganho ao peso inicial é incomum em indivíduos com sobrepeso, pois a semaglutida reorganiza permanentemente o apetite e o balanço energético mesmo após a suspensão.
- (B) A perda ponderal obtida com semaglutida tende a se manter de forma estável após a interrupção, desde que o paciente tenha reduzido o peso em ritmo acelerado no período ativo de uso.
- (C) O reganho ponderal é esperado apenas quando o medicamento é usado em doses inferiores às recomendadas, não sendo influenciado pela ausência de acompanhamento nutricional.
- (D) A manutenção do peso após a suspensão da semaglutida independe da qualidade da dieta, desde que o paciente tenha atingido perda superior a 10% do peso corporal durante o tratamento.
- (E) A semaglutida pode favorecer perda de peso no período de uso, mas, sem acompanhamento nutricional e estratégias de manutenção, há maior risco de reganho após a suspensão, se não houver reestruturação alimentar e revisão de hábitos.

Realização

