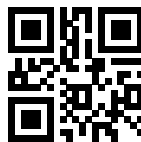


0/0

1
1/100

Residência Profissional 2025

1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa



K K

Profissão 9: Nutrição



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP

PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – USP 2025

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Nutrição), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul ou preta**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas **exclusivamente** nos quadros destinados a elas.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: 2h. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.



INTERPRETAÇÃO DE TEXTO**01**

Leia o texto a seguir.

Os transtornos psiquiátricos podem se manifestar já a partir da infância, embora se tornem mais frequentes na adolescência e no início da idade adulta, quando passam a causar mais impacto econômico e social. A partir de dados de 159 países coletados de 1990 a 2019, um grupo internacional de pesquisadores liderado pelo psiquiatra brasileiro Christian Kieling, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), estimou a proporção de pessoas no mundo que potencialmente apresentavam ao menos um transtorno mental nas fases iniciais da vida, dos 5 aos 24 anos, justamente o período em que a ocorrência de casos mais cresce em função da idade.

No total, 293 milhões de pessoas dessa faixa etária tinham em 2019 sintomas compatíveis com algum dos 11 transtornos psiquiátricos avaliados – dos mais comuns, como ansiedade e depressão, aos mais raros, a exemplo dos transtornos alimentares ou da esquizofrenia.

Os dados obtidos indicam que a prevalência geral desses problemas varia bastante, principalmente entre a infância e o início da adolescência. Dos 5 aos 9 anos, 6,8% das crianças tinham ao menos um transtorno psiquiátrico. Essa proporção quase dobrou, alcançando 12,4% na faixa dos 10 aos 14 anos, e chegou a valores próximos a 14% nas faixas dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 24, permanecendo estável nas seguintes.

O aumento da prevalência, segundo os autores do estudo, deixa claro que a infância e a adolescência são um período crucial para realizar intervenções com o objetivo de evitar o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ou, uma vez manifestados, de reduzir sua gravidade e seu impacto na vida e evitar que se tornem crônicos.

Há mais de uma década a medicina e a psicologia deixaram de entender os transtornos mentais apenas como problemas da mente ou de comportamento e passaram a considerá-los também doenças do cérebro, que se instalam à medida que o órgão se desenvolve e amadurece. Maus-tratos físicos e psicológicos repetidos e outros eventos estressantes vividos na infância e na adolescência interagiriam continuamente com genes que determinam a vulnerabilidade a problemas psiquiátricos, levando, em certo ponto, ao desenvolvimento desses transtornos.

Ricardo Zorzetto e Felipe Floresti. Revista Pesquisa Fapesp. Edição 338, abr. 2024. Adaptado.

Infere-se do texto:

- (A) Os transtornos alimentares associados a problemas psiquiátricos, mais prevalentes do que a depressão já a partir dos 15 anos, afetam de modo negativo as condições socioeconômicas dos jovens adultos.
- (B) As controvérsias entre as diversas áreas da saúde sobre o que seja saúde mental prejudicam a identificação das alterações sugestivas de doenças psiquiátricas em crianças e adolescentes.
- (C) Os fatores de risco para a saúde mental de crianças e adolescentes são considerados multifacetados e

resultariam da combinação entre predisposição genética e exposição a acontecimentos estressantes.

- (D) A hierarquia entre os aspectos causadores de transtornos mentais em crianças de até 10 anos estabelece, em primeiro lugar, a falta de cuidados afetivos adequados e, em segundo, os fatores socioeconômicos.
- (E) O estigma associado à saúde mental infantil e a falta de financiamento adequado para o setor contribuem para a curva ascendente dos transtornos de ansiedade a partir dos 14 anos, que chegaram a dobrar nos últimos anos.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 02 E 03

A bioética é um conceito particularmente difícil de se apreender, tais as incertezas de seus contornos. Há quem se interrogue mesmo sobre sua existência. Ao longo do tempo, o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia.

A bioética não é, necessariamente, uma disciplina universitária. Ela surge, como nos lembra o filósofo do direito Stéphane Bauzon, como um estudo interdisciplinar de questões éticas colocadas pela medicina e pelas ciências da vida.

Na sociedade pós-moderna, a bioética tornou-se uma preocupação mundial para diferentes autoridades. Questão pública e democrática, ela chama a sociedade a fazer escolhas.

Por definição, a bioética é plural, considerando tratar-se de um espaço de divergências de ideias. O nascimento da bioética está relacionado aos progressos fulgurantes das ciências médicas dos séculos XX e XXI. As novas possibilidades das ciências médicas, se trazem perspectivas de cura ou de atenuação dos sofrimentos humanos inesperados, até agora, podem, igualmente, provocar novos perigos de dominação, manipulação, seleção e subordinação. A bioética obedece à vontade política de não deixar “a ciência sem consciência” para retomar uma fórmula célebre do escritor francês do século XIX, François Rabelais.

Eric Mondielli. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 11, n. 2, Jul./Out. 2010. Adaptado.

02

Depreende-se das ideias apresentadas que a reflexão bioética

- (A) traz, como uma de suas consequências, o aumento das reivindicações do direito individual de acesso à saúde.
- (B) prescinde de legitimidade política, uma vez que o atuante progresso científico deve ultrapassar os limites do processo moral.
- (C) envolve a convicção de que a ambição humana é incompatível com a regulação da ciência.
- (D) visa a conclamar a área jurídica a declinar do controle de problemas tecnocientíficos, passando a uma posição passiva, receptora de informações.
- (E) é atualmente indissociável da tomada de consciência das ameaças advindas do avanço tecnológico.



03

Afirma-se no 1º parágrafo que o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia. Nesse sentido, “deontologia” refere-se:

- (A) à aplicação da proteção jurídica à dignidade da pessoa humana.
- (B) às normas e aos procedimentos próprios de uma determinada categoria profissional.
- (C) aos domínios humanos nos quais predomina o hedonismo.
- (D) aos acontecimentos infaustos advindos da união da medicina com a tecnologia.
- (E) ao conjunto das dimensões que concorrem para a sobrevivência da espécie humana e do planeta.

04

O Japão representa hoje a terceira maior economia do mundo, sendo considerado exemplo em áreas como educação, segurança e tecnologia. Na saúde, o país se destaca pelo seu sistema de saúde universal instituído em 1961, graças ao qual, com sua efetividade e desenvolvimento tecnológico e econômico, foi possível perceber melhora na qualidade e expectativa de vida com o passar das décadas. O sistema de cobertura de saúde japonês possui como principais características: afiliação compulsória; os cidadãos possuem cobertura exclusivamente pelo seguro médico nacional ou seguro social, sendo os beneficiários corresponsáveis pelo pagamento de uma pequena parcela dos gastos; os beneficiários têm acesso garantido aos diversos níveis de atenção, incluindo especialistas; as instituições são reembolsadas pelos gastos dos pacientes. A parcela de coparticipação varia de acordo com a idade, chegando a 20% dos custos para aqueles maiores de 70 anos, e 10% para os maiores de 75 anos.

Disponível em <https://www.revistas.usp.br/>. Adaptado.

No texto,

- (A) contrapõe-se a eficiência do sistema universal de saúde japonês aos altos custos para os beneficiários desse sistema.
- (B) sugere-se que o bom desempenho do Japão no setor da educação tenha como consequência a alta expectativa de vida dos japoneses.
- (C) mesclam-se dados objetivos e considerações subjetivas sobre as condições da saúde pública no Japão, prevalecendo estas sobre aqueles.
- (D) critica-se o caráter compulsório do sistema de saúde japonês, cujos custos são exorbitantes para os japoneses acima de 75 anos.
- (E) relaciona-se o avanço na expectativa de vida no Japão nas últimas décadas à eficiência do sistema de saúde do país.

05

A literacia em saúde é um conceito que vem sendo utilizado, de forma crescente e ampla, desde os anos 1990 para definir a capacidade dos indivíduos em buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações, visando ao cuidado de sua própria saúde ou de terceiros.

Estudos sobre a literacia em saúde de indivíduos e grupos, ao redor do planeta, têm demonstrado que quanto mais desenvolvidas forem as habilidades e competências associadas à literacia em saúde, em uma determinada população, melhores são os resultados de saúde observados, individual e coletivamente. O oposto também é destacado nestes estudos, evidenciando situações onde indivíduos e grupos com uma literacia em saúde menos desenvolvida estão mais sujeitos ao manejo inadequado de condições crônicas de saúde, utilizam mais frequentemente os serviços de emergência médica e tendem a apresentar maiores dificuldades de aderir a tratamentos medicamentosos.

Embora amplamente utilizado, nas esferas acadêmicas e de governos - nos Estados Unidos, no Canadá e em diversos países da Europa Ocidental, incluindo Portugal -, o conceito de literacia em saúde ainda é incipientemente trabalhado no Brasil, tendo como foco principal os estudos sobre linguagem e compreensão de informações sobre saúde, ou seja, aqueles circunscritos ao seu domínio fundamental. Igualmente, ainda não está no cerne de políticas públicas de saúde, sobretudo como elemento estratégico para a promoção da saúde, individual e coletivamente.

Frederico Peres. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.02412023>.

Uma das consequências da literacia em saúde é

- (A) a confirmação de um diagnóstico muitas vezes indesejado.
- (B) uma abordagem mais eficiente no tratamento de doenças crônicas, entre outras.
- (C) o aumento da dificuldade em processar informações sobre saúde.
- (D) a falta de comunicação entre cuidador e paciente em cuidados paliativos.
- (E) a substituição da visita ao médico pela navegação na internet.



06

Leia o texto e analise a imagem a seguir.

Ser médico de (sua) família.

Boa parte dos médicos presta cuidados de saúde aos seus familiares. Um estudo americano revelou que 99% dos médicos recebem pedidos de aconselhamento, diagnóstico ou tratamento de seus parentes. Diversos motivos conduzem ao estabelecimento desta singular relação médico-pessoa. O pedido expresso do parente constitui o motivo principal, realçando-se a proximidade familiar como atenuadora de custos e de inconveniências de deslocamento à unidade de saúde. A este fato somam-se o desconforto do médico em solicitar a observação por um colega e a inibição em recusar o uso do seu olhar clínico. O *American College of Physicians* e a *American Medical Association* desaconselham os cuidados prestados aos familiares. O Novo Código de Ética Médica brasileiro não refere este aspecto em seus artigos.

A literatura registra problemas que podem ser produto desta peculiar relação. A natureza informal do ambiente familiar poderá corroer a extensão da coleta de dados feita na anamnese, ao ser marcada pela ausência de registros clínicos e pela hesitação em questionar sobre hábitos nocivos ou sexuais. Tal poderá traduzir-se num menor rigor do diagnóstico. O comprometimento a estes níveis é também interpretado como consequência da interferência do excessivo envolvimento emocional na formulação do raciocínio médico.

Diversas interrogações permanecem perante aquele paciente que é também familiar. Uma delas não será, certamente, rara: não poderá a relação médico-paciente somar-se a uma relação familiar, com benefício para a pessoa, em determinadas situações clínicas? Pergunta-se, portanto, se o afeto existente na relação entre dois familiares e, concomitantemente numa relação médico-paciente, não constituirá, por si só, uma parte do tratamento.

José Agostinho Santos. Disponível em: rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/443. Adaptado.



Jean Galvão. Disponível no instagram do autor: @jeangalvao.

Depreende-se do texto e da charge que

- (A) a tendência para a ocultação de informações de impacto psicológico negativo da parte do médico-familiar deteriora o desempenho do tratamento.
- (B) as abordagens clínicas de familiares aparecem com frequência no cotidiano do médico, colocando-o, então, diante de diversos dilemas.
- (C) o afeto existente na relação entre familiares que constituam, concomitantemente, um médico e um paciente, já beneficia, por si, o tratamento.
- (D) o caráter imprevisível da observação clínica de familiares permite uma investigação mais acurada sobre hábitos nocivos, como o tabagismo.
- (E) as reivindicações clínicas em família são vistas como desrespeitosas, comprometendo, assim, a relação afetiva entre médico e familiares.

07

Leia o texto a seguir.

Em algum momento, os sintomas da dengue e da gripe podem ser os mesmos: dor de cabeça, dores pelo corpo e nas juntas, febre e mal-estar. Apesar de ambas as doenças serem virais, há outros sinais que as diferenciam, sobretudo aqueles que indicam uma possível evolução para quadros mais graves. Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024, é importante conhecer esses sintomas para ajudar na identificação da enfermidade.

“A principal semelhança entre a dengue e a influenza é a febre de início súbito, geralmente a primeira manifestação das duas doenças, e a dor atrás dos olhos. Já a principal diferença são os sintomas respiratórios que aparecem logo nos primeiros dias de sintomas da influenza, como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor, além das manchas vermelhas na pele que ocorrem tipicamente na dengue por volta de três a cinco dias”, explica o infectologista e gestor médico de Desenvolvimento Clínico do Butantan, Érique Miranda.

A dengue é causada pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Como o *A. aegypti* é vetor dos quatro vírus da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), assim como dos vírus da Zika e Chikungunya, se picar alguém infectado será capaz de transmitir o patógeno para outras pessoas.

A gripe, por sua vez, é causada pelo vírus influenza. Como o influenza sofre mutações frequentemente, todo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS) define as três cepas que irão compor os imunizantes para cada hemisfério, de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior.

Disponível em: butantan.gov.br. Adaptado.

Considerando-se o período em que se encontra, estabelece ideia de “causa” o trecho:

- (A) “Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024”.
- (B) “Apesar de ambas as doenças serem virais”.
- (C) “como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor”.
- (D) “de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior”.
- (E) “assim como dos vírus da Zika e Chikungunya”.



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo humanizar a atenção e a gestão do SUS. Entre seus diversos elementos, essa política busca promover uma proposta prática conhecida como clínica ampliada. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) Um compromisso radical com o combate à doença, levando em consideração todo o conhecimento disponível sobre os sintomas e outros aspectos regulares observáveis independentemente das singularidades dos pacientes.
- (B) O estímulo para que especialistas ampliem seu leque de conhecimentos técnicos, de forma a combinar métodos e tecnologias de outras especialidades médicas.
- (C) O desenvolvimento de estratégias para garantir a adesão do paciente ao tratamento mais indicado para casos com o mesmo diagnóstico, potencializando seus resultados.
- (D) O desenvolvimento de propostas terapêuticas articuladas que levem em conta as diferenças individuais de cada paciente, buscando sua participação e valorizando sua autonomia enquanto um sujeito no seu projeto terapêutico.
- (E) Um conjunto de diretrizes para a ampliação e qualificação dos momentos de escuta e acolhimento na prática clínica, com o objetivo de obter detalhes sobre o contexto que provocou o adoecimento e chegar a diagnósticos mais precisos.

09

Considerando as disposições atualizadas da Lei nº 8.080, assinale a alternativa que aborda corretamente as condições de participação da iniciativa privada no sistema de saúde.

- (A) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, através do pagamento direto ou da intermediação financeira de planos de saúde, sendo vedada a contratação de serviços privados pelo setor público.
- (B) As condições para o funcionamento de serviços privados de assistência à saúde devem seguir princípios éticos e normas expedidas por órgão de direção do SUS.
- (C) Serviços privados podem estabelecer contratos e convênios com o SUS em caráter complementar, desde que as entidades participantes não tenham fins lucrativos.
- (D) O SUS pode estabelecer contratos e convênios com entidades privadas para a prestação de serviços hospitalares, desde que sejam devidamente credenciadas como instituições filantrópicas.
- (E) Participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde é permitida por lei desde 2015, exceto no que concerne a hospitais gerais e hospitais especializados.

10

No campo da Bioética, é comum referir-se a certos princípios básicos propostos pelo Relatório Belmont (1978) no contexto das pesquisas com seres humanos e, posteriormente, estendidos para a prática médica e outras áreas relacionadas à saúde. Um desses princípios é o de autonomia, que versa sobre a liberdade de cada pessoa decidir sobre sua própria vida, exercendo sua autodeterminação, livre de pressões externas ou influência de outras pessoas. Levando em conta as situações descritas pelas alternativas a seguir, assinale aquela em que a autonomia individual está sendo limitada para garantir o prevalectimento de outros princípios bioéticos.

- (A) A proibição de fumar em ambientes fechados e outros espaços públicos.
- (B) O oferecimento de cuidados paliativos para pacientes terminais.
- (C) A realização de pesquisa científica em pacientes após manifestação de consentimento.
- (D) A recusa de um profissional à realização de procedimento por objeção de consciência.
- (E) A prescrição excessiva de antibióticos.

11

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento que a acompanha discorre sobre fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS e o compromisso com seus resultados esperados, tanto sanitários quanto econômicos. Assinale a alternativa que define corretamente um desses fundamentos.

- (A) O conceito de economia de escala, aplicado à RAS, diz respeito às vantagens obtidas pela multiplicação e capilarização de serviços pelo maior número de municípios, otimizando resultados e o uso de recursos assistenciais.
- (B) A integração vertical consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade, para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica.
- (C) A integração horizontal é definida como a articulação não hierarquizada de diversas unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços diferenciados, resultando em um aumento da resolutividade.
- (D) Os processos de substituição devem ser minimizados, evitando alterações e reagrupamentos de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, de maneira a garantir a longo prazo a continuidade nas dimensões da localização, das competências clínicas e da tecnologia.
- (E) O conceito de equidade, uma das dimensões da qualidade, preconiza que características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde.



12

A Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu novo tipo de incentivo financeiro federal para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). O Pagamento por Desempenho das eMulti valerá para os municípios com equipes que alcançarem os indicadores definidos na portaria, em avaliação quadrimestral. Assinale a alternativa que contém indicadores do Pagamento por Desempenho, a serem observados na atuação das eMulti, definidos na portaria.

- (A) Quantidade de ações realizadas, população adscrita cadastrada e satisfação da pessoa atendida.
- (B) Percentual de solicitações respondidas em 72 horas, satisfação das pessoas atendidas e índice de vulnerabilidade social.
- (C) Quantidade de ações realizadas, resolução de ações interprofissionais e satisfação das pessoas atendidas.
- (D) Resolução das ações interprofissionais, população adscrita cadastrada e satisfação das pessoas atendidas.
- (E) Índice de vulnerabilidade social, quantidade de ações realizadas e percentual de atendimentos remotos realizados.

13

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Um dos conceitos fundamentais desse instrumento normativo é a Região de Saúde, definida como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter um mínimo de ações e serviços de saúde. Assinale a alternativa que contém todos os requisitos mínimos para a instituição de uma Região de Saúde.

- (A) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; e vigilância em saúde.
- (B) Atenção primária; vigilância em saúde; atenção ambulatorial especializada; e atenção psicossocial.
- (C) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
- (D) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; atenção psicossocial; e vigilância em saúde.
- (E) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

14

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, pressupõe uma articulação interfederativa, realizada em instâncias próprias, em que todas as esferas de governo compartilham responsabilidades comuns. Porém, a portaria também define responsabilidades específicas para cada esfera. Assinale a alternativa que contém uma responsabilidade de competência exclusiva das Secretarias Municipais de Saúde.

- (A) Gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território.
- (B) Articular instituições de ensino e serviço, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde.
- (C) Definir estratégias de institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
- (D) Destinar recursos próprios para o financiamento da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático.
- (E) Analisar os dados gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos.

15

O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Paim et al. (2011) analisam a trajetória do financiamento do sistema público, construindo uma interpretação sobre a sua adequação às necessidades de saúde da população brasileira e os desafios para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Assinale a alternativa em concordância com a análise feita pelos autores no período histórico estudado.

- (A) As fontes de financiamento do SUS, embora sejam bem definidas, não têm sido suficientes para assegurar recursos financeiros adequados.
- (B) Recursos arrecadados especificamente para a saúde foram destinados a despesas de outros setores, em diversos momentos da história recente.
- (C) A proporção pública da despesa com saúde no Brasil é compatível com outros países com sistemas universais, mas nosso país tem um PIB per capita muito baixo.
- (D) A redução da contribuição estadual e municipal para o financiamento do SUS resultou num aumento da participação federal no gasto público com saúde.
- (E) O volume de recursos públicos para o SUS é maior do que o previsto quando ele foi criado, mas as necessidades de saúde da população aumentaram em maior proporção.



NUTRIÇÃO**16**

De acordo com a 7ª edição do livro “Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer” (Abreu et al, 2019), o nutricionista hospitalar tem bastante contato com as copas de apoio, utilizadas para distribuição de refeições. Assinale a alternativa que contém informações corretas sobre essas copas.

- (A) Normalmente, as copas são compostas por uma pequena bancada com cuba para higienização de louças e alimentos, forno combinado, geladeira ou frigobar, armários para louças e utensílios, além de uma pequena despensa para não perecíveis.
- (B) Em geral, a estrutura física de uma copa deve seguir as mesmas normas higiênico-sanitárias da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) hospitalar, exceto pelo controle periódico da adequação de equipamentos e de materiais de revestimento de piso, paredes e teto.
- (C) As copas são extensões do Serviço de Nutrição Hospitalar, comumente supervisionadas pelos nutricionistas clínicos, devido à proximidade física, uma vez que estes adentram as copas várias vezes em seu período de trabalho.
- (D) Geralmente, é estabelecido um programa de higienização do ambiente e de controle de materiais a ser seguido pelos nutricionistas, e os colaboradores de limpeza e os copeiros aplicam um *check-list* para verificação do cumprimento das atividades com frequência semanal.
- (E) A existência de copas faz parte de um sistema de distribuição de refeições centralizado, no qual as refeições são preparadas na cozinha e porcionadas nas copas de apoio situadas nas unidades de internação.

17

O plano alimentar do indivíduo com diabetes deve ser individualizado, sendo as recomendações nutricionais semelhantes às da população geral. Com relação aos carboidratos, recomenda-se que representem de 45% a 60% do valor energético total (VET), não podendo ser inferior a 130 g/dia. Ademais deve ser incentivado o consumo de cereais integrais e outros alimentos fontes de fibra. Considere uma mulher adulta de 50 anos com diabetes tipo 2, com VET de 1.850 kcal. Após cálculo realizado com base no recordatório de 24h, observou-se que a mulher consumiu 2.200 kcal/dia e 265 g/dia de carboidratos. Assinale a alternativa que apresenta corretamente qual percentual do VET esse consumo de carboidrato/dia representa.

- (A) 57%.
- (B) 48%.
- (C) 129%.
- (D) 38%.
- (E) 58%.

18

Na perspectiva de integração entre os sistemas de informação, é crucial que gestores e profissionais da saúde compreendam o valor da informação como um componente estratégico tanto para a administração quanto para o cuidado. É fundamental debater a relevância do uso e da divulgação das informações para o planejamento, implementação e avaliação das atividades relacionadas à saúde pública, sobretudo no que diz respeito às condições de vida da comunidade. Qual é a finalidade de se ter sistemas de informação eficientes e atualizados para o monitoramento e avaliação do estado nutricional da população?

- (A) Manter os sistemas de informação compatíveis com as tecnologias de ponta do mercado, garantindo softwares mais rápidos.
- (B) Proporcionar a integração entre os sistemas de informação em saúde, mas não do sistema de gestão do Programa Bolsa Família.
- (C) Assegurar que os relatórios produzidos reflitam o estado nutricional atual da população, oferecendo informações fundamentadas para a formulação e análise de iniciativas.
- (D) Possibilitar que os dados sejam inseridos em qualquer plataforma, inclusive sistemas de uso próprio do município, mesmo que não migrem para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
- (E) Garantir que os softwares sejam adaptados para as regiões mais desenvolvidas do Brasil, uma vez que locais afastados sem acesso à internet não devem produzir dados.

19

Na ótica do cuidado emancipador, o indivíduo deixa de ser simplesmente um paciente para se tornar um participante ativo em relação à sua saúde. Os cuidados não se limitam à intervenção dos profissionais de saúde sobre os indivíduos. Pelo contrário, eles devem engajar os próprios indivíduos em seu processo de cuidado e utilizar seus conhecimentos para colaborar na construção conjunta de significados em relação aos novos conhecimentos em saúde, estabelecendo uma ligação com seus objetivos de vida e sua concepção de bem-estar. Quais são os exemplos concretos de práticas de cuidado emancipador na saúde pública ou em contextos clínicos específicos?

- (A) Interpretação de exames laboratoriais e anamnese.
- (B) Educação alimentar e nutricional e uso de tom severo quando há resistência para modificações alimentares.
- (C) Oficinas culinárias e avaliação antropométrica.
- (D) Acolhimento e relação vertical.
- (E) Acolhimento e escuta ativa.



20

A prática culinária pode ser emancipatória ao fomentar a autonomia alimentar, preservar identidades culturais, criar oportunidades econômicas, educar sobre nutrição, incentivar a expressão criativa e fortalecer laços sociais. Contudo, obstáculos como desigualdades no acesso a alimentos de qualidade e a falta de tempo para cozinhar podem restringir seu impacto. Portanto, sua promoção requer abordagens abrangentes que considerem questões sociais, econômicas e culturais. Uma estratégia que poderia ser utilizada para incentivar o desenvolvimento de habilidades culinárias é:

- (A) Focar o desenvolvimento de habilidades culinárias para as mulheres, uma vez que estas devem ser as responsáveis pelas atividades de casa.
- (B) Aproveitar os alimentos produzidos em hortas comunitárias do território para desenvolver as práticas de educação alimentar e nutricional, como oficinas culinárias.
- (C) Incentivar habilidades culinárias na fase da infância, inclusive ensinando diferentes cortes de alimentos, considerando que esta é uma fase importante no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis.
- (D) Recomendar a preparação de refeições diariamente mesmo quando o usuário relata cansaço, uma vez que cozinhar durante toda a semana é imprescindível para uma alimentação saudável.
- (E) Incentivar preparações que trazem benefícios à saúde, haja vista que a saúde está acima de tradições culinárias locais.

21

O sistema alimentar é um processo abrangente que inclui desde o acesso aos recursos naturais até a produção, processamento, distribuição, consumo e gestão de resíduos alimentares. As ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) devem abordar todas essas etapas para promover escolhas conscientes, visando não apenas a saúde individual, mas também a influência positiva em todas as fases anteriores do sistema alimentar. Quais sugestões podem ser empregadas para promover escolhas conscientes de alimentos, levando em consideração a sustentabilidade do sistema alimentar?

- (A) Consumo de dietas vegetarianas ou veganas a todos os pacientes, uma vez que são baseadas em vegetais e, conseqüentemente, mais saudáveis e sustentáveis.
- (B) Compra de frutas, verduras e legumes orgânicos, mesmo que sejam mais caros, uma vez que agrotóxicos fazem mal à saúde e ao meio ambiente.
- (C) Consumo de preparações que utilizem apenas as partes tradicionais dos alimentos, já que cozinhar com o alimento integral não evita o desperdício.
- (D) Consumo de alimentos da agricultura familiar, oriundos de monoculturas com uso intenso de fertilizantes químicos e sementes geneticamente modificadas.
- (E) Compra de alimentos produzidos localmente e de acordo com as estações do ano, contribuindo para a economia local e preservação da biodiversidade.

22

O documento do Ministério da Saúde “Alimentação cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da atenção básica”, de 2018, estrutura a Alimentação Cardioprotetora Brasileira em três eixos: Gastronomia e Regionalidade; Prescrição Dietética Facilitada; Estratégia Lúdica. Sobre esse tema, é correto afirmar:

- (A) Os três eixos se combinam e resultam na orientação da Alimentação Cardioprotetora, que foi criada baseada nas recomendações atuais para controle e prevenção secundária das Doenças Cardiovasculares, na classificação NOVA de nível de processamento dos alimentos e no conceito de densidade de nutrientes e de energia.
- (B) A “Estratégia Lúdica” é o eixo criado com foco na população analfabeta, para que seja possível, pela cor de classificação dos alimentos, que o indivíduo saiba se a sua ingestão aumenta ou diminui o risco cardiovascular.
- (C) A “Prescrição Dietética Facilitada” refere-se à incorporação das principais diretrizes para tratamento dos fatores de risco cardiovascular e criação de uma pirâmide alimentar para classificação dos alimentos em grupos.
- (D) “Gastronomia e Regionalidade” é um eixo essencial, pois mostra que, para proteção da Saúde Cardiovascular, é necessário estimular o consumo de alimentos regionais, pois esses são mais aceitos e acessíveis, não devendo haver intercâmbio entre culturas.
- (E) A Alimentação Cardioprotetora, por meio de seus três eixos, promove a saúde de indivíduos e populações considerando principalmente aspectos nutricionais dos alimentos e de biodisponibilidade de nutrientes, não sendo tão relevantes os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais relacionados à alimentação.

23

Segundo os “Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa” (2021), é comum que nesse grupo aconteça a troca de refeições principais baseadas em preparações culinárias (particularmente o jantar), por lanches feitos com pães, leite, bolachas/biscoitos e alimentos ultraprocessados como salsichas e presunto. Sobre esse hábito nutricional inadequado, a orientação do nutricionista deve ser:

- (A) Consumir somente alimentos *in natura* e minimamente processados em todas as refeições do dia, deixando os processados apenas para festividades e ocasiões especiais.
- (B) Estimular o consumo de sopas caseiras no jantar, incluindo legumes, verduras, feijão, ervilha, carnes, ou preparações feitas com antecedência e guardadas em porções individuais.
- (C) Explicar sobre os riscos da ingestão de alimentos ultraprocessados, os quais devem ser excluídos da alimentação, já que agravam doenças como diabetes, hipertensão, doenças do coração e obesidade.
- (D) Incentivar o consumo de alimentos comprados de restaurantes, padarias e lanchonetes, por serem mais práticos e saborosos.
- (E) Se o idoso morar sozinho, sugerir que a refeição do jantar seja feita assistindo à televisão ou mexendo no celular, para que se torne mais prazerosa e haja um estímulo à ingestão de preparações culinárias nesse horário.



24

Devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. Essas mulheres devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco, no qual receberão uma atenção especial a fim de reduzir a taxa de morbidade e mortalidade materna e perinatal. É uma condição que faz a mulher ser considerada gestante de alto risco:

- (A) Antecedente familiar de câncer de útero.
- (B) Parto cesárea em gestação anterior.
- (C) Ganho de peso excessivo.
- (D) Herpes labial.
- (E) Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.

25

Assinale a alternativa que contém uma orientação nutricional correta com relação à pré-eclâmpsia gestacional, descrita no documento "Atenção ao pré-natal de baixo risco" (2013).

- (A) Ingerir água durante as refeições principais, especialmente se forem mais ricas em sódio.
- (B) Excluir a gordura da alimentação durante a gestação, pois o consumo excessivo desse nutriente está associado ao risco de pressão alta e pré-eclâmpsia.
- (C) Fazer uso de suplementação de cálcio pode ter efeitos favoráveis na prevenção de pré-eclâmpsia entre gestantes de moderado a alto risco e com baixa ingestão desse mineral.
- (D) Orientar mulheres com fatores de risco para pré-eclâmpsia de que não devem utilizar sal no preparo dos alimentos nem acrescentar sal às preparações prontas.
- (E) Consumir sal light (cloreto de sódio com cloreto de potássio), um aliado do controle da pressão arterial e prevenção de edema.

26

É essencial que os profissionais de saúde sejam qualificados de acordo com as necessidades específicas de saúde, alimentação e nutrição da comunidade. A educação permanente em saúde emerge como a principal estratégia para aprimorar as práticas de cuidado, gestão e participação da comunidade. Esta abordagem deve ser fundamentada em um processo educacional que se origina das atividades diárias de trabalho, incorporando práticas influenciadas por diversos elementos, como conhecimento, valores, relações de poder e organização do trabalho. Qual destas é uma estratégia eficiente para implementação da educação permanente em saúde?

- (A) Implementação de treinamentos em momentos específicos, como quando há contratação de novos funcionários, já que não há necessidade de repetir os mesmos treinamentos.
- (B) Cooperação entre serviços de saúde e empresas privadas, uma vez que estas podem fornecer subsídios para a aquisição de tecnologias para melhores treinamentos.
- (C) Colaboração entre gestores e instituições de ensino para criar projetos de formação em serviço, campos de extensão e pesquisa.

- (D) Realização de treinamentos com temas de interesse da gestão, visto que os gestores possuem conhecimento sobre as estratégias mais eficazes a serem adotadas nos serviços.
- (E) Utilização de métodos de ensino tradicionais que não demandam a participação ativa dos profissionais, como palestras e apresentações.

27

Em um plano de restrição energética moderada, recomenda-se uma redução progressiva da ingestão calórica entre 500 e 1.000 kcal/dia em relação ao consumo identificado na anamnese alimentar, sem que a ingestão total seja inferior a 1.200 kcal/dia. Para calcular o teor energético da dieta, sugere-se um plano que forneça de 15 a 20 kcal por kg de peso atual por dia. Qual o valor energético, em kcal/dia, sugerido para um homem adulto de 38 anos com altura de 1,75 m, peso de 98 kg e que tem como meta chegar aos 88 kg?

- (A) Entre 970 a 1.460.
- (B) Entre 1.500 a 2.000.
- (C) Entre 1.320 a 1.760.
- (D) Entre 1.470 a 1.960.
- (E) Entre 1.320 a 1.960.

28

Seguem os dados antropométricos de uma criança de 6 anos:

- Peso: 28 kg (Peso para idade – P/I = +2,03)
- Estatura: 125 cm (Estatura para idade – E/I = +1,93)
- IMC: 17,9 kg/m² (IMC para idade – IMC/I = +1,44)

Para a determinação do escore-z, foram adotadas como referência as curvas de crescimento propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006.

Assinale a alternativa que apresenta a classificação correta do estado nutricional dessa criança.

- (A) Peso elevado para idade; estatura adequada para idade; peso elevado para estatura.
- (B) Peso elevado para idade; estatura elevada para idade; sobrepeso.
- (C) Peso elevado para idade; estatura adequada para idade; sobrepeso.
- (D) Peso elevado para idade; estatura adequada para idade; eutrofia.
- (E) Peso adequado para idade; estatura elevada para idade; eutrofia.



29

Segundo o “Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos” (2019), assinale a alternativa correta sobre a introdução da alimentação complementar.

- (A) Aos 6 meses, o bebê deve receber 3 refeições por dia: fruta no lanche da manhã e da tarde, e uma refeição principal, que pode ser o almoço ou o jantar. O aleitamento materno deve ser mantido em livre demanda.
- (B) O almoço/jantar completo deve ser iniciado apenas aos 7 meses, após estabelecimento da aceitação de frutas.
- (C) Com 1 ano de idade, é recomendado iniciar a oferta de leite e derivados, incluindo iogurtes, bebidas lácteas e leites fermentados, além de biscoitos e pães industrializados no café da manhã.
- (D) Aos 9 meses, devem ser introduzidos alimentos com potencial alergênico, como ovos, amendoim e castanhas, peixes e frutos do mar, leite e derivados.
- (E) Após o início da alimentação complementar, os chás de ervas podem ser oferecidos para substituir o leite materno em alguns momentos do dia, especialmente à noite, em caso de cólicas.

30

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, doenças cardiovasculares atingiram mais de três quartos das causas de morte em 2015. Reconhecidas como um dos principais fatores de risco para a doença arterial coronariana, as dislipidemias contribuem de modo significativo para o desenvolvimento da placa aterosclerótica e têm influência potencial na sua instabilização. A intervenção nutricional deve ser a primeira medida não farmacológica a ser adotada no tratamento das dislipidemias e deve ser considerada parte da mudança de estilo de vida e não uma estratégia passageira. Sobre as recomendações para a dieta de um indivíduo com dislipidemia, pode-se afirmar que

- (A) as fibras insolúveis, como aveia, cevada e leguminosas, atuam diretamente na redução da colesterolemia, além de aumentar o apetite e auxiliar a redução da ingestão alimentar.
- (B) os flavonoides do chocolate exercem efeito vasodilatador, promovendo efeitos cardioprotetores, por isso o consumo de 10g de chocolate amargo deve ser incentivado diariamente.
- (C) os ácidos graxos poli-insaturados destacam-se por reduzir os níveis e alterarem a estrutura de lipoproteínas de baixa densidade (LDL), porém não têm a capacidade de alterar o nível sérico do colesterol.
- (D) o colesterol alimentar exerce muita influência sobre a concentração plasmática de colesterol e aterosclerose precoce e também na mortalidade cardiovascular, por isso seu consumo deve ser reduzido.
- (E) embora o baixo consumo de gordura esteja associado a níveis mais baixos de colesterol, o tipo de gordura presente em uma dieta moderada nesse nutriente é mais importante que a quantidade de gordura ingerida.

31

Assinale a alternativa que contém alimentos/preparações que são considerados do grupo amarelo, segundo o Manual de Orientações da Alimentação Cardioprotetora (2018).

- (A) Batata-doce, açaí, banana e carne bovina.
- (B) Cuscuz, mandioquinha, abóbora e bolo de rolo.
- (C) Coco, pequi, couve e pão de queijo.
- (D) Inhame, castanha-de-caju, morango e arroz carreteiro.
- (E) Farinha de mandioca, tapioca, pamonha salgada e batata.

32

O Marco de Referência da Vigilância Alimentar e Nutricional (2015), recomenda que a avaliação do consumo alimentar seja realizada para identificar comportamentos ou padrões que indiquem marcadores positivos ou negativos da alimentação. Os marcadores do consumo alimentar permitem a avaliação rápida do consumo alimentar de pessoas de qualquer fase do curso da vida a partir das informações obtidas no momento do atendimento. Os marcadores de alimentação não-saudável para adultos são representados por:

- (A) Frutas, legumes, verduras, farinhas de milho, mandioca ou trigo e feijão.
- (B) Embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos, guloseimas e biscoitos salgados e recheados.
- (C) Comer as refeições assistindo à televisão e realizar menos de três refeições no dia.
- (D) Hambúrguer, queijos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos, guloseimas e biscoitos recheados.
- (E) Frutas secas, farinhas de milho, mandioca ou trigo, fígado, castanhas e nozes.



33

O Guia Alimentar para a População Brasileira (2014) é uma ferramenta essencial para orientar os profissionais de saúde na atenção nutricional no SUS. Os protocolos de uso do guia foram desenvolvidos para apoiar a prática clínica, destinando-se a profissionais de saúde de nível superior durante consultas individuais. A terceira recomendação do Fascículo 1 - Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira: bases teóricas e metodológicas e protocolo para a população adulta (2021) é que o usuário seja orientado a evitar o consumo de alimentos ultraprocessados. Qual dessas seria uma sugestão apropriada para incentivar esta mudança?

- (A) Estimular o consumo de frutas inteiras como sobremesa ou, ocasionalmente, sobremesas caseiras como bolos, tortas ou compotas.
- (B) Sugerir a substituição de alimentos industrializados refinados por alimentos industrializados integrais, uma vez que contêm mais fibras e auxiliam no funcionamento do intestino.
- (C) Orientar a leitura da lista de ingredientes nos rótulos e esclarecer que quanto maior o número de ingredientes, mesmo que naturais, mais processado ele é.
- (D) Sugerir a preparação de alimentos para a semana, mas não incentivar o congelamento, devido à perda significativa de nutrientes importantes.
- (E) Desencorajar o consumo de refeições fora de casa, mesmo em restaurantes “por quilo” ou “prato feito”, pois não é possível saber como as preparações são feitas.

34

O apoio matricial na área da saúde tem como objetivo garantir retaguarda especializada às equipes e profissionais responsáveis pelo cuidado em questões de saúde. Esta abordagem representa uma metodologia de trabalho complementar àquela estabelecida em sistemas hierárquicos, incluindo mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. Sobre o apoio matricial, pode-se dizer que compreende

- (A) simultaneamente, arranjos organizacionais e abordagem metodológica para a gestão do trabalho em saúde, cujo objetivo é ampliar as possibilidades de realizar a clínica ampliada e promover integração entre distintas especialidades e profissões.
- (B) recomendações que guiam as decisões de prevenção e promoção da saúde, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com ênfase na integralidade e incorporando as melhores evidências clínicas.
- (C) formas de articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.
- (D) arranjos organizacionais de ações e serviços de saúde, com diversas densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, visam garantir a integralidade do cuidado com objetivo de promover a integração de ações e serviços de saúde.

- (E) os pontos centrais da comunicação entre os pontos de atenção à saúde assumindo a responsabilidade pelo cuidado dos usuários, por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral.

35

A respeito das recomendações de *Dietary Reference Intakes* (DRI), é correto afirmar:

- (A) Além de *Necessidade Média Estimada* (EAR) ou de *Ingestão diária recomendada* (RDA), também há recomendações de *Ingestão Adequada* (AI) para todos os macro e micronutrientes.
- (B) O *Nível Mais Alto de Ingestão Tolerável* (UL) foi determinado para micronutrientes, macronutrientes e energia, para que o nutricionista se atente aos níveis máximos de recomendação permitidos para cada nutriente no planejamento dietético e não haja risco à saúde.
- (C) A *Faixa Aceitável da Distribuição dos Macronutrientes* (AMDR) corresponde ao percentual que o RDA representa do UL para aquele macronutriente, não devendo ser prescrita uma AMDR maior do que o recomendado.
- (D) Nem sempre o conjunto de informações sobre o nutriente é suficientemente consistente para o estabelecimento de EAR. Nesses casos, deve-se empregar o valor de RDA.
- (E) As recomendações de energia são feitas em calorias por dia, baseado em uma fórmula estabelecida por estágio da vida. Para os macronutrientes, há recomendações em gramas por dia ou gramas por quilo por dia.



36

De acordo com o documento da OMS "*Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*" (2003), a atividade física é um importante componente da prevenção e do tratamento do excesso de peso e das doenças crônicas. Sobre esse assunto, assinale a alternativa correta.

- (A) Há evidências convincentes de que a atividade física regular protege contra o ganho de peso saudável ou não-saudável, enquanto estilos de vida sedentários, particularmente ocupações sedentárias e atividades recreativas inativas, como assistir televisão, promovam-no.
- (B) As evidências mostram que a inatividade física tem papel protetor no contexto de doenças crônicas, levando à diminuição do risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2.
- (C) Indivíduos que não estão acostumados a praticar exercícios regularmente ou que apresentam perfil de alto risco para doenças cardiovasculares devem ser estimulados a fazer ao menos 30 minutos de atividades físicas de alta intensidade.
- (D) É recomendado um total de uma hora por dia de atividade de intensidade moderada para manter um peso saudável, incluindo atividade física ou da rotina, especialmente para pessoas com ocupações sedentárias.
- (E) Populações de zonas envolvidas em atividades agrícolas e tarefas domésticas realizadas sem mecanização ou com ferramentas rudimentares, ou para aqueles que caminham longas distâncias para chegar aos seus empregos, devem fazer, ao menos, 30 minutos de atividade física adicional por dia.

37

“Não é incomum ouvirmos relatos dos trabalhadores sobre a irracionalidade advinda justamente do excesso de racionalização e compartimentalização das práticas profissionais em saúde”.

Furtado JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v. 1, n. 1, 2009.

O autor sugere que, embora a racionalização e a segmentação das atividades profissionais sejam vistas como formas de aumentar a eficiência e a organização, podem, na verdade, resultar em irracionalidade e desafios para os trabalhadores da área da saúde. De acordo com o texto referenciado, assinale a alternativa correta.

- (A) O profissionalismo tem sido historicamente utilizado como uma estratégia para reter conhecimento, tornando-o tão específico quanto possível, garantindo sua acessibilidade a todos.
- (B) O desafio de fomentar a colaboração deve ser enfrentado negando a especificidade e procurando estabelecer conexões entre perspectivas que possam inicialmente parecer opostas.
- (C) À medida que aumenta o grau de colaboração profissional, aumenta a autonomia individual, uma vez que a condução de planos terapêuticos passa a ser negociada entre seus integrantes.

- (D) O apoio matricial e as equipes de referência não incentivam a colaboração interprofissional, pois concentram a responsabilidade do cuidado em uma única equipe.
- (E) O aumento da colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados, permitindo o aumento de autonomia da equipe.

38

De acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a segurança alimentar é compreendida como o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem compreender o acesso a outras necessidades essenciais. Em muitas comunidades, é comum que o cenário de famílias que possuem um ente com deficiência seja de vulnerabilidade, uma vez que a mãe/responsável precisa interromper seu trabalho remunerado para dedicar-se aos cuidados dessa pessoa, o que pode comprometer a segurança alimentar da família. Qual alternativa apresenta uma prática adequada para esta situação?

- (A) Uma vez identificada a insegurança alimentar, a família deve ser encaminhada ao serviço de assistência social, já que somente esses profissionais poderão auxiliá-los.
- (B) Avaliar a habilidade funcional na preparação de alimentos e no ato de se alimentar e, caso seja necessário, suplementar a ingestão de proteínas.
- (C) Promover a integração entre diferentes setores para acesso a programas de assistência alimentar, geração de renda, inclusão social e apoio assistencial.
- (D) Oferecer orientações específicas voltadas às demandas nutricionais da pessoa com deficiência, com intuito de garantir resultados clínicos melhores.
- (E) Evitar educação alimentar e nutricional sobre grau de processamento de alimentos, uma vez que alimentos ultraprocessados são mais baratos e podem garantir a disponibilidade de comida na casa.

39

Segundo os Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde (2008), os valores de Índice de Massa Corporal (IMC) utilizados para classificação do estado nutricional de idosos são diferentes dos usados para os adultos. Considere um homem de 74 anos, com 89 kg e 1,70 m (IMC = 30,8 kg/m²) e uma mulher de 62 anos, com 65 kg e 1,59 m (IMC = 25,7 kg/m²). As classificações adequadas de IMC para eles serão, respectivamente:

- (A) Obesidade e sobrepeso.
- (B) Sobrepeso e eutrofia.
- (C) Obesidade e eutrofia.
- (D) Sobrepeso e baixo peso.
- (E) Obesidade e baixo peso.



40

De acordo com Cunha (2010), citado por Demétrio et al. (2011), a clínica ampliada pode ser entendida como a “transformação da atenção individual e coletiva, de forma que possibilite que outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, possam ser compreendidos e trabalhados pelos profissionais de saúde”.

Demétrio F, Paiva JB, Fróes AAG, Freitas MCS, Santos LAS. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista-paciente: contribuições para reflexão. Rev Nutr (Campinas). 2011 set-out;24(5):743-63.

Sobre a atuação do nutricionista na clínica ampliada, assinale a alternativa correta.

- (A) Os cursos da área da saúde deveriam se voltar para a formação de profissionais capazes de resolver problemas de saúde, sem a necessidade de incentivar o trabalho em equipes multiprofissionais.
- (B) A concepção de nutrição clínica ampliada tem como intuito ir além do mecanicismo, da fragmentação e do tecnicismo biologicista na abordagem nutricional com o paciente.
- (C) A nutrição clínica ampliada passa a ser entendida como um novo modelo em saúde, no qual a racionalidade nutricional se sobrepõe às outras formas de conhecimento.
- (D) O nutricionista deve compreender os anseios do paciente, e propor mudanças que devem ser traduzidas na forma de dietas prescritivas específicas a cada indivíduo.
- (E) Inspira o surgimento de uma nova identidade profissional, cuja responsabilidade é promover a saúde ao considerar as demandas biológicas específicas do paciente.



ESTUDO DE CASO

ANALISE O CASO DESCRITO PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS DE 01 A 03.

Sr. Carlos, 71 anos, é um homem, branco, aposentado, classe média baixa, que mora sozinho no bairro da Penha da cidade de São Paulo. Foi casado por 38 anos com a Sra. Isabel, que faleceu repentinamente há 3 anos. Sr. Carlos tem 3 filhos e 2 netos que o visitam com frequência, principalmente aos domingos para o almoço tradicional de família.

Após sofrer uma queda em casa no mês de junho de 2024, ele foi levado ao hospital, onde, durante a internação, foi diagnosticado com osteopenia, condição caracterizada pela perda gradual de massa óssea e que pode levar à osteoporose, e sarcopenia, caracterizada pela perda de massa e força muscular. Após a alta, Sr. Carlos foi encaminhado para tratamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu bairro, sua unidade de referência, onde é acompanhado usualmente. Chegando à consulta na UBS, Sr. Carlos apresentou os exames realizados no hospital e o médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) comparou com os exames solicitados na última consulta ambulatorial, realizada antes do falecimento da esposa. Os exames físicos e laboratoriais estão apresentados no quadro a seguir:

Abril de 2021	Junho de 2024
EXAME FÍSICO Peso: 74 kg Estatura: 1,73 m IMC: 24,7 kg/m ² Perímetro da panturrilha: 35,5 cm Pressão arterial: 110 x 75 mmHg	EXAME FÍSICO Peso: 64 kg Estatura: 1,73 m IMC: 21,4 kg/m ² Perímetro da panturrilha: 33,4 cm Pressão arterial: 120 x 80 mmHg
EXAME LABORATORIAL Glicemia em jejum: 80 mg/dL Triglicérides: 126 mg/dL HDL-colesterol: 48 mg/dL LDL-colesterol: 120 mg/dL	EXAME LABORATORIAL Glicemia em jejum: 95 mg/dL Triglicérides: 98 mg/dL HDL-colesterol: 35 mg/dL LDL-colesterol: 163 mg/dL

Analisando o caso, o médico encaminhou Sr. Carlos para um nutricionista. Ele relatou para o profissional que a Sra. Isabel era a responsável por preparar as refeições em casa e que, desde seu falecimento começou a consumir mais comidas prontas e congeladas que compra no mercado. Isso porque se sente muito triste e desmotivado para cozinhar todos os dias. Inclusive, nos almoços de família aos domingos, são as suas noras que cozinham.

O Sr. Carlos também contou ao nutricionista que costumava sair para caminhar todas as manhãs por pelo menos uma hora, um hábito que mantinha com sua esposa. No entanto, atualmente, não sente mais disposição para caminhar todos os dias e, quando o faz, percebe que a distância percorrida tem diminuído cada vez mais. Durante o restante do dia, Sr. Carlos fica apenas assistindo à televisão no sofá, sem ânimo para realizar outras atividades. Além disso, relatou tomar 1 garrafinha de água de 500 mL ao longo do dia. Sr. Carlos relatou a seguinte alimentação habitual ao nutricionista:

Horário	O que e quanto comeu	Onde e com quem comeu
Café da manhã às 6h30	2 fatias de pão de forma integral industrializado	Em casa, sozinho
	1 colher de sopa de margarina	
	1 xícara de café preto	
	1 colher de chá de açúcar branco	
Lanche da manhã às 10h	5 bolachas água e sal	Em casa, sozinho
	1 xícara de café preto	
	1 colher de chá de açúcar branco	
Almoço às 12h30	½ lasanha de presunto e queijo 600g congelada industrializada	Em casa, sozinho
Lanche da tarde às 18h	1 xícara de café preto	Em casa, com filho, nora e neto
	1 colher de chá de açúcar branco	
	1 fatia de bolo de laranja caseiro (preparado pela nora)	
Jantar às 21h	½ lasanha de presunto e queijo 600g congelada industrializada	Em casa, sozinho



Questão 01

Com base nos exames físicos e laboratoriais, qual a classificação do estado nutricional do Sr. Carlos nos anos de 2021 e 2024? Existem resultados de exames bioquímicos clinicamente preocupantes e que devem ser trabalhados pela equipe da UBS? Avalie a evolução da avaliação antropométrica, clínica e laboratorial observada no período mencionado.

Questão 02

Para que o trabalho interprofissional contribua efetivamente para as intervenções, é importante que haja comunicação entre as diferentes especialidades. Nesse sentido, a construção integrada de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser interessante, funcionando como um sistema de compartilhamento de responsabilidades pelo caso. Para o PTS, geralmente são elaboradas metas de curto, médio e longo prazo a serem atingidas no tratamento com a participação da equipe e do usuário. Cite três profissionais da atenção primária à saúde, para além do médico da ESF e do nutricionista, que podem contribuir para o cuidado de Sr. Carlos pensando em melhorias do seu quadro clínico e qualidade de vida. Para cada profissional citado, defina e justifique uma possível meta não dietética a ser proposta na construção do PTS de Sr. Carlos.



Questão 03

Considerando os diagnósticos nutricionais e clínicos do Sr. Carlos, bem como sua alimentação habitual, aponte quatro principais orientações de mudanças de hábitos alimentares a serem trabalhadas pelo nutricionista e justifique como essas orientações podem auxiliar na melhora do quadro nutricional e clínico.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



Residência Profissional 2025
1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1

1/100

