

**PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM ATENÇÃO NA TERAPIA INTENSIVA – 2026
NUTRIÇÃO**

A Comissão Coordenadora do Processo Seletivo – ProSel apresenta o resultado das contestações ao gabarito, de acordo com os critérios do Edital de 2026 do Processo Seletivo para Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção na Terapia Intensiva.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

- Questão 13: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.
- Questão 15: CONTESTAÇÃO INDEFERIDA.

NUTRIÇÃO

- **Questão 47: CONTESTAÇÃO DEFERIDA / QUESTÃO ANULADA.**

A Comissão Coordenadora comunica que não cabem novas contestações ao gabarito.

Colatina/ES, 14 de outubro de 2025.

Coordenação do Processo Seletivo 2026.



RESIDÊNCIAS UNESC 2026/1

Multiprofissional
Nutrição

Inscrição nº:

--	--	--	--	--	--



POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Questão 01

De acordo com a Portaria SAPS/MS nº 161, de 10 de dezembro de 2024, qual é o parâmetro de pessoas que podem ser vinculadas a uma equipe de Saúde da Família (eSF) para o cálculo do Componente Vínculo e Acompanhamento Territorial em municípios com mais de 100.000 habitantes?

- a) 3.000 pessoas
- b) 3.500 pessoas
- c) 5.500 pessoas
- d) 5.000 pessoas
- e) 10.000 pessoas

Questão 02

A Portaria nº 161/2024 estabelece a metodologia de cálculo do Componente Vínculo e Acompanhamento Territorial para as equipes. O artigo 11 traz que as equipes eSF, eAP, eSB e eMulti que tiverem sua população atendida e cujos usuários avaliarem o atendimento por meio do aplicativo Meu SUS Digital farão jus a uma pontuação extra, a ser acrescida ao escore de acompanhamento. Nesse contexto, avalie as afirmações a seguir:

- I. As equipes que apresentarem até 4,9% do total atendimentos da equipe avaliados terão um acréscimo de 0,15 (quinze centésimos) no escore de acompanhamento.
- II. As equipes que alcançarem 5% ou mais dos atendimentos da equipe avaliados terão um acréscimo de 0,30 (trinta centésimos) no escore de acompanhamento.
- III. O acréscimo referido será concedido independentemente do tipo de avaliação realizada, com o objetivo primordial de promover a ampliação da participação dos usuários, visando à qualificação dos serviços de saúde, em consonância com seus interesses e suas necessidades em saúde.

É correto apenas o que se afirma em:

- a) I e II
- b) I e III
- c) I, II e III
- d) II e III
- e) III

Questão 03

No contexto do Pacto pela Saúde, definido em 2006, a política foi estruturada em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida refere-se prioritariamente a:

- a) Garantir a judicialização da saúde como mecanismo principal de acesso.
- b) Ampliar a rede hospitalar privada conveniada ao SUS.
- c) Promover a centralização administrativa e financeira da saúde na União.
- d) Eliminar a responsabilidade sanitária dos municípios.
- e) Estabelecer metas e prioridades de saúde, como mortalidade infantil e controle de doenças crônicas.

Questão 04

O artigo de Paim *et al.* (2011), publicado na revista *The Lancet*, faz uma análise histórica do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando conquistas como a universalização do acesso e a descentralização, mas também evidenciando limitações persistentes. Entre os desafios apontados pelos autores, um dos mais marcantes refere-se à dificuldade de garantir sustentabilidade e equidade no sistema.

De acordo com Paim *et al.*, um dos principais desafios históricos enfrentados pelo SUS diz respeito a:

- a) Excessiva autonomia financeira das equipes da Estratégia Saúde da Família.
- b) Supressão da participação social nos Conselhos de Saúde.
- c) Redução da cobertura de vacinação e vigilância epidemiológica.
- d) Subfinanciamento crônico e desigualdades regionais no acesso à saúde.
- e) Exclusão da iniciativa privada como prestadora de serviços de saúde.

Questão 05

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo a Lei nº 8.080/1990, compete ao SUS:

- a) Regular a previdência social e aposentadorias.
- b) Executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica.
- c) Definir políticas de segurança pública.
- d) Gerenciar exclusivamente hospitais privados.
- e) Atuar apenas em campanhas de vacinação.

Questão 06

A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. De acordo com essa lei, qual instância deve garantir essa participação?

- a) Assembleias Legislativas Estaduais.
- b) Conselhos e Conferências de Saúde.
- c) Câmaras Municipais de Vereadores.
- d) Tribunais de Contas da União.
- e) Ministério Público Federal.

Questão 07

A Portaria GM/MS nº 3.493/2024 altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata da metodologia de cálculo do componente Vínculo e Acompanhamento Territorial. Esse cálculo considera:

- a) Quantidade de hospitais privados no território
- b) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)
- c) Índice de Equidade e Dimensionamento (IED)
- d) Número absoluto de médicos por município
- e) PIB municipal

Questão 08

O Decreto 7.508/2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. De acordo com o Decreto 7.508/2011, o Mapa da Saúde é:

- a) Instrumento de planejamento que identifica necessidades e oferta de serviços de saúde
- b) Documento de caráter facultativo sem valor normativo
- c) Relatório financeiro sobre gasto público em saúde
- d) Exclusivo das secretarias estaduais
- e) Usado apenas em auditorias da União

Questão 09

A Constituição Federal de 1988 representou um marco para a saúde no Brasil ao instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. O art. 198 da Carta Magna estabelece diretrizes para a organização e o funcionamento desse sistema público de saúde. De acordo com esse dispositivo constitucional, a organização do SUS deve observar:

- a) Centralização administrativa e hierarquização vertical
- b) Gestão privada subsidiada com recursos públicos
- c) Exclusividade da União na coordenação dos serviços
- d) Descentralização, atendimento integral e participação da comunidade
- e) Financiamento apenas por meio de convênios internacionais

Questão 10

Em relação ao assunto Estratégia da Saúde da Família (ESF), analise as afirmações abaixo.

- I. A ESF é uma estratégia desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de oferecer atenção de forma mais resolutiva e humanizada.
- II. A ESF facilita a compreensão do paciente no contexto em que vive, como exemplo, as visitas domiciliares que possibilitam a identificação dos componentes de cada núcleo familiar.
- III. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) começou suas atividades no início da década de 70 como uma iniciativa de algumas áreas do Norte do país em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades.
- IV. Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território indefinido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Marque a opção CORRETA:

- a) Apenas as afirmativas I e II estão corretas;
- b) Apenas as afirmativas I e III estão corretas;
- c) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas;
- d) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas;
- e) As afirmativas I, II, III e IV estão corretas.

Questão 11

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definida pela Portaria nº 2.436/2017, estabelece as diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Sobre a temática, julgue as assertivas abaixo, colocando (V) para a assertiva verdadeira e (F) para a assertiva falsa:

- () A PNAB visa ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos serviços de saúde por meio de equipes multiprofissionais, fortalecendo a prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento de doenças e agravos.
- () A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.
- () Há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros das Equipes de Atenção Primária (eAP).
- () A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

A sequência correta de cima para baixo é:

- a) V, F, V, V.
- b) V, V, F, V.
- c) F, V, V, F.
- d) F, V, F, V.
- e) V, V, V, V.

Questão 12

Com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde no Brasil, a Portaria GM/MS nº 3.493/2024 regulamenta o financiamento das equipes multiprofissionais (e-Multi), responsáveis por ampliar o escopo de cuidado e a resolutividade da rede. Essa normativa prevê um incentivo financeiro federal estruturado em três dimensões. São elas:

- a) Infraestrutura, judicialização e cobertura universal.
- b) Implantação, custeio e desempenho.
- c) Planejamento, auditoria e regulação.
- d) Capacitação, fiscalização e centralização.
- e) Contratualização, privatização e expansão hospitalar.

Questão 13

A Portaria de Consolidação nº 2 traz a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) está na forma do Anexo XXII.

Sobre a PNAB, observe as assertivas abaixo julgando verdadeira com a letra (V) e falsa com a letra (F).

- () A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.
- () Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter permanente.
- () Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 950 pessoas por ACS.
- () Unidade de Saúde da Família (USF): estabelecimento com pelo menos 1 (uma) equipe de Saúde da Família, que possui funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

A sequência correta de cima para baixo é:

- a) V, F, V, F
- b) F, V, F, V
- c) V, F, F, V
- d) V, V, F, F
- e) F, V, V, V

Questão 14

A Portaria GM/MS nº 3.493/2024 institui incentivo financeiro das equipes multiprofissionais (e-Multi). O principal objetivo da criação dessas equipes é:

- a) Substituir as equipes de Atenção Primária (eAP) no atendimento do território.
- b) Reduzir os custos do SUS com a eliminação de especialidades na atenção básica.
- c) Garantir atendimento apenas em áreas de média e alta complexidade.
- d) Excluir municípios de pequeno porte do financiamento da Atenção Primária.
- e) Ampliar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde por meio da atuação integrada de profissionais de diferentes áreas.

Questão 15

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisada em 2017, estabelece parâmetros para a organização das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), especialmente em municípios ou territórios de menor porte populacional. Nesses casos, uma única equipe deve ser responsável por toda a população, assegurando a coordenação do cuidado, a ampliação do acesso e a resolutividade dos serviços. De acordo com a PNAB, esse critério se aplica a localidades com menos de _____ habitantes.

- a) 2.000
- b) 3.500
- c) 5.500
- d) 4.500
- e) 6.000

NUTRIÇÃO

Questão 16

Um nutricionista vivenciou as seguintes situações no exercício de sua prática profissional:

- Situação 1: recebeu proposta de uma indústria de suplementos nutricionais para divulgar, em suas redes sociais profissionais, exclusivamente uma marca de proteínas em pó, com promessa de remuneração financeira e maior visibilidade no mercado.
- Situação 2: durante atendimento clínico, um paciente solicitou que o nutricionista recomendasse suplementos alimentares. O profissional cogitou indicar apenas uma marca específica, sem apresentar outras opções disponíveis no mercado.
- Situação 3: em uma palestra acadêmica, o nutricionista expôs casos clínicos de seus pacientes, descrevendo detalhes que poderiam permitir sua identificação, sem consentimento formal dos mesmos.

Com base no Código de Ética e de Conduta do Nutricionista, assinale a alternativa correta:

- A Situação 2 é eticamente aceitável, já que a escolha de uma única marca pode ser justificada pela praticidade no atendimento clínico.
- Somente a Situação 3 constitui infração ética, uma vez que expor informações clínicas sem consentimento viola diretamente o dever de sigilo profissional.
- As Situações 1 e 2 são aceitáveis se houver respaldo científico para a recomendação da marca e se o nutricionista declarar publicamente sua vinculação.
- Apenas a Situação 1 configura infração ética, pois a associação à divulgação exclusiva de marcas é vedada; nas demais situações não há violação ética.
- As Situações 1, 2 e 3 configuram infrações éticas distintas: conflito de interesses (Situação 1), violação da autonomia do paciente (Situação 2) e quebra de sigilo profissional (Situação 3).

Questão 17

Um homem de 70 anos, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em fase avançada, foi internado em unidade de terapia intensiva devido a uma exacerbação infecciosa grave. O paciente apresentava histórico de etilismo crônico e relatava perda ponderal de 12% nos últimos quatro meses, além de baixa ingestão alimentar nas últimas três semanas. Ao exame inicial, encontrava-se desnutrido, com índice de massa corporal (IMC) de 17,9 kg/m². Após estabilização do quadro infeccioso, a equipe iniciou suporte nutricional enteral. O aporte calórico foi rapidamente progressivo, alcançando 100% do valor energético total (VET) estimado em apenas 48 horas. Nos dois primeiros dias não houve intercorrências significativas, mas, no terceiro dia de dieta, o paciente apresentou sinais de deterioração clínica, incluindo fraqueza muscular intensa, taquicardia, confusão mental e hipoventilação. Exames laboratoriais realizados nesse momento evidenciaram hipofosfatemia grave, hipomagnesemia e hipocalcemia. Diante desse quadro, a equipe levantou a hipótese de síndrome da realimentação (SR), uma complicação associada à reintrodução rápida de nutrientes em pacientes desnutridos ou submetidos a estados catabólicos prolongados.

Com base na fisiopatologia e nas recomendações da BRASPEN para prevenção e manejo da SR, qual das condutas abaixo está corretamente indicada?

- Manter o aporte energético em 100% do VET, suplementando eletrólitos apenas quando houver queda significativa, visto que a prioridade é reverter rapidamente a desnutrição.
- Reduzir o aporte calórico para cerca de 500 kcal/dia por 48 horas, manter reposição intensiva de fósforo, potássio e magnésio, além de suplementar tiamina intravenosa, reintroduzindo calorias de forma lenta e monitorizada.
- Suspender completamente a terapia nutricional por 72 horas, até a normalização dos eletrólitos séricos, retomando então a dieta diretamente na meta calórica estimada.
- Manter aporte calórico reduzido (25–35 kcal/kg/dia) desde o início, evitando suplementação preventiva de tiamina, pois não há evidência de benefício em pacientes idosos.
- Introduzir dieta parenteral em substituição à enteral, já que a via enteral aumenta o risco de hipofosfatemia e complicações cardiovasculares na síndrome da realimentação.

Questão 18

Um paciente de 58 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, foi internado para ressecção cirúrgica eletiva. Relata perda de 8 kg nos últimos três meses ($\approx 11\%$ do peso corporal), ingestão alimentar reduzida e apresenta índice de massa corporal (IMC) de $18,3 \text{ kg/m}^2$. Ao exame físico, evidenciam-se sinais de depleção muscular. O cirurgião considera iniciar o preparo pré-operatório imediato com jejum noturno prolongado e introdução de dieta apenas após o retorno da peristalse no pós-operatório.

Considerando as recomendações atuais do Protocolo ACERTO para a terapia nutricional perioperatória, qual das condutas a seguir está corretamente indicada nesse paciente?

- a) Realizar suplementação nutricional oral ou enteral por 7 a 14 dias no pré-operatório, devido à desnutrição identificada, e evitar jejum prolongado, permitindo líquidos claros até 2 horas antes da anestesia.
- b) Manter jejum absoluto de 12 horas antes da cirurgia e iniciar dieta enteral somente após o primeiro flato, para reduzir risco de complicações gastrointestinais.
- c) Indicar nutrição parenteral total imediata no pré-operatório, pois o paciente apresenta desnutrição grave, sendo esta via a preferencial para correção do estado nutricional antes da cirurgia.
- d) Adotar jejum pré-operatório de 6 horas para sólidos e 4 horas para líquidos claros, introduzindo dieta apenas no 3º dia pós-operatório, quando há menor risco de íleo paralítico.
- e) Evitar a suplementação pré-operatória, pois não há benefício comprovado em pacientes oncológicos com IMC baixo, devendo priorizar apenas a progressão da dieta oral após a cirurgia.

Questão 19

A oferta proteica adequada é considerada fundamental na terapia nutricional do paciente crítico em UTI, pois a preservação da massa magra impacta diretamente no tempo de ventilação mecânica, na cicatrização e na mortalidade. As recomendações da ESPEN (2023) indicam que a demanda proteica nesses pacientes é elevada, mas sua implementação deve considerar tanto a fase da doença crítica quanto a progressão do aporte calórico total.

Nesse contexto, qual das alternativas está corretamente de acordo com as recomendações da ESPEN sobre o manejo proteico em pacientes críticos?

- a) A oferta proteica inicial deve ser restrita ($\leq 0,8 \text{ g/kg/dia}$) na primeira semana de internação, aumentando apenas após a recuperação clínica, devido ao risco de sobrecarga nitrogenada.
- b) A oferta proteica deve ser sempre $\geq 2,0 \text{ g/kg/dia}$ desde o início da internação em UTI, pois valores mais baixos estão associados a balanço nitrogenado persistentemente negativo.
- c) A recomendação geral é atingir cerca de $1,3 \text{ g}$ de proteína/kg/dia, preferencialmente com base no peso corporal ajustado, sendo este valor progressivamente alcançado conforme a tolerância clínica.
- d) A suplementação proteica isolada não é recomendada, devendo-se priorizar apenas o ajuste calórico, já que o balanço energético é o principal determinante da preservação da massa magra.
- e) O aporte proteico deve ser definido apenas após a obtenção de calorimetria indireta, pois não existem recomendações padronizadas sem esse exame.

Questão 20

Diversos fármacos podem comprometer a biodisponibilidade de vitaminas e minerais, seja por interações diretas com nutrientes, seja por alteração do tempo de trânsito ou por lesão da mucosa intestinal. Considerando os efeitos descritos para alguns fármacos, assinale a alternativa correta:

- a) A tetraciclina aumenta a absorção de cálcio presente nos laticínios, razão pela qual é recomendada sua administração concomitante a esses alimentos.
- b) Laxantes aumentam o tempo de trânsito intestinal, favorecendo a absorção de cálcio e potássio, especialmente quando usados continuamente.
- c) A ranitidina e a cimetidina favorecem a absorção da vitamina B12, por aumentarem a secreção gástrica e a disponibilidade do fator intrínseco.
- d) O uso crônico de colestiramina pode reduzir a absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K), além de ácido fólico, sendo necessário acompanhamento nutricional rigoroso.
- e) O tratamento prolongado com antibióticos, anti-inflamatórios não esteroides e quimioterápicos melhora a absorção intestinal de ferro e cálcio ao reduzir a inflamação da mucosa.

Questão 21

As interações fármaco-nutriente podem comprometer tanto a eficácia terapêutica dos medicamentos quanto a biodisponibilidade dos nutrientes, sendo influenciadas por múltiplos fatores relacionados ao paciente, ao fármaco e ao estado nutricional. Tais interações podem ser classificadas em físico-químicas, fisiológicas ou patofisiológicas, e sua gravidade depende da condição clínica e do grau de vulnerabilidade nutricional do indivíduo.

Considerando essas interações e os fatores que aumentam o risco, assinale a alternativa correta:

- a) Pacientes idosos estão mais suscetíveis a interações fármaco-nutriente devido à polifarmácia, mas o estado nutricional pouco influencia nesse processo, já que a farmacocinética depende apenas da função renal e hepática.
- b) Gestantes apresentam risco reduzido de interação fármaco-nutriente, pois a absorção de nutrientes é geralmente aumentada durante a gestação, compensando possíveis efeitos adversos dos medicamentos.
- c) Pacientes obesos, por apresentarem maior massa magra e menor massa gorda, eliminam fármacos mais rapidamente, reduzindo o risco de toxicidade medicamentosa.
- d) A desnutrição proteico-calórica pode intensificar os efeitos adversos de fármacos com alta ligação a proteínas, pois a baixa concentração de albumina reduz os locais de ligação disponíveis.
- e) Distúrbios gastrointestinais, como náuseas, diarreias e anorexia, não influenciam na interação fármaco-nutriente, apenas afetam a aceitação dietética do paciente.

Questão 22

O metabolismo dos lipídeos envolve diferentes classes moleculares com funções estruturais, energéticas e regulatórias no organismo. A compreensão dessas estruturas é essencial para entender a fisiopatologia das dislipidemias e da aterosclerose, bem como os efeitos da dieta na prevenção e no tratamento. Sobre os principais lipídeos e seus derivados, assinale a alternativa correta:

- a) Os triglicerídeos são constituídos por três ácidos graxos ligados ao glicerol, sendo a principal forma de armazenamento energético em tecidos muscular e ósseo.
- b) Os fosfolipídeos participam como precursores da vitamina D, enquanto o colesterol tem função restrita de formar a bicamada lipídica das membranas celulares.
- c) Os ácidos graxos saturados possuem ao menos uma dupla ligação em sua cadeia carbônica, enquanto os poli-insaturados não apresentam insaturações.
- d) Os ácidos graxos trans diferem dos cis por apresentarem átomos de hidrogênio no mesmo lado da cadeia, assemelhando-se assim aos ácidos graxos poli-insaturados.
- e) O colesterol atua como precursor de hormônios esteroides, ácidos biliares e vitamina D, além de ser constituinte das membranas celulares e modulador enzimático.

Questão 23

Os ácidos graxos insaturados podem ser classificados em monoinsaturados (MUFAs) e poli-insaturados (PUFAs), de acordo com o número de duplas ligações em sua cadeia carbônica. Esses lipídeos exercem funções distintas no metabolismo, na composição das membranas celulares e no risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em relação às características estruturais e fisiológicas dessas classes de ácidos graxos, assinale a alternativa correta:

- a) Os PUFAs são classificados em ômega-3 e ômega-6, de acordo com a posição da primeira dupla ligação a partir da extremidade metila, destacando-se o EPA, DHA e o ácido linolênico entre os principais ômega-6.
- b) O ácido oleico, principal MUFA da dieta, contém 18 carbonos e uma dupla ligação, estando associado à melhora do perfil lipídico e à redução do risco cardiovascular.
- c) Os MUFAs apresentam mais de uma dupla ligação em sua cadeia carbônica, sendo o ácido linoleico o exemplo mais representativo na alimentação humana.
- d) Tanto os MUFAs quanto os PUFAs possuem configuração trans, o que explica seu efeito aterogênico semelhante ao das gorduras saturadas.
- e) O excesso de PUFAs não influencia na oxidação lipídica, visto que sua estrutura química com múltiplas duplas ligações os torna mais estáveis em comparação aos MUFAs.

Questão 24

As hepatites virais representam um desafio relevante para a saúde pública no Brasil, tanto pelo número de casos quanto pelas complicações decorrentes de sua evolução crônica, como cirrose e carcinoma hepatocelular. Os vírus HAV, HBV, HCV, HDV e HEV apresentam diferentes vias de transmissão, evolução clínica e possibilidades de prevenção. Apesar dos avanços no diagnóstico e no tratamento, as hepatites B e C ainda mantêm alta prevalência e impacto sobre a morbimortalidade.

No manejo clínico e nutricional, é necessário considerar as especificidades de cada vírus, as comorbidades associadas e os efeitos adversos das terapias disponíveis. As recomendações dietéticas podem variar conforme a fase da doença, o estado nutricional do paciente e a presença de condições como resistência insulínica, obesidade, desnutrição ou esteatose hepática.

Com base nessas informações, assinale a alternativa correta:

- a) Pacientes infectados pelo HCV podem apresentar alterações metabólicas variadas, incluindo risco de desnutrição, resistência insulínica e esteatose hepática, fatores que influenciam o planejamento nutricional.
- b) Na fase aguda da hepatite viral, existe consenso de que as necessidades energéticas são aumentadas, devendo-se prescrever dietas hipercalóricas de forma rotineira.
- c) A esteatose hepática associada à hepatite C não exerce impacto clínico significativo, sendo considerada uma alteração benigna sem repercussão no prognóstico.
- d) Para prevenir sobrecarga hepática, a restrição proteica deve ser recomendada de forma preventiva a todos os pacientes com hepatite viral crônica.
- e) A vacina contra a hepatite A não integra o calendário de vacinação do SUS, sendo indicada apenas em situações especiais, como imunodeficiência ou risco ocupacional.

Questão 25

A escolha da via de acesso para nutrição enteral (NE) deve considerar o tempo previsto de utilização, o risco de aspiração e as condições clínicas do paciente. Sobre esse tema, assinale a alternativa correta:

- a) A sonda nasoenteral é indicada preferencialmente para pacientes que necessitam de NE por períodos superiores a 6 semanas, devido à sua praticidade e durabilidade.
- b) A gastrostomia e a jejunostomia devem ser evitadas em pacientes que necessitam de NE por tempo superior a 4 semanas, sendo a sonda nasoenteral a via mais segura nesses casos.
- c) Em situações de risco aumentado de aspiração, como refluxo gastroesofágico ou gastroparesia, recomenda-se a administração pós-pilórica da dieta.
- d) O local de administração da dieta enteral (intragástrica ou pós-pilórica) não influencia no risco de complicações como aspiração.
- e) Em pacientes inconscientes, a administração intragástrica é sempre preferida, pois reduz o risco de aspiração em comparação à via pós-pilórica.

Questão 26

A determinação do peso corporal é um passo fundamental na avaliação nutricional, sendo utilizada para estimar necessidades energéticas, monitorar mudanças de composição corporal e orientar condutas terapêuticas. Diversos parâmetros podem ser empregados, como peso atual (PA), peso ideal ou desejável (PI), peso usual ou habitual (PU) e peso estimado, cada um com indicações e limitações específicas.

Considerando os conceitos e aplicações desses diferentes tipos de medida de peso, assinale a alternativa correta:

- a) O peso usual é definido por fórmulas específicas e representa o peso teórico de referência a ser atingido pelo paciente após tratamento ou reabilitação.
- b) O peso ideal deve ser obtido sempre por balança calibrada no momento da avaliação, servindo de parâmetro direto para cálculo de necessidades energéticas, independentemente de sexo ou idade.
- c) Em situações que impossibilitam a aferição direta, como trauma ou sepse, é aceitável estimar o peso para adultos e idosos utilizando fórmulas validadas, desde que registradas as condições de aplicação.
- d) O peso ajustado corresponde ao peso subjetivo relatado pelo paciente ou acompanhante, devendo ser usado quando não se dispõe de informações para cálculo do peso ideal.
- e) A diferença entre peso atual e peso ideal não é clinicamente relevante, uma vez que o peso usual é o único parâmetro utilizado para detectar perda ponderal significativa.

Questão 27

A glândula tireoide é responsável pela produção dos hormônios T3 e T4, fundamentais para o metabolismo celular, crescimento e desenvolvimento. A regulação da tireoide envolve o eixo hipotálamo-hipófise-tireoide, em que a tireoliberina (TRH) estimula a hipófise anterior a liberar o hormônio estimulante da tireoide (TSH), o qual, por sua vez, promove a síntese e liberação de T3 e T4.

Um paciente de 55 anos, sem histórico prévio de doença tireoidiana, apresenta fadiga, ganho de peso leve e constipação. Exames laboratoriais revelam TSH elevado e T4 livre normal. Considerando os tipos de hipotireoidismo e a fisiologia do eixo tireoidiano, assinale a alternativa correta:

- a) O quadro é compatível com hipotireoidismo subclínico, caracterizado por TSH elevado com T4 livre normal, podendo indicar início de falência da tireoide.
- b) O paciente apresenta hipotireoidismo central, caracterizado por elevação do TSH devido à falha hipofisária ou hipotálâmica, sendo o T4 livre tipicamente elevado.
- c) O paciente apresenta hipertireoidismo, provavelmente devido à doença de Graves, sendo esperado TSH elevado e T4 livre baixo.
- d) O TSH elevado neste paciente é fisiológico, pois a dosagem de TSH não é confiável em indivíduos com mais de 50 anos, devendo ser ignorado.
- e) O diagnóstico de hipotireoidismo primário é improvável, pois o T4 livre normal indica função tireoidiana adequada.

Questão 28

Diversos marcadores bioquímicos são empregados na avaliação de risco cardiovascular e no diagnóstico de lesão miocárdica, assim como na detecção de inflamação e de fatores de risco aterotrombótico.

Considerando suas características e aplicações clínicas, assinale a alternativa correta:

- a) A desidrogenase láctica (DHL) é um marcador altamente específico para infarto do miocárdio, podendo substituir as troponinas na prática clínica.
- b) Níveis elevados de homocisteína indicam de forma confiável que a redução desse marcador por suplementação vitamínica diminuirá o risco cardiovascular.
- c) A elevação isolada da CK-MB é tão específica quanto a elevação das troponinas para o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.
- d) As troponinas não apresentam utilidade na estratificação de risco em pacientes com dor torácica, servindo apenas para diagnóstico de reinfarto.
- e) A proteína C reativa ultrasensível (PCRus) permite a detecção de inflamação de baixo grau, sendo útil na avaliação de risco cardiovascular subclínico.

Questão 29

A avaliação nutricional de pacientes hospitalizados é essencial para identificar risco de desnutrição e prevenir complicações clínicas associadas. Entre os métodos utilizados, destacam-se a Avaliação Subjetiva Global (ASG) e a triagem para risco nutricional NRS-2002.

Com base nessas informações, assinale a alternativa correta:

- a) A Avaliação Subjetiva Global (ASG) foi desenvolvida exclusivamente para pacientes clínicos e não é indicada para pacientes cirúrgicos ou em terapia intensiva.
- b) A NRS-2002 é uma ferramenta de triagem universal para adultos hospitalizados, capaz de classificar o risco nutricional considerando tanto o estado nutricional quanto a gravidade da doença, sendo recomendada mesmo para pacientes idosos.
- c) Pacientes com pontuação inferior a 3 na NRS-2002 devem ser automaticamente considerados desnutridos, independentemente do estado clínico ou da gravidade da doença.
- d) A ASG exige equipamentos sofisticados e custo elevado, sendo indicada apenas para nutricionistas especializados em terapia nutricional.
- e) A NRS-2002 exclui pacientes idosos e pacientes com doenças crônicas, sendo indicada apenas para adultos sem comorbidades hospitalizados.

Questão 30

Pacientes críticos frequentemente apresentam alterações na homeostase de água, eletrólitos e equilíbrio ácido-base, situações que podem comprometer a função de órgãos vitais. Eletrólitos como sódio, potássio e bicarbonato participam da manutenção da pressão osmótica, da excitabilidade de membranas celulares e da regulação do pH sanguíneo. A avaliação cuidadosa desses parâmetros é essencial antes da indicação de terapias nutricionais ou de intervenções clínicas, especialmente em pacientes com condições crônicas ou idade avançada.

A gasometria arterial, frequentemente utilizada no ambiente hospitalar, fornece informações sobre pH, pressão parcial de CO_2 (PaCO_2), oxigênio (PaO_2), bicarbonato (HCO_3^-), excesso de base (BE) e saturação de oxigênio (SatO_2). A interpretação adequada exige considerar idade, doenças pulmonares crônicas, uso de drogas que afetem o sistema nervoso central e estado geral de saúde. Esse exame permite avaliar distúrbios respiratórios e metabólicos, fornecendo dados fundamentais para decisões individualizadas sobre suporte ventilatório, administração de fluidos e ajustes da terapia nutricional.

Com base nesse contexto, assinale a alternativa correta:

- a) A interpretação da gasometria arterial deve ser feita em conjunto com sinais clínicos e histórico do paciente, considerando idade, doenças pulmonares crônicas e estado geral de saúde.
- b) O pH sanguíneo não é afetado por alterações nos níveis de CO_2 e bicarbonato, pois o organismo mantém automaticamente o equilíbrio ácido-base.
- c) O excesso de base (BE) reflete exclusivamente alterações respiratórias, sem relação com distúrbios metabólicos.
- d) A saturação de oxigênio (SatO_2) e a pressão parcial de oxigênio (PaO_2) não precisam ser consideradas na avaliação do equilíbrio ácido-base.
- e) A gasometria arterial é dispensável em pacientes críticos, sendo suficiente apenas a dosagem sérica de eletrólitos.

Questão 31

A avaliação da ingestão alimentar é um componente essencial na prática clínica nutricional, pois permite estimar se o consumo de alimentos e nutrientes está adequado em relação às necessidades do indivíduo. Para aumentar a precisão do diagnóstico do estado nutricional, recomenda-se a utilização combinada de múltiplos indicadores, incluindo clínicos, bioquímicos, antropométricos, socioeconômicos, de interação medicamento-nutrientes e dietéticos. Entre os métodos de avaliação quantitativa da ingestão alimentar, destacam-se o recordatório de 24 horas (R24 h) e o registro alimentar, que permitem estimar a quantidade de alimentos e nutrientes consumidos. Esses métodos exigem atenção à técnica de aplicação, cooperação do indivíduo e treinamento do profissional para garantir a fidedignidade das informações.

Com base nessas informações, assinale a alternativa correta:

- a) O registro alimentar com pesagem de alimentos é considerado o método menos preciso para avaliação quantitativa da ingestão de nutrientes, devido à dependência da memória do indivíduo.
- b) Para avaliação do consumo alimentar, um único indicador dietético isolado é suficiente para determinar com exatidão o estado nutricional do indivíduo.
- c) O recordatório de 24 horas deve ser realizado preferencialmente por entrevista conduzida por profissional capacitado, com questões abertas, visando detalhar todos os alimentos e bebidas consumidos nas últimas 24 horas.
- d) Métodos de registro alimentar não exigem treinamento do profissional nem explicações prévias, pois a precisão dos dados depende exclusivamente da colaboração do avaliado.
- e) O registro de alimentos e bebidas consumidos fora de casa não apresenta desafios para a exatidão do método e não interfere na estimativa da ingestão habitual.

Questão 32

A equipe multidisciplinar de terapia nutricional (EMTN) de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) está discutindo o método mais preciso para determinar o gasto energético de repouso (GER) de um paciente crítico sob ventilação mecânica. Sabendo que a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente Grave é baseada em evidências, qual é o método recomendado como padrão-ouro para estimar o GER e por que as equações preditivas devem ser utilizadas com cautela?

- a) Estimativa de 20–25kcal/kg/dia de peso atual, pois esse é o valor mínimo de segurança que deve ser mantido antes da mensuração formal do gasto energético.
- b) Calorimetria Indireta (CI), pois as equações preditivas são consideradas imprecisas para os pacientes críticos, podendo subestimar ou superestimar drasticamente suas necessidades.
- c) Equações preditivas ajustadas ao peso ideal, pois são mais práticas e a imprecisão da CI em pacientes ventilados a torna secundária ao método de cálculo.
- d) Balanço Nitrogenado negativo, que, apesar de não ser uma medida energética, é o indicador mais rápido da necessidade de aumentar o aporte calórico total.
- e) Equações preditivas como Harris-Benedict, por serem de fácil aplicação e as mais validadas, sendo a Calorimetria Indireta (CI) uma alternativa quando aquelas falham.

Questão 33

Um paciente grave, sem obesidade, encontra-se no terceiro dia de internação na UTI (fase aguda da doença). A Terapia Nutricional Enteral (TNE) foi iniciada e a nutricionista precisa estabelecer a meta de oferta proteica, visando o balanço nitrogenado adequado e a preservação da massa magra. Com base na Diretriz BRASPEN 2023, qual é a recomendação para o aporte proteico?

- a) Restrição a menos de 0.8g de proteína/kg de peso atual/dia para evitar sobrecarga metabólica e possível exacerbação da inflamação sistêmica na fase inicial.
- b) Deve-se ofertar 2.0g de proteína/kg de peso ideal/dia, que é a meta para todos os pacientes críticos que estão em NPT ou TNE.
- c) A meta ideal é 1.5g de proteína/kg de peso atual/dia, independentemente da fase, pois a prioridade é reverter o catabolismo agressivo do paciente crítico.
- d) Oferta proteica de até 1.2g de proteína/kg de peso atual/dia, que deve ser monitorada cuidadosamente, dada a incerteza da oferta proteica ótima nessa fase.
- e) A oferta deve ser sempre calculada pelo peso seco e não deve ultrapassar 1.0g/kg/dia na primeira semana para prevenir a Síndrome de Realimentação.

Questão 34

Durante o planejamento da Nutrição Parenteral (NP) para um paciente grave, com Injúria Renal Aguda (IRA) e disfunção orgânica múltipla na fase aguda da sepse, a equipe cogita a inclusão de glutamina parenteral. Com base nas recomendações da Diretriz BRASPEN 2023 de Terapia Nutricional no Paciente Grave, qual a conduta correta em relação ao uso da glutamina parenteral nesta situação?

- a) A glutamina parenteral é indicada, mas apenas após a correção da Injúria Renal Aguda (IRA), não havendo risco de toxicidade após a normalização da função renal.
- b) O uso parenteral de glutamina é obrigatório, pois é um imunonutriente que comprovadamente reduz a mortalidade em qualquer paciente séptico.
- c) A glutamina só deve ser administrada por via enteral e em doses baixas (<0.2g/kg/dia), não havendo qualquer recomendação para a utilização da via parenteral em UTI.
- d) É indicada a partir do 7º dia de internação, na fase pós-aguda, como agente anabólico, independentemente da presença de disfunções orgânicas em curso.
- e) A glutamina parenteral está contraindicada, especialmente para pacientes na fase aguda de doença grave, com disfunção orgânica múltipla ou Injúria Renal Aguda (IRA).

Questão 35

Um paciente adulto, com Doença Renal Crônica (DRC) Estágio G4 e diagnóstico recente de Diabetes Mellitus Tipo 2, ainda não iniciou Terapia de Reposição Renal (TRR). A equipe de Nutrição planeja a adequação da dieta, priorizando a manutenção do estado nutricional e o retardo da progressão da doença renal. Com base na Diretriz BRASPEN para Pacientes Renais, qual a recomendação de aporte proteico em g/kg de peso/dia adequada para este paciente?

- a) 0,3–0,4g/kg/dia, desde que suplementada com cetoadálogos, sendo a meta ideal para pacientes com múltiplas comorbidades.
- b) 0,6g/kg/dia, que é a taxa mínima recomendada para pacientes DRC G3-5, e suficiente para quem não apresenta desnutrição.
- c) 0,8g/kg/dia, que representa o limite superior da faixa de 0,6–0,8g/kg/dia recomendada para pacientes com comorbidades como o Diabetes Mellitus e outras condições de risco.
- d) 1,2g/kg/dia, pois o paciente diabético e com DRC avançada já é considerado hipercatabólico, independentemente de estar ou não em diálise.
- e) 1,5g/kg/dia, pois a restrição proteica não é mais recomendada em pacientes com doenças crônicas e comorbidades.

Questão 36

A Nutrição, ao avaliar um paciente com DRC Estágio G5 que necessita adiar o início da diálise por motivos clínicos e logísticos, propõe uma intervenção dietética muito restrita em proteínas, suplementada com cetoadálogos. De acordo com a Diretriz BRASPEN, qual é o principal objetivo e efeito benéfico dessa intervenção nutricional?

- a) Diminuir o risco de falência renal e reduzir a proteinúria, sendo que essa estratégia pode ter efeitos benéficos sobre complicações metabólicas, sem prejuízo ao estado nutricional.
- b) O objetivo é exclusivamente o controle da hipercalemia, e o efeito é a diminuição da absorção intestinal de potássio, sendo a restrição proteica uma consequência, não um objetivo.
- c) O principal objetivo é o controle do balanço hídrico, e o principal efeito é a redução da necessidade de ultrafiltração nas sessões de diálise subsequentes.
- d) Fornecer um aporte proteico superior a 1.2g/kg/dia através de fontes não-nitrogenadas, com o objetivo de reverter o catabolismo.
- e) A suplementação com cetoadálogos é indicada apenas para pacientes em Terapia de Reposição Renal Contínua (TRRC) para repor as perdas de aminoácidos essenciais, e não para pacientes não dialíticos.

Questão 37

Em relação à suplementação de vitaminas e oligoelementos para pacientes adultos com Doença Renal Crônica (DRC) Estágios G3 a G5D, a Diretriz BRASPEN estabelece recomendações específicas devido às alterações metabólicas e às perdas durante os procedimentos dialíticos. Sobre esse tema, assinale a alternativa CORRETA:

- a) As vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K) devem ser suplementadas em todos os pacientes com DRC G3-5D para garantir a absorção intestinal prejudicada.
- b) A vitamina A deve ser sempre suplementada, pois, em pacientes renais, ela atua como um potente antioxidante, sem risco de acúmulo ou toxicidade.
- c) A necessidade de vitaminas e oligoelementos é sempre superior à da população saudável, e a suplementação deve ser padronizada, e não individualizada.
- d) A suplementação deve ser individualizada e indicada somente quando a avaliação ou o monitoramento nutricional demonstrarem risco ou presença de deficiência, sendo que as vitaminas lipossolúveis devem ser suplementadas apenas em caso de deficiência.
- e) A suplementação de vitaminas hidrossolúveis deve ser realizada de forma rotineira e em altas doses para todos os pacientes em diálise, devido às grandes perdas durante o procedimento.

Questão 38

Um idoso com risco nutricional ou desnutrição, que será submetido a um programa de exercícios físicos resistidos como parte da sua reabilitação, requer uma adequação em seu aporte nutricional para otimizar os resultados, combater a sarcopenia e o catabolismo. De acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Envelhecimento, qual é a recomendação de necessidade energética (Kcal/kg/dia) e proteica (g/kg/dia) a ser fornecida a este paciente durante os períodos de intervenção com exercício físico?

- a) Energia: 25–30Kcal/kg/dia; Proteína: 0,8–1,2g/kg/dia.
- b) Energia: 35–40Kcal/kg/dia; Proteína: 1,5–2,0g/kg/dia.
- c) Energia: 20–22Kcal/kg/dia; Proteína: 1,0–1,2g/kg/dia.
- d) Energia: 20–25Kcal/kg/dia; Proteína: 0,8–1,0g/kg/dia.
- e) Energia: 32–38Kcal/kg/dia; Proteína: 1,2–1,5g/kg/dia.

Questão 39

A sarcopenia é uma síndrome geriátrica significativa, caracterizada pela perda progressiva e generalizada de força e massa muscular, associada ao declínio da performance física. A identificação precoce de idosos em risco é fundamental para a intervenção nutricional e física. Em relação às ferramentas de triagem recomendadas pela Diretriz BRASPEN, qual a combinação correta de instrumentos sugeridos para o rastreamento de sarcopenia na prática clínica?

- a) Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Circunferência da Panturrilha (CP) isoladamente.
- b) Questionário SARC-F ou escore SARC-CalF.
- c) Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) e Bioimpedância Elétrica (BIA).
- d) Mini Avaliação Nutricional (MAN) e Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).
- e) Dinamometria manual e Absorciometria por Duplo Feixe de Raios-X (DXA).

Questão 40

A resistência anabólica é um fenômeno comum no envelhecimento, onde há uma menor resposta dos músculos ao estímulo de aminoácidos e de exercício físico, dificultando a manutenção da massa magra. Para vencer essa resistência e promover um envelhecimento muscular saudável, a Diretriz BRASPEN sugere uma estratégia que combina nutrição e atividade física. Qual das alternativas a seguir descreve corretamente essa estratégia?

- a) Consumo de Whey Protein (Proteína do soro do leite - PSL) exclusivamente no café da manhã para suprir toda a necessidade proteica diária de uma só vez.
- b) Distribuição otimizada da ingestão proteica com pelo menos 25g a 30g de proteína por refeição, em proximidade temporal com a atividade física.
- c) Restrição calórica de 500Kcal/dia com foco em carboidratos complexos, pois a prioridade é a redução da gordura corporal total.
- d) Ingestão de proteína restrita a 1,0g/kg/dia, mas distribuída igualmente ao longo do dia, desvinculada do exercício físico.
- e) Utilização de suplementação de Creatina e Beta-hidroxi-metilbutirato (β -HMB) antes de dormir, independentemente do aporte proteico e da distribuição nas refeições.

Questão 41

A identificação precoce de pacientes oncológicos em risco nutricional é um passo crítico da Terapia Nutricional, devendo ser realizada idealmente em até 24 a 48 horas após a admissão hospitalar. Segundo a Diretriz BRASPEN, qual dos conjuntos de instrumentos a seguir está CORRETO quanto aos métodos de triagem nutricional que podem ser aplicados à população oncológica?

- a) Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) e o escore NUTRIC (Nutrition Risk in Critically III).
- b) Índice de Massa Corporal (IMC) isoladamente e a Circunferência da Panturrilha (CP).
- c) Triagem de Risco Nutricional 2002 (NRS-2002), Instrumento Universal de Triagem de Desnutrição (MUST) e Avaliação Global Subjetiva Produzida Pelo Paciente versão reduzida (ASG-PPP versão reduzida).
- d) Performance Status do Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG-PS) e Tomografia Computadorizada (TC).
- e) Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Gasto Energético de Repouso (GER) medido por Calorimetria Indireta (CI).

Questão 42

Um nutricionista está definindo a meta de aporte proteico para um paciente adulto com câncer que está em tratamento antineoplásico (quimioterapia). O paciente apresenta sinais de inflamação sistêmica e risco de desnutrição. De acordo com a Diretriz BRASPEN, qual a recomendação de aporte proteico que melhor se adequa à condição clínica desse paciente?

- a) 0,8–1,0g/kg/dia, semelhante a indivíduos saudáveis, visto que essa faixa é indicada para sobreviventes do câncer.
- b) 2,0–2,5g/kg/dia, pois a meta deve ser maximizar o anabolismo proteico em qualquer situação clínica.
- c) 1,0g/kg/dia, que é o limite máximo permitido para pacientes com câncer em tratamento.
- d) Oferta proteica acima de 1,0g/kg/dia, sendo que na presença de inflamação sistêmica ou desnutrição, a meta deve considerar a faixa de 1,2–2,0g/kg/dia.
- e) Exclusivamente 0,8g/kg/dia, pois o excesso proteico pode sobrecarregar a função renal comprometida pelo tratamento antineoplásico.

Questão 43

Um paciente oncológico em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) evoluiu para um quadro de falência orgânica múltipla com falência renal. A equipe discute a possibilidade de iniciar a suplementação de glutamina parenteral. Qual a recomendação da Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer sobre o uso de glutamina nessa situação clínica?

- a) O uso é indicado, mas deve ser realizado apenas por via enteral, pois a via parenteral é contraindicada em pacientes oncológicos.
- b) Deve ser utilizado em altas doses (>0,5g/kg/dia) para neutralizar o hipercatabolismo induzido pela falência orgânica múltipla.
- c) Não há dados suficientes para indicar o uso de glutamina, mas não existem contraindicações formais para sua utilização.
- d) O uso é fortemente recomendado para todos os pacientes oncológicos críticos, com o objetivo de proteger a integridade do trato gastrointestinal (TGI).
- e) Não existem dados suficientes para indicar o uso de glutamina, e ela está contraindicada em pacientes com falência orgânica múltipla, falência renal, falência hepática ou instabilidade hemodinâmica.

Questão 44

As vitaminas do Complexo B desempenham papéis cruciais como cofatores em diversas vias metabólicas. A Tiamina (Vitamina B1) é essencial para o metabolismo energético. Qual é a principal reação enzimática dependente da Tiamina Pirofosfato (TPP) que faz a ponte entre a glicólise e o Ciclo de Krebs, e qual a doença clínica associada à sua deficiência grave?

- a) Atuação na Piruvato Desidrogenase, convertendo Piruvato em Acetil-CoA; deficiência grave causa Beribéri.
- b) Atuação na Glutathione Redutase na via das Pentoses Fosfato; deficiência causa anemia megaloblástica.
- c) Atuação na conversão do metilmalonil-CoA a succinil-CoA; deficiência causa neuropatia periférica reversível.
- d) Atuação como cofator da Aminoácido Descarboxilase; deficiência causa dermatite seborreica.
- e) Atuação na Transaminase do Ciclo da Ureia; deficiência causa Pelagra.

Questão 45

A Vitamina D é fundamental na homeostase mineral, atuando como um hormônio (Calcitriol). Sua forma ativa (1,25-di-hidroxivitamina D) tem a principal função de aumentar a absorção de cálcio e fósforo no intestino, além de regular a reabsorção óssea. Qual a principal consequência clínica da deficiência crônica e grave de Vitamina D em pacientes adultos, e qual o principal mecanismo fisiopatológico que a caracteriza?

- a) Osteomalacia, caracterizada por mineralização inadequada da matriz óssea recém-formada (osteóide), causada pela baixa disponibilidade de cálcio e fósforo.
- b) Hipercalemia e Hiperfosfatemia, devido à regulação excessiva da Paratireoide (PTH).
- c) Anemia Ferropriva, devido à diminuição da eritropoiese relacionada à baixa ativação do Calcitriol.
- d) Osteopetrose, devido à inibição da atividade dos osteoclastos e ao aumento da densidade óssea.
- e) Osteoporose, devido ao aumento da degradação de colágeno tipo I mediada por PTH.

Questão 46

A Síndrome de Realimentação é uma condição potencialmente fatal que pode ocorrer em pacientes desnutridos ao serem alimentados. Essa síndrome resulta de alterações metabólicas e hormonais que ocorrem após a introdução de nutrientes, especialmente carboidratos. Qual é o principal distúrbio eletrolítico que define a síndrome de realimentação e qual seu mecanismo fisiológico imediato?

- a) Hipocalemia, causada pela entrada de potássio nas células devido à diminuição da glicólise e glicogênese.
- b) Hipofosfatemia, causada pelo aumento da secreção de insulina em resposta à glicose, que induz a captação intracelular de fosfato para fosforilação de glicose.
- c) Hipernatremia, causada pela retenção de água e sódio resultante da expansão de volume e diminuição da diurese.
- d) Hipomagnesemia, causada pelo aumento da excreção renal e pela rápida utilização nas vias metabólicas aeróbicas.
- e) Hipercalemia, causada pelo rápido aumento da atividade da Vitamina D e liberação de cálcio dos ossos.

Questão 47 ANULADA

Um homem de 62 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2, obesidade (IMC = 34 kg/m²), hipertensão arterial controlada e doença renal crônica estágio 3, encontra-se em acompanhamento nutricional após hospitalização por infecção respiratória. Durante a internação, apresentou episódios de hiperglicemia de estresse e foi submetido a terapia insulínica. No momento, encontra-se estável, mas com perda ponderal recente e sinais de sarcopenia. O nutricionista responsável deve planejar a terapia nutricional considerando não apenas o estado nutricional e o controle glicêmico, mas também a presença de comorbidades e as recomendações específicas das diretrizes BRASPEN de terapia nutricional no diabetes mellitus. Nesse contexto, qual das condutas abaixo está corretamente de acordo com as diretrizes?

- a) Prescrever dieta hipocalórica (<70% do gasto energético de repouso) e hipoproteica (0,6 g/kg/dia), já que a redução calórica e proteica comprovadamente melhora o controle glicêmico em pacientes com DM2 e sarcopenia.
- b) Manter suplementação sistemática de vitamina D e zinco para todos os pacientes diabéticos com doença renal crônica, independentemente de deficiência laboratorial, uma vez que tais micronutrientes apresentam evidência consistente de melhora do controle glicêmico.
- c) Individualizar a terapia nutricional, priorizando calorimetria indireta sempre que disponível, ajustando a oferta energética entre 25–35 kcal/kg/dia e proteína entre 1,0–1,5 g/kg/dia, com atenção à preservação da massa magra e ao controle glicêmico.
- d) Recomendar dieta cetogênica restrita em carboidratos (<50 g/dia) como padrão preferencial, já que esta estratégia apresenta forte evidência de benefício sustentado no controle glicêmico em idosos com DM2 e doença renal crônica.
- e) Orientar suplementação rotineira de cromo e magnésio, visto que há evidências robustas de que esses micronutrientes reduzem complicações cardiovasculares e melhoram de forma significativa o controle glicêmico no DM2.

Questão 48

O Zinco é um oligoelemento essencial com papel catalítico e estrutural em centenas de metaloenzimas e é crucial para a replicação do DNA, síntese proteica e divisão celular. Por essa razão, sua demanda aumenta consideravelmente em estados de alto turnover celular. Qual das funções a seguir está primariamente associada ao Zinco e qual sua aplicação clínica em pacientes com injúrias teciduais?

- a) Cofator na ativação da forma inativa da Vitamina A (Retinol); é usado para prevenir a xerofthalmia.
- b) Atua como antioxidante primário no tocoferol; é suplementado para prevenir hemólise.
- c) Cofator da Tiamina Pirofosfato (TPP); é usado para prevenir a Acidose Lática.
- d) Essencial para a função imune e formação de colágeno; é suplementado para acelerar a cicatrização de feridas e diminuir a duração de diarreias infecciosas.
- e) Componente essencial da Hemoglobina; é suplementado para corrigir Anemia Megaloblástica.

Questão 49

A Cobalamina (Vitamina B12) é uma vitamina hidrossolúvel que requer o Fator Intrínseco (FI) para ser absorvida no íleo terminal. Sua deficiência, frequentemente associada à anemia perniciosa (devido à ausência de FI) ou a cirurgias que reduzem a capacidade de absorção (como a cirurgia bariátrica), leva a consequências hematológicas e neurológicas graves. Qual é a principal manifestação neurológica da deficiência de B12, e por que a suplementação de Ácido Fólico (B9) isoladamente é considerada perigosa nesse contexto?

- a) Síndrome de Wernicke-Korsakoff, caracterizada por confusão mental; B9 exacerba a deficiência de Tiamina.
- b) Doença de Alzheimer de início precoce; B9 acelera a formação de placas beta-amiloides.
- c) Tetania e espasmos musculares devido à hipocalcemia; B9 interfere na absorção de cálcio.
- d) Perda de reflexos osteotendíneos e fraqueza generalizada; B9 compete com a B12 pelo receptor no íleo, diminuindo ainda mais a sua absorção.
- e) Degeneração combinada subaguda da medula espinhal (dificuldade de marcha e parestesias); B9 corrige o quadro hematológico (anemia), mascarando a deficiência e permitindo a progressão do dano neurológico irreversível.

Questão 50

Quatro pacientes apresentam quadros clínicos distintos, todos com envolvimento do trato gastrointestinal, mas com mecanismos fisiopatológicos variados:

- Paciente A: Apresenta dor abdominal crônica, recorrente, associada a alterações na frequência e consistência das fezes, sem inflamação estrutural evidente, caracterizando um distúrbio da interação cérebro-intestino.
- Paciente B: Apresenta inflamação transmural, descontínua, podendo afetar qualquer parte do TGI (boca ao ânus), com risco de fístulas, abscessos e estenoses.
- Paciente C: Apresenta um quadro inflamatório confinado à mucosa e submucosa do cólon, tipicamente iniciando-se no reto e progredindo proximalmente de forma contínua.
- Paciente D: Apresenta distensão abdominal, ausência de ruídos hidroaéreos e incapacidade de eliminação de gases ou fezes, devido a uma alteração reversível da motilidade intestinal, sem obstrução mecânica.

Associe corretamente os pacientes (A, B, C, D) às respectivas condições fisiopatológicas: Síndrome do Intestino Irritável (SII), Doença de Crohn (DC), Retocolite Ulcerativa (RCU) e Íleo Paralítico (IP).

- a) A - SII; B - DC; C - RCU; D - IP.
- b) A - RCU; B - SII; C - DC; D - IP.
- c) A - DC; B - IP; C - RCU; D - SII.
- d) A - IP; B - RCU; C - SII; D - DC.
- e) A - DC; B - RCU; C - IP; D - SII.