



Processo Seletivo dos Programas de
Residência em Área Profissional da
Saúde - USP 2027

Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo M**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: 4 horas. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 15 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVest a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste concurso.
6. Lembre-se de que a FUVest se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVest. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, 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 5 alternativas cada uma, e **1** estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

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

ASSINATURA

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

Interpretação de texto

01

Bicudinho



Caco Galhardo. Folha de S. Paulo. 27/04/2026.

A construção do humor na tirinha decorre principalmente de

- (A) repetição de comportamentos semelhantes ao longo da narrativa.
- (B) contraste entre a expectativa criada e o desfecho da narrativa.
- (C) utilização de termos estrangeiros associados às redes sociais.
- (D) descrição objetiva da rotina de pessoas em fase de aposentadoria.
- (E) contraposição entre personagens de diferentes gerações.

Texto para as questões 02 e 03

Aprimoradas por 230 anos, as vacinas são hoje um pilar da saúde global, e, sem elas, poderíamos estar em caos. É o que os epidemiologistas Mathew Kiang e Nathan Lo, da Universidade Stanford, nos Estados Unidos, alertam. Preocupados com as ações antivacinas promovidas por Robert F. Kennedy Jr., secretário de Saúde americano, os pesquisadores decidiram calcular os prejuízos de longa data da falta de políticas de imunização em seu país. Em 25 anos, a dupla estima que, se ninguém fosse vacinado contra a poliomielite, doença viral que ataca o sistema nervoso de forma irreversível, 23 mil crianças teriam paralisia. Além disso, 41 mil bebês desenvolveriam uma síndrome com problemas auditivos, cardíacos e cerebrais caso as gestantes não estivessem protegidas contra a rubéola. Outro desastre seria a ausência da vacina contra a difteria. Sem as picadas, a doença faria de 130 mil a 1 milhão de vítimas. Já a falta de vacina contra o sarampo levaria à morte de 290 mil indivíduos no mesmo período. Por lá, essa vacina ainda é recomendada, mas enfrenta resistência na adesão. Em 2025, houve três óbitos e 2,2 mil casos. E o patógeno segue à solta, um cenário preocupante, pois os EUA serão um dos países sede da Copa do Mundo de futebol.

Larissa Beani. *Como seria um mundo sem vacinas?*. Revista Veja Saúde. 14/05/2025. Adaptado.

02

A argumentação do texto é construída, principalmente, por meio de

- (A) apresentação de dados para demonstrar os impactos da ausência de vacinação.
- (B) comparação entre os sistemas de saúde de diferentes países ao longo do tempo.
- (C) descrição detalhada do funcionamento biológico das vacinas.
- (D) defesa de medidas sanitárias voltadas exclusivamente ao combate do sarampo.

- (E) exposição de experiências pessoais de pacientes afetados por doenças infecciosas.

03

No trecho *Já a falta de vacina contra o sarampo levaria à morte de 290 mil indivíduos no mesmo período*, o emprego da forma verbal “levaria” indica que o dado apresentado corresponde a uma

- (A) confirmação estatística de mortes registradas no período analisado.
- (B) projeção de consequência em uma situação simulada pelos pesquisadores.
- (C) hipótese sem relação com os cálculos científicos mencionados.
- (D) possibilidade descartada após novas políticas de vacinação.
- (E) comparação entre doenças com diferentes taxas de mortalidade.

Texto para as questões 04 e 05

A promessa de autonomia lançada pelo Esclarecimento – de que a humanidade poderia libertar-se das amarras do mito e da tradição pelo uso ousado da razão – sempre carregou consigo uma sombra. Por um lado, o projeto iluminista aspirava a um mundo mais justo e livre; por outro, a razão que deveria emancipar mostrou sua face instrumental, convertendo-se em ferramenta de cálculo e dominação. É nessa encruzilhada, entre promessa e catástrofe, que a inteligência artificial emerge como herdeira e ápice desse processo, levando ao limite a lógica da quantificação e da eficiência. Ao adentrar o território da psicoterapia, a IA não apenas testa os limites de sua aplicabilidade, como também levanta uma questão: é possível traduzir o sofrimento humano em dados e protocolos?

Cristian Arão e Nanci Nakamura. *O que não se programa: IA, psicanálise e os limites do método científico*. Revista Cult. 04/05/2026. Adaptado.

04

A oposição central desenvolvida no texto estabelece uma tensão entre

- (A) mito e religião.
- (B) ciência e tecnologia.
- (C) subjetividade e progresso.
- (D) autonomia e controle.
- (E) tradição e inovação digital.

05

No texto, a inteligência artificial é caracterizada como

- (A) resultado inesperado do avanço tecnológico.
- (B) ruptura com os princípios da modernidade.
- (C) culminação de uma lógica orientada pela eficiência.
- (D) solução para os limites da razão humana.
- (E) retorno contemporâneo ao pensamento mítico.

Texto para as questões 06 e 07

As coisas acontecem quando querem
E quando crescem todo mundo vê
Não o caminho traçado à navalha
Mas o tamanho do bicho que é
Eu quero ser o que rolar pra mim
Quero, de querer, de estar a fim
Fazendo o certo independentemente
Indefinidamente
Viver bem
Comer bem
Dormir bem
Falar legal
Big bang, big bang, big bang
Tudo bem, tudo bem, 'tá legal, 'tá legal, 'tá

Jadsa. *Big bang* (2025).

06

A repetição do verbo “querer” em *Quero, de querer, de estar a fim* contribui para enfatizar a

- (A) oposição entre desejo e obrigação.
- (B) intensidade da vontade expressa pelo eu lírico.
- (C) incerteza diante das escolhas da vida.
- (D) dependência de decisões alheias.
- (E) recusa em assumir responsabilidades.

07

O verso *Eu quero ser o que rolar pra mim*, no contexto da canção, sugere uma postura de

- (A) dependência de orientação externa.
- (B) rejeição das mudanças pessoais.
- (C) obediência a normas rígidas.
- (D) preocupação com reconhecimento social.
- (E) abertura às possibilidades da vida.

Conhecimentos gerais

08

A Lei Federal nº 8080, editada em 1990, define a saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (art. 6º, inciso XXII, parágrafo 3). No âmbito da saúde do trabalhador, essa Lei

- (A) garante ao sindicato dos trabalhadores o direito de requerer ao órgão competente a interdição da máquina, de setor de serviço e de todo ambiente de trabalho quando houver risco iminente de vida ou saúde dos trabalhadores.
- (B) dispõe que a informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho deve ser prestada pelo Ministério do Trabalho e Emprego.
- (C) prevê a assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho e designa a Secretaria Nacional de Assistência Social para assistência aos portadores de doença profissional e do trabalho.

- (D) estabelece que a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador está restrita às instituições e empresas públicas.
- (E) determina que a informação sobre os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão estão no âmbito do Ministério Público do Trabalho.

09

A proposta da Clínica Ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam superar a fragmentação dos conhecimentos e da prática ao se relacionar com os usuários enquanto sujeitos, buscando sua participação e autonomia. De acordo com o documento “Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular” (2007), é correto afirmar:

- (A) O diagnóstico pressupõe certa regularidade e, portanto, é condição suficiente para definir todo o tratamento para uma pessoa.
- (B) Doenças complexas requerem que a equipe de saúde possa afirmar, para segurança dos usuários, que o conhecimento que detém é ilimitado.
- (C) A excessiva ênfase no incentivo a mudanças saudáveis nos hábitos faz com que usuários se comportem como políquelosos.
- (D) Danos de tratamentos e exames sem critério podem relacionar-se à noção de saúde como bem de consumo.
- (E) A transferência do ônus de um possível fracasso para o usuário é uma forma de produzir co-responsabilidade.

10

A portaria nº 4279 (Brasil, 2010) trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, tal portaria

- (A) caracteriza a RAS pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Hospitalar.
- (B) considera que é possível prescrever um modelo organizacional único para as RAS, tendo em vista o conjunto de atributos apresentados.
- (C) entende por gestão da condição da saúde nas RAS a adoção de um modelo de atenção à saúde focado no indivíduo.
- (D) associa a longitudinalidade a diversos benefícios dentre os quais a possibilidade de utilização dos serviços com maior frequência.
- (E) diferencia a RAS baseada na Atenção Primária à Saúde (APS) e rede de urgência e emergência pelo papel desempenhado pela APS.

11

No documento "SUS de A a Z" (Brasil, 2009), afirma-se que "a função de gerir a Saúde, em qualquer esfera institucional, coloca vários desafios que precisam ser enfrentados. E o primeiro deles é, justamente, conseguir dominar toda a complexidade de conceitos, nomenclaturas, ações e serviços abrangidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS)" (p.7). Conforme esse documento, é correto afirmar:

- (A) As estratégias para a melhor condução dos sistemas de Saúde terão que se adequar a um padrão único de gestão.
- (B) A condução da equipe de Saúde, que assume junto com o secretário as funções cotidianas de gestão, deve privilegiar as capacidades técnicas.
- (C) A elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência pressupõe a horizontalização por linhas de cuidado.
- (D) As análises de situação de Saúde, que contribuem para a tomada de decisão, são processos pontuais, oportunos e sintéticos.
- (E) O acolhimento pressupõe hora ou profissional específicos para fazê-lo em um espaço ou local determinado.

12

Considerando as reflexões apresentadas por Peduzzi *et al.* (2020) sobre o conceito de trabalho em equipe no contexto da saúde, é correto afirmar:

- (A) O trabalho em equipe interprofissional baseia-se na hierarquização entre as diferentes profissões tendo em vista as salvaguardas das especificidades.
- (B) A atuação isolada de cada profissional, com foco na especialidade, potencializa os resultados das ações empreendidas.
- (C) Espaços coletivos de discussão podem dar lugar com sucesso à padronização de condutas profissionais baseadas em protocolos.
- (D) O trabalho em equipe requer que cada profissional abra mão da expectativa de plena autonomia pautada no saber técnico científico de sua área de atuação.
- (E) A "colaboração" é caracterizada como forma menos flexível de trabalho interprofissional, com níveis maiores de compartilhamento e interdependência de ações.

13

Por humanização, entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. A Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (2004) postula o seguinte:

- (A) A humanização é marcada pela inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos.
- (B) Na avaliação dos serviços tem sido evidente o preparo dos profissionais da equipe de saúde para lidar com a dimensão subjetiva dos usuários.
- (C) Os modos de cuidar e as demais ações do SUS são instâncias separadas das modalidades de gestão dos serviços.
- (D) A deficiência educacional da população requer que os usuários sejam os sujeitos da educação permanente em saúde.
- (E) O SUS foi uma reforma completa na saúde, e o estágio de organização do sistema já foi superado.

14

Segundo Vidal *et al.* (2014) "A bioética alude aos problemas morais que emergem da intervenção humana em diferentes campos, com destaque para aqueles inerentes às relações estabelecidas em todos os níveis da atenção à saúde"(p.348). Na revisão de literatura empreendida pelos autores sobre os principais problemas éticos no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), os resultados obtidos apontam que

- (A) a precariedade do trabalho, sob a perspectiva da bioética, pode ser enfrentada mediante a rotatividade dos trabalhadores das equipes de ESF em busca de melhores salários.
- (B) a interdependência entre saúde e determinantes ambientais, na sua interface com a bioética contemporânea, pode impulsionar as ações de promoção da saúde.
- (C) a relação dialógica, como centro do vínculo na ESF, se fundamenta na comunicação efetiva que prescinde da escuta ativa e da consideração das crenças dos usuários.
- (D) o direito do usuário ao sigilo, à confidencialidade e à privacidade tem papel secundário na formação do vínculo com a equipe de saúde da família.
- (E) modalidades de gestão da ESF, tais como a terceirização por organizações sociais, contribuem para a formação de vínculos e a longitudinalidade do cuidado.

15

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria nº 2436/2017), a Atenção Básica (AB) deve ser a principal porta de entrada e centro comunitário da Rede de Atenção à saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Conforme o texto dessa portaria, é correto afirmar:

- (A) A responsabilidade do financiamento para fortalecimento da AB é bipartite, cabendo precipuamente ao gestor estadual.
- (B) A divulgação periódica dos relatórios de indicadores da AB, que assegura o direito à informação, é de competência do gestor federal.
- (C) A dicotomia e a oposição entre a assistência e a promoção da saúde são desafios que excedem as atribuições da AB.
- (D) Gerentes de Unidades Básicas de Saúde podem acumular suas atribuições com as funções de um profissional integrante da equipe da AB.
- (E) Um ambiente adequado em uma Unidade Básica de Saúde tem como componentes a recepção sem grades e a identificação dos serviços, entre outros.

Nutrição

16

As boas práticas de fabricação servem para garantir a qualidade dos alimentos e, conseqüentemente, a saúde do consumidor. A etapa de manipulação dos alimentos e o controle de tempo-temperatura estão corretamente correlacionados em:

- (A) Cocção: o centro geométrico do alimento deve atingir no mínimo 74°C.
- (B) Resfriamento: as preparações devem passar de 74°C para 10°C em até 2 horas.
- (C) Espera para distribuição: alimentos quentes devem ser mantidos a mínimo de 60°C por no máximo 4 horas.
- (D) Cocção: o centro geométrico do alimento deve atingir no mínimo 60°C.
- (E) Espera para distribuição: alimentos quentes devem ser mantidos a mínimo de 74°C por no máximo 6 horas.

17

"Cardápio significa uma sequência de pratos a serem servidos em uma refeição, ou todas as refeições de um dia ou por um período determinado. O cardápio é uma ferramenta que inicia o processo produtivo e serve como instrumento gerencial para a administração do restaurante."

ABREU, E. S.; SPINELLI, M. G. N.; PINTO, A. M. S. *Gestão de unidades de alimentação e nutrição: um modo de fazer*. 8. ed. São Paulo: Metha, 2023.

Sobre esse item central na gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN), assinale a alternativa correta.

- (A) O nutricionista, ao elaborar o cardápio para a alimentação coletiva, deve considerar as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, como por exemplo: não utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar ao criar preparações culinárias destinadas a indivíduos e grupos saudáveis ou enfermos, já que a escolha do cliente pode ser inadequada, com refeições muito calóricas.
- (B) No serviço *self-service*, os clientes tendem a reclamar de monotonia alimentar, embora o cardápio geralmente apresente muitas opções. Como as pessoas costumam escolher sempre as mesmas preparações, acabam sentindo a sensação de falta de variedade. Por esse motivo, é preferível ter menor número de opções e maior variedade de preparações ao longo da semana.
- (C) Nos casos em que a estrutura gerencial do restaurante já exista, o cardápio deverá ser planejado de acordo com as preferências dos clientes, sem considerar a estrutura física, de matérias-primas ou os recursos humanos disponíveis.
- (D) Ao elaborar o cardápio, deve-se ter a preocupação de observar que a salada seja composta com alimentos que componham as demais preparações. Por exemplo: salada de legumes e sopa de legumes devem ser servidas juntas, visando maior riqueza nutricional em cada refeição.
- (E) Quando a UAN optar por servir massas nas refeições do almoço e do jantar como prato-base, deve haver um porcionamento inferior ao do arroz e feijão, sendo obrigatório o acompanhamento de um prato proteico.

18

Em um hospital de média complexidade, foi internada uma paciente de 68 anos, do sexo feminino, com histórico de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 há 3 meses, com quadro atual de fratura no braço. Na admissão, o nutricionista realizou a coleta dos seguintes dados antropométricos:

- Peso: 63 kg
- Altura: 1,70 m
- IMC: 21,8 kg/m²

Segundo os valores de referência de Índice de Massa Corporal do idoso, essa paciente deve ser classificada como

- (A) baixo peso.
- (B) eutrofia.
- (C) sobrepeso.
- (D) obesidade.
- (E) sarcopenia.

19

Durante uma visita domiciliar, o nutricionista da UBS do Jaguaré atendeu uma família cujo filho mais novo (sexo masculino, 5 anos e 2 meses) havia passado no pediatra na semana anterior. Aproveitando a visita desse profissional, a mãe questionou se o peso e a estatura da criança, aferidos na consulta citada, estavam adequados para a idade. Após registrar os dados obtidos na caderneta de saúde da criança, nas curvas de crescimento propostas pela Organização Mundial da Saúde em 2006, o nutricionista identificou os resultados:

- Peso: 16 kg (escore-z de Peso para idade: P/I = -1,32)
- Estatura: 99 cm (escore-z de Estatura para idade: E/I = -2,47)
- IMC: 16,3 kg/m² (escore-z de IMC para idade: IMC/I = 0,9)

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

- (A) Peso adequado para a idade; baixa estatura para a idade; eutrofia.
- (B) Baixo peso para a idade; baixa estatura para a idade; eutrofia.
- (C) Peso adequado para a idade; baixa estatura para a idade; sobrepeso.
- (D) Peso adequado para a idade; estatura adequada para a idade; eutrofia.
- (E) Baixo peso para a idade; estatura adequada para a idade; magreza.

20

A anemia ferropriva é uma doença causada, principalmente, pela ingestão insuficiente de ferro. Na gestação, está associada ao maior risco de morte tanto para a mãe quanto para a criança, além de parto prematuro, baixo peso ao nascer e o surgimento de infecções. Para evitar a anemia ferropriva, a gestante deve:

- (A) Consumir 6-8 porções por dia de preparações com farinhas de trigo e milho, pois são enriquecidas com ferro e ácido fólico.
- (B) Consumir, na mesma refeição, alimentos de origem vegetal que contenham ferro, como raízes e tubérculos, e alimentos que sejam ricos em vitamina C, como leite integral e gergelim.
- (C) Receber suplementação de ferro preventiva a partir da 20ª semana de gestação e até o 3º mês pós-parto, além da ingestão de alimentos fonte de ferro.
- (D) Utilizar temperos naturais, como alho, cebola, ervas frescas ou secas, para preparar os alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal ingerida, pois o seu excesso pode causar anemia ferropriva.
- (E) Dar preferência a carnes mal passadas (bovina, suína, frango e peixe), pois o cozimento intenso degrada o ferro presente nesse alimento e reduz seu valor nutricional.

21

Em 2019, o Ministério da Saúde atualizou as diretrizes para a alimentação na primeira infância, com a publicação do "Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos". Nesse contexto, assinale a alternativa que contém uma recomendação atual para esse momento da nutrição infantil.

- (A) O aleitamento materno deve ser exclusivo até os 6 meses de idade, com exceção dos bebês que vivem em regiões secas e quentes, para os quais é necessária a oferta de água.
- (B) Caso a mãe identifique que o leite materno está fraco, o ideal é introduzir a alimentação complementar aos 4 meses de idade.
- (C) A introdução alimentar pode ser feita a partir dos 6 meses, com alimentos amassados para aqueles bebês que ainda não têm dentes, ou em pequenos pedaços para os que já tiverem os dentes frontais.
- (D) Nas primeiras semanas de introdução alimentar, apenas frutas e legumes devem ser oferecidos ao bebê. A partir do segundo mês, o almoço já deve incluir os seguintes grupos: feijões; legumes; verduras; carnes e ovos.
- (E) É normal a criança rejeitar o alimento nas primeiras vezes que o experimenta. Mesmo assim, é importante oferecê-lo várias vezes para promover a aceitação.

22

Comensalidade é o ato social de compartilhar refeições, indo além da nutrição para fortalecer vínculos, vivenciar a cultura e sentir prazer. Assinale a alternativa que descreve uma orientação do "Guia Alimentar para a População Brasileira" (2014) a respeito desse tema.

- (A) Refeições feitas em horários semelhantes todos os dias aumentam a rigidez da alimentação, tornando o ato de comer menos prazeroso.

- (B) Restaurantes onde se paga pela quantidade (peso) da comida selecionada pelo cliente, conhecidos como restaurantes de comida a quilo, fazem com que as pessoas tendam a comer mais do que o necessário.
- (C) O compartilhamento de responsabilidades na preparação de refeições é essencial para que nenhum membro da família se sinta sobrecarregado. Porém, crianças e adolescentes não devem ser incluídos no momento do preparo dos alimentos, já que há muitos riscos nessa etapa.
- (D) Locais limpos, tranquilos e confortáveis ajudam a concentração no ato de comer e convidam a que se coma devagar.
- (E) Comer na mesa de trabalho, comer em pé ou andando ou comer dentro de carros ou de transporte público, apesar de não ser ideal, favorece a não omissão de refeições, o que é importante em situações de insegurança alimentar.

23

No "Capítulo 2: A Escolha dos Alimentos" do Guia Alimentar para a População Brasileira, de 2014, há uma divisão categórica dos alimentos baseado no nível de processamento a que foram submetidos. Sobre a categoria "Óleos, gorduras, sal e açúcar", é correto afirmar:

- (A) Manteiga, banha e gordura de coco devem ser evitados, sendo substituídos por óleo de soja, azeite ou gorduras vegetais.
- (B) Dado que são produtos usados para temperar e cozinhar alimentos, seu impacto sobre a qualidade nutricional da alimentação dependerá essencialmente da quantidade utilizada nas preparações culinárias.
- (C) O açúcar tem 5 a 10 vezes mais calorias por grama do que a maioria das frutas. Por esse motivo, há uma recomendação de não ingestão desse produto.
- (D) São produtos alimentícios bastante acessíveis e com prazo de validade prolongado, sendo alimentos estratégicos para compor a base da alimentação do brasileiro.
- (E) Esses produtos são destinados para uso em preparações culinárias, não sendo recomendada a sua adição após o preparo dos alimentos, no momento da refeição.

24

Com base no trabalho "Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde" (Campos e Domitti, 2007), assinale a alternativa que descreve um objetivo do apoio matricial em saúde.

- (A) Fornecer formação continuada para profissionais que trabalhem em policlínicas ou hospitais.
- (B) Encaminhar os casos urgentes a serviços de nível secundário ou terciário, sem a necessidade de discussão com a equipe de referência.
- (C) Fortalecer a hierarquia do Sistema Único de Saúde, de modo que os serviços terciários ditem as normas e procedimentos a serem seguidos pelo nível primário.
- (D) Reduzir o número de profissionais generalistas trabalhando na atenção primária em saúde, dando protagonismo ao papel dos especialistas.
- (E) Oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde.

25

De acordo com o documento "Dietary Reference Intakes: The essential guide to nutrient requirements" (IOM, 2006), as evidências são insuficientes para determinar um Nível Máximo de Ingestão Tolerável de carboidratos. Porém, a ingestão máxima de calorias provenientes de açúcares de adição é sugerida em:

- (A) 25% do valor energético total.
- (B) 12% do valor energético total.
- (C) 45% do valor energético total.
- (D) 60% do valor energético total.
- (E) 5% do valor energético total.

26

Considere a recomendação de ingestão diária de gorduras totais de 20 a 35% do Valor Energético Total (VET) para adultos, segundo a Faixa de Distribuição Aceitável de Macronutrientes (DRI, 2006). No planejamento dietético de um adulto de 23 anos com um VET de 2025 kcal por dia, qual será o valor diário de gorduras totais a ser utilizado como base para a prescrição?

- (A) 40,5 a 70,9 g/dia.
- (B) 101,3 a 177,2 g/dia.
- (C) 45 a 78,7 g/dia.
- (D) 405,0 a 708,7 g/dia.
- (E) 4,5 a 7,8 g/dia.

27

Durante uma reunião de equipe, um enfermeiro questiona a diferença entre os marcadores de consumo alimentar utilizados na Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e os instrumentos aplicados em inquéritos populacionais, como recordatórios de 24 horas mais detalhados. Uma nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é chamada para esclarecer a questão. Com base no Marco de Referência da VAN na Atenção Básica, qual é a afirmação que melhor descreve a finalidade dos formulários de marcadores de consumo alimentar utilizados na rotina dos serviços de Atenção Básica?

- (A) Os formulários de marcadores de consumo alimentar têm como objetivo avaliar com precisão a participação de cada nutriente na dieta do indivíduo, substituindo a anamnese alimentar clínica detalhada.
- (B) Os formulários foram desenvolvidos para reproduzir os instrumentos utilizados em inquéritos populacionais, garantindo comparabilidade entre os dados coletados na Unidade Básica de Saúde e os dados epidemiológicos nacionais.
- (C) Os formulários são ferramentas práticas para identificar inadequações na alimentação e fornecer subsídios para orientação sobre promoção da alimentação adequada e saudável, sem substituir a anamnese alimentar mais detalhada.
- (D) Os formulários são aplicados por nutricionistas durante consultas individuais, sendo vedada sua utilização por outros profissionais da equipe de Atenção Básica.
- (E) Os formulários avaliam prioritariamente o consumo de macronutrientes e calorias totais, permitindo o cálculo do valor energético total da dieta para fins de prescrição dietética na Atenção Básica.

28

Um agente comunitário de saúde participa de uma capacitação sobre a Dieta Cardioprotetora Brasileira (DICA Br) e, durante a atividade, precisa orientar uma família sobre como classificar os alimentos que consome no dia a dia. Ao analisar os grupos alimentares da DICA Br, qual das alternativas a seguir descreve corretamente as características e o papel de um dos grupos na alimentação cardioprotetora?

- (A) O grupo verde é composto por alimentos *in natura* e minimamente processados, ricos em vitaminas, minerais, fibras e antioxidantes, e deve ser a base da alimentação diária, presente em maior proporção em relação aos demais grupos.
- (B) O grupo amarelo é composto por alimentos ultraprocessados, que, apesar de conterem mais energia e sal, podem ser consumidos com moderação por oferecerem energia para as atividades cotidianas.
- (C) O grupo azul é composto apenas por alimentos processados industrialmente, sendo recomendado seu consumo em pequenas quantidades pelo alto teor de aditivos químicos presentes em sua composição.
- (D) O grupo vermelho reúne alimentos *in natura* com alta densidade energética, que devem ser evitados por pessoas com fatores de risco cardiovascular, mas podem ser consumidos sem restrição por indivíduos saudáveis.
- (E) Os alimentos classificados no grupo amarelo, como castanhas e azeite, não possuem propriedades cardioprotetoras e devem ser consumidos como fonte de energia quando os alimentos do grupo verde não estiverem disponíveis.

29

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) apresenta diretrizes que orientam as ações de alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde (SUS). No que se refere à diretriz de Vigilância Alimentar e Nutricional, assinale a alternativa correta.

- (A) As chamadas nutricionais são pesquisas longitudinais realizadas continuamente ao longo do ano, sem vinculação a datas estratégicas.
- (B) A vigilância alimentar e nutricional deve fornecer dados agregados nacionalmente, sem necessidade de desagregação por gênero, raça/etnia ou populações específicas.
- (C) O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), operado a partir da Atenção Básica, tem como objetivo monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS em todas as fases da vida.
- (D) A vigilância alimentar e nutricional deve ser considerada a partir de um enfoque restrito aos serviços de saúde, sem integração com inquéritos populacionais ou produção científica.
- (E) Segundo a PNAN, a vigilância alimentar e nutricional tem por escopo o monitoramento do estado nutricional, não sendo responsável por subsidiar ações de promoção da saúde ou regulação de alimentos.

30

A Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (2022) propõe uma abordagem de cuidado emancipador, na qual o sujeito deixa de ocupar o papel passivo de paciente e passa a ser protagonista de sua própria saúde. Nessa perspectiva, a alimentação não é tratada como escolha individual isolada, mas como resultado de múltiplos determinantes sociais, culturais, econômicos e ambientais. Considerando essa concepção e os princípios que orientam as práticas de cuidado em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde (APS), assinale a alternativa correta.

- (A) O cuidado emancipador pressupõe que o conhecimento científico e a clínica sejam substituídos pelos saberes populares e pela experiência do usuário, pois a participação ativa do sujeito é incompatível com condutas técnicas baseadas em evidências.
- (B) O comportamento alimentar das pessoas é resultado da interação entre o ambiente alimentar e a cadeia de suprimentos, o que exige que as equipes de APS reconheçam e atuem sobre os determinantes que influenciam o acesso e o consumo de alimentos no território.
- (C) A responsabilidade pelos cuidados em Alimentação e Nutrição na APS recai sobre o nutricionista, profissional com formação técnica especializada nessa área, cabendo aos demais membros da equipe apenas encaminhar os usuários para consulta específica.
- (D) A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) equivale ao ato de informar e orientar os usuários sobre alimentação saudável, sendo suficiente a transmissão objetiva de conteúdos para modificar comportamentos alimentares.
- (E) A identificação do ambiente alimentar do território é uma tarefa exclusiva da gestão municipal de saúde, não integrando o processo de trabalho cotidiano das equipes de APS, que devem concentrar-se nas práticas clínico-assistenciais individuais.

31

A microbiota intestinal tem sido cada vez mais reconhecida como um fator relevante na regulação do peso corporal. Sua composição pode ser influenciada pelo uso de antibióticos e probióticos, por fatores do próprio indivíduo, modificáveis ou não, como hábitos alimentares, prática de atividade física, fatores genéticos e imunológicos, além de exposições ambientais, como poluentes e produtos químicos. Sobre a relação entre microbiota intestinal e obesidade, assinale a alternativa correta.

- (A) A exposição a poluentes ambientais e produtos químicos afeta o peso corporal por meio de mecanismos hormonais, sendo a microbiota intestinal apenas um marcador secundário dessas alterações.
- (B) Hábitos alimentares e prática de atividade física são classificados como fatores intrínsecos do hospedeiro, pois refletem características biológicas individuais que modulam a microbiota.
- (C) Fatores genéticos são considerados modificáveis pelo indivíduo, podendo ser reconfigurados por mudanças no estilo de vida que alteram a microbiota intestinal.
- (D) Os probióticos atuam sobre o peso corporal por uma via direta, com efeito metabólico independente das alterações que possam ocorrer na microbiota intestinal.
- (E) O uso de antibióticos pode contribuir para mudanças no peso corporal ao alterar a composição da microbiota intestinal e interferir na eficiência do metabolismo de nutrientes.

32

O “Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas” (2012) estabelece um conjunto de princípios que orientam as ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) no âmbito das políticas públicas brasileiras. Esses princípios reconhecem que a alimentação vai além da dimensão biológica, englobando aspectos culturais, sociais, ambientais e econômicos, e que as ações educativas devem considerar a complexidade do comportamento alimentar e a autonomia dos sujeitos. Acerca dos princípios para as ações de EAN estabelecidos nesse marco, assinale a alternativa correta.

- (A) O princípio da sustentabilidade, no contexto da EAN, restringe-se à dimensão ambiental, orientando as ações para a preservação dos recursos naturais renováveis e não renováveis envolvidos na produção de alimentos.
- (B) O princípio da abordagem do sistema alimentar na sua integralidade compreende desde o acesso à terra e aos meios de produção até as práticas alimentares individuais e coletivas e a geração e destinação de resíduos.
- (C) O princípio da promoção do autocuidado tem como foco central a atuação do profissional de saúde sobre o indivíduo, orientando condutas e comportamentos alimentares a serem adotados pelo sujeito.
- (D) O princípio da valorização da cultura alimentar local orienta as ações de EAN a considerar apenas as práticas e saberes de povos e comunidades tradicionais, excluindo outras formas de escolha alimentar.
- (E) O princípio da educação como processo permanente indica que as ações de EAN devem ser concentradas na primeira infância, período em que os hábitos alimentares são formados e têm maior impacto sobre a saúde futura.

33

A “Política Nacional de Alimentação e Nutrição” (PNAN) define princípios que fundamentam sua implementação, articulados aos princípios do SUS. Considerando o princípio do fortalecimento da autonomia dos indivíduos descrito na política, assinale a alternativa correta.

- (A) Segundo a PNAN, o fortalecimento da autonomia se dá pela oferta de informações técnico-científicas pelos profissionais de saúde, sendo esta a principal estratégia prevista para que os indivíduos façam escolhas alimentares mais saudáveis.
- (B) O fortalecimento da autonomia previsto na PNAN envolve o desenvolvimento da capacidade do indivíduo de lidar com situações a partir do conhecimento dos determinantes dos problemas que o afetam, tratando-se de um processo individual, vivido e conduzido pela própria pessoa.
- (C) A ampliação da autonomia alimentar, segundo a PNAN, ocorre quando o indivíduo passa a seguir as recomendações dos guias alimentares oficiais, adotando padrões alimentares validados cientificamente como referência para suas escolhas.
- (D) O fortalecimento da autonomia se consolida principalmente por meio da prescrição dietética individualizada realizada pelo nutricionista, sendo esta a estratégia central prevista pela PNAN para apoiar as escolhas alimentares da população.
- (E) Fortalecer a autonomia implica ampliar a capacidade do indivíduo de interpretar e analisar sua realidade, fazendo escolhas alimentares com reflexão crítica diante das pressões do mercado comercial de alimentos.

34

Demétrio *et al.* (2011) propõem a nutrição clínica ampliada como possibilidade de repensar a relação nutricionista-paciente, afirmando que ela deve ser entendida como um novo *modus operandi* interdisciplinar em saúde, no qual a racionalidade nutricional se articula com outras formas de conhecimento (senso comum, artístico, etc.) ligados à alimentação e ao ser humano.

Demétrio F, Paiva, JB, Frôes AAG, Freitas, MCS, Santos, LAS. A nutrição clínica ampliada e a humanização da relação nutricionista paciente: contribuições para reflexão. Revista de Nutrição (Campinas), v. 24, n. 5, set./out. 2011. p. 743-763.

De acordo com a concepção desses autores, é correto afirmar:

- (A) A nutrição clínica ampliada rompe com a necessidade de protocolos e *guidelines* clínico-nutricionais, pois a construção singular e dialógica do projeto terapêutico com cada paciente torna dispensável a padronização de condutas no âmbito dos serviços de saúde.
- (B) A competência dialógica proposta pela nutrição clínica ampliada implica que o nutricionista relativize as diretrizes nutricionais em função das preferências culturais do paciente, subordinando o conhecimento tecnocientífico às escolhas alimentares do sujeito.
- (C) A humanização proposta pela nutrição clínica ampliada supera o modelo assistencialista vigente ao integrar a competência tecnocientífica com a competência ética e relacional, reconhecendo os elementos psicobiopsicoculturais da alimentação como constitutivos do cuidado nutricional.
- (D) A interdisciplinaridade na nutrição clínica ampliada restringe-se à articulação entre os diferentes saberes biomédicos presentes na equipe multiprofissional de saúde, ampliando assim a resolutividade do cuidado clínico.
- (E) A nutrição clínica ampliada implica a ruptura com a racionalidade científica moderna e o abandono do modelo biomédico, substituindo-os pelos saberes do senso comum no cuidado nutricional.

35

Furtado (2009) aponta que a colaboração interprofissional enfrenta forças antagônicas no campo da saúde. Segundo o autor, *"colaboração profissional e profissionalismo constituirão dois lados em constante oposição, ainda que a existência de um dependa da existência do outro"*, sendo que a lógica profissional tende à diferenciação e à reserva de mercado, enquanto a lógica colaborativa aponta para a partilha de saberes e práticas centradas no usuário.

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

Considerando essa tensão estrutural e seus desdobramentos para a organização dos serviços de saúde, é correto afirmar:

- (A) Ainda que a lógica profissional e a lógica da colaboração interprofissional se apresentem como forças antagônicas, a superação desse antagonismo depende fundamentalmente da formação acadêmica dos profissionais, cabendo às faculdades e conselhos de classe o papel central de promover a integração entre as categorias nos serviços de saúde.
- (B) O modelo de equipes de referência contribui para a superação da fragmentação das ações em saúde ao reunir

profissionais de diferentes categorias em torno de uma clientela adscrita, com vínculo terapêutico, interdisciplinaridade e gestão colegiada como pilares centrais.

- (C) A superespecialização profissional é, por si só, suficiente para garantir integralidade e resolutividade nos serviços de saúde, desde que as equipes sigam protocolos bem definidos pelos respectivos conselhos de classe.
- (D) A interdisciplinaridade e a interprofissionalidade se efetivam por meio de princípios e intenções genéricas formuladas em textos acadêmicos, sendo desnecessária a ação de agentes concretos para que a colaboração entre disciplinas e profissões ocorra na prática.
- (E) O profissionalismo, marcado pela delimitação estrita de territórios de cada grupo profissional, favorece a colaboração interprofissional na medida em que fortalece a identidade de cada categoria, tornando mais clara a contribuição de cada profissional dentro da equipe.

36

O envelhecimento populacional representa um dos principais desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente diante da crescente carga de doenças crônicas não transmissíveis. Sobre a relação entre envelhecimento, comportamentos de saúde e prevenção de doenças crônicas, assinale a alternativa correta.

- (A) A mudança demográfica tornou o limiar de 60 anos um marcador homogêneo do envelhecimento, já que a expectativa de vida aproximou o perfil de saúde dos idosos entre países industrializados e em desenvolvimento.
- (B) A rigidez das intervenções dietéticas propostas em décadas anteriores gerou benefícios expressivos, fundamentando sua manutenção nas diretrizes atuais, com ajustes pontuais para grupos de maior risco.
- (C) O maior risco cardiovascular na população idosa justifica condutas dietéticas restritivas e padronizadas, já que intervenções amplas e variadas tendem a produzir resultados inconsistentes nessa faixa etária.
- (D) A elevada carga de doenças crônicas na população idosa decorre, entre outros fatores, da interação entre múltiplos processos patológicos e do declínio fisiológico progressivo, reforçando a importância de estratégias de prevenção voltadas a essa faixa etária.
- (E) Fatores externos que aceleram o declínio funcional no processo de envelhecimento sustentam a ideia de que intervenções preventivas primárias nessa fase têm janela restrita, sendo mais custo-efetivas em grupos mais jovens.

37

A vitamina D exerce papel central na homeostase do cálcio e no metabolismo ósseo. Considerando a ação da vitamina D e suas fontes de obtenção, assinale a alternativa correta.

- (A) A vitamina D ativa modula a síntese de paratormônio (PTH), aumenta a absorção intestinal de cálcio e está associada à melhora da massa óssea e da função muscular, sendo sua principal fonte de obtenção nos seres humanos a produção cutânea estimulada pelos raios UVB solares.
- (B) As evidências atuais já estabeleceram relação de causa e efeito entre baixas concentrações de vitamina D e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes e câncer, o que justifica a suplementação de toda a população para prevenir essas doenças.
- (C) A suplementação de vitamina D é atualmente recomendada de forma universal, independentemente da faixa etária ou do risco de deficiência, devido à alta prevalência de hipovitaminose D na população.
- (D) Como as fontes alimentares de vitamina D são limitadas, a suplementação farmacológica constitui, para a população geral, a estratégia mais eficaz de manutenção dos níveis adequados, superando a exposição solar aos raios UVB.
- (E) A vitamina D atua diretamente sobre o metabolismo do cálcio, reduzindo sua absorção intestinal como mecanismo de proteção contra a hipercalcemia, e estimula a liberação de PTH para compensar esse efeito.

38

Paciente de 42 anos, do sexo masculino, comparece à Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Ao ser avaliado, apresenta Índice de Massa Corporal (IMC) de 32 kg/m², diagnóstico de hipertensão arterial e histórico de insucesso em tratamento anterior na própria Atenção Básica. A equipe realiza a estratificação de risco e discute o fluxo de cuidado mais adequado. Com base no que se preconiza na linha de cuidado às pessoas com sobrepeso e obesidade, assinale a conduta mais adequada.

- (A) Elaborar um plano de ação para retorno ao IMC normal com prescrição dietética na Atenção Básica, encaminhando o paciente à Atenção Especializada Ambulatorial somente após nova tentativa de tratamento sem êxito nesse nível.
- (B) Encaminhar o paciente diretamente à Atenção Especializada Hospitalar para avaliação de procedimentos cirúrgicos, dado o histórico de insucesso no tratamento anterior na Atenção Básica.
- (C) Encaminhar o paciente à Atenção Especializada Ambulatorial para prescrição dietética e terapia comportamental, aguardando insucesso nesse nível antes de considerar farmacoterapia.
- (D) Manter o paciente exclusivamente na Atenção Básica com prescrição dietética e terapia comportamental, pois a presença de apenas uma comorbidade ainda permite resolução nesse nível de atenção.
- (E) Encaminhar o paciente à Atenção Especializada Ambulatorial para prescrição dietética, terapia comportamental e farmacoterapia, mantendo o vínculo e o acompanhamento pela Atenção Básica.

39

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como porta de entrada do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, organizando-se a partir de atributos essenciais e derivados que orientam suas práticas. No que se refere a esses atributos e à responsabilidade pela organização dos cuidados em Alimentação e Nutrição na APS, assinale a alternativa correta.

- (A) A integralidade na APS se expressa na oferta de práticas de promoção, prevenção e tratamento, cabendo à coordenação do cuidado garantir que essas ações ocorram exclusivamente dentro da Unidade Básica de Saúde, evitando fragmentação por encaminhamentos desnecessários.
- (B) A longitudinalidade pressupõe a continuidade da relação de cuidado ao longo do tempo, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários, contribuindo para a redução de riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.
- (C) A responsabilidade compartilhada pelos cuidados em Alimentação e Nutrição implica que, na ausência do nutricionista, os demais profissionais da equipe assumam integralmente suas atribuições privativas, garantindo a continuidade da atenção nutricional.
- (D) Os atributos derivados da APS, como a competência cultural e a orientação comunitária, compõem o conjunto de características fundamentais que toda equipe deve possuir previamente, sendo pré-requisito para o desenvolvimento dos atributos essenciais.
- (E) A Atenção Nutricional, por envolver aspectos biológicos do estado nutricional, deve ser estruturada de forma independente das demais ações de saúde do SUS, assegurando maior especificidade técnica no diagnóstico e tratamento dos agravos nutricionais.

40

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN), enquanto disciplina e campo de prática, integra o currículo obrigatório dos cursos de graduação em Nutrição e também é desenvolvida como área de pesquisa em programas de pós-graduação e projetos de extensão. O Marco de Referência de EAN para as Políticas Públicas (2012) reconhece que, por ser um campo intersetorial e multidisciplinar, a formação profissional e a educação permanente são elementos fundamentais para a qualificação das ações de EAN.

Considerando o que o documento estabelece sobre Formação Profissional e Educação Permanente em EAN, assinale a alternativa correta.

- (A) A educação permanente é compreendida como aprendizagem no trabalho, baseada no aprendizado significativo e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, sendo construída a partir dos problemas encontrados na realidade e levando em consideração os conhecimentos prévios e as experiências adquiridas pelos profissionais.
- (B) A formação do nutricionista em nível de graduação já incorpora de maneira satisfatória os referenciais teóricos das áreas de pedagogia, sociologia e antropologia da alimentação, não representando, portanto, um desafio para a consolidação da EAN como campo de prática.
- (C) A educação permanente dos profissionais da saúde é realizada exclusivamente pelo Ministério da Saúde, por meio de projetos nacionais centralizados, sem participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou das Universidades.
- (D) A formação de profissionais da comunidade escolar em EAN é responsabilidade exclusiva do nutricionista, sendo este o único profissional habilitado a conduzir ações educativas no ambiente escolar, independentemente do setor de atuação.
- (E) Por ser um campo de conhecimento restrito à área da saúde, a EAN deve ser desenvolvida somente por profissionais com formação específica em Nutrição, não sendo recomendada a participação de outros profissionais em programas de formação e educação continuada sobre a temática.

Estudo de caso

Analise o caso descrito para responder às questões dissertativas da prova.

Luciana, 42 anos, é uma mulher branca, mãe de dois filhos, um de 5 anos e outro de 8 anos. É divorciada do pai dos seus filhos. Trabalha como auxiliar administrativa em uma Escola Estadual, em regime de turno fixo, com a rotina predominantemente sedentária, passando a maior parte do dia em frente ao computador, e não pratica nenhuma atividade física.

Há dois anos, procurou atendimento rotineiro com o clínico geral da sua Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima à sua residência, motivada pelo ganho de peso progressivo, queixas de cansaço excessivo e sono fragmentado. Nessa primeira consulta, após a realização de exames laboratoriais e ultrassonografia abdominal total, foram identificadas alterações nos níveis de colesterol total e triglicerídeos, além de esteatose hepática grau I ao exame de imagem. O médico orientou Luciana a modificar seus hábitos alimentares e iniciar a prática de atividade física regular, com o objetivo de promover perda de peso e melhora do quadro clínico. As orientações, no entanto, não foram seguidas, e Luciana manteve sua rotina habitual.

Decorridos dois anos, Luciana passou novamente pelo clínico. Realizou exames bioquímicos e da ultrassonografia abdominal total, cujos resultados apontaram para o quadro de esteatose hepática grau II. Diante desse cenário, o médico optou pelo encaminhamento de Luciana para o nutricionista da unidade. Os principais resultados de seus exames laboratoriais e seu exame físico são apresentados a seguir:

Exames laboratoriais Glicemia de jejum: 128 mg/dL HbA1c: 7,1 % Insulina de jejum: 24 µUI/mL Colesterol total: 218 mg/dL LDL-colesterol: 148 mg/dL HDL-colesterol: 38 mg/dL Triglicerídeos: 210 mg/dL
Exame físico Peso: 118 kg Estatura: 1,65 m IMC: 43,4 kg/m ² Circunferência da cintura: 112 cm

Na consulta com o nutricionista, foi realizada uma investigação detalhada sobre os hábitos e a rotina alimentar da paciente. Luciana relatou que, por residir perto tanto do trabalho quanto da casa de sua mãe, tem o costume de almoçar com ela de segunda a sexta-feira. Embora esse contexto favoreça uma alimentação caseira e variada, a paciente referiu consumir grandes volumes nas refeições, por sentir muita fome na hora do almoço. Soma-se a isso o hábito de a mãe de preparar todos os alimentos com banha de porco. Luciana demonstra preocupação com a própria alimentação e também com a saúde da mãe, que convive com hipertensão arterial e diabetes mellitus, ambas controladas exclusivamente por medicamentos. Apesar dessa preocupação e do desejo de mudar seus hábitos, a paciente aprecia a comodidade e o acolhimento das refeições na casa da mãe e evita recusar ou intervir no que a mãe prepara, para não fazer “desfeita”.

No jantar, costuma fazer refeições rápidas para ela e para os filhos. Após o trabalho, Luciana ainda acumula as tarefas domésticas e acompanha os filhos nas atividades escolares. A paciente demonstrou consciência sobre a inadequação de seus hábitos alimentares, porém referiu baixa autoeficácia para modificá-los. Relatou três tentativas anteriores de dietas restritivas por conta própria, todas sem resultado sustentado, o que contribui para um sentimento de frustração e descrença na possibilidade de mudança duradoura.

Recordatório de 24 horas

Refeição/Horário/Local	Alimentos/Preparações	Quantidade
Café da Manhã 7h00 No trabalho	Biscoito de leite Café coado Leite em pó integral Açúcar refinado	10 unidades 200 mL 1 colher de sobremesa 3 colheres de chá
Lanche da Manhã 10h00 No trabalho	Café coado Açúcar refinado	100 mL 3 colheres de chá
Almoço 13h00 Casa da mãe	Arroz branco Feijão carioca com linguiça Carne de panela (bovina) com batata e cenoura Salada de alface temperada com sal	2 colheres de servir 1 concha grande 1 colher de servir 1 pegador
Lanche da tarde 16h00 No trabalho	Pão de queijo industrializado Café coado Açúcar refinado	2 unidades pequenas 100 mL 3 colheres de chá

Jantar 21h00 Em casa	Macarrão espaguete Molho à bolonhesa caseiro Queijo ralado Refrigerante de limão zero Bombom recheado	3 pegadores cheios 1 concha média 1 colher de sopa 350 mL 1 unidade
----------------------------	---	---

Questão 01 (3,0 pontos)

Com base nos dados clínicos, antropométricos e laboratoriais disponíveis, identifique os achados que representam risco à saúde da paciente, justificando a relevância de cada um.

Questão 02 (4,0 pontos)

A partir do recordatório apresentado no caso, realize uma análise qualitativa do padrão alimentar de Luciana, identificando os principais problemas nas refeições, considerando os três pontos a seguir: a distribuição ao longo do dia; a qualidade dos alimentos consumidos; a ausência de grupos alimentares relevantes. Justifique a sua análise, relacionando com a rotina da paciente e com os princípios do “Guia Alimentar para a População Brasileira”.

Questão 03 (3,0 pontos)

Considerando a rotina de Luciana, seus hábitos alimentares e as dificuldades relatadas na consulta, discorra brevemente sobre duas estratégias de comunicação e aconselhamento relacionadas à conduta do nutricionista que podem ser usadas para apoiar e incentivar a paciente na melhoria da sua rotina alimentar.

Instruções:

- As respostas deverão ser redigidas de acordo com a norma padrão da língua portuguesa.
- Escreva com letra legível e não ultrapasse o espaço de linhas disponíveis da folha de respostas.
- Receberão nota zero textos que desrespeitem os direitos humanos e textos que permitirem, por qualquer modo, a identificação do(a) candidato(a).

RASCUNHO

NÃO SERÁ
CONSIDERADO
NA CORREÇÃO

RASCUNHO

NÃO SERÁ
CONSIDERADO
NA CORREÇÃO

Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2027

27/09/2026

NUTRIÇÃO

Prova M	
01	B
02	A
03	B
04	D
05	C
06	B
07	E
08	A
09	D
10	E
11	C
12	D
13	A
14	B
15	E
16	A
17	B
18	A
19	A
20	C
21	E
22	D
23	B
24	E
25	A
26	C
27	C
28	A
29	C
30	B
31	E
32	B
33	E
34	C
35	B
36	D
37	A
38	E
39	B
40	A

PROVA DISSERTATIVA

RESPOSTAS ESPERADAS

Questão 01 (3,0 pontos)

- O IMC de 43,4 kg/m² classifica Luciana com obesidade grau III, e a circunferência da cintura de 112 cm indica risco cardiovascular muito elevado, refletindo acúmulo significativo de gordura visceral;
- Os exames laboratoriais reforçam a gravidade do quadro. A glicemia de jejum de 128 mg/dL e a HbA1c de 7,1% sugerem o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e indicam controle glicêmico inadequado, com risco de complicações em órgãos-alvo a médio e longo prazo.
- A insulina de jejum elevada sugere resistência insulínica, mecanismo diretamente ligado ao excesso de gordura visceral.
- A paciente apresenta dislipidemia, sendo que, no perfil lipídico, observam-se colesterol total e LDL acima dos valores de referência, fatores de risco para aterosclerose e doença cardiovascular, HDL reduzido, que compromete a proteção cardiovascular, e triglicerídeos elevados, fortemente associados ao consumo excessivo de carboidratos refinados e açúcares.
- A progressão da esteatose hepática de grau I para grau II entre as duas consultas é um achado clínico particularmente preocupante, pois indica que, sem intervenção, o quadro tende a se agravar.
- O conjunto de obesidade abdominal, dislipidemia mista, hiperglicemia e resistência insulínica configura a síndrome metabólica, condição de alto risco cardiovascular que, no caso de Luciana, é diretamente alimentada e agravada pelo padrão alimentar cotidiano.

Pontuação:

0,5 ponto para a classificação correta do IMC

0,5 ponto para a classificação correta do risco cardiovascular pela circunferência da cintura

0,5 ponto para a sugestão de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, com justificativa de quais exames estão alterados

0,5 ponto para a dislipidemia, com justificativa de quais exames estão alterados

0,5 ponto para menção sobre evolução da esteatose hepática e justificativa

0,5 ponto para análise de como esses achados se relacionam entre si

Questão 02 (4,0 pontos)

- Distribuição e regularidade das refeições
- Embora Luciana realize cinco refeições ao longo do dia, a distribuição é desequilibrada. Os lanches e o café da manhã têm conteúdo nutricional muito pobre, fazendo com que o almoço concentre praticamente todo o valor nutricional do dia. A fome acumulada até o almoço, é consequência direta dessa distribuição inadequada e favorece o consumo excessivo nessa refeição;
- O almoço na casa da mãe é a refeição com maior potencial nutritivo, com arroz, feijão, carne e salada, combinação valorizada pelo Guia Alimentar para a População Brasileira;
- Jantar tardio (21h), hipercalórico e de preparo rápido, reflexo direto do cansaço acumulado na rotina.
- Qualidade geral dos alimentos consumidos
- Presença de ultraprocessados em quase todas as refeições (biscoito de leite, pão de queijo industrializado, refrigerante, bombom);
- Açúcar refinado adicionado repetidamente ao longo do dia, aparecendo em três momentos distintos apenas no café;
- Uso de banha de porco no preparo do almoço e linguiça no feijão, elevando a ingestão de gordura saturada.
- Ausências nutricionais relevantes

- Frutas, grão integrais, oleaginosas, laticínios, fibras (dos alimentos de origem vegetal) não aparecem em nenhuma refeição do dia;
- Vegetais apenas no almoço, na salada de alface;
- Grãos integrais, oleaginosas e laticínios estão completamente ausentes.
 - Relação com a rotina e com o Guia Alimentar
- O padrão alimentar de Luciana não é resultado apenas de escolhas individuais, mas reflexo direto da sua rotina. A exaustão ao final do dia leva a refeições rápidas e de baixa qualidade nutricional. O Guia Alimentar para a População Brasileira reforça que as condições em que se come importam tanto quanto o que se come, e no caso de Luciana, come-se com pressa, no trabalho ou após uma jornada esgotante, sem atenção e sem planejamento. O Guia também orienta a preferência por alimentos in natura e minimamente processados e o afastamento dos ultraprocessados, princípios que são sistematicamente contrariados ao longo de todo o recordatório.

Pontuação:

- 1 ponto para problema referente à distribuição alimentar ao longo do dia
- 1 ponto para problema referente à qualidade dos alimentos consumidos
- 1 ponto para problema referente à ausência de grupos alimentares relevantes
- 0,5 ponto para justificativa relacionada à rotina da paciente
- 0,5 ponto para justificativa relacionada com os princípios do Guia Alimentar

Questão 03 (3,0 pontos)

Possibilidades de resposta:

- Escuta ativa: Luciana chega à consulta com histórico de tentativas frustradas e baixa autoeficácia. Por isso, o nutricionista deve partir da escuta ativa, compreender a rotina, os vínculos e as reais possibilidades da paciente, antes de propor qualquer mudança. Abordagens restritivas e impositivas tendem a repetir o padrão que já falhou anteriormente.
- Priorizar mudanças viáveis e de maior impacto: diante de múltiplas inadequações, tentar corrigir tudo ao mesmo tempo é contraproducente. As mudanças iniciais devem ser simples e acessíveis, como reduzir o açúcar adicionado ao café, presente repetidamente ao longo do dia, substituir o refrigerante por água, incluir uma fruta nos lanches e reduzir o volume do jantar. Pequenas mudanças consistentes geram mais resultado do que grandes restrições insustentáveis.
- O almoço na casa da mãe: o vínculo afetivo com as refeições maternas deve ser respeitado. A orientação não deve passar por recusar ou criticar o que a mãe prepara, mas por estratégias dentro do que já existe, como reduzir o volume servido, iniciar a refeição pela salada e comer mais devagar. A mãe, que também tem diabetes e hipertensão, pode ser gradualmente envolvida no processo.
- No jantar: a orientação deve caminhar no sentido de facilitar escolhas melhores dentro da praticidade que a rotina exige, como manter ovos, legumes cozidos, arroz integral e feijão disponíveis em casa para refeições rápidas, reduzindo a dependência de ultraprocessados sem exigir grande esforço de preparo. Cozinhar em maior quantidade nos fins de semana e guardar porções para a semana também é uma estratégia acessível para a realidade de Luciana.
- Metas pequenas e pactuadas: as orientações devem ser traduzidas em metas concretas, combinadas com a própria paciente e ajustadas ao seu ritmo. Esse tipo de abordagem reconstrói a autoeficácia de Luciana progressivamente, criando base para mudanças mais amplas ao longo do acompanhamento.

Pontuação:

- 1 ponto para cada estratégia + 0,5 ponto para cada justificativa com correlação adequada com o caso clínico