



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2021**

22/11/2020

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**. 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. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **2h30**. 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

TEXTO PARA AS QUESTÕES 01 E 02

A obesidade é considerada uma prioridade global de saúde pública por sua magnitude e relação com doenças crônicas. Em 2013, atingiu 20% dos adultos brasileiros, sendo 56,9% com sobrepeso (IBGE, 2015) e, embora políticas nacionais tenham sido instituídas (Dias et al., 2017), trata-se de um cenário de difícil reversão e que demanda articular o cuidado individual com ações que afetem o ambiente obesogênico (Poston et al., 1998; Swinburn et al., 2015). Além disso, a baixa efetividade das intervenções individuais pautadas em “modelos assistenciais” biologicistas e curativos impõe reflexões sobre os caminhos para a inovação das práticas de cuidado (Fertonani et al., 2015; Roberto et al., 2015).

O conceito de “modelo assistencial” vem sendo problematizado desde a década de 1970, quando emergiram as críticas ao denominado “modelo biomédico”. A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 impulsionou a reorientação desse modelo na direção da atenção integral à saúde, culminando com a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, a ótica da promoção da saúde reforçou novas concepções sobre cuidado ao propor ações positivas de saúde, considerando os múltiplos condicionantes do processo saúde/doença (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006).

O debate sobre modelos assistenciais abarca elementos-chave como as formas de organização das relações entre profissionais e usuários, saberes e técnicas utilizadas para atender as necessidades em saúde, práticas e processos de trabalho (Fertonani et al., 2015). A reorientação dos modelos vigentes é um processo complexo que implica mudanças em distintas dimensões, tais como: (1) gerencial - referente aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e dos serviços; (2) organizativa - referente ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando os níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e (3) técnico assistencial, ou operativa, referente às relações que se estabelecem entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação) (Fertonani et al., 2015).

A ESF distingue-se do modelo biomédico por ser fundamentada na integralidade; na construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo a atenção básica como articuladora dos demais níveis por meio dos mecanismos de referência e contrarreferência; na articulação entre promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação; no foco na família, grupos e comunidades; na compreensão dos condicionantes históricos, sociais, culturais do processo saúde/doença; nas relações acolhedoras, de vínculo,

compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde, gestores e população; e na equipe multiprofissional (Fertonani et al., 2015; Teixeira, 2006). Tais características estão relacionadas com as dimensões “organizativa” e “técnico assistencial” de reorientação dos modelos assistenciais, incluindo as “práticas de cuidado” (Mattos, 2001).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

01

Segundo o texto, é correto afirmar que

- (A) a instituição do SUS reforçou o modelo biomédico, que prima pela atenção integral à saúde, concretizada na formação de equipes multiprofissionais.
- (B) o modelo biomédico foi uma resposta às problematizações levantadas desde a década de 1970 sobre os modelos assistenciais em saúde pública.
- (C) a Estratégia Saúde da Família, que resultou de reorientações no modelo biomédico estimuladas pela implantação do SUS, assume a integralidade como um de seus aspectos constitutivos.
- (D) os modelos assistenciais biologicistas e curativos inovaram as práticas de cuidado realizadas no país, especialmente no âmbito da obesidade.
- (E) as políticas nacionais instituídas no combate à obesidade, que articularam o cuidado individual a ações sobre o ambiente obesogênico, têm conseguido reduzir a incidência de obesidade.

02

Assinale a alternativa correta de acordo com o texto:

- (A) a Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe mudanças às dimensões gerencial, organizativa e operativa dos modelos assistenciais.
- (B) as práticas de cuidado passaram a integrar o modelo biomédico, a partir da construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).
- (C) o foco no acolhimento, no vínculo, no compromisso e na corresponsabilidade entre profissionais de saúde, gestores e população representa uma reorientação na dimensão gerencial da ESF.
- (D) o debate sobre os modelos assistenciais em saúde pública tem negligenciado as dimensões organizativa e operativa.
- (E) a compreensão dos condicionantes históricos, sociais e culturais do processo saúde/doença integra as novas concepções sobre as práticas de cuidado nos modelos assistenciais em saúde pública.

TEXTO PARA A QUESTÃO 03

Francisco & Diez-Garcia (2015) reiteram que a abordagem terapêutica da obesidade tem se detido no modelo biológico do qual derivam estratégias que são insuficientes para dar conta da complexidade do problema. Analisam vários estudos que indicam como as atitudes negativas dos próprios profissionais de saúde em relação ao excesso de peso podem afetar o tratamento e o julgamento clínico, dificultar o acesso aos serviços de saúde e condicionar, inclusive, o tempo de consulta. Estudos abordados pelos autores sinalizam que a maioria dos profissionais entrevistados não se sente qualificado para tratar a obesidade, o que os leva a sentimentos de limitação e frustração. Mesmo entre grupos especializados e interessados em tratar a obesidade, existem níveis consideráveis de preconceito – próximos ao da população em geral.

Assis (2017) também ressalta as frustrações e outras reações, até mesmo a raiva, expressas por profissionais que lidam com o tratamento da obesidade e com as “resistências” dos usuários em mudar seus hábitos, o que por vezes é atribuído a uma postura de “relaxamento da família” e “falta de disciplina”. Portanto, apesar das evidências científicas de que os fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais condicionam a obesidade, ainda sobressai a hipervalorização das causas “pessoais” (Francisco & Diez-Garcia, 2015) e os profissionais de saúde acabam seguindo esta perspectiva, como observado no presente estudo. “Pacientes obesos” são rotulados como aqueles que não se cuidam ou que não querem se cuidar, que gastam dinheiro público com seu tratamento e são punidos por este dilema moral de culpa individual. A responsabilidade pessoal se torna peça central no processo de estigmatização da pessoa com obesidade, o que só reitera a importância de se problematizar o conceito de autocuidado para que não reforce esta perspectiva culpabilizadora (Francisco & Diez-Garcia, 2015).

BURLANDY, L. et al. “Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil”. *Cad. Saúde Pública*. 2020, v. 36, n. 3, p. 01-19.

03

Segundo o texto, é correto afirmar:

- (A) muitos profissionais de saúde ainda se sentem despreparados para lidar com a obesidade, manifestando níveis consideráveis de preconceito e culpabilizando os pacientes.
- (B) as evidências científicas de que a obesidade está condicionada a fatores psicossociais, genéticos, metabólicos e hormonais reduziram significativamente a estigmatização de pacientes obesos por profissionais de saúde.
- (C) os profissionais de saúde consideram que a postura de “relaxamento da família” e a “falta de disciplina” dos

pacientes obesos são a principal razão para o insucesso no tratamento da obesidade.

- (D) o conceito de autocuidado deve ser problematizado para que o paciente obeso intensifique sua responsabilidade pessoal perante o tratamento, disciplinando-se.
- (E) o modelo biológico prevê estratégias capazes de dar conta da complexidade do problema, por reconhecer a relevância dos fatores genéticos, metabólicos e hormonais na obesidade.

TEXTO PARA A QUESTÃO 04

De acordo com a WHO (1994) [Organização Mundial da Saúde], a maioria dos países da América Latina apresenta elevados índices de dentes cariados perdidos e obturados (CPO-D). No Brasil, o primeiro levantamento nacional realizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1988) revelou elevada prevalência de cárie dentária em todas as idades, em 1986. Porém, nos últimos anos, vem sendo observada a redução nacional neste índice, conforme estudos de Rosa et al. (1991) e Traebet et al. (2001), provavelmente, devido à expansão da fluoretação da água de abastecimento público em algumas regiões, além da disponibilidade de dentifrícios fluoretados em todo território nacional, a partir de 1989 (Brasil, 1989). Apesar disso, a cárie dentária ainda é considerada uma doença comum na infância, como relata Bedi et al. (2000). Está envolvida num processo dinâmico de saúde-doença, provocado por fatores de ordem geral, locais, sociais, econômicos e culturais.

De acordo com Moysés (2000), a condição social de uma população tem um grande poder de explicar as desigualdades na prevalência de cárie dentária. Estudo realizado pelo autor sugere que piores condições socioeconômicas estão intimamente relacionadas a um consumo mais elevado de açúcar, pior condição de higiene bucal, dificuldade de acesso às escovas e a cremes dentais e dificuldade de acesso aos tratamentos dentários, deixando a população mais exposta a esses fatores de risco e, conseqüentemente, ocorrendo o aumento na prevalência de cárie dentária.

Moynnham (2002) acrescenta que o consumo de alimentos é um dos fatores determinantes da cárie dentária, enquanto uma doença multifatorial. A cariogenicidade dos alimentos é, portanto, somente um entre vários componentes que poderão determinar a atividade de cárie de um indivíduo.

BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M.; CORSO, A. C. T. “Alimentação, estado nutricional e condição bucal da criança”. *Rev. Nutr.* 2007, v. 20, n. 2, p. 191-196.

04

Com base no texto, assinale a alternativa correta:

- (A) as condições socioeconômicas não se mostraram um fator relevante no que se refere às condições de emergência da cárie dentária.
- (B) o consumo de alimentos com teor elevado de açúcar é o principal fator explicativo para a emergência de cáries dentárias.
- (C) a fluoretação da água no abastecimento público consiste em um fator de provável relevância na redução do índice de cáries dentárias no país.
- (D) a cárie dentária não pode mais ser considerada, no Brasil, uma doença comum na infância, por conta da fluoretação da água e dos dentifrícios.
- (E) as políticas públicas para controlar a incidência de cáries dentárias não devem considerar o padrão alimentar como um fator relevante.

TEXTO PARA A QUESTÃO 05

Ao final da década de 1970, com a progressiva erosão da capacidade gestora do Estado e o crescimento da consciência de desarticulação administrativa, apontava-se a desestatização para a superação da crise e germinou a necessidade de reforma do Estado (Fiori, 1989; 1997). Novos modelos de gestão e provisão de serviços também foram experimentados em países da Europa, mesmo os de sistemas universais de saúde. Reformas estimularam a concorrência e a conversão dos serviços públicos em mercados públicos como alternativa à privatização, com a possibilidade de financiamento e prestação por entes privados, inclusive na atenção primária à saúde (APS) (Sheaff et al., 2006). Nos anos 1990, o discurso neoliberal de crise econômica/gerencial ganhou força no Brasil, com propostas de superação baseadas em: ajuste fiscal, enxugamento da máquina pública e modificação de seu relacionamento com o setor privado (Diniz; Bosch, 2007). No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a Nova Administração Pública ganhou institucionalidade com a elaboração do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE). A implantação de Organizações Sociais (OS) configurou-se como estratégia central no PDRAE e a principal expressão de “Organizações Públicas Não-estatais”. Elas estabeleceriam contratos de gestão com o Estado para a prestação de serviços não exclusivos, com ganhos de qualidade, economicidade e ênfase nos resultados. Esse modelo causaria verdadeira revolução na gestão da prestação de serviços na área social.

RAMOS, A. L. P.; DE SETA, M. H. “Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014”. Cad. Saúde Pública. 2019, v. 35, n. 4, p. 1-15.

05

Na visão dos autores, as Organizações Sociais

- (A) foram responsáveis pela progressiva erosão da capacidade estatal de gerenciar a saúde no país.
- (B) constituem-se em modelos de gestão inspirados em experiências europeias de estatização da esfera da saúde.
- (C) revolucionaram a gestão e a prestação de serviços em saúde, uma vez que resultaram da privatização e da desregulamentação estatal do setor.
- (D) foram implantadas no âmbito do PDRAE como um reflexo do avanço do discurso neoliberal de crise econômica e gerencial no Brasil.
- (E) consistiram em estratégia fundamental do PDRAE para conter gastos estatais, ainda que a qualidade dos serviços tenha sido reduzida.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 06 E 07

[...] a Bioética da Proteção pode ser entendida como a parte da ética aplicada constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o "capacitam" (ou tornam competente) para realizar sua vida e quem, ao contrário, não os tem. Para isso, estabelecer a prioridade léxica de quem não dispõe de tais meios é primordial para respeitar concretamente o princípio de justiça, já que aplicar o valor da equidade como meio para atingir a igualdade é condição sine qua non da efetivação do próprio princípio de justiça. Os interesses conflitantes redundam em outro tipo de conflitos – chamados conflitos morais – e que só podem ser resolvidos dando suporte (protegendo) aos afetados para que possam desenvolver suas potencialidades e deixem de precisar desta proteção ou – como se diz – de "passar necessidades". De fato, os grupos particularmente vulneráveis, ou literalmente vulnerados (ou afetados), não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela.

Nesse sentido, a Bioética da Proteção não se aplica, via de regra, aos indivíduos e às populações que – embora afetados negativamente ou suscetíveis de serem concretamente afetados – conseguem enfrentar essa condição existencial com seus próprios meios ou com os meios oferecidos pelas instituições vigentes e atuantes. Caso contrário, a proteção – considerada condição necessária para que a pessoa vulnerada saia de sua condição de vulneração e desenvolva sua competência para ter uma vida pelo menos decente – poderia ser confundida, pertinentemente, com "paternalismo", porque proteger visa dar o suporte necessário para que o próprio indivíduo potencialize suas capacidades e possa fazer suas escolhas de forma competente, ao passo que

o paternalismo pode, em nome do (suposto) bem-estar do outro, infantilizá-lo e sufocá-lo, impedindo sua capacitação para viver uma vida decente e livre, tornando-o, assim, sempre dependente das escolhas alheias. Em suma, proteger significa dar as condições de vida que cada qual julgue necessárias para capacitá-lo na tomada de suas próprias decisões enquanto ser racional e razoável. Se não for assim, a Bioética da Proteção contraditaria um dos valores básicos das sociedades seculares e democráticas modernas, que é o direito ao exercício da autonomia pessoal e, em alguns casos, o dever de exercê-la, sendo, portanto, responsável por seus atos.

SCHRAMM, F. R. "Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização". Revista Bioética. 2008, v. 16, n. 1, p. 11-23.

06

Segundo o texto, a Bioética da Proteção prioriza

- (A) os grupos vulneráveis de modo geral, posto que são alvos de conflitos morais que usualmente os levam a abandonar as instituições que os acolhem.
- (B) as populações afetadas negativamente pelas condições vigentes, não diferenciando entre aquelas que conseguem ou não enfrentar sua condição existencial com seus próprios meios.
- (C) as populações vulneradas, uma vez que não conseguem exercer sua autonomia, dependendo dos outros para fazerem as escolhas que lhes proporcionariam uma vida no mínimo respeitosa.
- (D) os vulnerados, aqueles que não conseguem, com seus próprios meios e recursos, independentemente de sua vontade, atingir um estado de vida ao menos digna.
- (E) as instituições, visto que são elas que dispõem das potencialidades para garantir a equidade entre os meramente vulneráveis e os particularmente vulnerados.

07

De acordo com o autor, no âmbito da Bioética da Proteção, proteção e paternalismo são conceitos que se

- (A) opõem, uma vez que a proteção promove a competência para a autonomia pessoal, ao passo que o paternalismo pode tornar o indivíduo dependente das escolhas alheias.
- (B) opõem, já que o paternalismo se centra em instituições estatais, enquanto a proteção prescinde desse tipo de apoio.
- (C) complementam, na medida em que o paternalismo se baseia no olhar do outro sobre o indivíduo vulnerável, enquanto a proteção foca no desenvolvimento do próprio indivíduo.
- (D) complementam, posto que o paternalismo foca os indivíduos mais vulneráveis, ao passo que a proteção prioriza os menos vulneráveis.
- (E) sobrepõem, visto que ambos estão associados à subtração dos indivíduos de um estado de vulnerabilidade para um estado de autonomia.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

Entende-se por vigilância epidemiológica

- (A) um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, bem como de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.
- (B) um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.
- (C) a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde (fenômenos e processos associados) em populações humanas.
- (D) a difusão e propagação de doenças, sua frequência, seu modo de distribuição, sua evolução e a colocação dos meios necessários à sua prevenção.
- (E) a prevenção e o controle de doenças transmissíveis, de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e análise de situação de saúde de determinada população.

09

São consideradas Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços

- (A) de atenção primária, ambulatoriais especializados e de atenção hospitalar.
- (B) de atenção primária, ambulatoriais especializados e serviços especiais de acesso aberto.
- (C) ambulatoriais especializados, de atenção primária e de atenção de urgência e emergência.
- (D) de atenção de urgência e emergência, ambulatoriais especializados e de atenção primária.
- (E) de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto.

10

O processo de trabalho em equipe multiprofissional na saúde foi classificado por Peduzzi (2001) em duas principais modalidades: equipe agrupamento, em que se observa a justaposição das ações; equipe integração, quando ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. Indique os critérios de reconhecimento da equipe agrupamento:

- (A) Comunicação intrínseca ao trabalho; flexibilidade da divisão do trabalho; ausência de autonomia técnica.
- (B) Flexibilidade da divisão do trabalho; projeto assistencial comum; comunicação intrínseca ao trabalho; autonomia técnica de caráter interdependente.
- (C) Ausência de autonomia técnica; comunicação externa ao trabalho; autonomia técnica plena; comunicação estritamente pessoal.
- (D) Autonomia técnica de caráter interdependente; flexibilidade da divisão do trabalho; comunicação externa ao trabalho.
- (E) Comunicação estritamente pessoal; autonomia técnica plena; projeto assistencial comum.

11

Sobre o Acolhimento com Classificação de Risco nos Sistemas de Urgência do SUS, é correto afirmar que

- (A) a avaliação de risco e vulnerabilidade é considerada uma prerrogativa específica dos profissionais de saúde que atendem no serviço de saúde considerado.
- (B) a classificação de risco considera prioritariamente a entrada por filas e ordem de chegada ao serviço de saúde.
- (C) implica escutar atentamente o usuário, seus problemas e demandas, mantendo o foco na doença apresentada, sem considerar outros aspectos, como questões emocionais e o contexto social do usuário.
- (D) consiste em dispositivo técnico-assistencial que altera a forma de fazer a gestão da assistência e de considerar as relações de acesso aos serviços de saúde.
- (E) a avaliação quanto ao risco e à vulnerabilidade deve considerar estritamente o grau de sofrimento físico apresentado pelo usuário.

12

A Bioética estabeleceu como fundamento o respeito à vida humana. Considerando a evolução histórica que resultou no surgimento da Bioética e considerando seus princípios, assinale a alternativa correta:

- (A) A vida é um processo que pode ser considerado contínuo, coordenado e progressivo.
- (B) O método cartesiano contribuiu para a visão integral sobre o paciente e sua saúde.
- (C) A descoberta dos microrganismos no século XIX contribuiu para a mudança de foco da doença para o doente.
- (D) As ações de saúde devem ser pautadas pela correlação entre custos e benefícios.
- (E) De acordo com o princípio da justiça, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Dentro desse princípio, a “objeção de consciência” refere-se ao profissional de saúde dever agir sempre de acordo com a legalidade e com o que é aceito pelo paciente.

13

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS n.529/2013, com o objetivo de contribuir para a qualidade do cuidado em saúde. Considerando os antecedentes, bem como o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), escolha a alternativa correta:

- (A) A eficiência refere-se ao cuidado baseado no conhecimento científico dirigido a todos que possam se beneficiar desse saber e, ao mesmo tempo, evitando seu uso para os que possivelmente não se beneficiarão.
- (B) A acreditação é uma metodologia de avaliação externa da qualidade, tendo como referência um conjunto de padrões, e é de caráter obrigatório.
- (C) A classificação dos erros em “ativos” e “latentes” facilita a sua identificação e prevenção, no sentido de proteger o paciente. Os erros ativos surgem a partir da gestão, enquanto os erros latentes se referem a atos inseguros como, por exemplo, a troca de um medicamento na hora da sua administração.
- (D) A efetividade refere-se ao cuidado realizado de forma a evitar desperdícios quanto ao uso de equipamentos, suprimentos e energia.
- (E) Entre as mudanças requeridas no ambiente organizacional dos hospitais para a incorporação de uma cultura de segurança, está a recomendação de adotar modelos de cuidado, caracterizado pelo trabalho em equipe interdependente, colaborativo e interprofissional, ao invés de modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente.

14

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a sua abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da atenção primária à saúde. Em relação aos NASF, é correto afirmar:

- (A) O NASF atua utilizando como principais ferramentas o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o Projeto de Saúde no Território e a Pactuação do Apoio.
- (B) A organização dos processos de trabalho dos NASF tem como foco o território sob sua responsabilidade, priorizando o atendimento direto e individualizado ao usuário.
- (C) O NASF funciona, alternativamente, como porta de entrada do SUS para os usuários.
- (D) A equipe do NASF tem como uma de suas atribuições atuar como equipe de referência para as famílias do território de abrangência.
- (E) O Apoio Matricial caracteriza-se pela dimensão assistencial, que vai produzir ação clínica direta, em detrimento da ação técnico-pedagógica.

15

A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência. Considerando a RAS, é correto afirmar:

- (A) Independente da estruturação da atenção primária à saúde, o aumento dos gastos resulta do tratamento tardio dos agravos e dos incentivos financeiros por desempenho individual.
- (B) Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser precedidos do foco no trabalho vivo, caracterizado por: vínculo, escuta, comunicação e responsabilização pelo cuidado.
- (C) Na rede de atenção às urgências e emergências, a atenção primária à saúde também cumpre o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos da rede.
- (D) O modelo de atenção preconizado pelo SUS é centrado no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas.
- (E) A economia de escala é um dos fundamentos da RAS e caracteriza-se pelo aumento dos custos médios, à medida que aumenta o volume das atividades, e pela distribuição dos custos fixos por um maior número de atividades.

NUTRIÇÃO

16

O contexto do Sistema Único de Saúde tem como uma de suas diretrizes a integralidade, caracterizada pela oferta de atenção às necessidades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de um dado indivíduo ou comunidade, considerando seu contexto social. A respeito da equipe interprofissional e da integralidade em saúde, é correto afirmar:

- (A) A lógica da colaboração é pautada na diferenciação e tenta continuamente garantir um mercado definido.
- (B) A lógica profissional aponta para a necessidade de integração, com compartilhamento de conhecimentos, especialidades, experiências e habilidades.
- (C) À medida que aumenta o grau de colaboração profissional, aumenta a autonomia individual.
- (D) A reorganização do trabalho interprofissional dentro das equipes dos serviços de saúde do SUS é condição necessária para a conquista da integralidade.
- (E) O atendimento dos pacientes pela equipe interprofissional deve ocorrer em conjunto, utilizando-se de mesmo espaço físico por todos os profissionais simultaneamente.

17

A vitamina A é um micronutriente essencial à manutenção das funções fisiológicas normais do organismo. A esse respeito, é correto afirmar que

- (A) a vitamina A possui funções ligadas ao sistema visual, metabolismo ósseo, coagulação sanguínea e sistema imune.
- (B) sua deficiência pode levar à cegueira noturna, primeiro sintoma ocular a ser observado, sendo irreversível mesmo após tratamento com vitamina A.
- (C) a ingestão inadequada de alimentos fonte é o principal fator etiológico da carência de vitamina A.
- (D) é uma vitamina hidrossolúvel, sendo eliminada do organismo excretada principalmente através da urina.
- (E) alguns exemplos de alimentos fontes de vitamina A são melancia, cará, ovos, espinafre e beterraba.

18

A pressão arterial é importante indicador nutricional na avaliação de indivíduos sob condições de risco à saúde. Quanto à classificação da pressão arterial em adolescentes, é correto afirmar:

- (A) Os valores limites de pressão arterial normal são avaliados por tabelas especiais que levam em consideração a idade e o percentil de altura em que o adolescente se encontra.
- (B) É considerado quadro de pré-hipertensão a ocorrência de pressão arterial sistólica entre 120 e 130 mmHg e pressão arterial diastólica entre 80 e 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.
- (C) É considerado quadro de hipertensão arterial a ocorrência de pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.
- (D) Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a menor deve ser utilizada para classificação do estágio de hipertensão arterial.
- (E) Apenas deve ser considerado quadro de hipertensão arterial nessa faixa etária quando houver sintomas associados.

19

Sobre a avaliação nutricional de uma criança menor de 2 anos, é correto afirmar:

- (A) Escore-z de peso para estatura igual a -2,5 indica estado nutricional de sobrepeso.
- (B) Deve-se investigar a prática de aleitamento materno, bem como a introdução de alimentação complementar e consumo de grupos de alimentos.
- (C) Para a classificação do estado nutricional, devem ser utilizados pontos de corte pré-estabelecidos, segundo o valor do IMC.
- (D) A avaliação antropométrica deve contemplar medidas antropométricas de peso, estatura e circunferência de cintura.
- (E) Escore-z de estatura para a idade igual a 0 indica baixa estatura para a idade.

20

Entre os principais testes laboratoriais utilizados para a triagem do diabetes, destaca-se a glicemia em jejum. Um indivíduo do sexo feminino com 41 anos de idade apresenta glicemia em jejum igual a 98 mg/dL. A classificação correta do resultado do exame é:

- (A) Hipoglicemia.
- (B) Normal.
- (C) Hiperglicemia intermediária.
- (D) Pré-diabetes mellitus.
- (E) Diabetes mellitus.

21

A ação dos profissionais de saúde na atenção primária à saúde deve orientar-se pelo compromisso e conhecimento das estratégias de ação em saúde coletiva. A respeito dos pressupostos conceituais e organizacionais da matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde, é correto afirmar:

- (A) A avaliação antropométrica de indivíduos é um exemplo de ação específica.
- (B) A avaliação do ganho de peso da gestante é um exemplo de ação universal.
- (C) Ações específicas são pertinentes apenas a indivíduos, enquanto famílias e comunidades apresentam somente ações de caráter universal.
- (D) A promoção da saúde é a intervenção (ou conjunto de intervenções) tomadas antes do surgimento ou agravamento de uma dada patologia, de modo que a doença não se manifeste ou então se manifeste de forma menos grave nos indivíduos ou na população.
- (E) A prevenção tem como meta a eliminação permanente, ou ao menos duradoura, de uma doença ou distúrbio nutricional.

22

As equipes de atenção primária à saúde devem estar aptas a identificar situações de risco nutricional da população sob sua responsabilidade. Assinale a alternativa correta sobre avaliação nutricional na atenção primária à saúde:

- (A) A avaliação do consumo alimentar permite a observação de comportamento ou padrão que caracteriza marcadores positivos e/ou negativos da alimentação.
- (B) A identificação de características da alimentação de determinado grupo de indivíduos não possibilita o planejamento de ações no âmbito coletivo.
- (C) A avaliação antropométrica recomendada na atenção primária refere-se à avaliação do peso, da estatura e do perímetro da cintura, para todas as fases do curso da vida.
- (D) Recomenda-se periodicidade mensal de registro de dados antropométricos e marcadores do consumo alimentar para crianças de até 2 anos no sistema de informação em saúde.
- (E) A avaliação do consumo alimentar na atenção primária deve ter como foco principal avaliar nutrientes específicos da dieta, de modo a vigiar possíveis deficiências nutricionais.

23

De acordo com as DRIs (*Dietary Reference Intakes*), os limites de distribuição de proteínas para indivíduos de 4 a 18 anos de idade são de 10% a 30% do valor energético total (VET). Considerando uma criança de 7 anos com necessidade energética total de 1400 kcal, assinale a alternativa que corresponde à adequada quantidade diária de proteínas dentro da faixa recomendada:

- (A) 28 a 84 g de proteínas.
- (B) 70 a 210 g de proteínas.
- (C) 140 a 420 g de proteínas.
- (D) 35 a 105 g de proteínas.
- (E) 15 a 47 g de proteínas.

24

A terapia nutricional é conduta essencial a ser adotada na prevenção de doenças cardiovasculares. A respeito de intervenções dietéticas neste contexto, é correto afirmar que

- (A) o colesterol presente no sangue é derivado apenas da dieta, o que reforça a importância de manter o consumo abaixo do valor de corte recomendado.
- (B) uma dieta rica em fibras alimentares reduz o risco de doenças cardiovasculares.
- (C) a recomendação diária de ingestão de sal (cloreto de sódio) para controle da pressão arterial é de 10 g.
- (D) a suplementação de vitamina E deve ser associada a uma alimentação saudável, por ser um antioxidante protetor contra doenças cardiovasculares.
- (E) as fibras insolúveis, representadas pela celulose (trigo), hemicelulose (grãos) e lignina (hortaliças), atuam diretamente sobre a colesterolemia.

25

Um indivíduo adulto do sexo masculino portador de diabetes melito realizou uma refeição contendo os seguintes alimentos: 1 copo de leite integral com café (sem açúcar), 3 torradas, 1 fatia média de queijo branco e 1 banana nanica. Considerando o método por substituições para fazer a contagem de carboidratos de uma refeição, no qual é recomendado o uso de 1 unidade de insulina (UI) para cada escolha de carboidrato, assinale a quantidade adequada de UI da qual o indivíduo precisará:

- (A) 1 UI.
- (B) 2 UI.
- (C) 3 UI.
- (D) 4 UI.
- (E) 6 UI.

26

A promoção da alimentação saudável, de modo geral, deve prever um escopo amplo de ações que contemplem a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade. Com relação à introdução de alimentos complementares, é correto afirmar:

- (A) Deve-se acostumar as crianças a horários rígidos para a oferta de alimentos de modo a estimular a criação de uma rotina alimentar.
- (B) A oferta de carnes vermelhas e de ovos deve ser evitada até os 7 meses de idade.
- (C) Deve ser iniciada com sopas salgadas liquidificadas e papas doces, respeitando a variedade local de alimentos.
- (D) Vísceras e miúdos devem ser recomendados a partir dos 12 meses de idade.
- (E) Deve ser iniciada com a oferta de alimentos complementares três vezes ao dia.

27

A taxa metabólica basal (TMB) corresponde a cerca de 60% a 75% do gasto energético diário e refere-se à quantidade mínima de energia dispendida para manter os processos vitais do organismo, como respiração, circulação, metabolismo celular, atividade glandular e conservação da temperatura corpórea. A respeito do gasto energético, é correto afirmar:

- (A) A massa corpórea gorda tem sido apontada como o principal determinante da TMB e explica grande parte das diferenças observadas no gasto energético entre mulheres e homens.
- (B) O efeito térmico da atividade física é o maior componente do gasto energético, correspondendo a cerca de 60% das necessidades diárias de energia em indivíduos sedentários.
- (C) O efeito térmico dos alimentos contribui com cerca de 30% do gasto energético diário.
- (D) As equações de Harris e Benedict (1919) e Schofield (1985) estimam o gasto energético diário.
- (E) Calorimetria direta, calorimetria indireta e água duplamente marcada são exemplos de métodos utilizados para a avaliação do gasto energético.

28

Em uma unidade de alimentação, é responsabilidade do nutricionista trabalhar para evitar doenças de origem alimentar. Nesse contexto, o sistema de análise de perigos e pontos críticos de controle (APPCC) é

- (A) um instrumento utilizado somente quando ocorre um desvio no processo ou uma não conformidade.
- (B) baseado apenas no monitoramento de perigos químicos.
- (C) um instrumento utilizado para a inspeção do produto final.
- (D) baseado nos pontos críticos de produção, incluindo treinamento de boas práticas de higiene para manipuladores de alimentos.
- (E) um instrumento utilizado para o controle da qualidade higiênico-sanitária da cadeia produtiva e visa à prevenção de problemas causados pela ingestão de alimentos.

29

Para (re)pensar a relação nutricionista-paciente na prática clínica nutricional no sentido de ampliar sua humanização, Demétrio et al. (2011) propõem utilizar a concepção da clínica ampliada. Nessa proposta, a clínica ampliada remete a

- (A) reforçar o paradigma cartesiano do organismo humano para a prática clínica dos profissionais de saúde.
- (B) criar cursos de especialização tecnológica em nutrição e saúde.
- (C) realizar intervenções sobre os indivíduos que tenham como objetivo a mudança do comportamento alimentar.
- (D) conscientizar o indivíduo acerca de sua total responsabilidade sobre a própria alimentação.
- (E) lidar com o indivíduo em sua integralidade a partir de uma postura dialógica.

30

Estudos apontam que, entre gestantes, a suplementação rotineira de ferro e folato previne a ocorrência de baixos níveis de hemoglobina no parto e no puerpério. O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, recomenda, para gestantes sem anemia (Hb>11mg/dL), a suplementação de __ (I) __ mg/dia de ferro elementar. Orienta-se ainda que a ingestão seja realizada __ (II) __ refeições e mantida no pós-parto e no pós-aborto por __ (III) __ meses. As lacunas são corretamente preenchidas por:

- (A) (I) 50; (II) antes das; (III) 4.
- (B) (I) 40; (II) antes das; (III) 3.
- (C) (I) 30; (II) após as; (III) 2.
- (D) (I) 30; (II) antes das; (III) 2.
- (E) (I) 40; (II) após as; (III) 3.

31

Segundo a Resolução 380/2005 do Conselho Federal de Nutricionistas, compete ao nutricionista, no exercício de suas atribuições em Unidades de Alimentação e Nutrição, planejar, organizar, dirigir, supervisionar e avaliar os serviços de alimentação, além de realizar assistência e educação alimentar e nutricional à coletividade e aos indivíduos. Assim, fazem parte do trabalho do nutricionista tanto aspectos administrativos quanto técnicos. Em uma unidade de alimentação coletiva no contexto do Programa de Alimentação do Trabalhador, o nutricionista tem como atribuições obrigatórias:

- (A) Estipular cardápio com preparações específicas para certos dias da semana de acordo com as tradições locais, como oferecer feijoadas às quartas-feiras.
- (B) Ofertar, em refeições menores, de 5-10 g de fibras e 480-520 de mg/sódio.
- (C) Realizar o planejamento do cardápio semanalmente, de modo a ajudar na identificação de repetições de ingredientes, alimentos ou formas de preparo.
- (D) Ofertar, nas refeições principais, de 30% a 40% do valor energético total diário.
- (E) Oferecer ao menos duas opções de frutas de sobremesa por semana.

32

A obesidade tem caráter múltiplo e heterogêneo, envolvendo tanto fatores biológicos e de causa individual, como a integração de fatores históricos, econômicos, sociais e culturais. Como consequência dessa múltipla determinação, o cuidado ao indivíduo obeso deve

- (A) tratar a condição de obesidade como escolha individual, passível de ser mudada a partir do esforço do sujeito aliado à orientação nutricional adequada.
- (B) ser sensível a questões do estigma relacionado à obesidade, trabalhando cotidianamente para combatê-lo.
- (C) restringir o consumo energético progressivamente, a até 1000 kcal/dia, nos planos de restrição energética moderada.
- (D) elaborar metas individuais de perda de peso, priorizando aquelas baseadas em porcentagem de perda ponderal ao invés das baseadas em indicadores fisiológicos.
- (E) manter plano de muito baixo valor calórico, entre 400 kcal e 800 kcal, por até dois meses em casos que necessitam de perda rápida de peso.

33

Uma gestante adulta, que se encontra na sexta semana de gestação, tem altura de 1,60 m e está pesando 47 kg. Com acompanhamento nutricional desde o início da gravidez devido ao seu baixo peso, teve incremento de peso de 1,5 kg. Quantos quilogramas resta à gestante ainda a ganhar, do momento atual até o final da gestação?

- (A) De 7 a 11,5 kg.
- (B) De 10 a 14,5 kg.
- (C) De 11 a 16,5 kg.
- (D) De 11,5 a 16 kg.
- (E) De 12,5 a 18 kg.

34

Uma vez que a alimentação e a nutrição são elementos indissociáveis aos cuidados das pessoas idosas, profissionais da saúde que atendem a esse grupo etário devem contribuir para que as refeições sejam adequadas nutricionalmente, favorecendo o prazer, a autonomia, o entrosamento social, a segurança alimentar e nutricional. Com relação à promoção dos aspectos mencionados, o(a) nutricionista deve orientar

- (A) o armazenamento de alimentos ricos em açúcar e gorduras fora do alcance dos idosos.
- (B) que, em casos de dificuldade de mastigação, alimentos sejam cozidos com bastante água e por muito tempo para garantir consistência adequada.
- (C) manter o sal à mesa para maior aceitação dos alimentos e preparações.
- (D) a utilização de utensílios com boa empunhadura.
- (E) o consumo de líquidos durante as refeições.

35

O sucesso de intervenções focadas na saúde não se dá simplesmente a partir da transmissão de informações. Para que elas sejam efetivas, são necessários o reconhecimento e a compreensão de dois aspectos fundamentais do ser humano: a experiência vivida do sujeito e a atuação de sua liberdade no processo de decidir aderir ou não à proposta intervencionista. Quais das afirmações a seguir referem-se a cada um dos aspectos “experiência vivida” e “liberdade de decisão”, respectivamente?

- I. Diz respeito à promoção da autonomia em saúde;
- II. É construída no contexto da atenção primária à saúde;
- III. Possibilita o ser humano a mover-se em direção à sua realização;
- IV. Tem como base relações dialógicas entre profissional e sujeito;
- V. É a soma de histórias positivas colecionadas ao longo dos anos;
- VI. Reflete em como a pessoa compreende, interpreta e significa os fatos em seu cotidiano.

- (A) VI e III.
- (B) V e II.
- (C) II e IV.
- (D) IV e VI.
- (E) III e I.

36

A educação permanente de profissionais da saúde configura-se como importante processo educativo para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular. Seu desenvolvimento é previsto pela PNAN entre os profissionais da atenção primária à saúde, apoiando ações de promoção da alimentação saudável e prevenção e tratamento de agravos. Sobre a educação permanente em saúde, é correto afirmar:

- (A) Trata-se de espaço de capacitação onde quem sabe ensina a quem não sabe.
- (B) Configura-se como um instrumento de manutenção de práticas profissionais e organização do trabalho.
- (C) Tem como desafio fortalecer a prática tecnicista.
- (D) Incorpora a mentalidade do aprender a aprender no dia a dia do trabalho.
- (E) Valoriza e prioriza o papel do nutricionista dentro da equipe de saúde.

37

A Educação Alimentar e Nutricional, no contexto da realização do Direito Humano à Alimentação Adequada e da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, deve

- (A) ter o planejamento de suas ações centralizado entre profissionais de saúde, que deverão realizá-lo de acordo com as necessidades reais das pessoas e grupos.
- (B) considerar todas as fases do curso da vida, etapas do sistema alimentar e as interações e significados que compõem o comportamento alimentar.
- (C) fazer uso de abordagens e recursos educacionais problematizadores e ativos que favoreçam a transmissão de conhecimento a grupos socialmente vulneráveis.
- (D) ser disciplinar e setorial, visando promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis de um grupo específico.
- (E) introduzir alimentos, provenientes de excedentes de produção industrial à alimentação dos trabalhadores e de suas famílias.

38

Considerando o papel estratégico das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) no apoio às equipes de atenção primária à saúde para organização e oferta da Atenção Nutricional, é correto afirmar acerca das práticas de promoção da Segurança Alimentar e Nutricional nos territórios:

- (A) São de responsabilidade exclusiva do profissional nutricionista.
- (B) Não compreende atendimento individual específico, pois este vai contra a lógica do apoio matricial.
- (C) A perspectiva do apoio matricial nas vertentes clínico-assistencial e técnico-pedagógica exigem um profissional especialista, capaz de fragmentar saberes.
- (D) Têm a vigilância alimentar e nutricional como ferramenta de apoio à gestão da clínica.
- (E) São consideradas mais simples, sendo voltadas para indivíduos público-alvo de programas específicos.

39

De acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a atenção nutricional, no contexto do Sistema Único de Saúde, deverá

- (A) contribuir para aumentar o acesso de comunidades tradicionais a cestas básicas.
- (B) priorizar as ações no âmbito dos hospitais e serviços especializados.
- (C) fortalecer a capacidade do indivíduo de lidar com situações alimentares, a partir exclusivamente do conhecimento científico da nutrição.
- (D) ser iniciada pelo acolhimento dos sujeitos, levando em consideração suas subjetividades.
- (E) priorizar ações de cuidados a indivíduos portadores de necessidades especiais.

40

Nas últimas décadas, a população brasileira experimentou grandes transformações sociais que resultaram em mudanças em seu padrão de saúde e de consumo alimentar. Acerca da situação atual de alimentação e nutrição no país, é correto afirmar:

- (A) Alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias feitas com esses alimentos correspondem à maior parte das calorias consumidas pelos brasileiros.
- (B) O estilo de vida atual favorece um maior número de refeições realizadas fora do domicílio, compostas, em sua maioria, por pratos ditos “tradicionais” (baseado no arroz com feijão).
- (C) Indicadores de saúde e nutrição refletem a superação das desigualdades de raça e renda que existiam no país.
- (D) O cenário de aumento do excesso de peso e a erradicação da desnutrição na população brasileira é resultado do aumento no consumo energético diário médio da população, superior ao recomendado de 2000 kcal.
- (E) Estão ganhando força os sistemas alimentares centrados na agricultura familiar e em técnicas tradicionais do manejo do solo.

ESTUDO DE CASO

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

Leila é uma mulher de 23 anos, parda, residente na cidade de São Paulo, que teve seu primeiro filho – nascido a termo – há 4 meses. É solteira e mora com sua mãe e 2 irmãos adultos. Leila teve acompanhamento durante o pré-natal em clínica particular e é acompanhada por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família da unidade básica de saúde (UBS) há 2 meses, sendo esta sua segunda consulta. Leila é recepcionista em um prédio comercial e está de licença-maternidade. Ela deve voltar a trabalhar em uma semana, com jornada de 40 horas semanais. Os exames físicos e laboratoriais de suas duas consultas apontaram os resultados do quadro a seguir:

Junho/2020	Agosto/2020
<p>Exame físico</p> <p>Peso: 64,9 kg Altura: 1,62 m IMC: 24,73 kg/m² Circunferência da cintura: 75 cm Pressão arterial: 110 x 75 mmHg</p>	<p>Exame físico</p> <p>Peso: 63,1 kg Altura: 1,62 m IMC: 24,04 kg/m² Circunferência da cintura: 74 cm Pressão arterial: 110 x 70 mmHg</p>
<p>Exame laboratorial</p> <p>Glicemia em jejum: 102 mg/dL Triacilgliceróis: 202 mg/dL Colesterol total: 244 mg/dL HDL-colesterol: 32 mg/dL LDL-colesterol: 182 mg/dL</p>	<p>Exame laboratorial</p> <p>Glicemia em jejum: 98 mg/dL Triacilgliceróis: 197 mg/dL Colesterol total: 250 mg/dL HDL-colesterol: 45 mg/dL LDL-colesterol: 176 mg/dL</p>

01

Com base nos exames físicos e laboratoriais, qual a classificação do estado nutricional de Leila em junho e agosto de 2020? Quais indicadores nutricionais apresentados são clinicamente preocupantes e devem ser trabalhados pela equipe da UBS? Comente sobre a evolução dos exames clínicos e laboratoriais da primeira para a segunda consulta de Leila.

RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

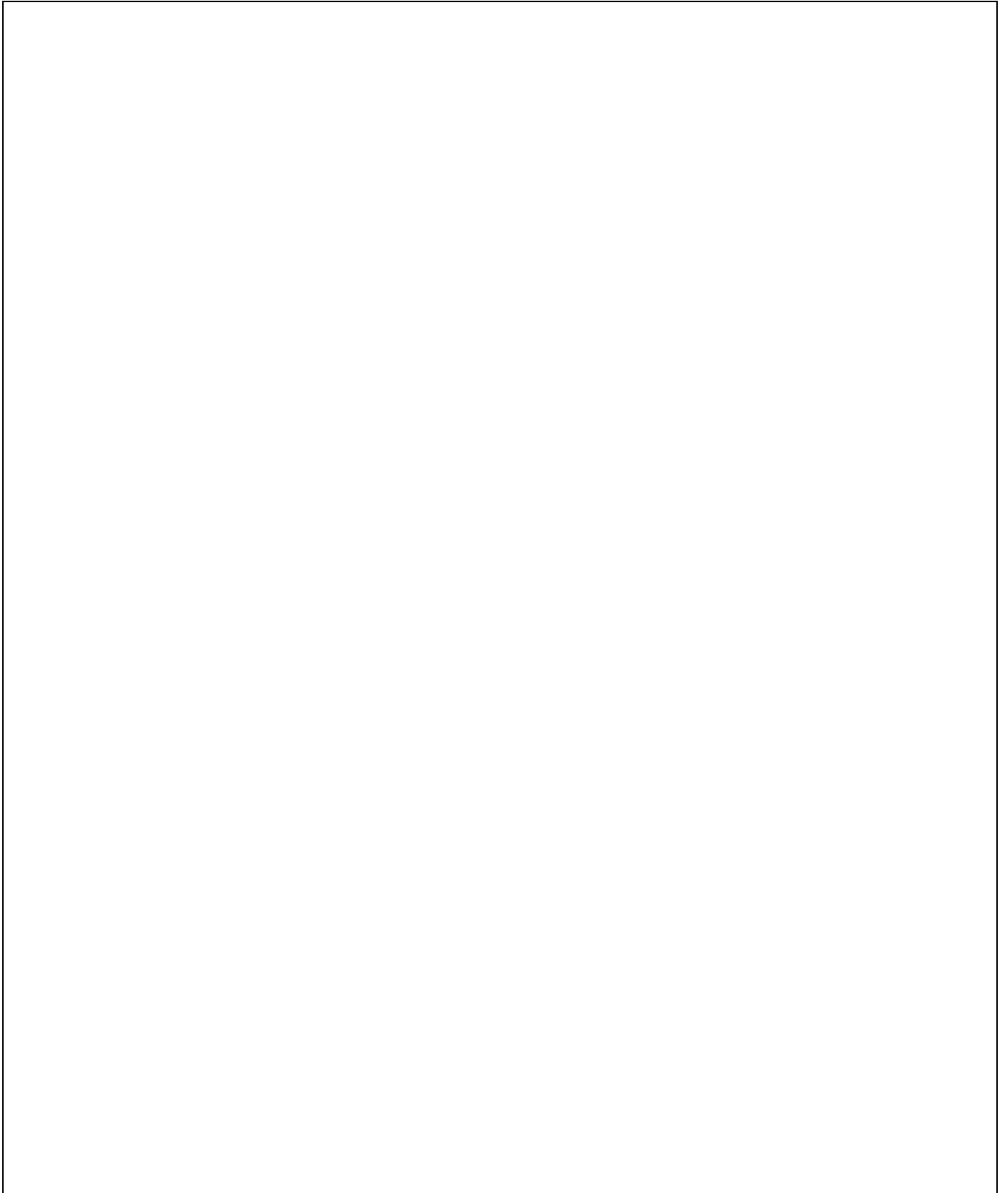
02

Leila consome muitos alimentos ultraprocessados. Quando está trabalhando, come fora, principalmente em redes de *fast food*. Embora relate interesse em ter uma alimentação mais saudável, reclama do alto preço desse tipo de comida. Considerando seus diagnósticos nutricionais e clínicos e os recordatórios de 24 horas apresentados a seguir, quais as principais orientações de cuidado, com foco na melhora do quadro alimentar e nutricional de Leila, podem ser trabalhadas pelo(a) nutricionista junto à equipe da UBS?

Recordatório de 24 horas

Nome: Leila Santos Silva				Data: 09/06/2020
Horário	Quantidade	Alimento	Onde	Com quem
8:00	1 caneca	Leite integral	Na mesa, em casa	Sozinha
	3 colheres de sopa	Achocolatado		
	2 fatias	Pão de forma		
	2 fatias	Presunto		
	1 colher de sopa	Margarina		
14:00	1 unidade	Hamburguer	Na praça de alimentação do shopping	Colegas de trabalho
	1 unidade	Pão de hamburguer		
	2 fatias	Queijo prato		
	1 fatia	Bacon		
	1 folha	Alface		
	1 porção média	Batata frita		
18:00	1 lata	Suco <i>light</i> de morango		
18:00	½ pacote	Biscoito recheado	No ônibus	Sozinha
21:30	½ unidade	Lasanha congelada	No sofá, assistindo televisão	Sozinha
	1 copo de requeijão	Refrigerante <i>diet</i>		
	1 fatia	Torta de maçã		

Nome: Leila Santos Silva				Data: 11/08/2020
Horário	Quantidade	Alimento	Onde	Com quem
8:00	1 caneca	Leite integral	Na mesa, em casa	Sozinha
	3 colheres de sopa	Achocolatado		
	2 fatias	Pão de forma		
	1 fatia	Presunto		
	1 fatia	Queijo muçarela		
	1 colher de sopa	Margarina		
14:00	2 colheres de servir	Arroz branco	Na praça de alimentação do shopping	Colegas de trabalho
	1 concha	Feijão carioca		
	3 unidades	Linguiça toscana		
	2 colheres de servir	Batata frita		
	1 pote pequeno	<i>Flan diet</i>		
	1 lata	Suco <i>light</i> de manga		
17:00	3 colheres de sopa	Granola	No escritório, em frente ao computador	Sozinha
	1 pote	logurte de morango		
22:30	4 colheres de servir	Macarrão	No sofá, assistindo televisão	Sozinha
	2 colheres de servir	Molho de tomate (industrializado)		
	1 colher de servir	Abobrinha refogada		
	1 copo de requeijão	Refrigerante <i>diet</i>		



RASCUNHO

NÃO SERÁ

CONSIDERADO NA

CORREÇÃO

03

O bebê de Leila encontra-se em aleitamento materno exclusivo desde o nascimento. Porém, na última consulta, Leila referiu que acha que seu leite é fraco, pois o bebê está ficando com fome entre as mamadas, geralmente espaçadas entre 3 e 4 horas. Ela também refere que seus seios doem durante as mamadas, de modo que ela tem trocado o bebê de seio na mesma mamada para alívio da dor. Leila também mencionou que está pensando em começar a oferecer mamadeiras de fórmula infantil para o bebê quando voltar a trabalhar. Sua mãe cuidará do bebê em casa quando ela voltar ao trabalho. Quais orientações com foco no cuidado, em especial o alimentar e nutricional, o(a) nutricionista, junto à equipe da UBS, poderia dar à Leila e à sua mãe? Justifique.

