



# A.C. Camargo Cancer Center

PROCESSO SELETIVO 2026  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

## 005. PROVA OBJETIVA DE CONHECIMENTO

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

### NUTRIÇÃO

- Você recebeu sua folha de respostas e este caderno contendo 50 questões objetivas.
- Confira seus dados impressos na capa deste caderno e na folha de respostas.
- Quando for permitido abrir o caderno, verifique se está completo ou se apresenta imperfeições. Caso haja algum problema, informe ao fiscal da sala para a devida substituição desse caderno.
- Leia cuidadosamente todas as questões e escolha a resposta que você considera correta.
- Marque, na folha de respostas, com caneta de tinta preta, a letra correspondente à alternativa que você escolheu.
- A duração da prova é de 3 horas, já incluído o tempo para o preenchimento da folha de respostas.
- Só será permitida a saída definitiva da sala e do prédio após transcorridas 2 horas do início da prova.
- Deverão permanecer em cada uma das salas de prova os 3 últimos candidatos, até que o último deles entregue sua prova, assinando termo respectivo.
- Ao sair, você entregará ao fiscal a folha de respostas e este caderno.
- Até que você saia do prédio, todas as proibições e orientações continuam válidas.

**AGUARDE A ORDEM DO FISCAL PARA ABRIR ESTE CADERNO.**

Nome do candidato \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

Inscrição \_\_\_\_\_

Prédio \_\_\_\_\_

Sala \_\_\_\_\_

Carteira \_\_\_\_\_



## CONHECIMENTOS GERAIS

### LÍNGUA PORTUGUESA

Leia o texto a seguir para responder às questões de **01** a **06**:

Domingas, Catarina e Juliana foram três mulheres negras que viveram em São Paulo entre os séculos 18 e 19 e que tiveram algo em comum: foram mães que viveram as violências da escravidão. Os fragmentos dessas vivências ficaram registrados em documentos judiciais e cartas de alforria, e é a partir desses documentos que a historiadora Enidelce Bertin vem reconstituindo as histórias de vida delas e de outras mulheres negras do período.

A partir dos documentos de arquivo, a historiadora descobriu que Juliana trabalhou por décadas para Inácia e sua mãe, tendo ajudado a criar a senhora e seus irmãos. Reconhecendo os bons serviços de Juliana, em 1773, Inácia lhe concedeu a alforria. Mas permaneceram no cativeiro as duas filhas de Juliana.

Catarina também obteve o reconhecimento de sua senhora pelos bons serviços prestados. Em 1805, a senhora registrou a carta de alforria que concedia a liberdade a Catarina. Mas seus filhos não tiveram a mesma sorte. Enquanto os mais velhos continuaram a servi-la, o mais novo, ainda um bebê, ficaria com a mãe apenas até desmamar. Para a senhora escravista, o menino era uma promessa de investimento para aumentar seu patrimônio.

Muitas décadas depois, Domingas viveu algo diferente. Ela tinha 24 anos quando abriu uma ação judicial contando que foi “posta para fora de casa” na ocasião dos partos de seus dois filhos, Turíbia e Acelino. Era maio de 1881 e o alvo do processo era Urbano Augusto da Silva Macedo, a quem Domingas acusava de abandono senhorial. Na época, com a Lei do Ventre Livre em vigor, os senhores já não davam valor aos filhos das mulheres escravizadas, pois não podiam mais reivindicá-los como propriedade e tomá-los como parte de seu patrimônio.

Enidelce argumenta que a maternidade negra no período pode ser encarada como um “campo de disputas entre aqueles que viam a sua razão de ser na ‘produção de crias’” e no cuidado dos filhos dos senhores, e as mulheres que “ansiavam por proteção e liberdade para seus filhos”, conforme escreve.

“Nem sempre a resistência é visível na documentação, justamente porque o discurso senhorial está ali mais bem representado. Quando aquelas mulheres estão tentando comprar sua alforria, quando tentam ficar próximas de suas crianças, há indícios de resistência. Mas o que me interessa mais é tirar essas pessoas da invisibilidade”, conta a pesquisadora.

(Silvana Salles, *Historiadora reconstitui histórias de vida da maternidade negra durante a escravidão*. Disponível em: <https://jornal.usp.br/?p=901049>. Adaptado)

- 01.** A partir do texto, é correto afirmar que Domingas, Catarina e Juliana
- (A) viveram experiências semelhantes de terem seus filhos escravizados mesmo após elas terem sido libertadas.
  - (B) puderam ficar com seus filhos apenas até que eles desmamassem, momento em que a maternidade não era mais reconhecida.
  - (C) resistiram a entregar seus filhos, o que pôde ser verificado de forma evidente em pesquisa junto a documentos oficiais.
  - (D) tiveram experiências de maternidade violentamente marcadas pelo sistema escravista e pela mentalidade dos senhores.
  - (E) puderam permanecer com seus filhos enquanto eles eram bebês e, depois, eram obrigadas a vendê-los.
- 02.** De acordo com a pesquisadora Enidelce Bertin, é correto afirmar que a maternidade durante o período escravista era
- (A) objeto de disputa entre os senhores que queriam fazer aumentar seu patrimônio e as mulheres escravizadas que desejavam proteger seus filhos.
  - (B) proibida pelos senhores, os quais se opunham fortemente a um aumento da população negra no país.
  - (C) apontada como a causa da falência das famílias de senhores, os quais decidiram promulgar a Lei do ventre livre.
  - (D) reconhecida apenas no cuidado dos filhos dos senhores, enquanto os filhos de mulheres escravizadas não tinham contato com suas mães.
  - (E) invisibilizada principalmente em documentos oficiais, os quais não mostravam o número de crianças nascidas de mulheres escravizadas.
- 03.** Assinale a alternativa em que a palavra destacada foi empregada em sentido figurado.
- (A) ... é a partir desses **documentos** que a historiadora Enidelce Bertin vem reconstituindo as histórias de vida delas... (1º parágrafo)
  - (B) Catarina também obteve o reconhecimento de sua senhora pelos bons **serviços** prestados. (3º parágrafo)
  - (C) ... os senhores já não davam valor aos filhos das mulheres escravizadas, pois não podiam mais reivindicá-los como **propriedade** (4º parágrafo)
  - (D) Enidelce argumenta que a maternidade negra no período pode ser encarada como um “**campo** de disputas... (5º parágrafo)
  - (E) ... quando tentam ficar próximas de suas crianças, há **indícios** de resistência. (6º parágrafo)

04. Assinale a alternativa em que o acréscimo de vírgula(s) ao trecho original manteve a norma-padrão de emprego desse sinal de pontuação.

- (A) Os fragmentos dessas vivências, ficaram registrados, em documentos judiciais e cartas de alforria... (1º parágrafo)
- (B) ... a historiadora descobriu que Juliana trabalhou, por décadas, para Inácia e sua mãe... (2º parágrafo)
- (C) Catarina também obteve, o reconhecimento de sua senhora, pelos bons serviços prestados. (3º parágrafo)
- (D) Ela tinha 24 anos, quando abriu uma ação judicial contando, que foi “posta para fora de casa”... (4º parágrafo)
- (E) Enidelce argumenta que, a maternidade negra no período, pode ser encarada como... (5º parágrafo)

05. Assinale a alternativa em que o trecho foi reescrito em conformidade com a norma-padrão de colocação pronominal.

- (A) ... três mulheres negras que viveram em São Paulo entre os séculos 18 e 19 e que assemelhavam-se em algo... (1º parágrafo)
- (B) Se baseando em documentos de arquivo, a historiadora descobriu que Juliana trabalhou por décadas para Inácia e sua mãe... (2º parágrafo)
- (C) Em 1805, a senhora registrou a carta de alforria de Catarina que concedia-lhe a liberdade. (3º parágrafo)
- (D) Enquanto os mais velhos ainda serviam-na, o mais novo, um bebê, ficaria com a mãe apenas até desmamar. (3º parágrafo)
- (E) ... os senhores já não davam valor aos filhos das mulheres escravizadas, pois não os poderiam mais reclamar como propriedade... (4º parágrafo)

06. Considere as frases:

- ... os senhores já não davam valor aos filhos das mulheres escravizadas, **pois** não podiam mais reivindicá-los como propriedade... (4º parágrafo)
- ... **quando** tentam ficar próximas de suas crianças, há indícios de resistência... (6º parágrafo)

É correto afirmar que as palavras destacadas nas frases estabelecem, correta e respectivamente, relações de sentido de

- (A) causa e explicação.
- (B) consequência e condição.
- (C) causa e tempo.
- (D) tempo e consequência.
- (E) condição e causa.

Leia o texto a seguir para responder às questões de 07 a 09:

Não é assim tão fácil deixar para sempre uma cidade, qualquer que seja ela. Difícil já está sendo, para começar, deixar o apartamento que ocupo, cujo dono, que me exigiu luvas para entrar, só falta exigir-me luvas para sair. Mais difícil foi vender por 150 dólares a mobília que tive de comprar por 200, apesar dos inúmeros melhoramentos nela introduzidos – inclusive a poltrona vermelha que conta agora com um pé de madeira autêntico, em lugar dos catálogos de telefone que a amparavam. Dificílimo, quase impossível, foi fazer o novo dono da mobília aceitar com elas os cacarecos que deixarei atrás de mim, juntados por prementes necessidades domésticas de quem nunca pensou em viver aqui e foi ficando: painéis, vassouras, talheres e um espremedor de laranja, no qual gostaria de espremer a língua do vendedor que me assegurou tratar-se da última palavra numa cozinha moderna.

De tudo, porém, o que nas mudanças maior dificuldade cria é a capacidade de adaptação exigida ao nosso vulnerável comodismo de ocasião, é o desprendimento gregário que nos leva a passar de um bando para outro bando, ou de uma vida para outra vida anterior que o tempo já apagou e que a viagem de volta não consegue mais reatar.

(Fernando Sabino, *As melhores crônicas de Fernando Sabino*. Rio de Janeiro: Best Bolso, 2008.)

07. A partir da leitura da crônica, é correto afirmar que o narrador se refere à sua mudança com

- (A) indiferença, visto que tanto faz o grupo ao qual ele irá se juntar depois dela.
- (B) ironia, como se os móveis simples fossem algo relevante para sua vida.
- (C) empolgação, por acreditar que a hora de partir será um momento feliz.
- (D) tristeza, desejando manter os objetos mais simples como o espremedor de laranja.
- (E) desgosto, manifestando as dificuldades práticas e emocionais envolvidas.

08. Considere os trechos:

- “... os cacarecos que deixarei atrás de mim, juntados por **prementes** necessidades domésticas...” (1º parágrafo)
- “... é o desprendimento **gregário** que nos leva a passar de um bando para outro bando...” (2º parágrafo)

No contexto em que foram empregadas, as palavras destacadas possuem como sinônimos, respectivamente:

- (A) urgentes e sociável.
- (B) contingentes e comum.
- (C) supérfluas e nômade.
- (D) cruciais e solitário.
- (E) presumíveis e desviante.

09. Assinale a alternativa em que o trecho foi reescrito em conformidade com a norma-padrão de concordância.

- (A) Difícil já está sendo, para começar, deixar o apartamento em que para entrar foi-me exigidas luvas. (1º parágrafo)
- (B) Mais difícil foi vender por 150 dólares a mobília que tive de comprar por 200, apesar de ter sido introduzidos inúmeros melhoramentos nela. (1º parágrafo)
- (C) ... a poltrona vermelha que conta agora com um pé de madeira autêntico com o qual substituíram-se os catálogos de telefone que a amparavam. (1º parágrafo)
- (D) ... gostaria que fosse espremido a língua do vendedor que me assegurou tratar-se da última palavra numa cozinha moderna. (1º parágrafo)
- (E) ... ou de uma vida para outra vida anterior que já tinha sido apagado pelo tempo e que a viagem de volta não consegue mais reatar. (2º parágrafo)

10. Considere as frases.

- Foram oferecidas oportunidades de trabalho \_\_\_\_\_ pessoas recém-chegadas ao país.
- A mudança de cidade deveu-se tanto \_\_\_\_\_ saúde de sua mãe quanto \_\_\_\_\_ de seu pai.
- Teve de livrar-se completamente da mobília \_\_\_\_\_ se tinha já afeiçoado.

Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, as lacunas, em conformidade com a norma-padrão de regência e de emprego do sinal indicativo de crase.

- (A) à ... à ... a ... em que
- (B) a ... à ... à ... a que
- (C) à ... a ... a ... à qual
- (D) às ... a ... a ... com a qual
- (E) às ... à ... à ... que

Read the following text to answer questions 11 to 13:

Effective communication is central to the clinician-patient encounter. When the patient's needs and concerns are well understood through a biopsychosocial formulation, then a comprehensive care plan can be mutually agreed on. Communication skills training (CST) has become one vehicle to build skills that optimally advance the clinical agenda, alongside promoting professionalism and excellence of care. Good communication skills have been linked to higher patient satisfaction, greater patient adherence to treatment, better patient health outcomes, fewer physician malpractice claims, reduced patient anxiety, increased recall, and improved understanding.

Patients with cancer report unmet communication needs for information about the extent of disease, prognosis, and treatment options, intent, and adverse effects. This is consistent with earlier studies on communication in clinical encounters. When the clinician is responsive to patients' needs, their anxiety levels have been significantly reduced.

In this article, we propose the establishment of a universal CST curriculum for fellows of all cancer specialties that builds their professionalism and sustains effective clinician-patient communication throughout their careers.

(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3341141/>. 06.08.2025. Adaptado)

11. According to the excerpt, the most appropriate title for the article is:

- (A) Communication Skills Training for Oncology Professionals.
- (B) Communication and Cancer Care: active listening.
- (C) How to Become an Oncologist Professional in Today's World.
- (D) A Guide to Becoming an Oncologist Specialized in Communication.
- (E) Radiation Oncologists: qualifications and what they communicate.

12. In the extract from the first paragraph “skills that optimally advance the clinical agenda, **alongside** promoting professionalism and excellence of care”, the highlighted word can be substituted, without changes in its original meaning, by

- (A) except for.
- (B) let alone.
- (C) together with.
- (D) altogether.
- (E) in spite of.

13. Com base no contexto do trecho, a primeira sentença do segundo parágrafo “Patients with cancer report unmet communication needs for information about the extent of disease, prognosis, and treatment options, intent, and adverse effects” indica que

- (A) existe um aspecto pouco estudado da relação paciente-profissional.
- (B) há fragilidades na comunicação médico-paciente quanto a informações indispensáveis.
- (C) deve-se ponderar a relevância de necessidades não atendidas de diversos pacientes.
- (D) a comunicação paciente-profissional tem se aperfeiçoado consistentemente.
- (E) profissionais de oncologia buscam competências específicas para atender pacientes.

Read the following text to answer questions 14 and 15:

The sum of the three main sources of background radiation – cosmic, terrestrial and internal – is about 2.4 mSv and is the annual whole-body dose equivalent arising from natural radiation. It must be emphasized that this is a global average dose, which may vary. There are several studies looking into the impact of high background radiation doses on humans and the possible long-term consequences of chronic exposure to such doses.

With respect to man-made radiation, the most significant source of exposure to the public is from medical procedures, which includes diagnostic X-rays, nuclear medicine, and radiation therapy. Medical exposure accounts for the largest radiation exposure to the population, after the natural background radiation. The advances in medical investigations, the important role of prevention through early diagnosis and also the aging population, are all factors leading to an increase in the number of diagnostic procedures. It is, therefore, important to find the balance between radiological exposure and the associated benefit to the patient. In order to reduce the risks of any deleterious effects from medical exposure, this should be limited as much as possible, especially in children, who are more susceptible to radiation-induced adverse events than adults.

(Bezak et al. *Johns and Cunningham's The Physics of Radiology*, 2021. Adaptado

14. According to the excerpt, the authors aim to emphasize the

- (A) importance of protecting children from radiation caused by medical procedures.
- (B) effects of combined exposure to natural and artificial radiation on the population.
- (C) impact of both natural and artificial radiation specifically on elderly patients.
- (D) need to reduce unnecessary radiological exposure during prevention and treatment.
- (E) importance of balancing radiation exposure with the potential benefits for patients.

15. Com base nas informações apresentadas no texto, é correto afirmar que

- (A) 2.4 mSv é a dose média anual de radiação recebida por humanos, mas localização geográfica pode alterá-la.
- (B) deve-se tentar adequar o nível de radiação recebida pelo paciente às condições de saúde em que se encontra.
- (C) exames que usam radiação são ao mesmo tempo prejudiciais e benéficos aos pacientes mais idosos.
- (D) fatores como a ênfase no diagnóstico precoce e na prevenção resultam no aumento de procedimentos diagnósticos.
- (E) a quantidade de radiação artificial está relacionada à radiação natural em suas diversas formas.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

16. De acordo com o *ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition* (2017), assinale a alternativa que apresenta corretamente a descrição da desnutrição relacionada à doença com inflamação (Disease-Related Malnutrition – DRM with inflammation).
- (A) Condição catabólica, crônica ou aguda, desencadeada por doença de base, na qual a inflamação contribui para anorexia, perda de peso e degradação muscular.
  - (B) Perda progressiva de massa muscular associada ao envelhecimento e baixa ingestão proteica, com inflamação discreta e ausência de doença de base específica.
  - (C) Estado inflamatório sistêmico com acúmulo de gordura visceral e retenção hídrica, observado em obesidade grau II ou superior.
  - (D) Inflamação aguda decorrente de procedimento cirúrgico, com ingestão alimentar preservada e manutenção da massa livre de gordura.
  - (E) Redução significativa de massa magra causada por doença, porém sem evidências laboratoriais de inflamação ativa.
17. Quais são os critérios gerais para o diagnóstico de desnutrição (*malnutrition/undernutrition*), independentemente do cenário clínico ou da etiologia, propostos pela *ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition* (2017)?
- (A) Índice de Massa Corporal (IMC) < 18,5 kg/m<sup>2</sup> ou perda de peso associada à redução de IMC ou à diminuição do Índice de Massa Livre de Gordura (IMLG), após identificação prévia de risco nutricional.
  - (B) Perda de peso não intencional superior a 5% em um ano ou IMC abaixo de 22 kg/m<sup>2</sup>, independentemente de triagem nutricional.
  - (C) IMC < 20 kg/m<sup>2</sup> ou IMLG reduzido, acompanhado de deficiência de micronutrientes comprovada laboratorialmente.
  - (D) Perda de peso superior a 10% nos últimos 6 meses, associada à ingestão alimentar insuficiente, com ou sem inflamação.
  - (E) IMC < 16 kg/m<sup>2</sup> ou perda de massa muscular, sem necessidade de triagem nutricional prévia para confirmação diagnóstica.
18. O que é o procedimento de triagem de risco nutricional recomendado pela *ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition* (2017)?
- (A) Processo demorado que exige avaliação completa da composição corporal, exames laboratoriais e histórico dietético detalhado antes de iniciar qualquer intervenção.
  - (B) Etapa inicial, rápida e obrigatória, realizada com ferramenta validada, para identificar indivíduos em risco nutricional, devendo ser feita até 72 horas após admissão hospitalar.
  - (C) Processo de avaliação global que inclui diagnóstico de desnutrição, planejamento da terapia nutricional e monitoramento de resultados.
  - (D) Triagem de risco nutricional voltada exclusivamente para pacientes com perda de peso significativa, dispensando avaliação de ingestão alimentar e gravidade da doença.
  - (E) Triagem de risco nutricional que deve ser realizada com todos os pacientes na admissão, de forma rápida, com ferramenta validada, até 24 – 48 horas após o primeiro contato com o serviço de saúde, repetindo-se em intervalos regulares.
19. De acordo com *Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis* (2019), a sequência de critérios para confirmar e classificar a gravidade da sarcopenia, segundo a EWGSOP2 é:
- (A) avaliação de massa muscular, seguida de teste de desempenho físico e, por último, avaliação de força muscular.
  - (B) triagem clínica, confirmação por força muscular reduzida e posterior classificação de gravidade com base no grau de infiltração gordurosa no músculo.
  - (C) identificação de baixa força muscular (provável sarcopenia), confirmação por baixa quantidade ou qualidade muscular e classificação de gravidade com base no desempenho físico.
  - (D) avaliação de ingestão proteica, composição corporal por DXA e velocidade da marcha.
  - (E) diagnóstico direto pela soma de baixa massa muscular e velocidade da marcha reduzida, sem etapas adicionais.

**20.** No algoritmo F-A-C-S da EWGSOP2, em cada etapa são utilizadas ferramentas específicas para avaliação.

De acordo com *Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis (2019)*, assinale a alternativa que apresenta corretamente a ferramenta utilizada em cada etapa de avaliação.

- (A) SARC-F ou suspeita clínica – Etapa Confirmar (*Confirm*).
- (B) Prensão manual ou teste de sentar e levantar – Etapa Avaliar Força Muscular (*Assess*).
- (C) DXA, BIA, MRI ou CT – Etapa Gravidade (*Severity*).
- (D) SPPB, TUG ou caminhada de 400 m – Etapa Encontrar Casos (*Find*).
- (E) Avaliação dietética detalhada – Incluída na Etapa Avaliar Força Muscular (*Assess*).

**21.** De acordo com *Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis (2019)*, sobre as categorias de sarcopenia e condições semelhantes descritas pela EWGSOP2, assinale a alternativa correta.

- (A) A sarcopenia primária está sempre associada a doenças inflamatórias, enquanto a secundária é causada apenas pelo avanço da idade e não envolve outros fatores.
- (B) A sarcopenia crônica ocorre quando a condição persiste por menos de 6 meses, sendo geralmente associada a doenças agudas ou lesões traumáticas.
- (C) A obesidade sarcopênica caracteriza-se por preservação da massa magra e acúmulo moderado de gordura, resultando em manutenção da função física.
- (D) A sarcopenia secundária é assim classificada quando está relacionada a doenças, inatividade ou ingestão inadequada.
- (E) A sarcopenia associada à desnutrição ocorre apenas quando há perda de gordura corporal, mantendo a quantidade de massa muscular inalterada.

**22.** De acordo com *Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis (2019)*, qual é o ponto de corte para baixa quantidade de músculo utilizado para o diagnóstico de sarcopenia, segundo a EWGSOP2?

- (A) Homens < 27 kg e mulheres < 16 kg.
- (B) Homens < 5,5 kg/m<sup>2</sup> e mulheres < 7,0 kg/m<sup>2</sup>.
- (C) Homens ≥ 20 s e mulheres ≥ 20 s no teste TUG.
- (D) Homens < 20 kg e mulheres < 15 kg.
- (E) Homens com velocidade de marcha ≤ 0,8 m/s e mulheres com velocidade de marcha ≤ 0,8 m/s.

**23.** Segundo *ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient (2016)*, o conceito de risco nutricional incorpora tanto o estado nutricional, quanto a gravidade da doença, uma vez que ambos contribuem para desfechos desfavoráveis e para a necessidade de terapia nutricional.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente dois exemplos de ferramentas que avaliam o risco nutricional e são recomendadas para pacientes em terapia intensiva.

- (A) Mini Avaliação Nutricional e Ferramenta Universal de Triagem de Desnutrição.
- (B) Questionário Simplificado de Avaliação Nutricional e Avaliação da Fisiologia Aguda e Saúde Crônica.
- (C) Índice de Risco Nutricional e Avaliação Subjetiva Global.
- (D) Avaliação Subjetiva Global Preenchida pelo Paciente e Versão Resumida da Ferramenta Universal de Triagem de Desnutrição.
- (E) Escore de Risco Nutricional 2002 e Escore NUTRIC.

**24.** De acordo com *ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient (2016)*, é um benefício não nutricional da nutrição enteral precoce:

- (A) estímulo da síntese proteica.
- (B) apoio à função celular e subcelular.
- (C) provimento de antioxidantes.
- (D) fornecimento de quantidade suficiente de proteínas e calorias.
- (E) manutenção da massa do tecido linfóide associado ao intestino.

**25.** De acordo com as recomendações para terapia nutricional especializada em pacientes hospitalizados do *ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient (2016)*, assinale a alternativa correta.

- (A) A terapia nutricional parenteral (PN) deve ser iniciada imediatamente em todos os pacientes hospitalizados, independentemente do risco nutricional.
- (B) Pacientes hospitalizados com baixo risco nutricional e bem nutridos devem receber PN preventiva para evitar perdas de massa magra.
- (C) A nutrição enteral (NE) deve ser sempre adiada até que o paciente esteja sem suporte ventilatório e tenha restabelecida a ingestão oral plena.
- (D) A NE deve ser iniciada prontamente em pacientes hospitalizados com alto risco nutricional e incapacidade de manter ingestão oral voluntária.
- (E) A PN é preferida à NE quando o trato gastrointestinal está funcionando e não há contraindicações para o uso de nutrientes lúminais.

**26.** Em pacientes hospitalizados, a nutrição parenteral (NP) deve ser utilizada de forma criteriosa, considerando o risco nutricional, a viabilidade da nutrição enteral (NE) e o tempo de internação.

Sobre as recomendações do *ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient (2016)* para início e suspensão da NP, assinale a alternativa correta.

- (A) A NP deve ser iniciada em todos os pacientes já no primeiro dia de internação, independentemente do risco nutricional ou da possibilidade de uso da NE.
- (B) A NP suplementar deve ser instituída de rotina em pacientes em NE parcial, ainda que esta cubra menos de 60% das necessidades energéticas e proteicas.
- (C) A via periférica é preferida à central por reduzir risco de complicações, sendo suficiente para manter aporte adequado no médio e longo prazo.
- (D) NP deve ser iniciada precocemente em pacientes com alto risco nutricional, quando a NE não é viável, devendo ser descontinuada assim que a NE atingir > 60% das metas energéticas e proteicas.
- (E) A NP deve ser mantida indefinidamente, mesmo quando a NE já atinge mais de 60% das metas de energia e proteína.

**27.** De acordo com *ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient (2016)*, em relação à oferta de terapia nutricional especializada a pacientes hospitalizados em situação de final de vida, assinale a alternativa correta.

- (A) A colocação de gastrostomia é contraindicada em todos os casos de final de vida, mesmo quando solicitada pelo paciente ou pela família.
- (B) A decisão de implantar gastrostomia deve considerar se o acesso enteral e a nutrição atendem aos objetivos do paciente e/ou família, ainda que o benefício seja conforto ou facilitar a alta.
- (C) A nutrição parenteral é preferida à enteral no final de vida, pois estaria associada a menor risco de desconforto e complicações clínicas.
- (D) O profissional de saúde deve oferecer hidratação e nutrição em todas as circunstâncias, independentemente da indicação clínica ou desejo do paciente.
- (E) A nutrição parenteral no final de vida é indicada para prolongar a sobrevida, independentemente da relação risco-benefício.

**28.** De acordo com a *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Clinical Guidelines: The Validity of Body Composition Assessment in Clinical Populations (2020)*, sobre a avaliação da composição corporal em populações clínicas, assinale a alternativa correta.

- (A) A absorciometria por dupla emissão de raios-X (DXA) possui validade estabelecida para avaliação de massa magra em todas as populações clínicas, sem restrições de uso.
- (B) O uso de bioimpedância elétrica (BIA) pode ser limitado em pacientes com alterações significativas no estado de hidratação, como em casos de insuficiência cardíaca ou renal.
- (C) A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) são pouco precisas para estimar massa muscular esquelética e, por isso, não são indicadas em pesquisa clínica.
- (D) Métodos antropométricos, como pregas cutâneas, apresentam alta precisão e confiabilidade em pacientes críticos, sendo preferidos em relação a técnicas de imagem.
- (E) A escolha do método de avaliação da composição corporal deve ser feita exclusivamente pelo custo, independentemente do objetivo clínico e do estado do paciente.

**29.** De acordo com a *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Clinical Guidelines: The Validity of Body Composition Assessment in Clinical Populations (2020)*, sobre o uso da ultrassonografia (US) na avaliação da composição corporal em populações clínicas, é correto afirmar que a US

- (A) é um método invasivo que exige o uso de contraste e, portanto, é restrito a ambientes de pesquisa avançada.
- (B) permite avaliar a espessura muscular e a qualidade do tecido de forma não invasiva, mas não pode ser utilizada em pacientes acamados devido à necessidade de posicionamento em pé.
- (C) pode ser realizada em pacientes em diferentes posições, incluindo decúbito, o que a torna particularmente vantajosa em contextos hospitalares.
- (D) apresenta menor aplicabilidade clínica em comparação à antropometria devido à dificuldade de obtenção de imagens em pacientes hospitalizados.
- (E) é considerada o padrão-ouro absoluto para avaliação da composição corporal, superando métodos como DXA e TC em todas as populações.

**30.** A avaliação da composição corporal pode ser realizada por diferentes métodos de imagem, cada um com indicações e limitações específicas.

De acordo com a *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Clinical Guidelines: The Validity of Body Composition Assessment in Clinical Populations* (2020), considerando as características da tomografia computadorizada (TC) e da ressonância magnética (RM), assinale a alternativa correta.

- (A) TC e RM são métodos altamente precisos para estimar massa muscular esquelética e tecido adiposo.
- (B) A principal limitação da TC e da RM é a impossibilidade de quantificar massa muscular, sendo indicadas apenas para estimativa de gordura subcutânea.
- (C) A TC e a RM são aplicáveis exclusivamente em populações saudáveis, não sendo indicadas para uso em pacientes com doenças crônicas.
- (D) A escolha entre TC e RM deve basear-se apenas no custo, já que ambas apresentam exatamente a mesma disponibilidade em todos os serviços de saúde.
- (E) Por não utilizarem radiação ionizante, tanto a TC quanto a RM são igualmente indicadas para repetidas avaliações seriadas em qualquer paciente.

**31.** Sobre as recomendações de ingestão proteica para idosos, de acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Envelhecimento (2019), assinale a alternativa correta.

- (A) A ingestão proteica recomendada para idosos saudáveis é de 0,8 g/kg/dia, valor suficiente para manutenção da massa muscular em todas as condições clínicas.
- (B) Em idosos com doenças agudas ou crônicas, a ingestão proteica recomendada pode variar entre 1,2 e 2,0 g/kg/dia, ajustada conforme a condição clínica.
- (C) A suplementação proteica não é indicada para idosos, pois pode sobrecarregar a função renal mesmo na ausência de doença renal pré-existente.
- (D) A ingestão proteica acima de 1,5 g/kg/dia é contraindicada para qualquer idoso devido ao risco de perda de massa muscular.
- (E) Não há diferença nas recomendações de ingestão proteica entre idosos frágeis e jovens adultos saudáveis.

**32.** Ainda de acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Envelhecimento (2019), quais alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento podem contribuir para o risco de desnutrição?

- (A) Redução da percepção de sede, diminuição do apetite, perda de massa muscular e alterações no paladar e olfato.
- (B) Aumento da taxa metabólica basal, aumento da percepção de fome e elevação da sensibilidade gustativa.
- (C) Aumento da massa magra, melhora da função digestiva e maior absorção de micronutrientes.
- (D) Preservação da força muscular, manutenção do olfato e do paladar e aumento da ingestão hídrica voluntária.
- (E) Melhora da motilidade intestinal, aumento da secreção salivar e aumento da absorção de cálcio.

**33.** São aspectos psicossociais e ambientais reconhecidos na prática clínica pela Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Envelhecimento (2019) que contribuem para a redução da ingestão alimentar em idoso:

- (A) melhora da interação social, aumento da renda e maior acesso a alimentos variados.
- (B) estabilidade financeira, maior participação em atividades comunitárias e apoio familiar frequente.
- (C) isolamento social, depressão, perda de cônjuge e dificuldades econômicas que limitam o acesso a alimentos.
- (D) aumento de tempo e motivação para cozinhar, ampliação da rede de suporte social e maior disponibilidade de transporte.
- (E) participação em grupos de convivência, manutenção da autonomia funcional e preservação da acuidade sensorial.

**34.** De acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer (2019), em relação às necessidades proteicas de pacientes adultos e idosos em tratamento antineoplásico, assinale a alternativa que apresenta corretamente as recomendações vigentes.

- (A) Manter ingestão proteica entre 0,6 e 0,8 g/kg/dia, independentemente do estado clínico.
- (B) Limitar a ingestão proteica a, no máximo, 1,0 g/kg/dia, mesmo na presença de inflamação sistêmica.
- (C) Ingestão acima de 1,0 g/kg/dia, podendo variar de 1,2 a 2,0 g/kg/dia quando presente inflamação sistêmica e de 1,2 a 1,5 g/kg/dia para pacientes com algum grau de desnutrição.
- (D) Oferecer 1,5 g/kg/dia para todos os pacientes oncológicos, sem ajustes individuais.
- (E) Igualar a ingestão proteica à de indivíduos saudáveis, entre 0,8 e 1,0 g/kg/dia, para evitar sobrecarga metabólica.

**35.** Paciente oncológico em quimioterapia apresenta dor acentuada ao engolir, piorando com alimentos ácidos e quentes, além de inflamação e lesões ulceradas na mucosa oral. Relata redução da ingestão alimentar e perda ponderal significativa.

De acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer (2019), considerando o manejo nutricional, qual conduta é a mais adequada?

- (A) Estimular ingestão de líquidos durante as refeições, priorizando preparações frias e cítricas, para melhorar hidratação e estimular salivação.
- (B) Prescrever dieta com consistência branda, mas rica em temperos e condimentos naturais para estimular apetite e melhorar a palatabilidade.
- (C) Recomendar alimentos ricos em fibras insolúveis para auxiliar o trânsito intestinal, associando líquidos gelados para analgesia local.
- (D) Oferecer preparações pastosas ou sólidas macias em temperatura ambiente, incluindo pequenas porções de frutas cítricas para aporte de vitamina C.
- (E) Ajustar consistência da dieta e evitar alimentos que causem irritação ou desconforto, considerando suplemento oral se necessário.

**36.** Paciente com câncer gástrico avançado, apresentando perda de peso significativa e diagnóstico de desnutrição moderada, está programado para cirurgia de grande porte em 7 dias.

De acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer (2019), considerando as recomendações atuais de terapia nutricional no período perioperatório para pacientes cirúrgicos oncológicos, qual é a conduta mais indicada?

- (A) Prescrever dieta hiperproteica e hipercalórica exclusiva por via oral, iniciando 24 horas antes da cirurgia, para minimizar o risco de complicações.
- (B) Manter dieta habitual até a véspera da cirurgia e iniciar suplementação proteica somente no pós-operatório imediato.
- (C) Introduzir fórmulas enterais isocalóricas e normoproteicas, sem imunonutrientes, 48 horas antes do procedimento.
- (D) Realizar suplementação com fórmulas hipercalóricas e ricas em carboidratos simples, visando otimizar reservas energéticas antes da cirurgia.
- (E) Iniciar 5 a 7 dias antes da cirurgia o uso de fórmulas hiperproteicas com imunonutrientes, por via oral ou enteral, em volume mínimo de 500 mL/dia.

**37.** De acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer (2019), sobre a utilização de nutrientes específicos no paciente crítico com câncer, assinale a alternativa correta.

- (A) O uso rotineiro de glutamina é indicado, exceto em instabilidade hemodinâmica.
- (B) Megadoses de vitaminas e minerais são recomendadas como rotina.
- (C) O ômega-3 tem efeito comprovado e deve ser administrado rotineiramente.
- (D) Não há evidência suficiente para glutamina; é contraindicada em falências orgânicas graves.
- (E) Glutamina, ômega-3 e vitaminas devem ser suplementados precocemente em todos os casos.

**38.** Paciente oncológico em tratamento adjuvante apresenta episódios recorrentes de diarreia e mucosite oral. A equipe cogita uso de glutamina e probióticos para manejo do quadro.

De acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer (2019), considerando as evidências disponíveis, assinale a alternativa que apresenta corretamente as recomendações atuais.

- (A) Glutamina não tem evidência suficiente para diarreia ou mucosite; probióticos podem ser utilizados na prevenção e tratamento da diarreia, exceto em casos de alterações imunológicas.
- (B) Glutamina não deve ser utilizada para diarreia, mas pode ser empregada na mucosite; probióticos devem ser restritos ao tratamento da diarreia já instalada.
- (C) Glutamina só é contraindicada em falência orgânica múltipla; probióticos podem ser usados em todos os pacientes com diarreia, independentemente do estado imunológico.
- (D) Glutamina é indicada para mucosite, mas não para diarreia; probióticos devem ser evitados durante o uso de quimioterapia.
- (E) Glutamina pode ser usada para prevenção da mucosite; probióticos não apresentam benefício comprovado na diarreia associada ao câncer.

**39.** De acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal (2021), em relação à triagem e avaliação nutricional em pacientes com doença renal, assinale a alternativa correta.

- (A) Não há instrumento específico para triagem desses pacientes; o *Malnutrition Screening Tool* pode ser utilizado para identificar risco de desnutrição.
- (B) O IMC isolado, quando inferior a 19 kg/m<sup>2</sup>, é suficiente para estabelecer o diagnóstico de desnutrição.
- (C) A Avaliação Subjetiva Global na versão modificada é a mais indicada para o diagnóstico de desnutrição em pacientes renais.
- (D) A manutenção de ingestão energética dentro do recomendado confirma o diagnóstico de eutrofia, mesmo com perda de peso recente.
- (E) Para diagnóstico de obesidade em pacientes renais, o principal indicador é o aumento do peso corporal total.

40. De acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal (2021), sobre as recomendações nutricionais para pacientes com injúria renal aguda (IRA), assinale a alternativa correta.

- (A) Em pacientes hipercatabólicos com IRA sem terapia de reposição renal (TRR), a oferta proteica recomendada é de 0,8 – 1,0 g/kg/dia para evitar sobrecarga renal.
- (B) Na fase inicial da IRA, recomenda-se atingir 100% da meta energética já nas primeiras 24 horas para prevenir perda de massa magra.
- (C) A suplementação de glutamina é indicada rotineiramente para pacientes hipercatabólicos em TRR contínua, visando suporte imunológico.
- (D) Em pacientes hipercatabólicos com IRA em TRR contínua, a oferta proteica deve ser de 1,7 – 2,5 g/kg/dia, sendo menor para aqueles sem necessidade de TRR.
- (E) A restrição proteica é indicada para todos os pacientes com IRA, independentemente do grau de catabolismo ou do uso de TRR.

41. Paciente adulto com DRC estágio 5 em hemodiálise apresenta IMC de 19 kg/m<sup>2</sup>, perda de 6% do peso nos últimos 3 meses e ingestão alimentar insuficiente. Refere fadiga e redução da força muscular. Exames mostram albumina sérica de 3,2 g/dL, fósforo de 4,6 mg/dL e potássio de 4,9 mEq/L.

De acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal (2021), considerando as recomendações para manejo nutricional, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada.

- (A) Aumentar oferta proteica para 1,4 g/kg/dia, evitando suplementos orais para reduzir risco de acúmulo de fósforo.
- (B) Prescrever dieta hipercalórica, priorizando proteínas vegetais, como estratégia principal para reduzir absorção de fósforo e prevenir progressão da hiperfosfatemia.
- (C) Elevar a ingestão energética para cerca de 25 kcal/kg/dia, sem uso de suplemento oral até estabilização de parâmetros bioquímicos.
- (D) Oferecer suplementação apenas com aminoácidos essenciais, mantendo a ingestão calórica habitual.
- (E) Incluir suplemento nutricional oral, ajustado às necessidades e à tolerância, para prevenir ou corrigir desnutrição.

42. Idoso de 74 anos, portador de DRC estágio 4 não dialítico, apresenta IMC de 23 kg/m<sup>2</sup> e bom estado funcional. Está em acompanhamento ambulatorial e mantém ingestão proteica habitual em torno de 1,0 g/kg/dia.

De acordo com a Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Doença Renal (2021), considerando as recomendações para energia e proteínas em idosos com DRC, a conduta mais adequada é:

- (A) reduzir a ingestão proteica para 0,4 – 0,5 g/kg/dia e manter energia de 20 – 25 kcal/kg/dia para retardar a progressão da doença.
- (B) aumentar a ingestão proteica para 1,2 – 1,5 g/kg/dia e energia para 35 – 40 kcal/kg/dia, visando preservação da massa muscular.
- (C) reduzir a ingestão proteica para 0,3 g/kg/dia, sem suplementação, e energia para 25 kcal/kg/dia, para controle de sintomas urêmicos.
- (D) manter ingestão proteica de 0,6 – 0,8 g/kg/dia e energia de 20 – 25 kcal/kg/dia, priorizando redução de fósforo dietético.
- (E) ajustar ingestão proteica para 0,6 – 0,8 g/kg/dia e energia para 25 – 35 kcal/kg/dia, considerando suplementação com cetanoálogos, se dieta muito baixa em proteína for adotada.

43. De acordo com *Nutrição clínica no adulto* (2019), assinale a alternativa que apresenta corretamente um aminoácido essencial e um não essencial, respectivamente.

- (A) Glutamina e leucina.
- (B) Alanina e metionina.
- (C) Histidina e fenilalanina.
- (D) Lisina e serina.
- (E) Cisteína e treonina.

44. Paciente oncológica internada para tratamento quimioterápico apresenta fadiga persistente, inapetência, irritabilidade, dificuldade de concentração e parestesias em extremidades. Exame físico revela palidez cutâneo-mucosa e instabilidade de marcha. Não há exames laboratoriais disponíveis no momento.

De acordo com *Nutrição clínica no adulto* (2019), qual a principal hipótese diagnóstica nutricional para o quadro descrito?

- (A) Deficiência de ferro, associada a fadiga, palidez, alterações cognitivas e parestesias.
- (B) Deficiência de vitamina B12, que pode cursar com alterações neurológicas, fadiga, irritabilidade e declínio cognitivo.
- (C) Deficiência de ácido fólico, caracterizada por fadiga, déficit de atenção e perda de sensibilidade periférica.
- (D) Deficiência de vitamina B6, associada a irritabilidade, neuropatia periférica e fotofobia.
- (E) Deficiência de vitamina D, ligada a fadiga, fraqueza muscular e tremores finos distais.

45. De acordo com *Nutrição clínica no adulto* (2019), são exemplos de alimentos fonte do ácido graxo alfa-linolênico:
- (A) óleo de macadâmia, azeite de oliva e castanha de caju.
  - (B) óleo de girassol, de milho e de soja.
  - (C) óleo de canola, linhaça e nozes.
  - (D) óleo de amendoim, vísceras de peixes e leguminosas.
  - (E) óleo de peixe, de prímula e chia.
46. Paciente de 62 anos, DM1 há 18 anos, em insulinoterapia intensiva com múltiplas doses, faz uso de insulina ultrarrápida antes das refeições. Apresenta razão insulina: carboidrato de 1:10 e fator de sensibilidade insulínica de 50 mg/dL. No almoço, irá ingerir:
- Arroz branco cozido 105 g (30 g CHO)
  - Melancia 150 g (12 g CHO)
  - Suco de laranja 200 mL (18 g CHO)
- De acordo com *Nutrição clínica no adulto* (2019), considerando que a glicemia capilar pré-refeição é 200 mg/dL e a meta glicêmica também pré-prandial é 100 mg/dL, qual a dose total de insulina ultrarrápida indicada (bolus alimentar + bolus de correção)?
- (A) 2 UI.
  - (B) 4 UI.
  - (C) 6 UI.
  - (D) 8 UI.
  - (E) 10 UI.
47. De acordo com *Nutrição clínica no adulto* (2019), sobre o uso de probióticos nas doenças inflamatórias intestinais (DII), assinale a alternativa correta.
- (A) São liberados em todas as fases da DII, pois não há risco de translocação bacteriana ou efeitos adversos relevantes.
  - (B) Devem ser sempre evitados, tanto na fase ativa quanto na remissão, por não apresentarem qualquer benefício clínico descrito.
  - (C) Na fase ativa, estão indicados para reduzir o risco de translocação bacteriana e acelerar o controle da inflamação.
  - (D) Na fase ativa são contraindicados pelo risco de translocação; podem ser considerados na remissão, com avaliação individual de cepas e doses.
  - (E) São recomendados para induzir remissão na DII, com uso rotineiro e padronizado de cepas específicas.
48. Na doença hepática crônica (DHC), ocorrem diversas alterações no metabolismo de macronutrientes.
- De acordo com *Nutrição clínica no adulto* (2019), assinale a alternativa que apresenta corretamente uma alteração no metabolismo glicídico, lipídico ou proteico na DHC e sua consequência clínica associada.
- (A) Aumento da gliconeogênese hepática – Hiperglicemia persistente.
  - (B) Redução da lipogênese hepática – Diminuição do risco de esteatose hepática.
  - (C) Aumento da lipogênese hepática – Acúmulo de gordura no fígado.
  - (D) Redução da capacidade do ciclo da ureia – Redução do risco de hiperamonemia.
  - (E) Aumento da oxidação periférica de ácidos graxos – Redução do risco de cetose.
49. Em adultos com doença celíaca, mesmo após a adoção da dieta isenta de glúten, algumas deficiências nutricionais podem persistir no longo prazo.
- De acordo com *Nutrição clínica no adulto* (2019), assinale a alternativa que apresenta apenas micronutrientes que podem estar deficientes nesses pacientes.
- (A) Vitamina C, selênio e iodo.
  - (B) Folato, vitamina B12, niacina e riboflavina.
  - (C) Ferro, vitamina K e sódio.
  - (D) Magnésio, fósforo e vitamina A.
  - (E) Cobre, biotina e vitamina E.
50. Sobre a localização da sonda para terapia nutricional enteral, assinale a alternativa que apresenta, correta e respectivamente, uma vantagem e uma desvantagem associadas à posição gástrica, de acordo com *Nutrição clínica no adulto* (2019).
- (A) Maior tolerância a fórmulas variadas; Maior risco de aspiração em pacientes com dificuldades neuromotoras de deglutição.
  - (B) Menor risco de aspiração; Necessidade de dieta normo ou hiposmolar.
  - (C) Maior dificuldade de saída acidental; Possibilidade de refluxo gástrico.
  - (D) Permite nutrição enteral quando alimentação gástrica é inoportuna; Dificuldade de aceitação de fórmulas hiperosmóticas.
  - (E) Menor risco de aspiração; Facilidade de saída acidental da sonda em caso de tosse ou vômito.





