

ASSINATURA



**Universidade
de São Paulo**
Brasil



**FUNDAÇÃO
UNIVERSITÁRIA
PARA O VESTIBULAR**



**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**

**PROCESSO SELETIVO
PARA INÍCIO EM 2019**

1ª FASE: **02/09/2018**

PROFISSÃO 8:
NUTRIÇÃO

INSTRUÇÕES

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Este caderno compõe-se de 50 questões de múltipla escolha de igual valor: 10 questões de Interpretação de texto; 10 questões de Conhecimentos gerais; 30 questões de Conhecimentos específicos.
3. Em cada questão, assinale a alternativa que você considera correta, preenchendo o círculo correspondente na folha de respostas, utilizando necessariamente caneta esferográfica de tinta azul.
4. Preencha a folha de respostas com cuidado, pois, em caso de rasura, ela não poderá ser substituída e o uso de corretivo não será permitido.
5. Duração da prova: **quatro horas**. Não haverá tempo adicional para transcrição do gabarito para a folha de respostas.
6. É proibido o uso de relógio pessoal. O candidato deve controlar o tempo disponível, com base no relógio fixado à frente da sala e nos avisos do fiscal.
7. 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.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST e da USP, sendo que as imagens não serão divulgadas nem utilizadas para outras finalidades, nos termos da lei.
9. O candidato poderá retirar-se do prédio a partir das **17h**.
10. Ao final da prova, é obrigatória a devolução deste caderno de questões e da folha de respostas. Poderá ser levado somente o gabarito provisório de respostas.

INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 04

A judicialização da saúde

5 *A Justiça tornou-se uma das vias, quase naturais, para resolver problemas de acesso a medicamentos, próteses e vagas para internação no SUS e hospitais privados. As demandas judiciais são dirigidas a dois endereços: empresas de planos de saúde e SUS. As tutelas aos planos privados de saúde não são inesperadas e têm sido interpretadas como estratégia de defesa de usuários contra a mesquinha das empresas que os comercializam. Mas a aceitação e a legitimação da intervenção dos magistrados em assuntos do SUS tiveram um*

10 *trajeto acidentado e ainda suscitam tensões. A ingerência direta e frequente de instituições e pessoas situadas fora das linhas de comandos habituais dos serviços de saúde perturba rotinas de trabalho, baseadas no atendimento similar a todos que se encontrem na mesma situação, e não pela prioridade*

15 *imposta de fora. (...)*

(...)

Para tentar proteger seus pacientes, os profissionais da saúde passaram a sugerir a busca da Justiça. Enquanto as vias administrativas são lentas e a burocracia da saúde costuma

20 *mostrar-se insensível às necessidades individuais imediatas, o atendimento nos plantões judiciários é célere. Ainda assim, as ações judiciais direcionadas à ponta dos serviços também não conseguem romper determinadas barreiras assistenciais estruturais. A garantia de ações essenciais à manutenção da*

25 *vida requer suficiência e boa gestão de recursos físicos, humanos e financeiros que não estão disponíveis. A elevação da carga tributária não redundou no incremento de investimentos na saúde pública. O orçamento estimado para o SUS em 2013 restringe os gastos por habitante a R\$ 2,5 por dia. Pagar mais*

30 *impostos e ter serviços públicos de má qualidade estabelece um circuito perverso que desqualifica os fundamentos de justiça e democracia.*

(...)

Ligia Bahia, **O Globo**, 20/01/2014.

01

De acordo com o texto, a judicialização da saúde, entre outros aspectos,

- (A) privilegia o setor privado em detrimento do público.
- (B) altera práticas cotidianas e princípios pré-estabelecidos.
- (C) contraria fundamentos jurídicos e democráticos.
- (D) permite ao profissional da saúde fazer justiça a pacientes.
- (E) depende de recursos físicos, humanos e financeiros.

02

Dos trechos abaixo, o único em que a autora trata do tema da “judicialização da saúde” de forma neutra e objetiva é:

- (A) “contra a mesquinha das empresas” (L. 7).
- (B) “perturba rotinas de trabalho” (L. 12-13).
- (C) “restringe os gastos por habitante” (L. 29).
- (D) “ter serviços públicos de má qualidade” (L. 30).
- (E) “estabelece um circuito perverso” (L. 30-31).

03

Tendo em vista o contexto, no lugar de "Ainda assim" (L. 21), o mais adequado seria utilizar a expressão

- (A) Apesar disso.
- (B) Então.
- (C) Senão.
- (D) Não obstante.
- (E) Além disso.

04

Considerando-se as relações de sentido estabelecidas no texto, constituem exemplo de argumento baseado em oposição de ideias os termos

- (A) "naturais" (L. 1) e "judiciais" (L. 4).
- (B) "estratégia" (L. 6) e "ingerência" (L. 10).
- (C) "aceitação" (L. 8) e "intervenção" (L. 9).
- (D) "lentas" (L. 19) e "célere" (L. 21).
- (E) "elevação" (L. 26) e "incremento" (L. 27).

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 05 A 07

A saúde entre dois mundos

5 *No Rio de Janeiro do século XIX, os médicos, cirurgiões e boticários eram em sua maioria brancos e pertenciam a classes sociais mais abonadas. Já os sangradores, curandeiros, parteiras e amas de leite eram quase sempre escravos, libertos e pessoas livres empobrecidas, entre elas imigrantes e africanos livres. Era essa população desfavorecida que tratava dos problemas de saúde mais urgentes de quem precisava, não importava se ricos ou pobres. Os sangradores ofereciam seus serviços pelas ruas e praças das cidades e em lojas de barbeiros, enquanto as parteiras trabalhavam em ambientes domésticos, cuidando de questões relacionadas não apenas ao parto, mas também a abortos e doenças genitais.*

10 *Entre 1808 e 1828, a Fisicatura-mor, órgão criado pelo governo central e sediado no Rio de Janeiro, fiscalizava e regulamentava as “artes de cura”, incluindo tanto as atividades praticadas por médicos como aquelas desenvolvidas por pessoas sem formação acadêmica. O órgão estabelecia que os médicos deveriam diagnosticar e tratar de doenças internas do corpo, enquanto cirurgiões se ocupavam de moléstias externas. Já os boticários manipulavam os medicamentos receitados por médicos e cirurgiões. “Oficialmente, sangradores e parteiras deveriam lidar com casos simples de doença e fazer apenas o que médicos ou cirurgiões mandassem. Porém, a população recorria a eles porque partilhava de suas concepções de doença e saúde”, observa a historiadora Tânia Salgado Pimenta.*

20 *O cenário acima é descrito em Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil (Outras Letras, 2016), organizado por Tânia Pimenta e pelo historiador Flávio Gomes. No livro, eles apresentam os resultados do projeto de pesquisa realizado na Fiocruz entre 2013 e 2016. Os estudos indicam que ofícios centrais à saúde da sociedade brasileira naquele momento eram desempenhados por escravos e libertos, numa época em que a medicina acadêmica disputava espaço com as práticas populares de cura.*

Christina Queiroz, **Pesquisa FAPESP**, Novembro de 2017. Adaptado.

05

O emprego, no título, da expressão "dois mundos" justifica-se, de modo mais evidente, pela oposição verificada no texto entre

- (A) "ricos" e "pobres".
- (B) "brancos" e "negros".
- (C) "cirurgiões" e "boticários".
- (D) "médicos" e "curandeiros".
- (E) "sangradores" e "parteiras".

06

Deduz-se do texto que o fato de a população valer-se dos serviços de saúde prestados pelos mais desfavorecidos decorria, principalmente,

- (A) da localização em que os serviços eram prestados.
- (B) do pertencimento ao mesmo tipo de classe social.
- (C) da maneira de ver e compreender as enfermidades.
- (D) da fiscalização e regulamentação pela Fisicatura-mor.
- (E) da formação acadêmica e conhecimento que possuíam.

07

O grupo que mais se distanciava das "artes de cura" (L. 15), de seus praticantes e dos tipos de doenças tratadas era o dos

- (A) sangradores.
- (B) médicos.
- (C) cirurgiões.
- (D) boticários.
- (E) curandeiros.

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 08 A 10

Cuidar da dor e do sofrimento humano

O povo fala aos cântaros metaforicamente da realidade do sofrimento. Ouvimos com frequência as pessoas dizerem: “dói o meu coração”, “dói minha alma”. Sim, estas são expressões metafóricas de um sofrimento da pessoa. O corpo não sofre, não sente dor, quem sente dor é a pessoa. A diferença entre dor e sofrimento tem um grande significado quando temos que lidar com pacientes terminais. O enfrentamento da dor exige medicamentos analgésicos, está mais ligado aos circuitos neurofisiológicos do corpo humano, enquanto que o sofrimento solicita significado e sentido, e liga-se ao todo da pessoa. A dor sem explicação geralmente se transforma em sofrimento. O sofrimento é uma experiência humana profundamente complexa que intervém na identidade e na subjetividade da pessoa bem como nos valores socioculturais e religiosos. Um dos principais perigos em negligenciar esta distinção é a tendência de os tratamentos se concentrarem somente nos sintomas e dores físicas, como se somente estes fossem a única fonte de angústias e sofrimentos para o paciente. É a tendência de reduzir o sofrimento a um simples fenômeno físico que pode ser dominado por meios técnicos. Esta tendência nos permite implementar tratamentos agressivos, na crença de que enquanto o tratamento protege os pacientes da dor física, ele protege de todos os outros aspectos também. A continuação de tais cuidados pode simplesmente impor mais sofrimentos para o paciente terminal.

O sofrimento tem que ser cuidado em quatro dimensões fundamentais: a) dimensão física. No nível físico, a dor funciona como um claro alarme de que algo não está bem no funcionamento normal do corpo. b) dimensão psíquica. Surge constantemente no enfrentar a inevitabilidade da morte. Perdem-se as esperanças e sonhos, com a necessidade de redefinir o mundo que está para deixar. c) dimensão social. É a dor do isolamento, que surge do ser obrigado a redefinir relacionamentos e necessidade de comunicação. d) dimensão espiritual. Surge da perda do sentido, objetivo de vida e esperança. Todos necessitam de um horizonte de sentido — uma razão para viver e uma razão para morrer. Em pesquisas recentes nos EUA descobriu-se que o aconselhamento sobre questões espirituais está entre as três necessidades mais solicitadas pelos doentes terminais e familiares. O cultivo desta perspectiva holística é fundamental para garantir dignidade de cuidados e sentido neste momento preciso de vida, em que teremos que aprender a viver e aprender com elegância a dizer “adeus”, como uma expressão de amor e respeito pela pessoa!

Profa. Dra. Maria Isabel Strong, **Bioética: uma diversidade temática.**
Adaptado.

08

Deduz-se corretamente do texto que

- (A) a expressão "fala aos cântaros" (L. 1) evidencia que o povo evita falar do sofrimento.
- (B) a dor e o sofrimento, embora com diferenças, podem ser tratados com analgésicos.
- (C) a dor é um sentimento que varia de pessoa para pessoa quando sem explicação e sem sentido.
- (D) o sofrimento pode ser reduzido por meio de procedimentos técnicos avançados.
- (E) o cuidado da dor e do sofrimento abrange uma esfera medicinal e outra mais humana.

09

Segundo o texto, a “perspectiva holística” (L. 41) deve

- (A) priorizar a dimensão espiritual, em detrimento da dimensão física.
- (B) considerar a dimensão espiritual sem desprezar as demais.
- (C) compensar o isolamento causado na dimensão social.
- (D) substituir a dimensão psicológica pela espiritual.
- (E) cuidar do sofrimento antes de enfrentar a inevitabilidade da morte.

10

Os termos "dor" e "sofrimento", segundo o texto, equivalem, respectivamente, aos seguintes aspectos:

- (A) físico e psíquico.
- (B) reação e percepção.
- (C) sentimento e compreensão.
- (D) realidade e ilusão.
- (E) emoção e sensação.

CONHECIMENTOS GERAIS

11

Clínica Ampliada **NÃO** consiste em

- (A) assumir um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular.
- (B) assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde.
- (C) buscar ajuda em outros setores, aos quais se dá o nome de intersetorialidade.
- (D) utilizar a psicologia e a fisiologia para promover a cura.
- (E) assumir um compromisso ético profundo com o usuário do serviço.

12

Dentre os conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente, o único **NÃO** adequado é:

- (A) Segurança do paciente: reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- (B) Risco: probabilidade de ocorrer um incidente.
- (C) Circunstância Notificável: incidente que resulta em dano ao paciente.
- (D) Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
- (E) Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente.

13

Considere as seguintes características de um sistema de notificação de incidentes relativo à segurança do paciente para que ele seja efetivo:

- I. não punitivo e confidencial;
- II. com capacidade de identificar o tipo de incidente e quem cometeu;
- III. independente e seus dados analisados por organizações;
- IV. baseado em dados georeferenciados;
- V. com respostas oportunas para os usuários e orientado para soluções dos problemas notificados.

Estão corretas as características indicadas em

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

14

Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral, denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Esse texto refere-se à definição de

- (A) Comissões Intergestores Bipartites (CIB).
- (B) Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- (C) Colegiados de Gestão Regional.
- (D) Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.
- (E) Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP).

15

Considere as seguintes afirmações relacionadas ao SUS:

Segundo o Art. 17, da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, à direção ESTADUAL do Sistema Único de Saúde (SUS) compete

- I. promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II. acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III. prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância da alimentação e nutrição e vigilância da saúde do trabalhador.

Está correto o que se afirma em

- (A) I e III, apenas.
- (B) I, II e IV, apenas.
- (C) II e IV, apenas.
- (D) I, III e IV, apenas.
- (E) I, II, III e IV.

16

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, **NÃO** são considerados princípios do SUS (Sistema Único de Saúde):

- (A) universalidade de acesso e integralidade de assistência.
- (B) igualdade na assistência e preservação da autonomia.
- (C) participação da comunidade e direito a informação.
- (D) segmentação e focalização aos mais necessitados.
- (E) utilização da epidemiologia e estabelecimento de prioridades.

17

Com relação às redes de atenção à saúde no SUS, conforme definidas pelo Decreto 7508 de 2011, é correto afirmar que elas

- (A) estarão compreendidas no âmbito de uma região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores.
- (B) tem como única porta de entrada a atenção primária em saúde e são pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite.
- (C) incluem obrigatoriamente a população indígena nas pactuações de âmbito municipal, independentemente de suas especificidades.
- (D) organizam apenas as ações da atenção especializada e hospitalar pelo Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde com a finalidade de planejar as ações de cada serviço.
- (E) são espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes e delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais.

18

As diretrizes para a organização de redes de atenção definidas na Portaria 4279 de 2010 consideram que

- (A) a economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo aumentam, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades.
- (B) o acesso pode ser analisado através da disponibilidade, da comodidade e da aceitabilidade do serviço pelos usuários.
- (C) a qualidade na atenção em saúde compreende três dimensões: eficácia, efetividade e integração horizontal e vertical.
- (D) a suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade para atender às prioridades de saúde da população, garantindo a segurança do paciente.
- (E) uma atenção primária de qualidade estrutura-se segundo três atributos: primeiro contato, longitudinalidade e eficiência.

19

Considere as seguintes diretrizes relativas aos NASFs - AB (Núcleo de apoio à Saúde da Família), conforme descritas na atual PNAB (Política Nacional de Atenção Básica):

- I. Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde.
- II. A definição das categorias profissionais cabe ao gestor federal, considerando o financiamento e o número de profissionais disponíveis em cada território.
- III. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica a que está vinculada.
- IV. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente e intervenções no território.
- V. Os NASF-AB se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, mas não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

Estão corretas as diretrizes

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

20

A Política Nacional de Humanização (PNH) procura pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, construindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Dentre as diretrizes da PNH, **NÃO** se inclui o (a)

- (A) Clínica ampliada.
- (B) Acolhimento.
- (C) Priorização do trabalhador.
- (D) Defesa dos direitos do usuário.
- (E) Fomento das grupalidades.

NUTRIÇÃO

21

Considere as seguintes afirmações sobre as ações de vigilância alimentar e nutricional:

- I. Estão organizadas com enfoque ampliado, conjugando atividades nos serviços de saúde, dados provenientes de outros sistemas de informação e evidências disponíveis na literatura científica.
- II. Baseiam-se na apuração de informações sobre aquisição domiciliar de alimentos e quantificação da ingestão de calorias e nutrientes em diferentes fases do ciclo vital.
- III. Possibilitam descrição contínua e predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e de seus fatores determinantes.
- IV. Têm potencial para apoiar profissionais e gestores no processo de organização da atenção nutricional e de formulação de políticas públicas de saúde.

Está correto apenas o que se afirma em

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

22

De acordo com a segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, pode-se dizer que uma das recomendações que ampliam o entendimento sobre a promoção da alimentação adequada e saudável, para além de questões biológicas, consiste em

- (A) orientar a comer com atenção, realizando refeições com duração mínima de 30 minutos.
- (B) estimular o desenvolvimento de habilidades culinárias, sem distinção de idade ou gênero.
- (C) proibir o consumo de produtos industrializados que não pertençam à cultura alimentar local.
- (D) enfatizar a realização regular de lanches intermediários entre as refeições principais.
- (E) priorizar a venda livre de impostos e a publicidade de alimentos orgânicos e de base agroecológica.

23

Entre as enzimas que participam do processo de digestão dos macronutrientes, encontram-se:

- (A) amilase, pepsinogênio, lipase, secretina.
- (B) lipase, maltase, invertase, secretina.
- (C) amilase, pepsina, lipase, maltase.
- (D) amilase, dipeptidase, lipase, colecistocinina.
- (E) gastrina, lipase, maltase, invertase.

24

Necessidades de energia e nutrientes encontram-se aumentadas entre adolescentes, em fase marcada por intensas modificações físicas, psíquicas, comportamentais e sociais. Tendo em vista alterações na composição corporal, equações para estimativa de necessidade de energia diferem entre os sexos porque o sexo feminino apresenta

- (A) geralmente maior quantidade proporcional de massa livre de gordura que o masculino, tendo maior necessidade de energia.
- (B) quantidade de gordura corporal equivalente à do sexo masculino, porém com perdas menstruais, tendo maior necessidade de energia.
- (C) geralmente maior quantidade proporcional de massa livre de gordura que o masculino, tendo menor necessidade de energia.
- (D) maior quantidade proporcional de gordura corporal que o masculino e perdas menstruais, tendo maior necessidade de energia.
- (E) geralmente maior quantidade proporcional de gordura corporal que o masculino, tendo menor necessidade de energia.

25

Vitamina D, cálcio e fósforo são essenciais aos seres humanos, atuando de forma integrada em prol da saúde óssea. As interações fisiológicas entre esses micronutrientes estão corretamente descritas em:

- (A) As concentrações ionizadas de cálcio e fósforo no fluido extracelular regulam a reação de hidroxilação hepática da vitamina D, para conversão à sua forma biologicamente ativa 25-hidroxicolecalciferol.
- (B) No intestino, a vitamina D estimula vias de transporte ativo para absorção de cálcio e fósforo, em contraste com o ácido fítico, que prejudica a biodisponibilidade de ambos os minerais com formação de complexos insolúveis.
- (C) Cálcio, fósforo e vitamina D são os componentes mais relevantes dos cristais de hidroxiapatita insolúvel existentes nos ossos e essenciais para rigidez e integridade necessárias ao esqueleto humano.
- (D) A vitamina D favorece a excreção de cálcio e fósforo nos túbulos renais distais, mantendo concentrações sanguíneas de ambos os minerais dentro de níveis fisiológicos adequados.
- (E) As concentrações sanguíneas de vitamina D promovem a secreção de paratormônio, o qual é responsável por estimular o transporte ativo de fosfato no intestino delgado e mobilizar o cálcio ósseo para o sangue.

26

Examine o seguinte quadro:

| Micronutrientes | Consequências de deficiência |
|-----------------|-------------------------------------|
| 1. Tiamina | A. Bócio |
| 2. Ferro | B. Beribéri |
| 3. Folato | C. Anemia megaloblástica |
| 4. Iodo | D. Anemia hipocrômica e microcítica |

A combinação correta entre cada micronutriente com a respectiva consequência de sua deficiência no organismo humano está indicada em:

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

27

Para que o aleitamento materno exclusivo seja bem sucedido nos primeiros seis meses de vida, um dos fatores a ser observado consiste em

- (A) atestar que a quantidade de colostro seja produzida de forma constante nos primeiros dias de vida do bebê, para garantir sua imunidade.
- (B) oferecer água filtrada e fervida em pequenas quantidades caso a temperatura ambiente supere 35 °C, para manter o estado de hidratação do bebê.
- (C) orientar a mãe a evitar mamadas durante a noite, para favorecer o estabelecimento de uma rotina adequada de sono do bebê.
- (D) verificar se a duração das mamadas atinge 30 minutos ou mais, para garantir que o bebê mame o leite posterior, rico em proteínas.
- (E) evitar a oferta de chupetas, chuquinhas e mamadeiras, para não dificultar a pega correta da mama devido à confusão de bicos.

28

Uma paciente negra, 55 anos, atendida no ambulatório, apresentou as seguintes medidas: 82 kg, 170 cm e 92 cm de circunferência da cintura. Com base nesses dados, essa paciente apresenta

- (A) obesidade grau I, alto risco para doenças cardiovasculares.
- (B) pré-obesidade, alto risco para doenças cardiovasculares.
- (C) obesidade grau I, baixo risco para doenças cardiovasculares.
- (D) pré-obesidade, baixo risco para doenças cardiovasculares.
- (E) obesidade grau II, baixo risco para doenças cardiovasculares.

29

Como componente de ações de vigilância alimentar e nutricional na atenção básica, a avaliação antropométrica de um usuário de 8 anos de idade indicou peso equivalente a 30 kg e altura equivalente a 127 cm.

IMC (kg/m²) por idade (em meses) para o sexo masculino, segundo percentis

| idade (meses) | PERCENTIL | | | | | | | | |
|---------------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|--------|
| | P 0,1 | P 3 | P 5 | P 10 | P 15 | P 50 | P 85 | P 97 | P 99,9 |
| 80 | 12,1 | 13,2 | 13,5 | 13,8 | 14,1 | 15,4 | 17,0 | 18,6 | 21,5 |
| 81 | 12,1 | 13,2 | 13,5 | 13,9 | 14,1 | 15,4 | 17,0 | 18,6 | 21,6 |
| 82 | 12,2 | 13,2 | 13,5 | 13,9 | 14,1 | 15,4 | 17,1 | 18,7 | 21,7 |
| 83 | 12,2 | 13,3 | 13,5 | 13,9 | 14,2 | 15,5 | 17,1 | 18,7 | 21,8 |
| 84 | 12,2 | 13,3 | 13,5 | 13,9 | 14,2 | 15,5 | 17,1 | 18,8 | 21,9 |
| 85 | 12,2 | 13,3 | 13,5 | 13,9 | 14,2 | 15,5 | 17,1 | 18,8 | 21,9 |
| 86 | 12,2 | 13,3 | 13,5 | 13,9 | 14,2 | 15,5 | 17,2 | 18,8 | 22,0 |
| 87 | 12,2 | 13,3 | 13,5 | 13,9 | 14,2 | 15,5 | 17,2 | 18,9 | 22,1 |
| 88 | 12,2 | 13,3 | 13,6 | 13,9 | 14,2 | 15,6 | 17,2 | 18,9 | 22,2 |
| 89 | 12,2 | 13,3 | 13,6 | 14,0 | 14,2 | 15,6 | 17,3 | 19,0 | 22,3 |
| 90 | 12,2 | 13,3 | 13,6 | 14,0 | 14,3 | 15,6 | 17,3 | 19,0 | 22,5 |
| 91 | 12,3 | 13,4 | 13,6 | 14,0 | 14,3 | 15,6 | 17,3 | 19,1 | 22,6 |
| 92 | 12,3 | 13,4 | 13,6 | 14,0 | 14,3 | 15,6 | 17,4 | 19,2 | 22,7 |
| 93 | 12,3 | 13,4 | 13,6 | 14,0 | 14,3 | 15,7 | 17,4 | 19,2 | 22,8 |
| 94 | 12,3 | 13,4 | 13,6 | 14,0 | 14,3 | 15,7 | 17,4 | 19,3 | 22,9 |
| 95 | 12,3 | 13,4 | 13,7 | 14,0 | 14,3 | 15,7 | 17,5 | 19,3 | 23,0 |
| 96 | 12,3 | 13,4 | 13,7 | 14,1 | 14,4 | 15,7 | 17,5 | 19,4 | 23,1 |
| 97 | 12,3 | 13,4 | 13,7 | 14,1 | 14,4 | 15,8 | 17,5 | 19,4 | 23,2 |
| 98 | 12,3 | 13,5 | 13,7 | 14,1 | 14,4 | 15,8 | 17,6 | 19,5 | 23,4 |
| 99 | 12,4 | 13,5 | 13,7 | 14,1 | 14,4 | 15,8 | 17,6 | 19,5 | 23,5 |
| 100 | 12,4 | 13,5 | 13,7 | 14,1 | 14,4 | 15,8 | 17,7 | 19,6 | 23,6 |

Fonte: **Organização Mundial da Saúde**, 2007.
 Extraído de: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Estatística e Informação em Saúde – Série G. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Com base nas informações para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e na tabela, quanto à classificação e à interpretação do estado nutricional do usuário avaliado, é correto afirmar que ele apresenta

- (A) obesidade, porque o IMC com valor de 18,6 kg/m² está acima do percentil 85 e abaixo ou igual ao percentil 97 para idade e sexo.
- (B) sobrepeso, porque o IMC com valor de 18,6 kg/m² está acima do percentil 85 e abaixo ou igual ao percentil 97 para idade e sexo.
- (C) risco para sobrepeso, porque o IMC com valor de 18,6 kg/m² está acima do percentil 85 e abaixo ou igual ao percentil 97 para idade e sexo.
- (D) peso adequado, porque 18,6 kg/m² representa o valor de IMC de 85% a 97% dos indivíduos de sua idade e sexo.
- (E) peso adequado, porque o IMC com valor de 18,6 kg/m² enquadra-se na categoria de eutrofia até a idade adulta.

30

Enquanto o sódio está presente principalmente no compartimento [I], o potássio apresenta maiores concentrações no meio [II], devido especialmente à(ao) [III]. Alimentos [IV] são fontes importantes de potássio e o consumo de alimentos [V] tem contribuição relevante para a ingestão de sódio atualmente.

Considerando características metabólicas e fontes alimentares relacionadas a sódio e potássio, os espaços devem ser completados por:

- (A) [I] extracelular; [II] intracelular; [III] bomba de Na⁺-K⁺-ATPase; [IV] *in natura* e minimamente processados; [V] processados e ultraprocessados.
- (B) [I] extracelular; [II] intracelular; [III] SGLT1 (transportador de sódio e glicose 1); [IV] *in natura* e minimamente processados; [V] processados e ultraprocessados.
- (C) [I] intracelular; [II] extracelular; [III] bomba de Na⁺-K⁺-ATPase; [IV] minimamente processados e processados; [V] *in natura*.
- (D) [I] intracelular; [II] extracelular; [III] bomba de Na⁺-K⁺-ATPase; [IV] *in natura* e minimamente processados; [V] processados e ultraprocessados.
- (E) [I] intracelular; [II] extracelular; [III] SGLT1 (transportador de sódio e glicose 1); [IV] processados; [V] ultraprocessados.

31

O envelhecimento populacional é observado em todo o mundo e impõe desafios para que recomendações nutricionais sejam adequadamente atendidas entre idosos.

Considere as modificações específicas do envelhecimento e repercussões sobre fatores nutricionais descritas no quadro.

| Modificações | Fatores nutricionais associados |
|---|---|
| 1. Sarcopenia | A. Deficiência de ferro |
| 2. Acloridria | B. Obstipação |
| 3. Redução do fator intrínseco | C. Diminuição de necessidades energéticas |
| 4. Diminuição do peristaltismo intestinal | D. Deficiência de vitamina B12 |

A combinação correta entre as colunas é:

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

32

Com relação à triagem nutricional, considere as seguintes afirmações:

- I. Quando realizada em até 72h da admissão hospitalar, impede a desnutrição.
- II. Contempla um maior número de doentes do que a avaliação nutricional.
- III. Detecta o risco nutricional sem classificar o estado nutricional.
- IV. Deve ser aplicada por profissionais treinados após a avaliação nutricional.

Está correto apenas o que se afirma em

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

33

A alimentação complementar deve ser oportunamente introduzida a partir dos seis meses de idade do bebê. Com relação às práticas alimentares nessa fase, é correto afirmar que

- (A) os alimentos complementares oferecidos com consistência mais espessa favorecem maior densidade energética que sopas ou outros líquidos.
- (B) a manutenção de horários rígidos para a realização das refeições é crucial para o desenvolvimento das sensações de fome e saciedade pelo bebê.
- (C) a prática de peneirar alimentos complementares é importante até a erupção dos primeiros dentes decíduos do bebê, os quais habilitam o processo de trituração.
- (D) a oferta de leite materno deve ser suspensa nos primeiros dias de alimentação complementar visto que a capacidade gástrica do bebê é limitada.
- (E) o preparo dos alimentos oferecidos ao bebê deve ser separado do restante da família até os primeiros 24 meses de vida.

34

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) constitui uma organização dos serviços de saúde que visa à garantia da integralidade do cuidado e se caracteriza pelas relações horizontais entre os pontos de atenção, a partir da ordenação da Atenção Primária à Saúde (APS).

Considere as seguintes afirmações:

- I. O reconhecimento do direito à alimentação adequada é um elemento fundamental na humanização do cuidado e promoção de saúde nos diferentes pontos de atenção da RAS.
- II. O monitoramento da situação de saúde e nutrição da população promove a identificação de necessidades e a resolutividade do cuidado, seja na atenção básica ou na coordenação a outros pontos da rede de atenção à saúde.
- III. Na organização da RAS, a promoção da saúde é atributo da atenção básica e o cuidado nutricional é atributo específico dos serviços especializados.

Sobre o cuidado nutricional e a promoção de alimentação saudável na RAS, está correto apenas o que se afirma em

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

35

O estudo DASH (Dietary Approachs to Stop Hypertension) foi um estudo multicêntrico, randomizado, cujo foco principal foi verificar o efeito de uma dieta sobre a pressão arterial. As características da dieta que foram relacionadas com a diminuição dos níveis pressóricos são:

- (A) rica em cálcio, magnésio, potássio, fibras e teores reduzidos de gordura saturada e colesterol.
- (B) rica em vitamina E, cálcio, fósforo e magnésio, hipossódica, hiperproteica e pobre em colesterol.
- (C) com baixos teores de cálcio, ferro, hiperproteica e rica em fibras e gordura monoinsaturada.
- (D) rica em magnésio e fósforo, hipossódica, normoproteica e pobre em gordura saturada e colesterol.
- (E) pobre em cálcio e fósforo, rica em potássio, cobre e magnésio, hiperproteica e hipogordurosa.

36

Os portadores de síndrome do intestino curto costumam apresentar um conjunto de sinais e sintomas clínicos, como diarreia crônica, desidratação, distúrbios eletrolíticos, perda de peso e desnutrição. Com relação à dieta recomendada para essa patologia, é correto afirmar:

- (A) A terapia de nutrição enteral é a via de nutrição preferencial na fase inicial da doença, período caracterizado por diarreia maciça.
- (B) A água de coco verde é indicada para hidratação oral de pacientes logo após a ressecção intestinal.
- (C) A realimentação oral pode ser retomada gradativamente, respeitando a tolerância individual, assim que haja estabilização das perdas hidroeletrólíticas e controle das perdas fecais.
- (D) A ingestão de fibras solúveis é estimulada na alta hospitalar para aumentar o peristaltismo.
- (E) A adição de gordura é feita antes da proteína para aumentar a oferta calórica, preferindo-se o triglicérides de cadeia média.

37

A insuficiência cardíaca é uma doença crônica de alta mortalidade. Apesar de ainda não haver consenso sobre a ingestão ótima de sódio, a restrição de sal costuma ser indicada aos pacientes com insuficiência cardíaca porque

- (A) contribui para reduzir descompensação da doença, sobrecarga de fluidos e edema.
- (B) inibe o hipermetabolismo gerado pelas citocinas pró-inflamatórias e catecolaminas.
- (C) pode aumentar os marcadores de melhor prognóstico a longo prazo.
- (D) promove balanço hídrico negativo e balanço nitrogenado e energético positivo.
- (E) a necessidade de sódio nesses pacientes é menor do que em indivíduos saudáveis.

38

O profissional de saúde, ao propor um tratamento, deve reconhecer a singularidade e a complexidade do ser humano e oferecer a melhor terapêutica para reestabelecer sua saúde, seja em relação à técnica clínica ou à observação de suas necessidades físicas, psicológicas ou sociais.

Essa afirmação refere-se ao seguinte princípio da bioética:

- (A) Beneficência.
- (B) Autonomia.
- (C) Informação.
- (D) Justiça.
- (E) Equidade.

39

A segunda edição do Guia Alimentar para a População Brasileira reviu as recomendações para uma alimentação adequada e saudável face às transformações vivenciadas pela sociedade. Um dos cinco princípios que norteiam a elaboração desse guia é:

- (A) A complexa relação entre as dimensões biológica, social e cultural da alimentação e da saúde demanda um conhecimento baseado em estudos clínicos.
- (B) A alimentação é mais que a ingestão de nutrientes e inclui os alimentos, como estes são combinados entre si e preparados, o modo de comer e as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares.
- (C) O acesso a informações sobre os determinantes da alimentação adequada e saudável restringe a autonomia individual e coletiva para fazer as escolhas alimentares.
- (D) A substituição dos alimentos *in natura* ou minimamente processados por produtos industrializados deve ser estimulada, diante do aumento de doenças crônicas relacionadas à alimentação.
- (E) A alimentação adequada e saudável implica formas de produção e distribuição dos alimentos que protejam os recursos naturais e a biodiversidade como a monocultura e a agricultura mecanizada.

40

A nutrição enteral precoce do paciente crítico, nas primeiras 24-48 h, é recomendada pelas principais diretrizes internacionais porque

- (A) está associada a melhor balanço nutricional e menor risco de translocação bacteriana.
- (B) aumenta a hipotrofia intestinal e a permeabilidade da mucosa intestinal.
- (C) contribui para a redução de complicações como hiperglicemia e distensão abdominal.
- (D) diminui a produção de hormônios anabólicos como insulina e hormônio do crescimento.
- (E) previne a perda de massa magra mesmo no paciente instável hemodinamicamente.

41

O atendimento ético por meio de uma relação solidária e de confiança, pautado na escuta qualificada com a avaliação de risco dos usuários em cada ponto de acesso do sistema de saúde, para garantir a atenção integral, resolutiva e responsável, define a diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) denominada

- (A) Clínica ampliada.
- (B) Valorização do trabalhador.
- (C) Transversalidade.
- (D) Acolhimento.
- (E) Defesa dos direitos do usuário.

42

A atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas tem demandado ao SUS a organização de oferta continuada de cuidados para promoção da saúde e prevenção de complicações por meio de atendimento oportuno e resolutivo. Considerando a organização do cuidado de pessoas com sobrepeso e obesidade dentro de uma Rede de Atenção à Saúde, com base na estratificação de risco, um paciente obeso (IMC entre 30 e 40 kg/m²) sem comorbidades, deve ter o seguimento de saúde realizado idealmente pela equipe de saúde

- (A) de referência da atenção básica.
- (B) multiprofissional especializada hospitalar.
- (C) multiprofissional especializada ambulatorial.
- (D) matricial da atenção básica.
- (E) da atenção básica com apoio matricial.

43

O tipo de sistema de distribuição de refeições é importante para o planejamento de uma Unidade de Alimentação e Nutrição Hospitalar. Em relação ao sistema centralizado de distribuição, é correto afirmar:

- (A) Todas as refeições são preparadas e porcionadas na cozinha, possibilitando melhor acompanhamento das sobras.
- (B) Todas as refeições são preparadas e porcionadas nas copas de apoio, possibilitando melhor acompanhamento das sobras.
- (C) Todas as refeições são preparadas na cozinha e transportadas para porcionamento nas copas de apoio, possibilitando maior agilidade na distribuição.
- (D) As refeições principais são preparadas e porcionadas na cozinha e os líquidos são porcionados nas copas de apoio, possibilitando maior agilidade na distribuição.
- (E) Todas as refeições são preparadas e porcionadas nas copas de apoio, possibilitando maior agilidade na distribuição.

44

A terapia nutricional para pacientes renais crônicos em hemodiálise tem como objetivo recuperar ou manter o estado nutricional do paciente, dessa forma as orientações incluem a

- (A) restrição proteica e o uso preferencial de proteínas vegetais.
- (B) suplementação de vitaminas lipossolúveis para repor as perdas durante a hemodiálise.
- (C) ingestão normal de líquidos para promover uma melhor qualidade de vida do paciente.
- (D) restrição de sódio com redução de ingestão de alimentos processados e industrializados.
- (E) suplementação de cálcio, fósforo e potássio para reduzir risco de doenças ósseas.

45

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi aprovada no ano de 1999 e atualizada em 2012 com o objetivo de tornar-se um referencial para as ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde brasileiro. Sobre a PNAN é correto afirmar que

- (A) sua atualização resultou no reconhecimento da alimentação como Direito Social Básico do ser humano através da publicação da Emenda Constitucional nº 64.
- (B) o conceito de intersetorialidade adotado por ela refere-se às ações de promoção de alimentação saudável realizadas pelas equipes de saúde nas escolas.
- (C) a participação e o controle social compõem a diretriz relacionada à ampliação do diálogo entre população e governo em seus processos decisórios.
- (D) as ações desenvolvidas nos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição destinam-se à garantia da inocuidade e qualidade nutricional dos alimentos em toda a cadeia produtiva.
- (E) sua implantação e seu financiamento constituem responsabilidade exclusiva do gestor municipal, juntamente com a expansão das equipes de atenção básica.

46

A definição de Segurança Alimentar e Nutricional adotada no Brasil incorporou um conceito relacionado ao direito das nações de preservar suas práticas alimentares tradicionais e de definir seu próprio sistema alimentar. Esse conceito se refere a

- (A) vigilância alimentar.
- (B) regulação dos alimentos.
- (C) comunidades tradicionais.
- (D) atenção nutricional.
- (E) soberania alimentar.

47

O monitoramento de rotina das práticas de consumo alimentar colabora com o diagnóstico da situação alimentar e nutricional dos indivíduos e da população e, ao mesmo tempo, fornece dados para o planejamento e a organização do cuidado. Em relação à utilização dos formulários de marcadores de consumo nos serviços de Atenção Básica, é correto afirmar que

- (A) as questões referem-se aos alimentos ingeridos na última semana.
- (B) os formulários podem ser aplicados por profissionais de saúde, independentemente de sua formação.
- (C) as orientações sobre alimentação adequada e saudável devem ser realizadas pelo nutricionista.
- (D) as informações coletadas permitem uma avaliação quantitativa da alimentação.
- (E) os alimentos estão agrupados em blocos segundo o tipo de processamento.

48

Segundo a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), a organização do processo de trabalho e da atenção oferecida nos diversos pontos da rede de atenção à saúde deve ser realizada idealmente por equipes multidisciplinares com atuação transdisciplinar. Este tipo de equipe se caracteriza por

- (A) relações hierárquicas entre os profissionais.
- (B) autonomia técnica plena de saberes.
- (C) corresponsabilidade entre os integrantes.
- (D) independência de projetos assistenciais.
- (E) justaposição das ações.

49

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) propõe o desenvolvimento de ações ordenadas entre o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e o Sistema Único de Saúde para fortalecer, no contexto de rede de atenção à saúde, o enfrentamento dos agravos à saúde sob a ótica de seus determinantes sociais. Esta premissa da PNAN se refere à diretriz:

- (A) formação técnica de recursos humanos em nutrição.
- (B) regulação de alimentos *in natura* e industrializados.
- (C) pesquisa, inovação em alimentação e nutrição.
- (D) cooperação e articulação para a segurança alimentar e nutricional.
- (E) estímulo à produção da agricultura familiar.

50

As pesquisas sobre a alimentação mostram mudanças significativas no padrão alimentar da população brasileira. Atualmente, observa-se que,

- (A) na adolescência, há uma melhoria do padrão da dieta com aumento do consumo de feijão, saladas e verduras em geral.
- (B) na população, o consumo de frutas e hortaliças se manteve estável, contrapondo à elevação da ingestão de alimentos ultraprocessados.
- (C) devido à menor frequência de consumo de alimentos com baixa qualidade nutricional, o aumento da renda das famílias se reverte em melhoria na dieta.
- (D) no meio rural, a dieta sofre influência do padrão urbano, caracterizado por um maior consumo de alimentos industrializados.
- (E) em todas as regiões do país, observam-se uma recuperação das tradições alimentares e o resgate da identidade cultural.

