



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 2023

25/09/2022

### 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.
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.

Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner, que introduziu importantes conceitos sobre o processo de formação médica por meio de relatório, publicado em 1910, acerca do panorama das escolas de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá. Sob o termo “Paradigma Flexneriano”, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação, pautando os modelos educacionais em diversos países das Américas e da Europa.

Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas, as quais deveriam ser distribuídas em três ciclos educacionais: básico, clínico e profissionalizante.

Ademais, as diretrizes Flexnerianas preconizavam a adoção de critérios rígidos para ingresso nas faculdades médicas, a dedicação integral dos docentes ao ensino e à pesquisa, e o maior vínculo entre as universidades e os hospitais.

O “Paradigma Flexneriano” — ou modelo biomédico — ofereceu relevantes contribuições para a qualificação e a padronização dos cursos de medicina, assim como para o desenvolvimento do conhecimento científico, contribuindo para o controle de doenças infecciosas e aumento da expectativa de vida.

Contudo, as transformações sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas despertaram debates e críticas ao modelo de ensino biomédico no meio acadêmico, relacionadas principalmente às visões cartesiana e biologicista do processo saúde-doença.

Por essa perspectiva, o “Paradigma Flexneriano” conceberia o corpo humano a partir de uma concepção mecanicista e reducionista, considerando-o um conjunto de “partes” interconectadas — como peças de uma máquina, que necessitam de avaliações regulares por especialistas. Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano, valorizando o cenário hospitalar e a “hiperespecialização” médica.

Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos, propondo o abandono de saberes dicotômicos — teoria e prática, mente e corpo, objetivo e subjetivo — em direção a abordagens multissistêmicas e integrativas, visando a construção de intersecções epistemológicas.

Iago Gonçalves Ferreira. *Rev Med* (São Paulo). 2021. nov.-dez.;100(6):619-22. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/183603/179519>. Adaptado.

## 01

Infere-se do texto que as críticas ao Paradigma Flexneriano

- (A) enfatizam a visão do bem-estar psíquico como independente do bem-estar físico.
- (B) advêm da percepção de que a saúde humana deve ser compreendida como um sistema integrado.
- (C) sugerem a inter-relação entre as pesquisas universitárias e o dia a dia dos hospitais.
- (D) reivindicam condições propícias para a investigação diagnóstica no processo de adoecimento.
- (E) ponderam que a busca pela saúde humana prescinde da integração entre teoria e prática.

## 02

O autor recorre a uma hipótese no seguinte trecho:

- (A) “Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner”. (1º parágrafo)
- (B) “Sob o termo ‘Paradigma Flexneriano’, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação”. (1º parágrafo)
- (C) “Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas”. (2º parágrafo)
- (D) “Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano”. (6º parágrafo)
- (E) “Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos”. (7º parágrafo)

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 03 E 04.

O papel da comunicação é central na informação da população, permitindo tomada de decisões que possibilitem manter ou melhorar a saúde de todos. Para aqueles em risco de desenvolver ou já diagnosticados com condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), mais conhecidas no português do Brasil como doenças crônicas não transmissíveis ou DCNTs, a comunicação adequada, seja ela de massa, seja pessoal, determina a tomada de atitude oportuna e o engajamento nos autocuidados.

A comunicação é mais ampla do que a seleção de palavras. Inclui também entonação, velocidade do discurso, além de uma série de aspectos de comunicação não verbal. Ao mesmo tempo, o papel da escolha de palavras não pode ser minimizado, pois ele tem potencial para aproximar ou afastar, incluir ou excluir, demonstrar respeito ou estigmatizar, abrir via de mão dupla ou estabelecer barreiras hierárquicas.

No caso de situações de atendimento, por exemplo, trata-se de um aspecto crucial para a criação de laços de confiança. Permite, dessa forma, que a pessoa atendida se sinta confortável, acolhida e valorizada, para que se engaje em seus autocuidados e atinja melhores resultados clínicos.

Assim, há uma série de recomendações quanto ao uso de termos reconhecidos, atualmente, como mais adequados para a comunicação sobre e com pessoas com CCNTs que poderá servir de referência para estudantes de saúde, profissionais de comunicação e demais interessados.

Não é novidade a evolução de línguas vivas. Assim como em outras esferas, a área da saúde também tem seus termos atualizados continuamente. Em paralelo, o importante movimento da saúde centrada na pessoa e a crescente atenção à medicina humanizada, combatendo estigmas e reconhecendo o protagonismo da pessoa em seus autocuidados, influenciaram e aceleraram essas atualizações.

Mark Barone, Bruno Helman, Hermelinda Pedrosa e Pedro Ripoli.  
*Linguagem importa!*. Disponível em:  
[www.diabesi.com.br/images/2022/Linguagem-Importa-2022.pdf](http://www.diabesi.com.br/images/2022/Linguagem-Importa-2022.pdf)

**03**

Um dos objetivos do texto é

- (A) reprimir o uso de linguagem técnica na comunicação entre profissionais da saúde e pacientes das CCNTs.
- (B) propor o argumento de autoridade como estratégia para persuadir os pacientes das CCNTs a conhecer sua condição com profundidade.
- (C) impor diretrizes a partir de escolhas lexicais determinadas internacionalmente aos profissionais que lidam com CCNTs.
- (D) encorajar o uso de eufemismos na comunicação entre agentes da saúde e pacientes com CCNTs.
- (E) incentivar o uso de linguagem empática no atendimento em saúde aos pacientes com CCNTs.

**04**

Quanto ao efeito de sentido produzido no texto, opõem-se as seguintes expressões:

- (A) “informação da população” e “atitude oportuna”. (1º parágrafo)
- (B) “tomada de decisões” e “engajamento nos autocuidados”. (1º parágrafo)
- (C) “barreiras hierárquicas” e “via de mão dupla”. (2º parágrafo)
- (D) “situações de atendimento” e “resultados clínicos”. (3º parágrafo)
- (E) “medicina humanizada” e “movimento da saúde centrada na pessoa”. (5º parágrafo)

## TEXTO PARA AS QUESTÕES 05 E 06.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou a Resolução nº 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias e de comunicação. A norma, fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas, passa a regular a prática em substituição à Resolução CFM nº 1.643/2002.

Leia o trecho da entrevista a seguir, publicada em 04/05/2021, de José Luiz Gomes do Amaral, presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), sobre o assunto.

*De que forma telemedicina pode auxiliar na promoção à saúde e na prevenção de doenças?*

Acesso à informação correta, completa e compreensível; orientação e acompanhamento. Temos aqui o mais importante.

As inovações tecnológicas permitem-nos ver, ouvir, sentir, calcular, integrar e intervir em tempo real.

Mas temos de superar um atraso de 20 anos em que o Brasil ficou parado. Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela. Além disso, havia o medo do desconhecido: será que daríamos conta da complexidade tecnológica envolvida? Estas novas práticas poderiam atrapalhar o relacionamento com o paciente? Haveria lacunas intransponíveis que comprometessem a qualidade do tratamento?

São medos e mitos que vêm caindo, um após o outro. Mas isso demanda um certo tempo. A catástrofe sanitária acelerou todos esses processos.

Disponível em  
<https://www.telemedicinesummit.com.br/artigo/telemedicina-veio-para-ficar-mas-ainda-precisa-superar-desafios>. Adaptado.

**05**

O entrevistado elenca, nesse trecho da entrevista, argumentos para explicar a resistência à telemedicina, entre eles,

- (A) a preocupação com as questões de sigilo.
- (B) a resistência dos pacientes ao uso da tecnologia.
- (C) a falta de acesso aos meios de comunicação virtual de grande porcentagem dos brasileiros.

- (D) a preocupação com o relacionamento entre médico e paciente.  
 (E) a ideia de que o diagnóstico depende da presença do paciente.

**06**

“Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela”. (6 parágrafo)

Sem prejuízo do sentido, o termo sublinhado pode ser substituído por

- (A) Nesse ínterim.  
 (B) Ao passo que.  
 (C) Mesmo que.  
 (D) Por ora.  
 (E) Desse modo.

**07**

Analise o cartaz:



Considerando o contexto do cartaz, depreende-se que o termo “lá”

- (A) traduz-se por atingir sucesso profissional em “Chegar lá”.  
 (B) transmite ideia de tempo afastado no futuro em “Até lá”.  
 (C) indica lugar próximo do falante e do ouvinte em “Até lá”.  
 (D) expressa sentido semelhante ao do advérbio “aproximadamente” em “Chegar lá”.  
 (E) denota ideia de intensidade ou excesso em “Chegar lá”.

## CONHECIMENTOS GERAIS

**08**

De acordo com a Lei número 8.080, de 1990, alguns fatores são determinantes no processo saúde-doença nas populações. São eles:

- (A) Habitação, Saneamento Básico, Expectativa de Vida, Lazer, Renda, Educação, Meio Ambiente, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.  
 (B) Habitação, Saneamento Básico, Alimentação, Transporte, Controle de Natalidade, Renda, Educação, Trabalho, Meio Ambiente, Acesso aos Serviços de Saúde.  
 (C) Habitação, Saneamento Básico, Controle do Consumo de Álcool, Atividade Física, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.  
 (D) Habitação, Melhora do Índice de Desenvolvimento Humano, Alimentação, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.  
 (E) Alimentação, Moradia, Saneamento Básico, Meio Ambiente, Trabalho, Renda, Educação, Transporte, Lazer, Acesso aos Bens e Serviços Essenciais.

**09**

Quais são alguns dos principais desafios futuros ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o artigo de Paim et al. (2011) publicado na série da Revista *The Lancet*?

- (A) A reforma da estrutura de financiamento para assegurar a universalidade, a igualdade e sustentabilidade, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às mudanças demográficas e epidemiológicas e a promoção da qualidade do cuidado.  
 (B) A melhora do investimento em prevenção primária e em ações de promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais Públicos e Privados e o aumento do número de médicos no Brasil.  
 (C) A criação de novos impostos para que se possa aumentar os recursos destinados para a ampliação da construção de hospitais e para a realização de exames de alta complexidade a fim de melhorar os níveis de atenção secundária e terciária.  
 (D) A reforma da estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a melhoria do atendimento individual com mais profissionais de saúde e o aumento de investimentos privados para melhorar a qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.  
 (E) A melhora do acesso à atenção básica e de emergência, a renegociação dos papéis público e privado para a adequação da melhora da cobertura universal de vacinação, da assistência pré-natal e dos recursos humanos e de tecnologia de produtos farmacêuticos.

## 10

O apoio matricial realizado no SUS configura-se como uma forma de organizar o trabalho

- (A) entre profissões e equipes. Uma equipe pode assumir o papel de referência e a outra, o de apoio. Inverte-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações. Pode dar suporte à produção de cuidado e na apropriação de novos conhecimentos.
- (B) entre duas profissões, em que uma se sobrepõe a outra. Pressupõe uma relação vertical entre profissionais de diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto à apropriação de novos conhecimentos e valorização do esquema tradicional e fragmentado dos saberes.
- (C) da medicina com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação horizontal entre a medicina e as diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto na apropriação de novos conhecimentos.
- (D) das equipes de saúde da família com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação vertical entre as equipes de estratégia de saúde da família com os outros profissionais de saúde. Valoriza-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes e pode ocorrer principalmente suporte à produção de cuidado.
- (E) individual das equipes, em que uma assume o papel preponderante sobre a outra de acordo com os conhecimentos disciplinares. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações, valorizando-se o esquema tradicional dos saberes e a apropriação de novos conhecimentos.

## 11

Quanto ao financiamento do SUS no Brasil, assinale a afirmativa correta:

- (A) Os Estados são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos estaduais; a outra metade fica por conta do governo federal e dos Municípios.
- (B) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta dos Estados e Municípios.
- (C) Os Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos municipais; a outra metade fica por conta dos Estados e do governo federal.
- (D) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta de entidades privadas, com repasse dos planos de saúde e dos Estados.
- (E) Os Estados e Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, a maioria dos

gastos é feita pelos governos estadual e municipal, e somente uma parte menor fica para o governo federal.

## 12

De acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, são objetivos da Clínica Ampliada:

- (A) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas com foco na medicina diagnóstica; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (B) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (C) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar conhecimentos específicos de forma disciplinar; assumir compromissos éticos profundos.
- (D) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.
- (E) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir que as responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde são prioritariamente dos gerentes ou coordenadores das unidades de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.

## 13

De acordo com a Bioética, a atividade profissional em saúde deve estar pautada na base sólida do fundamento dos seres humanos. Nesse sentido, quais os conceitos que são importantes de serem entendidos para trabalhar com pessoas no campo da saúde?

- (A) As pessoas são iguais. Isso significa que existe equidade e as mesmas têm as suas características, seus anseios, suas necessidades e isso deve ser respeitado. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas e sociais.
- (B) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas

necessidades, e esse patrimônio merece ser respeitado. Neste sentido, deve-se valorizar sempre as dimensões sociais em relação às demais dimensões.

- (C) As pessoas são diferentes, mas em geral os anseios e necessidades podem ser parecidos. As dimensões biológicas e psicológicas são as mais importantes.
- (D) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas necessidades, e essa identidade deve ser respeitada. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas, sociais, morais e espirituais.
- (E) As pessoas são compostas de dimensões biológicas e psicológicas e, por isso, são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, mas suas necessidades podem ser parecidas.

## 14

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, qual alternativa expressa o conceito de equidade?

- (A) Possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da atenção básica (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- (B) É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos.
- (C) É a oferta do cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e, de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade, evitando qualquer tipo de exclusão.
- (D) É a forma de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço onde as pessoas estão adstritas.
- (E) Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia.

## 15

São Princípios e Diretrizes do SUS operacionalizados na Atenção Básica:

- (A) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita;

Cuidado centrado na doença; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

- (B) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (C) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação do setor privado.
- (D) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Transversalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (E) Universalidade; Equidade; Individualidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

**NUTRIÇÃO****16**

A faixa de distribuição aceitável de macronutrientes (AMDR - *Acceptable Macronutrient Distribution Range*) representa o percentual de consumo energético associado ao risco reduzido de doenças crônicas ao mesmo tempo que mantém o fornecimento de quantidade adequada de nutrientes essenciais ao organismo.

Considere uma criança de 2 anos de idade com necessidade energética diária de 900 kcal e que está consumindo 30 g de gordura por dia. Assinale a alternativa que associa corretamente o percentual de consumo de lipídios em relação ao valor energético total (VET) e a classificação de adequação quanto à AMDR de lipídios para crianças de 1 a 3 anos de idade:

- (A) 13%, adequado.
- (B) 13%, inadequado.
- (C) 27%, adequado.
- (D) 30%, inadequado.
- (E) 30%, adequado.

**17**

As DRIs (*Dietary Reference Intakes*) são um conjunto de valores de referência de ingestão de nutrientes, estabelecidos e usados para o planejamento e a avaliação de dietas de indivíduos ou grupos de indivíduos saudáveis.

As DRIs de vitamina A para crianças de 1 a 3 anos de idade, em  $\mu\text{g RAE}^*/\text{dia}$ , são:

\*RAE = Equivalente da atividade de retinol

- Necessidade média estimada (EAR - *Estimated Average Requirement*): 210
- Ingestão dietética recomendada (RDA - *Recommended Dietary Allowance*): 300
- Nível máximo de ingestão tolerável (UL - *Tolerable Upper Intake Level*): 600

Quais os valores de referência de vitamina A mais adequados, respectivamente, para o planejamento dietético e para a meta de ingestão máxima com segurança de uma criança saudável de 1 ano e 6 meses de idade?

- (A) 210  $\mu\text{g RAE}/\text{dia}$ ; 300  $\mu\text{g RAE}/\text{dia}$ .
- (B) 210  $\mu\text{g RAE}/\text{dia}$ ; 600  $\mu\text{g RAE}/\text{dia}$ .
- (C) 300  $\mu\text{g RAE}/\text{dia}$ ; 600  $\mu\text{g RAE}/\text{dia}$ .
- (D) 300  $\mu\text{g RAE}/\text{dia}$ ; 800  $\mu\text{g RAE}/\text{dia}$ .
- (E) 600  $\mu\text{g RAE}/\text{dia}$ ; 800  $\mu\text{g RAE}/\text{dia}$ .

**18**

Em relação à avaliação antropométrica, considera-se que um adolescente de 14 anos do sexo masculino está com sobrepeso quando

- (A) seu escore-z de estatura para a idade é menor do que -2.
- (B) seu escore-z de peso para estatura está entre +2 e +3.
- (C) seu índice de massa corporal (IMC) é  $\geq 25$  e  $< 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ .
- (D) seu IMC é  $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ .
- (E) seu escore-z de IMC para idade é  $> +1$  e  $\leq +2$ .

**19**

Com o aumento no ritmo de envelhecimento da população do Brasil, é essencial que a/o nutricionista atente para a saúde dos idosos brasileiros e suas peculiaridades. Assinale a alternativa correta no que diz respeito ao cuidado nutricional de idosos:

- (A) Além do índice de massa corporal (IMC), é recomendada a aferição do perímetro da panturrilha, como medida mais sensível para a avaliação da massa muscular.
- (B) IMC =  $20 \text{ kg}/\text{m}^2$  denota eutrofia.
- (C) IMC =  $26 \text{ kg}/\text{m}^2$  denota sobrepeso.
- (D) A perda de peso não intencional é comum, de modo que não deve ser fator preocupante a não ser que a classificação de IMC reflita baixo peso.
- (E) Em casos de dificuldade de mastigação, deve-se orientar que alimentos sejam cozidos com bastante água e por muito tempo para garantir consistência adequada.

**20**

Segundo o “Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos” (2019), é recomendado que a alimentação complementar

- (A) não inclua vísceras e miúdos antes de 12 meses de idade.
- (B) seja ofertada em três refeições ao dia até o bebê completar 7 meses.
- (C) seja ofertada em refeições com horários rígidos, de modo a criar uma rotina alimentar.
- (D) contenha papas salgadas liquidificadas, respeitando a variedade local de alimentos.
- (E) seja iniciada com suco natural de fruta.

**21**

A retirada de leite materno permite a oferta deste importante alimento à criança em situações em que a lactante retorna ao trabalho, por exemplo. Além disso, tal prática ajuda a manter a produção de leite materno e pode garantir mais conforto à mulher em relação ao processo de lactogênese. Segundo o “Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos” (2019), o leite materno retirado

- (A) pode ser armazenado em congelador ou freezer por até 15 dias e deve ser fervido antes de ser ofertado à criança.
- (B) deve ser armazenado em frasco de vidro com tampa de metal previamente fervidos por 15 minutos a partir do início da ebulição.
- (C) pode ser armazenado na porta da geladeira por até 12 horas e não deve ser fervido antes de ser ofertado à criança.
- (D) deve ser ofertado imediatamente para a criança no copo ou colher, não podendo ser armazenado.

(E) pode ser armazenado em frasco de vidro com tampa plástica na prateleira mais próxima ao congelador da geladeira, por até 12 horas.

## 22

Segundo o documento “Orientações para Avaliação de Marcadores de Consumo Alimentar na Atenção Básica” (2015), o exercício da vigilância alimentar e nutricional deve ser contínuo e sistemático, com o propósito de melhoria dos processos de trabalho, subsidiando o planejamento de ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável. Para tanto, uma das ferramentas utilizadas é o cálculo de indicadores do consumo alimentar para a população assistida pela equipe de saúde, conforme exemplo a seguir:

**Crianças até 5 meses e 29 dias que receberam apenas leite materno**

### Total de crianças até 5 meses e 29 dias

Nesse contexto, os indicadores do consumo alimentar

- (A) são utilizados para auxiliar o diagnóstico individual, sendo importantes ferramentas de gestão das ações de alimentação e nutrição.
- (B) são produzidos a partir de um formulário único aplicável a todas as pessoas atendidas nos serviços de atenção primária à saúde.
- (C) auxiliam no diagnóstico coletivo e subsidiam a análise e a formulação de políticas, bem como as ações de alimentação e nutrição com base na realidade local.
- (D) são produzidos a partir dos dados coletados em hospitais terciários e utilizados para nortear condutas clínicas.
- (E) são produzidos apenas para crianças menores de 5 anos de idade, faixa etária essencial na formação de hábitos alimentares saudáveis.

## 23

Uma mulher adulta portadora de diabetes mellitus tipo 1 realizou as três refeições descritas a seguir. 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) rápida ou ultrarrápida para cada escolha de carboidrato, assinale a correta correspondência de refeição e UI de que ela precisará:

Refeição	Unidades de insulina (UI)
1) ½ copo de leite integral com ½ copo de café (sem açúcar), 3 torradas pequenas de pão francês, 1 fatia média de queijo branco e 1 banana nanica.	i) 1 UI
2) 3 colheres de sopa de arroz branco cozido, 5 colheres de sopa de feijão cozido, 1 bife pequeno e 1 tomate pequeno.	ii) 3 UI
3) 1 xícara de chá de camomila com adoçante, 3 biscoitos de água e sal.	iii) 4 UI

- (A) 2-i.
- (B) 1-i.
- (C) 3-ii.
- (D) 1-ii.
- (E) 2-iii.

## 24

A segurança alimentar é essencial para garantir que o alimento não seja veículo para doenças. O sistema de análise de perigos e pontos críticos de controle (APPCC) é uma ferramenta

- (A) para rastrear a contaminação de alimentos quando há comprometimento da saúde do consumidor.
- (B) de alto custo que oferece garantia na prevenção de problemas causados pela ingestão de alimentos.
- (C) para a inspeção microbiológica do produto alimentício final.
- (D) baseada nos pontos críticos de produção, incluindo o treinamento de boas práticas de higiene para manipuladores de alimentos.
- (E) que frequentemente inclui o monitoramento de tempo e temperatura durante a produção de alimentos.

## 25

Segundo Abreu et al. (2009), unidade de alimentação e nutrição (UAN) é um conjunto de áreas com o objetivo de operacionalizar o provimento nutricional de coletividades. Sobre a gestão de uma UAN e as funções de um nutricionista que trabalha nessa área, é correto afirmar:

- (A) Concessão é a forma de gerenciamento representada quando a própria empresa possui e gerencia a UAN.
- (B) No sistema de distribuição de refeições centralizado, as refeições são produzidas em uma cozinha central e então distribuídas para outro local.
- (C) O nutricionista de UAN tem funções e responsabilidades relacionadas a planejamento, organização, direção, supervisão e avaliação.
- (D) É ideal que o nutricionista de UAN realize o planejamento do cardápio semanalmente, para melhor identificar repetições de ingredientes, alimentos ou formas de preparo.
- (E) Na cozinha dietética de uma UAN hospitalar são preparadas as dietas para os colaboradores, acompanhantes e pacientes sem demanda de modificações na dieta.

## 26

Uma gestante adulta está em acompanhamento nutricional devido a diagnóstico nutricional de obesidade desde o início da gravidez. Seus dados antropométricos da quinta semana de gestação única são:

Peso: 80 kg; Altura: 1,58 m

Índice de massa corporal (IMC) = 32 kg/m<sup>2</sup>



Sobre as recomendações relacionadas ao seu estado nutricional, é correto afirmar:

- (A) Como o estado nutricional é de obesidade, deve haver ganho de peso na gestação de, no máximo, 4 kg.
- (B) Como o estado nutricional de obesidade é um fator de risco gestacional, deve-se visar à perda de peso durante a gestação.
- (C) A recomendação de ganho de peso total na gestação refere-se principalmente ao feto, sendo independente do estado nutricional da gestante.
- (D) Sua classificação de estado nutricional é um fator de risco gestacional que requer encaminhamento ao pré-natal de alto risco.
- (E) O excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e está relacionado ao aumento de partos cesáreos.

## 27

Segundo o documento do Ministério da Saúde “Atenção ao pré-natal de baixo risco” (2013), assinale a alternativa correta quando à recomendação de orientações nutricionais para gestantes e puérperas:

- (A) É recomendado que a gestante faça pelo menos 3 refeições e 2 lanches por dia, evitando ficar mais do que 3 horas sem comer.
- (B) Em casos de hiperêmese gravídica, o consumo de bebidas geladas com gás ou que contenham cafeína deve ser orientado para ajudar na melhoria dos sintomas.
- (C) A anemia durante a gestação decorre de aumento do consumo de ferro pelo organismo, não cabendo orientações dietéticas nesses casos.
- (D) Adoçantes artificiais não devem ser utilizados durante a gestação, mesmo se houver o diagnóstico de diabetes gestacional.
- (E) Incentivar a amamentação para todas as puérperas, pois não há contraindicações para o aleitamento materno.

## 28

Segundo Furtado (2009), abordar o tema da colaboração no contexto da interprofissionalidade implica considerar duas forças antagônicas: um polo é a lógica profissional e o outro é representado pela lógica da colaboração. A lógica profissional

- (A) promove redução da autonomia individual.
- (B) tenta garantir um mercado definido e inviolável.
- (C) é baseada na colaboração profissional, com o compartilhamento de experiências e habilidades.
- (D) traz a percepção de que a abordagem global é não linear e multissetorial.
- (E) é centrada em usuários e não em papéis profissionais.

## 29

A vigilância alimentar e nutricional (VAN) tem como propósito subsidiar a construção de práticas de cuidado que apoiem

indivíduos, famílias e comunidade na promoção de sua saúde, na prevenção e no tratamento de agravos e doenças relacionados à alimentação e nutrição. Sobre práticas de cuidado nutricional que têm a comunidade como sujeito de abordagem, é correto afirmar:

- (A) Fazem parte do escopo de atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), que trabalham tanto no âmbito individual quanto no coletivo.
- (B) Referem-se apenas ao local físico onde os profissionais executam as ações de cuidado, a exemplo de escolas, creches e centros de acolhimento de idosos.
- (C) Devem ter a comunidade como foco exclusivo, não podendo ser concomitantemente associadas a ações de caráter específico para indivíduos.
- (D) Um exemplo é a realização de orientação sobre os princípios da alimentação saudável na gestação para uma gestante residente em determinada comunidade.
- (E) A comunidade deve ser olhada como um somatório de pessoas ou de famílias para a produção do cuidado nutricional.

## 30

Enquanto política pública, a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) pode ocorrer em diversos setores. Ações de EAN deverão obedecer aos princípios do “Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas” (2012) somados aos princípios organizativos e doutrinários do setor no qual está inserida. São princípios do Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional:

- (A) Diversidade dos cenários da prática e o direito à alimentação escolar.
- (B) Intersectorialidade e promoção do autocuidado e da autonomia.
- (C) Conservação dos ecossistemas naturais e recomposição dos ecossistemas modificados.
- (D) Seguridade social e contribuição na redução das desigualdades de gênero.
- (E) Apoio à biodiversidade e universalidade e equidade no acesso à alimentação adequada.

## 31

A comunicação ultrapassa os limites da transmissão de informações e a forma verbal, compreendendo o conjunto de processos mediadores da Educação Alimentar e Nutricional (EAN). Nesse sentido, segundo o “Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para Políticas Públicas” (2012), a comunicação no contexto da EAN, para ser efetiva, deve ser pautada em

- (A) relações verticais.
- (B) construção individualizada de saberes e práticas.
- (C) monitoramento ocasional dos resultados.
- (D) uso de linguagem científica.
- (E) busca de soluções contextualizadas.

**32**

O “Manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica sobre a Alimentação Cardioprotetora” (2018) apresenta recomendações para a promoção de padrões alimentares cardioprotetores. Sobre as recomendações do documento, é correto afirmar:

- (A) Seguem o padrão alimentar mediterrâneo e a dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*).
- (B) São condizentes com a realidade brasileira, respeitando a regionalidade, a cultura e os hábitos alimentares locais.
- (C) Apoiam-se na diretriz global para indivíduos com doenças cardiovasculares definida pela Organização Mundial de Saúde.
- (D) Foram elaboradas para pessoas com quaisquer doenças cardíacas, incluindo insuficiência cardíaca e arritmias.
- (E) São contraindicadas para pessoas com obesidade ou diabetes mellitus tipo 2 descompensada.

**33**

O “Manual de orientações para profissionais de saúde da Atenção Básica sobre a Alimentação Cardioprotetora” (2018) classifica os alimentos em verde, amarelo, azul e vermelho. Sobre o grupo azul, é correto afirmar:

- (A) É composto por alimentos *in natura*, minimamente processados e processados.
- (B) São alimentos considerados temperos e utilizados em preparações culinárias, como açúcar e sal.
- (C) Contêm substâncias cardioprotetoras, como antioxidantes, mas sem relevância energética no consumo diário.
- (D) Devem ser consumidos em alta quantidade, pois são considerados cardioprotetores.
- (E) É composto por alimentos ultraprocessados com baixas densidades de gordura saturada e colesterol.

**34**

No contexto da intervenção alimentar e nutricional, a efetividade das orientações depende da clareza das mensagens, mas não se resume a ela. Solymos (2006) discute a necessidade da adesão do sujeito alvo de intervenção para a efetividade dessas orientações. Segundo a autora, para promover a adesão e colaborar com o sucesso da intervenção, a/o nutricionista deve

- (A) evitar lidar com a subjetividade do sujeito, focando-se nos aspectos nutricionais.
- (B) responsabilizar-se totalmente pela intervenção, assumindo todo o processo de planejamento.
- (C) investir em campanhas de promoção ao consumo de frutas e verduras.
- (D) focar-se nas condições externas que afetam a alimentação, buscando mudanças no ambiente.
- (E) reconhecer as experiências vividas da pessoa e sua liberdade no processo.

**35**

A atenção nutricional como parte do Projeto Terapêutico Singular (PTS) vale-se tanto de ofertas originárias do campo da nutrição, da experiência do nutricionista e de sua visão de mundo, quanto das demandas trazidas por outros profissionais e pelos sujeitos envolvidos. Sobre o PTS, é correto afirmar:

- (A) É um instrumento de organização dos serviços de saúde.
- (B) É dedicado às situações com menor grau de complexidade.
- (C) Valoriza o diagnóstico biomédico em detrimento do contexto social.
- (D) É uma oportunidade de desempenhar a função de apoio matricial.
- (E) É composto pelas etapas de diagnóstico, prescrição e finalização do caso.

**36**

As metas de consumo populacional de nutrientes representam a média de consumo da população que é julgado como consistente com a manutenção da saúde em uma população. Segundo a Organização Mundial da Saúde, quais os valores, em gramas, da recomendação de ingestão de ácidos graxos saturados e de açúcares livres, respectivamente, para uma pessoa com recomendação de consumo energético de 1.800 kcal?

- (A) <2g e <4,5g.
- (B) <4g e <9g.
- (C) <18g e <18g.
- (D) <20g e <36g.
- (E) <20g e <45g.

**37**

A formulação de guias alimentares é estruturada e guiada por princípios. O “Guia Alimentar para a População Brasileira” (2014) apoia-se em cinco princípios, sendo um deles sobre a relação entre alimentação saudável e sistemas alimentares saudáveis. Segundo o guia, são características do sistema alimentar hegemônico atual:

- (A) Apoiar-se em técnicas tradicionais e eficazes de cultivo e manejo do solo.
- (B) Realizar o cultivo consorciado de vários alimentos combinado à criação de animais.
- (C) Ser composto por rede de distribuição de grande capilaridade integrada por mercados, feiras e pequenos comerciantes.
- (D) Basear-se em monoculturas que fornecem matérias-primas para alimentos ultraprocessados.
- (E) Depender de pequenas extensões de terra, com uso intenso de mecanização e alto consumo de água.

**38**

O “Guia Alimentar para a População Brasileira” (2014) apresenta três orientações sobre a comensalidade. Os benefícios da adoção dessas orientações são vários, incluindo melhor digestão dos alimentos e maior prazer com a alimentação. São orientações do guia:

- (A) Comer com regularidade e atenção e em ambientes apropriados.
- (B) Comer alimentos tradicionais e treinar habilidades culinárias.
- (C) Não deixar saleiro à mesa e fazer pelo menos três refeições ao dia.
- (D) Calcular porções segundo grupos alimentares e escolher alimentos diversos e coloridos.
- (E) Atentar-se às temperaturas dos alimentos servidos e não comer realizando outras atividades.

**39**

A segunda versão da “Política Nacional de Alimentação e Nutrição” (PNAN), lançada em 2013, tem por pressupostos os direitos à Saúde e à Alimentação e é orientada pelos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde, aos quais se somam seus princípios. São princípios que orientam a PNAN:

- (A) Universalidade; respeito à diversidade e à cultura alimentar; vigilância alimentar e nutricional.
- (B) Integralidade; fortalecimento da autonomia dos indivíduos; atenção nutricional.
- (C) Equidade; segurança alimentar e nutricional com soberania; descentralização.
- (D) Intersetorialidade; direito à alimentação escolar; humanização.
- (E) Participação popular; educação permanente; territorialização.

**40**

O conceito de apoio matricial foi proposto dentro de uma linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde no Brasil. Posteriormente, essa metodologia de gestão do cuidado foi adotada em serviços e programas de saúde no Sistema Único de Saúde. O apoio matricial tem como objetivo:

- (A) Organizar a atenção em saúde em departamentos, diretorias ou coordenações segundo especialidades.
- (B) Definir normas e protocolos para a padronização de condutas de cuidado.
- (C) Criar relações do tipo vertical, em que a comunicação entre os níveis ocorre por informes escritos.
- (D) Oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência.
- (E) Ampliar as possibilidades de construção de vínculo entre profissionais e usuários.

**ESTUDO DE CASO**

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

Cristina é uma mulher de 48 anos, parda, de classe média baixa, analfabeta, tabagista, residente na cidade de São Paulo com seu marido, de 57 anos, pardo, eletricista e analfabeto. Ela é auxiliar de limpeza em um prédio comercial e trabalha das 10h00 às 19h00. Sofreu um infarto agudo do miocárdio em 15/07/2022 e foi admitida no mesmo dia em um hospital municipal para desobstrução da artéria comprometida, sendo diagnosticada com diabetes mellitus tipo 2 na ocasião.

De volta à sua casa, Cristina foi visitada pela agente comunitária de saúde Paula, com quem tem grande vínculo, e relatou que está tendo dificuldades para seguir as orientações medicamentosas e nutricionais, as quais foram entregues por escrito na alta do hospital. Por este motivo, não tem certeza se tem tomado os medicamentos corretamente e queixa-se de visão turva. Não fez mudanças na sua alimentação, pois lembra-se apenas de que deveria comer alimentos “leves”, mas relata sentir fome.

Diante do relato de Paula à equipe de saúde da família (eSF), detectou-se a necessidade da formulação de um projeto terapêutico singular (PTS) para Cristina.

Em dia agendado para comparecimento de Cristina à UBS, ela realizou exames físicos e foram solicitados exames laboratoriais:

<b>Exame físico</b>	<b>Data: 23/08/2022</b>
Peso	84 kg
Estatura	1,64 m
IMC	31,2 kg/m <sup>2</sup>
Circunferência de cintura	98 cm
Pressão arterial	162 x 110 mmHg
<b>Exame laboratorial</b>	<b>Data: 30/08/2022</b>
Glicemia em jejum	142 mg/dL
Triacilgliceróis	202 mg/dL
LDL-colesterol	190 mg/dL
HDL-colesterol	23 mg/dL

Ao ser perguntada sobre o que costuma comer, Cristina relatou como um dia habitual:

<b>Horário</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Alimento</b>	<b>Onde</b>	<b>Com quem</b>
<b>9h00</b>	1 caneca média	Leite integral com café (adoçado com açúcar)	Na mesa, em casa	Com o marido
	2 unidades	Pão francês		
	2 colheres de sopa	Margarina		
	2 fatias finas	Goiabada		
<b>14h00</b>	2 colheres de servir	Arroz branco	Restaurante por quilo	Colegas de trabalho
	1 concha grande	Feijão (preparado com linguiça)		
	½ xícara de chá	Farinha de mandioca		
	2 filés grandes	Carne ou frango, geralmente cozido		
	2 copos pequenos	Refrigerante de cola		
	1 unidade média	Laranja		
<b>22h00</b>	1 prato cheio	Macarrão ao sugo	No sofá, em casa, assistindo televisão	Sozinha
	1 unidade média	Banana nanica		
	1 copo grande	Suco industrializado (em pó)		

## 01

Com base nos exames físicos e laboratoriais, qual a classificação do estado nutricional de Cristina? Classifique os indicadores nutricionais apresentados, com base nos exames físicos e laboratoriais, e indique quais são clinicamente preocupantes e devem ser trabalhados pela eSF. Justifique sua resposta.

## 02

Na elaboração de um PTS, após a realização do diagnóstico compartilhado, são elaboradas metas de curto, médio e longo prazo a serem atingidas no tratamento com a participação da equipe e da/o usuária/o. A partir da classificação do estado nutricional de Cristina e dos outros aspectos relatados, defina e justifique três possíveis metas não dietéticas a serem propostas na construção do PTS de Cristina, sendo: uma meta de curto prazo, uma meta de médio prazo e uma meta de longo prazo.

**03**

Considerando os diagnósticos nutricionais e clínicos de Cristina, bem como sua alimentação habitual, cite, detalhe e justifique quatro principais orientações de cuidado dietético com foco na melhora de seu quadro alimentar, nutricional e clínico a serem trabalhadas pela nutricionista da eSF.



