



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 2024

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Nutrição), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul ou preta**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas **exclusivamente** nos quadros destinados a elas.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: 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 DE 01 A 05.

Conforme compreensão de Peter Conrad, a medicalização é um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como doença, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento.

Nesse contexto, a singularidade dos pacientes tenderia a não ser respeitada. Além disso, ao buscar deter o monopólio do conhecimento e do tratamento sobre o sofrimento e a doença, a Medicina desconsideraria saberes leigos e propostas alternativas e/ou complementares de cuidado à saúde. Os médicos, enquanto destacado grupo ocupacional dos serviços de saúde, tornaram-se objeto de exacerbada crítica, sendo considerados agentes ativos e centrais da medicalização devido às posturas e práticas autoritárias com que muitas vezes exercem sua profissão.

Analisando as consequências políticas, sociais e pessoais da naturalização, hospitalização e institucionalização da doença, Illich reafirmou a “heteronomia” imposta pela cultura médica moderna. A crítica illicheana sobre a iatrogênese cultural é, nesse contexto, impactante em relação ao monopólio médico-científico, que alienaria, objetiva e subjetivamente, as doenças de seus portadores, particularmente no que diz respeito à destruição do cabedal cultural outrora capaz de propiciar ação autônoma das pessoas para cuidar da própria saúde.

Illich defende, em sua instigante radicalidade, a ideia de que esse fenômeno deveria ser entendido como uma forma de expropriação da saúde, organizada e assegurada pela Medicina, a qual passaria a ser “uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano”.

Conforme afirma Foucault em *O Nascimento da Clínica*, a Medicina moderna produziu a doença – tendo como referência o normal e o patológico – mas, acima de tudo, fabricou um corpo-sujeito que contém as doenças.

O sujeito, nessa concepção, não constitui um *a priori*. Isso se deve ao fato de que, desde o século XVIII, nos países desenvolvidos, a Medicina vem cumprindo um papel constitutivo na produção das pessoas. Uma vez que a Medicina foi um dos primeiros conhecimentos científicos transformados em “*expertise*”, forjou-se como porta-voz da autoridade sobre os seres humanos através de uma fala afirmativa de sua cientificidade.

A Medicina se entrelaça, nesse processo, com novos modos de governar as pessoas, individual e coletivamente, de tal modo que os *experts* médicos, em aliança com outros profissionais de saúde e autoridades políticas, buscam gerir modos de existência com o intuito de minimizar a doença e promover a saúde individual e coletiva.

Essa “invenção” do homem moderno pela Medicina se deve a pelo menos três eixos de atuação. O primeiro faz alusão à “sanitarização”, que diz respeito à produção de práticas de saneamento que criaram corpos disciplinados em

relação à saúde. O segundo eixo refere-se à influência da Medicina no campo da linguagem e da produção de sentidos. Um dos exemplos disso é o uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde, especialmente sociológicos e políticos. O terceiro faz referência à composição da Medicina com outras formas de *expertise*, que têm como objeto a enfermidade/saúde, formando um arranjo composto por médicos, urbanistas, sanitaristas, arquitetos, trabalhadores sociais, psicólogos, administradores, religiosos etc. *Experts* estes que, segundo Rose, são diferentes ao longo de distintos momentos históricos, o que faz com que os resultados de suas intervenções também sejam distintos:

“Não há dúvida que haja muito a se criticar. No entanto, a medicalização produziu um efeito ainda mais profundo nas nossas formas de vida: ela nos tornou quem realmente somos (ROSE, 2007)”.

Sérgio R. Carvalho. Camila de O. Rodrigues. Fabrício D. da Costa. Henrique S. Andrade. “Medicalização: uma crítica (im)pertinente?”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269, 2015. Adaptado.

01

Com relação aos cuidados com a saúde, depreende-se do texto:

- (A) As práticas médicas forjadas a partir do século XVIII incentivaram a automedicação, especialmente em países com sistemas de saúde mal estruturados.
- (B) O conhecimento acumulado de forma social prescinde da interferência de profissionais da saúde na promoção do bem-estar físico e psíquico.
- (C) As ações micropolíticas do profissional da área da saúde impactam negativamente a adesão do paciente aos tratamentos propostos.
- (D) A medicalização incorpora ao aparato da medicina problemas que, de outro modo, não seriam considerados como doenças.
- (E) A interferência da *expertise* na medicalização se consagrou a partir da necessidade de promover o estado de saúde global de toda uma população.

02

Segundo as ideias de Illich expostas no texto,

- (A) a obsessão pela saúde resulta do efeito social da doença iatrogênica.
- (B) a prática da medicina moderna contribui para a falta de autonomia do indivíduo nos cuidados com a saúde.
- (C) a naturalização da doença pode ser revertida pela aliança entre profissionais da saúde e autoridades governamentais.
- (D) os profissionais da saúde obedecem a um sistema de ética em que se considera o indivíduo como responsável por seu próprio bem-estar físico e mental.
- (E) a erradicação da doença pressupõe a limitação da profissão médica ao campo da saúde.



03

A relação entre o sujeito e a prática da medicina, na perspectiva de Michel Foucault, exposta no texto, permite afirmar que

- (A) a hegemonia do corpo-sujeito se constitui independentemente do discurso da medicina.
- (B) a medicina prescinde da intermediação com a constituição social do sujeito.
- (C) a influência da constituição do sujeito na prática médica é pouco explorada pelos estudiosos.
- (D) a prática da medicina atua no campo da linguagem e da construção de sentido da realidade do sujeito.
- (E) o discurso libertário da medicina opõe-se a práticas médicas que perpetuam a opressão do paciente.

04

O “uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde” (8º parágrafo) comumente produz linguagem metafórica, como a que se encontra em:

- (A) A sintonia com o sofrimento é parte da prática médica.
- (B) A prevenção de futuras vicissitudes demanda olhar atento ao corpo saudável.
- (C) O sujeito autônomo deve se tornar empresário de si mesmo.
- (D) Vírus escondidos no corpo podem ser reativados.
- (E) O racismo é um câncer social.

05

Pretende-se, na modernidade, moldar os modos de vida do sujeito com o intuito de promover a saúde individual e coletiva. Um exemplo desse tipo de prática, conforme o texto, é

- (A) a sanitização.
- (B) a iatrogenia.
- (C) o individualismo.
- (D) a heteronomia.
- (E) o altruísmo.

TEXTO PARA A QUESTÃO 06.

Dizem que existem três ondas da qualidade na área da saúde. A primeira onda é claramente tecnológica, um progresso inegável que vai dos modernos recursos diagnósticos e terapêuticos até os prontuários eletrônicos. A segunda onda da qualidade é representada por processos, medidas e avaliações: não basta incorporar a técnica, é preciso saber utilizá-la de modo correto. Protocolos e códigos de alerta, o caminho das pedras bem delimitado que evita criatividades incompetentes, dificulta comodismos, aumenta a segurança. Porém, existe a terceira onda da qualidade: aquela que é capaz de chegar na pessoa e transformá-la. A pessoa como um todo – cabeça, habilidades, conhecimento, emoções, atitudes. Quer dizer, uma onda educativa e formadora. Algo difícil de medir, que requer uma paciência análoga à educação na família. Essa terceira onda está toda por construir. Os projetos de humanização da saúde acabam ficando na periferia do problema, mas não chegam na

pessoa – que é o núcleo de qualquer processo humanizante – porque simplesmente não sabem como fazê-lo.

Pablo González Blasco, Maria Auxiliadora C. De Benedetto, Graziela Moreto. “Humanismo em Saúde: Percorrendo os Caminhos da Humanização”. Revista de Medicina. V. 102 N. 2 (2023). Adaptado.

06

Observa-se no texto que a busca pela qualidade na área da saúde ainda precisa suplantar dificuldades de ordem

- (A) técnica.
- (B) processual.
- (C) educacional.
- (D) vocacional.
- (E) financeira.

TEXTO PARA A QUESTÃO 07.

Não há consenso na literatura científica sobre quanto seria beber com parcimônia, algo como um padrão de consumo com impactos quase desprezíveis na saúde física e mental.

Nas últimas décadas, alguns estudos sugeriam que o consumo de pequenas doses de álcool, geralmente vinho tinto, poderia ser benéfico ao coração. Contudo, o tema permanece polêmico e hoje é contestado por muitos trabalhos. O pouco que se ganharia em termos de proteção cardiovascular seria anulado pelo aumento da probabilidade do surgimento de outras doenças.

A conclusão dominante de um conjunto de estudos e recomendações mais recentes é a de que não há dose, por pequena que seja, com risco zero à saúde. Quanto menor for a ingestão de álcool, menor o risco de desenvolver doenças relacionadas a esse hábito, como problemas no coração, alguns tipos de câncer, cirrose hepática, distúrbios mentais e alcoolismo, sofrer ou provocar acidentes e se envolver em violência física. Essa é a mensagem central da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de boa parte dos trabalhos científicos atuais.

“Álcool é uma substância psicoativa, não é remédio”, diz o psiquiatra Arthur Guerra Andrade, supervisor chefe do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP). “Pessoas bebem há milhares de anos e esse hábito provavelmente não vai desaparecer das sociedades humanas no futuro. Mas não se sabe com que frequência e em que medida seria seguro ingerir álcool”.

Marcos Pivetta. Revista Pesquisa Fapesp. Ed. 327, mai. 2023. Adaptado.

07

Depreende-se do texto que

- (A) o risco associado ao consumo parcimonioso de álcool é desprezível.
- (B) a ingestão recreativa de bebidas alcoólicas configura-se como um fenômeno sociocultural, caracterizando uma prática segura.
- (C) o consumo de qualquer quantidade de álcool apresenta risco à saúde.
- (D) o consumo moderado de álcool protege o sistema cardiovascular.
- (E) os riscos de acidentes associados ao consumo de álcool suplantam os benefícios associados à ingestão de bebidas alcoólicas.



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, define como uma das atribuições da Atenção Básica a “coordenação do cuidado”. Assinale a alternativa que contém a descrição correta desse conceito.

- (A) Gerenciamento de filas e agendas em serviços de saúde de sua competência para otimização do acesso.
- (B) Planejamento da distribuição da oferta de serviços assistenciais no território a partir do mapeamento de suas necessidades de saúde.
- (C) Centralização do processo de tomada de decisão clínica na Equipe de Saúde da Família responsável por cada paciente.
- (D) Articulação entre pontos de atenção da rede de serviços para encaminhamento e acompanhamento de pacientes.
- (E) Padronização de protocolos clínicos na Atenção Básica, considerando as características socioeconômicas e epidemiológicas de cada território.

09

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi introduzida no SUS em 2010, com o objetivo de centralizar os princípios éticos a partir dos quais deve ocorrer o processo de produção de saúde no sistema de saúde brasileiro. Dentre as diretrizes da PNH, está o “acolhimento”. Assinale a alternativa que descreve corretamente esse conceito.

- (A) Abordagem humanizada do processo de triagem, com aplicação do princípio do cuidado centrado no paciente para a priorização de casos agudos e a organização dos fluxos de atendimento.
- (B) Prática dos médicos e enfermeiros, que se responsabilizam por promover a escuta qualificada, a empatia e a valorização dos saberes e experiências dos usuários.
- (C) Técnica de produção de saúde baseada no diálogo com o paciente, realizado no momento de sua admissão no serviço, para informar adequadamente a equipe sobre o seu perfil.
- (D) Prática de escuta qualificada do paciente, por parte do profissional da atenção básica, para direcioná-lo à especialidade médica mais adequada à resolução das necessidades de saúde externadas.
- (E) Abordagem de trabalho em saúde baseada na responsabilização do profissional pela garantia de atenção integral, resolutive e responsável, a ser aplicada em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

10

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), introduzidas pela Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde, o contrato de gestão pode ser definido como:

- (A) Acordo formal entre os gestores de diferentes unidades de saúde, estabelecendo diretrizes para a integração de serviços e o compartilhamento de recursos físicos e humanos entre eles.
- (B) Acordo firmado entre gestores de diferentes serviços para definir os fluxos de referenciamento de pacientes, a ser utilizado como referência pelas centrais de regulação.
- (C) Mecanismo de financiamento compartilhado entre diferentes unidades de saúde, por meio do qual os recursos são repassados de acordo com o atingimento de indicadores de desempenho previamente pactuados.
- (D) Documento legal que estabelece metas e responsabilidades pactuadas entre o gestor de uma unidade de saúde e suas equipes, buscando aprimorar a qualidade dos serviços prestados.
- (E) Ato que formaliza a contratação de prestadores de serviço por parte dos gestores da rede, considerando as necessidades da população a ser atendida e dos demais serviços com os quais haverá articulação.

11

Uma Equipe de Saúde da Família acompanha há anos um paciente diabético que, apesar de realizar o devido acompanhamento clínico e de ter passado por esquemas terapêuticos distintos, demonstra grandes dificuldades na adesão ao tratamento prescrito por seu médico de família. Assinale a alternativa que descreve a aplicação adequada do apoio matricial nesse contexto, segundo definido na cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” do Ministério da Saúde (2007).

- (A) Intensificação do fluxo de visitas domiciliares por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, para monitoramento de padrões comportamentais e subsídio da formulação de novas estratégias de intervenção.
- (B) Mobilização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para avaliação conjunta do caso com a equipe de referência e elaboração de um Plano Terapêutico Singular.
- (C) Encaminhamento do paciente para realização de atendimento individual com profissionais especializados do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de acordo com suas principais demandas.
- (D) Encaminhamento do paciente a serviços da Rede de Atenção Psicossocial, para auxílio na identificação e superação das dificuldades que o impedem de aderir ao tratamento.
- (E) Convocação da família e/ou rede social do paciente para participação nas consultas, como forma de estimular seu envolvimento ativo no processo terapêutico e garantir apoio emocional ao paciente.



12

A Lei nº 8.080/1990 estabelece princípios, diretrizes organizativas e outros elementos que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o conteúdo da Lei, assinale a alternativa correta.

- (A) As portas de entrada do SUS e seus mecanismos de regulação devem priorizar o atendimento a pacientes de baixa renda e/ou sem cobertura por planos de saúde.
- (B) As ações no âmbito da saúde do trabalhador destinam-se à promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas registradas em vínculos de trabalho formal.
- (C) As redes de atenção devem concentrar serviços em grandes centros urbanos para facilitar o acesso da população.
- (D) O estabelecimento de normas e padrões de qualidade e segurança para pacientes devem estar sob responsabilidade de órgãos públicos externos ao SUS.
- (E) Um dos princípios do SUS é promover a descentralização político-administrativa dos serviços para municípios.

13

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, apresenta diversas diretrizes para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Acerca dessas diretrizes, assinale a alternativa correta.

- (A) O Decreto define a regionalização como uma das diretrizes do SUS, devendo os municípios serem agrupados em regiões de saúde para fins de planejamento e gestão do sistema.
- (B) O Decreto estabelece que a participação da iniciativa privada na gestão do SUS é fundamental para o alcance de seus objetivos, devendo ser incentivada pelo poder público.
- (C) O Decreto determina que os serviços de saúde devem ser organizados em Redes de Atenção especializadas por função (promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação), de forma a evitar sobreposições e potencializar a efetividade das ações.
- (D) O Decreto prevê que a gestão do SUS deve ser centralizada, com a União exercendo o papel de coordenação e execução das ações e serviços de saúde em todo o território nacional.
- (E) O Decreto regulamenta que, nas Redes de Atenção à Saúde, são portas de entrada apenas a atenção primária e serviços de urgência e emergência, devendo as demais ações e serviços ter seu acesso referenciado por essas portas.

14

O trabalho em equipe é um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde. É motivada por múltiplos fatores, como o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população e mudanças do perfil epidemiológico, com o crescimento das doenças e condições crônicas. Considerando os fundamentos conceituais apresentados por Peduzzi *et al.* (2020), assinale a alternativa correta.

- (A) O trabalho em equipe interprofissional é uma forma de atuação coletiva que busca minimizar os efeitos do agir instrumental no processo de trabalho, substituindo-o gradualmente pelo agir comunicativo.
- (B) O trabalho em equipe não é a única forma possível de trabalho interprofissional, mas se destaca entre as demais por valorizar a intensa interdependência das ações, o alto grau de integração entre agentes e um senso de identidade compartilhado.
- (C) Um dos fundamentos teóricos do trabalho em equipe é que a colaboração interprofissional deve estimular a maior padronização das ações de cuidado, a partir da combinação de saberes técnicos especializados.
- (D) Para reduzir a fragmentação da atenção decorrente da divisão social do trabalho, o trabalho em equipe deve fortalecer hierarquias bem definidas entre trabalhos especializados e interesses individuais dos agentes envolvidos.
- (E) É desejável que o trabalho interprofissional em equipe estabeleça relações dialógicas com usuários e famílias para potencializar o cuidado, mas não deve interferir em questões comunitárias externas ao serviço de saúde.

15

Sobre os fundamentos e princípios da bioética, qual das afirmações a seguir está correta, conforme Junqueira (2010)?

- (A) No contexto da assistência à saúde, as dimensões biológica e psicológica da pessoa humana devem ser priorizadas em relação às dimensões moral e espiritual.
- (B) O princípio da objeção de consciência sustenta que pacientes não devem ter autonomia para fazer escolhas que causem dano ou prejuízo a outras pessoas.
- (C) O princípio da autonomia diz respeito à liberdade do paciente para tomar suas próprias decisões de saúde, mesmo que em alguns casos isso possa ser considerado prejudicial à sua saúde.
- (D) Para respeitar o princípio da autonomia, os profissionais de saúde não devem fornecer informações detalhadas sobre sua proposta de tratamento, para não suggestionar a escolha do paciente.
- (E) O princípio da justiça defende que todas as pessoas devem utilizar igualmente os recursos e tratamentos de saúde, independentemente de suas necessidades de saúde e de sua condição social ou econômica.



NUTRIÇÃO**16**

As diretrizes que integram a Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN (2013) indicam linhas de ações capazes de modificar os determinantes de saúde e de promover a saúde da população. A organização da atenção nutricional é uma dessas diretrizes da PNAN. Sobre a atenção nutricional, é correto afirmar:

- (A) Prioriza a realização de ações nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e na atenção domiciliar.
- (B) Deve fazer parte do cuidado integral na rede de atenção à saúde, tendo a atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede.
- (C) Refere-se à definição dos cuidados relativos à alimentação e à nutrição para o tratamento de agravos em nível individual.
- (D) Prevê a suplementação de micronutrientes para a prevenção das carências nutricionais específicas, sob responsabilidade de serviços especializados.
- (E) É responsabilidade dos Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição (CECAN), localizados em instituições públicas de ensino e pesquisa e credenciados pelo Ministério da Saúde.

17

O monitoramento dos cuidados em alimentação e nutrição constitui-se como elemento da organização da atenção nutricional que objetiva fornecer subsídios para qualificar a atenção à saúde e melhorar o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde. Inclui a definição de indicadores que contenham informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde da população, bem como do desempenho do sistema de saúde. Sobre estes indicadores, é correto afirmar:

- (A) Permitem avaliar a manutenção de saberes e cuidados tradicionais populares presentes na história de várias culturas.
- (B) Permitem cartografar o território e conhecer como se dão relações, tradições e costumes adotados pela comunidade no tocante às práticas alimentares.
- (C) São pré-existentes e padronizados nacionalmente, sendo os principais indicadores de nutrição o índice glicêmico e a pressão arterial.
- (D) Permitem aos gestores públicos e às instâncias de controle social analisar a situação alimentar e nutricional da população bem como a atenção nutricional dos serviços.
- (E) Os indicadores de consumo alimentar referem-se ao consumo no mês anterior ao da consulta.

18

A vigilância é uma atitude primordial para avaliação, planejamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde, sendo parte fundamental do processo de desenvolvimento de políticas públicas. No âmbito da atenção nutricional e das ações de promoção da saúde e alimentação adequada e saudável no SUS, a vigilância alimentar e nutricional contribui por meio de

- (A) aplicação de cinco formulários de marcadores do consumo alimentar: para crianças menores de dois anos, crianças acima de 2 anos, adolescentes, adultos e pessoas idosas.
- (B) realização de chamadas nutricionais específicas voltadas a pessoas com doenças raras.
- (C) criação de redes de apoio e equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional.
- (D) diagnóstico oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e levantamento de marcadores de consumo alimentar.
- (E) registro de dados antropométricos, alimentares e bioquímicos.

19

O Marco de Referência de Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Básica (2015) recomenda, na atenção primária à saúde, a avaliação antropométrica, referente à avaliação da massa corporal, da estatura e dos perímetros da cintura e da panturrilha. Tais medidas podem ser associadas para a formação de índices específicos para cada fase do curso da vida. São índices adequados para a avaliação de adolescentes e respectivas explicações:

- (A) Estatura para idade e sexo e peso para idade e sexo. O primeiro indica o crescimento linear e o segundo permite avaliar desnutrição.
- (B) Estatura para idade e sexo e índice de massa corporal para idade e sexo. O primeiro apresenta-se como índice que reflete efeitos cumulativos da situação de saúde e nutrição, e o segundo permite identificar excesso de peso.
- (C) Índice de massa corporal para idade e sexo e circunferência da cintura. O primeiro é um indicador de risco para doenças metabólicas, e o segundo expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e altura.
- (D) Índice de massa corporal para idade e perímetro da panturrilha. O primeiro expressa a relação entre a massa corporal e a altura, e o segundo é uma medida sensível à avaliação da massa muscular.
- (E) Índice de massa corporal e peso para idade e sexo. O primeiro é uma medida alternativa que reflete a adiposidade abdominal, e o segundo expressa a relação existente entre a massa corporal e a idade.



20

Os “Protocolos de Uso”, estabelecidos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC, são um dos tipos de protocolos que subsidiam a prática dos trabalhadores do SUS. Sobre os Protocolos de Uso do Guia Alimentar, é correto afirmar:

- (A) Sugerem abordagem em consulta individual organizada em formato de fluxograma, direcionando orientações a partir das respostas do usuário.
- (B) Têm como objetivo direcionar as orientações alimentares, realizadas por qualquer trabalhador da atenção primária à saúde, no momento do acolhimento.
- (C) Investigam aspectos relacionados à vulnerabilidade social, ao contexto socioambiental, à rede de apoio e às condições de trabalho do usuário.
- (D) Subsidiam ações em âmbito individual, familiar e comunitário, sendo parte fundamental do processo de desenvolvimento de políticas públicas.
- (E) São documentos normativos de escopo abrangente que estabelecem critérios para a avaliação do estado nutricional de uma população.

21

Os princípios do Sistema Único de Saúde e os atributos da atenção primária à saúde (APS) orientam as práticas em saúde reconhecendo a individualidade de grupos específicos, de forma a contemplar suas singularidades e promover equidade. Assim, o cuidado alimentar e nutricional da população em situação de rua

- (A) deve levar em consideração a alta prevalência de uso abusivo de álcool e outras drogas e suas consequências para a má nutrição dos sujeitos, tendo como prioridade cessar esta prática.
- (B) tem o profissional de saúde como responsável pelas demandas de cuidado, uma vez que há falta de autonomia dos indivíduos para suas escolhas, inclusive as alimentares.
- (C) pode contar com as equipes de Consultório na Rua como uma referência a mais para garantir acesso e coordenar o cuidado dessas pessoas visando à segurança alimentar, nutricional e hídrica.
- (D) deve ser precedido da articulação junto a outros setores do governo em busca de moradia aos indivíduos, uma vez que é necessário ter residência para acompanhamento nutricional pela APS.
- (E) tem as perguntas para a avaliação do consumo alimentar centradas na investigação da frequência de consumo de alimentos de alto valor nutricional.

22

Os desafios da sustentabilidade social, ambiental e econômica adquirem papel central na reflexão sobre as dimensões do desenvolvimento e dos padrões dos sistemas alimentares. Neste contexto, como a educação alimentar e nutricional (EAN) pode contribuir para a sustentabilidade dos sistemas alimentares?

- (A) Promovendo escolhas de alimentos produzidos a partir de relações econômicas e sociais pautadas na ética, justiça, equidade e soberania.
- (B) A partir da promoção de padrões alimentares tradicionais de outras culturas que possuem menor pegada ecológica, como a dieta mediterrânea.
- (C) Com o incentivo ao consumo de alimentos produzidos em sistemas alimentares baseados na alta produtividade e monoculturas locais.
- (D) Construindo colaborativamente ações com a sociedade civil e com indústrias de alimentos, garantindo os interesses dos diferentes atores envolvidos no processo.
- (E) Oferecendo cursos e cartilha com receitas de aproveitamento integral dos alimentos, visando à diminuição do lixo domiciliar.

23

De acordo com o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para as Políticas Públicas (2012), o caráter intrinsecamente intersetorial da educação se expressa tanto no âmbito governamental como também nas relações estabelecidas com organizações da sociedade civil e instituições formadoras. A EAN tem como um de seus campos de prática os equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional, tais como:

- (A) Academias da saúde, escolas e unidades de vigilância em saúde.
- (B) Centros de referência especializados de assistência social (CREAS), restaurantes populares e creches.
- (C) Conselho tutelar, centros comunitários e instituições de longa permanência de pessoas idosas.
- (D) Restaurantes universitários, centros de referência de SAN e centros desportivos.
- (E) Bancos de alimentos, cozinhas comunitárias e feiras.



24

A clínica ampliada propõe transformação da atenção individual e coletiva com vistas a abranger, no cuidado em saúde, aspectos do sujeito para além dos biológicos. Demétrio et al. (2011) propõem, para a prática da/o nutricionista, que a nutrição clínica ampliada

- (A) contribua para a verticalidade da relação nutricionista-paciente.
- (B) apoie-se em novas tecnologias duras que possibilitem diagnósticos clínicos mais rápidos e precisos.
- (C) contribua para a fragmentação da atenção nutricional em subáreas da Nutrição Clínica.
- (D) se expresse em ações atreladas ao voluntarismo, assistencialismo e paternalismo.
- (E) promova a autonomia dos usuários e a competência dialógica da/o nutricionista.

25

O Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar da Pessoa Idosa configura-se como instrumento de apoio à prática clínica no cuidado individual na Atenção Primária à Saúde (APS). Sobre a utilização deste instrumento, é correto afirmar:

- (A) Destina-se ao uso exclusivo de profissionais formados em nutrição atuando na atenção primária à saúde.
- (B) Deve ser precedida da realização de recordatório alimentar de 24 horas caso o usuário idoso não apresente perda de capacidade cognitiva.
- (C) A partir de perguntas sobre a alimentação, gera uma pontuação que classifica o grau de adequação da alimentação do usuário idoso.
- (D) Prevê seis orientações que devem ser abordadas na primeira consulta e entregues por escrito ao usuário idoso ou cuidador responsável.
- (E) Entende que é necessário avaliar a capacidade funcional, a saúde bucal e a rede de apoio da pessoa idosa, em conjunto aos marcadores do consumo alimentar.

26

Segundo Campos e Domitti (2007), as possibilidades de se realizar a clínica ampliada podem ser aumentadas por meio do apoio matricial, o qual é, ao mesmo tempo, arranjo organizacional e metodologia para a gestão do trabalho em saúde. No apoio matricial, a/o nutricionista deverá oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Esse apoio poderá se desenvolver por meio de

- (A) uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas sob sua responsabilidade, sem necessidade de contato com a equipe de referência.
- (B) atendimentos e intervenções conjuntas com alguns profissionais da equipe de referência.
- (C) monitoramento e avaliação das condutas alimentares e nutricionais adotadas nos projetos terapêuticos singulares da unidade de saúde.
- (D) encaminhamentos para atendimento ambulatorial dos casos mais simples, que não necessitam da construção de um projeto terapêutico singular.
- (E) compartilhamento da responsabilidade pelos registros e cadastros dos casos do território.

27

Dados nacionais de prevalência de insegurança alimentar entre 2020 e 2022 indicam o avanço da fome e da insegurança alimentar em todo Brasil. Sobre a atuação das equipes de atenção primária à saúde nas situações de insegurança alimentar e nutricional de pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade, é correto afirmar:

- (A) Incentiva atividades de educação alimentar e nutricional em substituição às atividades clínico-assistenciais.
- (B) Inicia-se a partir de encaminhamento de unidades de saúde especializadas, as quais são as primeiras a perceber a situação.
- (C) Foca em ações de redução de danos, tendo como objetivo reduzir os riscos associados à desnutrição, sem intervir na oferta ou no consumo alimentar.
- (D) Necessita articulações intersetoriais com outros serviços públicos e com organizações e movimentos sociais dos territórios.
- (E) Centra-se na realização de mudanças nos ambientes alimentares, como tipo e localização dos comércios/varejos e horário de atendimento.



28

O “Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos” (2019) traz recomendações e informações importantes para a prática do nutricionista em relação à orientação sobre aleitamento materno. Neste contexto, é correto afirmar:

- (A) É importante observar os sinais que indicam pega favorável como boca bem aberta, lábios virados para fora, queixo encostado na mama e ver a aréola aparecer mais abaixo do que acima da boca do bebê; amamentar deitada dificulta a pega e deve ser desestimulado.
- (B) A mãe deve ser orientada a não colocar obstáculos entre a boca da criança e a parte da mama que a criança precisa abocanhar, como roupas, panos e mãos da mãe, e o braço da criança não deve ficar entre o seu corpo e o corpo da mãe; é recomendado apoiar a mama usando os dedos em tesoura.
- (C) No período de apojadura, se a mama estiver muito cheia e endurecida, a mãe deve ser orientada a retirar um pouco do leite para que a mama fique mais macia e a criança mame com mais facilidade; se a mãe estiver sentindo dor ao amamentar, é importante observar se a pega está adequada.
- (D) Recomenda-se sempre oferecer as duas mamas em cada mamada e iniciar a próxima mamada pela mama oferecida por último; para mamilos doloridos ou machucados, aconselha-se o uso de cremes, óleos ou antissépticos sobre as mamas na tentativa de aliviar a dor.
- (E) Para o preparo do mamilo plano ou invertido, recomenda-se o uso de bucha no pré-natal. Após o nascimento, recomenda-se evitar utilizar bicos de silicone; em vez disso, deve-se ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e a aréola e tentar diferentes posições para facilitar a pega.

29

Considerando as recomendações sobre introdução alimentar do “Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos” (2019), é correto afirmar:

- (A) Pode ser oferecido chá de camomila sem açúcar ou adoçante a partir dos 6 meses desde que não substitua refeições; é desaconselhável oferecer recompensas pelo consumo de alimentos que a criança não gosta.
- (B) Está contraindicada a oferta de pipoca inteira antes de 2 anos de idade; deve-se estimular a criança a sempre “limpar o prato” para garantir o crescimento e desenvolvimento adequados.
- (C) É aconselhável oferecer uva inteira a partir dos 9 meses para estimular o movimento de pinça; as refeições devem ser oferecidas em intervalos regulares, sem rigidez de horários.
- (D) Deve-se evitar oferecer mel à criança menor de 2 anos; é comum ocorrer mudança no padrão de evacuações, mas é preocupante encontrar pedaços de feijões, legumes, verduras e frutas nas fezes.
- (E) Recomenda-se oferecer amendoim inteiro a partir de 6 meses para prevenção de alergias; desde o início, a criança deve ser estimulada a usar as mãos para pegar a colher e a tocar os alimentos.

30

O “Guia alimentar para a população brasileira” aborda os obstáculos potenciais para a adoção de suas recomendações. De acordo com o guia, são orientações corretas para superação dos obstáculos:

- (A) Preferir variedades de frutas que estão na safra; procurar informações sobre alimentação e nutrição em revistas e blogs na internet; se comer fora de casa, preferir restaurantes que oferecem grande variedade de preparações culinárias.
- (B) Ter o guia alimentar como fonte confiável de informações e discuti-lo com familiares, amigos e colegas; estimular o desenvolvimento das habilidades culinárias; limitar o tempo de televisão para crianças.
- (C) Preferir as grandes redes de supermercados para comprar produtos em promoção; estimular o desenvolvimento das habilidades culinárias; sempre que possível, evitar comer fora de casa.
- (D) Evitar as grandes redes de supermercados para não comprar produtos em promoção; preferir comprar verduras e legumes picados para otimizar o tempo de preparo; sempre que possível, evitar cozinhar em companhia.
- (E) Valorizar o ato de cozinhar; sempre que possível, evitar partilhar as atividades relacionadas à aquisição, preparo e consumo dos alimentos; reavaliar o uso de tempo e considerar quais atividades poderiam ceder mais espaço para a alimentação.

31

Segundo o documento “Alimentação cardioprotetora: manual de orientações para os profissionais de saúde da atenção básica”, é correto afirmar:

- (A) A alimentação cardioprotetora está indicada para pessoas com hipertensão arterial descontrolada e histórico de evento cardiovascular e não é destinada a pessoas com insuficiência cardíaca e arritmias.
- (B) Foi elaborado para pessoas com sobrepeso, obesidade e dislipidemias e não deve ser utilizado para pessoas com diabetes tipo 1, devido à terapia medicamentosa com insulina.
- (C) As verduras, legumes, frutas, leguminosas, leite e derivados desnatados constituem a base diária da alimentação e os alimentos ultraprocessados podem ser consumidos em ocasiões especiais.
- (D) A classificação dos alimentos é baseada na densidade energética, de gordura saturada, de colesterol e de sódio, além do grau de processamento de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira.
- (E) Recomenda-se consumir com moderação pães caseiros, tubérculos, farinhas, castanhas, azeite e carnes e em pequenas quantidades queijos, ovos, leite condensado, manteiga e doces caseiros (pudim, bolo, torta).



32

A assistência pré-natal adequada é fundamental para a detecção e intervenção precoce das situações de risco. De acordo com o documento do Ministério da Saúde de “Assistência ao pré-natal de baixo risco”, assinale a alternativa correta quanto à recomendação de ganho de peso até o final da gestação.

- (A) Manter o peso em caso de obesidade pré-gestacional.
- (B) Ganhar entre 7,0 e 11,5 kg em caso de sobrepeso pré-gestacional.
- (C) Ganhar entre 5,0 e 9,0 kg para IMC adequado pré-gestacional.
- (D) Ganhar 1,0 kg por semana no segundo e terceiro trimestre para baixo peso pré-gestacional.
- (E) Ganhar 0,5 kg no primeiro trimestre, independente do estado nutricional.

33

Segundo o documento do *Institute of Medicine* sobre as *Dietary Reference Intakes* (DRI), de 2006, é correto afirmar:

- (A) A necessidade média estimada (EAR – *estimated average requirement*) deve ser utilizada como meta de ingestão diária por indivíduos.
- (B) O estabelecimento da ingestão adequada (AI – *adequate intake*) sugere que há evidências robustas da média e distribuição das necessidades do nutriente.
- (C) A determinação da ingestão dietética recomendada (RDA – *recommended dietary allowance*) não depende do valor de EAR.
- (D) O nível máximo de ingestão tolerável (UL – *tolerable upper intake level*) foi determinado considerando apenas o uso de suplementos e alimentos fortificados.
- (E) O conjunto de recomendações das DRI tem por objetivo avaliar a inadequação da ingestão de nutrientes e o planejamento de dietas.

34

A Organização Mundial da Saúde propõe metas de ingestão de nutrientes para prevenção de doenças crônicas. Para um indivíduo adulto com recomendação de consumo energético de 2100 kcal por dia, quais os valores, em gramas, de recomendação de ingestão de gorduras totais e gorduras trans, respectivamente?

- (A) 35 g-70 g e <2,3 g.
- (B) 46,7 g-70 g e <3 g.
- (C) 70 g e <1 g.
- (D) 23,3 g e < 2,3 g.
- (E) 157,5 g e <1 g.

35

A Organização Mundial da Saúde recomenda o consumo máximo de 5 gramas de sal por dia. Considerando as quantidades de sódio indicadas no quadro abaixo, assinale a alternativa que corresponde à proporção atingida da recomendação de consumo diário máximo de sódio por meio do consumo combinado dos seguintes alimentos ultraprocessados.

Produto	Quantidade total de sódio
Macarrão instantâneo (1 pacote)	1363 mg
Salsicha (2 unidades)	1120 mg

1 grama de sal = 400 mg de sódio

- (A) 49,66%.
- (B) 201,33%.
- (C) 62,75%
- (D) 112,25%
- (E) 124,15%

36

Um adolescente de 15 anos portador de diabetes tipo 1 faz contagem de carboidratos e segue a seguinte prescrição:

1 unidade de insulina rápida ou ultrarrápida para 16 g de carboidratos.

Meta glicêmica pré-prandial: 120 mg/dL.

Meta glicêmica pós-prandial: 180 mg/dL.

Fator de sensibilidade: 40.

Considerando o consumo de 48 gramas de carboidratos em uma refeição e uma glicemia pré-prandial de 200 mg/dL, assinale a alternativa correta quanto ao bolus alimentação e bolus correção, respectivamente, que devem ser aplicados:

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



37

A prevenção e tratamento das dislipidemias envolve conhecimento sobre a influência da qualidade da dieta no metabolismo lipídico. Neste sentido, é correto afirmar:

- (A) Os ácidos graxos saturados (AGS) dos alimentos de origem animal têm maior efeito no aumento do colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c) do que os AGS dos alimentos de origem vegetal.
- (B) O ácido graxo esteárico, presente no cacau e em óleos vegetais, tem menor efeito na elevação do colesterol total plasmático e do LDL-c em comparação com o ácido palmítico.
- (C) Os ácidos graxos trans, presentes em produtos industrializados, aumentam a concentração plasmática de colesterol total, LDL-c e não exercem influência sobre a lipoproteína de alta densidade (HDL-c).
- (D) Os ácidos graxos poli-insaturados das séries ômega 6 (linoleico e alfa-linolênico, cujas fontes são todos os tipos de óleos vegetais) têm efeito na redução dos triacilgliceróis plasmáticos.
- (E) O ácido oleico é um ácido graxo monoinsaturado, presente no abacate, no azeite de oliva e nas oleaginosas, o qual tem maior propensão de oxidação da LDL-c do que os ácidos graxos poli-insaturados.

38

A gestão de um serviço de nutrição hospitalar (SNH) é um processo complexo, que exige conhecimentos de nutrição, administração e controle de qualidade. Assinale a alternativa correta quanto ao planejamento e à organização de um SNH.

- (A) De acordo com a padronização de dietas hospitalares, considera-se que a dieta geral é uma dieta de rotina e que a dieta hipossódica é uma dieta modificada.
- (B) A cozinha geral é a área destinada à produção de refeições de colaboradores e a cozinha dietética é a área destinada à produção de refeições de pacientes do hospital.
- (C) De acordo com resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a área de lactário não pode ser compartilhada com a área de produção de nutrição enteral, devido aos riscos de contaminação.
- (D) O sistema de distribuição de refeições descentralizado permite melhor supervisão da montagem, controle higiênico-sanitário e de sobras.
- (E) O índice de resto-ingestão corresponde ao peso da refeição distribuída/peso da refeição produzida x 100.

39

Considere os seguintes valores de referência de ingestão de ferro de acordo com as DRIs (*Dietary Reference Intakes*) para crianças de 4 a 8 anos:

Necessidade média estimada (EAR – *estimated average requirement*): 4,1 mg

Ingestão dietética recomendada (RDA – *recommended dietary allowance*): 10 mg

Nível máximo de ingestão tolerável (UL – *tolerable upper intake level*): 40 mg

Para crianças de 5 anos, quais os valores de referência de ferro mais adequados, respectivamente, para a avaliação de grupos de indivíduos saudáveis e para o planejamento dietético individual?

- (A) 10 mg/dia e 40 mg /dia.
- (B) 14,1 mg /dia e 10 mg/dia.
- (C) 14,1 mg/dia e 40 mg/dia.
- (D) 4,1 mg/dia e 40 mg/dia.
- (E) 4,1 mg/dia e 10 mg /dia.

40

De acordo com o documento do Ministério da Saúde “Atenção ao pré-natal de baixo risco” (2013), assinale a alternativa correta quanto às orientações durante a gestação.

- (A) Em casos de náuseas e vômitos, deve-se ingerir líquidos gelados no almoço e jantar.
- (B) Gestantes com hemorroidas devem evitar comer verduras.
- (C) Nas gestações múltiplas, deve-se acrescentar 500 calorias a mais por dia do que nas gestações únicas.
- (D) No diabetes mellitus gestacional, a maioria das mulheres apresenta bom controle da glicemia com dieta e exercício físico.
- (E) A suplementação de cálcio está contraindicada para as gestantes com síndrome hipertensiva.



ESTUDO DE CASO

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

Pedro tem 55 anos e buscou atendimento na Unidade Básica de Saúde de seu bairro, na zona norte de São Paulo, há seis meses. Proveniente do interior do Ceará, reside em São Paulo há 33 anos. Mora com a esposa, de 51 anos, e o filho mais novo, de 25 anos. É pardo, tem ensino médio completo, com renda familiar mensal de três salários-mínimos. É funcionário público, com cargo de auxiliar administrativo, e trabalha de segunda a sexta-feira das 8h às 17h.

No início do ano, o irmão faleceu repentinamente de infarto agudo do miocárdio e isso fez Pedro decidir que “precisa se cuidar”. Relata aumento da fome e da sede nos últimos meses e se queixa de mal-estar, seguidos de náuseas, vômitos. Quer ajuda, pois acha muito difícil mudar a alimentação, principalmente em casa. Refere que já fez acompanhamento com nutricionista particular há 10 anos para emagrecimento, mas não obteve resultados porque não seguiu as orientações.

Pedro relatou a seguinte alimentação habitual:

Horário	Alimento	Quantidade	Onde	Com quem
6h	Café puro com açúcar	1 xícara de chá; 1 colher de sopa	Na mesa, em casa	Sozinho
10h	Bolacha água e sal	½ pacote	No trabalho, na copa	Com colegas
	Café puro com açúcar	1 xícara de café; ½ colher de sopa		
13h	Arroz branco cozido	2 colheres de servir	No restaurante, próximo ao trabalho	Com colegas
	Feijão carioca cozido	1 concha média		
	Farofa industrializada	1 colher de servir		
	Batata frita	1 colher de servir		
	Bife frito	1 unidade média		
	Refrigerante	1 lata de 350 mL		
16h	Bolacha recheada de chocolate ou morango	1 pacote	No trabalho, na mesa de trabalho	Sozinho
20h	Arroz branco cozido	2 colheres de servir	No sofá, com televisão, em casa	Com família ou sozinho
	Feijão carioca cozido	1 concha média		
	Farinha de mandioca torrada	6 colheres de sopa		
	Steak de frango ou hambúrguer frito	2 unidades		
	Suco artificial em pó	2 copos americanos		

Pedro também disse “comer rápido” e ter o hábito de “beliscar”, principalmente bolachas e chocolates, ao longo da manhã e tarde. Não gosta de beber água e por isso sacia a sede com suco em pó ou refrigerante ao longo do dia.

Em casa, ele e a esposa são responsáveis pelas compras de alimentos, realizando uma grande compra do mês em comércio atacado e complementando com compras em loja de conveniência próxima ao domicílio. Não costumam comprar frutas, verduras e legumes. A única responsável pelo preparo das refeições em casa é a esposa de Pedro, a qual não gosta de cozinhar e o faz “só por obrigação”. Utiliza um litro de óleo por semana, além de caldo de carne industrializados, sal, cebola, alho, cebolinha como principais temperos.

O caso de Pedro foi discutido em reunião de apoio matricial com nutricionista, em que foram analisadas as informações do exame físico da última consulta e o resultado dos exames laboratoriais solicitados:

Exame físico	10/08/2023
Peso	103 kg
Estatura	1,72 m
Circunferência da cintura	108 cm
Pressão arterial	150 x 98 mmHg
Exames laboratoriais	22/08/2023
Glicemia de Jejum	138 mg/dL
LDL-colesterol	188 mg/dL
HDL-colesterol	35 mg/dL
Triacilgliceróis	180 mg/dL



01

Com base no exame físico, qual a classificação do estado nutricional de Pedro? Com base nos exames de Pedro, indique quais são clinicamente preocupantes e devem ser considerados no trabalho da eSF (Equipe Saúde da Família). Justifique sua resposta.

02

Considerando os diagnósticos nutricionais e clínicos de Pedro e sua alimentação habitual, proponha três principais orientações de mudanças no consumo alimentar a serem realizadas para Pedro e justifique como estas orientações auxiliam na melhora do quadro nutricional e clínico.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



03

Considerando as informações sobre os hábitos alimentares de Pedro e os “Dez passos para uma alimentação adequada e saudável” apresentados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, liste e justifique quatro passos relacionados à aquisição, preparo, escolha e forma de consumo dos alimentos que podem ser trabalhados pela eSF (Equipe Saúde da Família) junto a Pedro para facilitar as mudanças desejadas em seu consumo alimentar.



Residência Profissional 2024
1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1

1/100

