



CONHECIMENTOS DO SUS – 01 A 20

01. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Na Conferência de Alma-Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi entendida como atenção à saúde essencial. Não há, contudo, uniformidade no emprego da expressão atenção primária à saúde (primary health care), identificando-se concepções, interpretações e abordagens distintas. A abordagem que refere à atenção primária à saúde como ponto de entrada no sistema de saúde e local de cuidados de saúde que incluem ações preventivas e serviços clínicos direcionados a toda a população, denomina-se:

- A) APS seletiva / Selective primary care.
- B) APS como Primeiro nível de atenção / Primary care.
- C) APS abrangente / Comprehensive primary health care.
- D) APS integral de Alma-Ata / Comprehensive primary health care.
- E) APS como Abordagem de saúde e de direitos humanos.

02. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Os modelos de atenção podem atender à lógica da demanda ou à das necessidades. Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, podem ser identificados modelos de atenção hegemônicos e propostas alternativas. Desse modo, dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico e o modelo sanitarista. Esses modelos hegemônicos não contemplam nos seus fundamentos o princípio da integralidade: ou estão voltados para a demanda espontânea (modelo médico) ou buscam atender necessidades que nem sempre se expressam em demanda (modelo sanitarista). Configuram-se modelos de atenção hegemônicos, exceto em:

- A) Modelo médico assistencial privatista e Modelo da atenção gerenciada.
- B) Campanhas sanitárias e Programas especiais.
- C) Vigilância sanitária e Vigilância epidemiológica.
- D) Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família.
- E) Oferta organizada e Ações programáticas de saúde.

03. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Os fundamentos e atributos inerentes às Redes de Atenção à Saúde (RAS) são imprescindíveis para sua adequada implantação em nível local. Fundamentos são os alicerces que formam e sustentam a base teórica de algo. As RAS para serem efetivadas de forma eficiente e com qualidade,

precisam ser estruturadas em 10 fundamentos: Economia de escala, Suficiência e Qualidade, Acesso, Disponibilidade de recursos, Integração vertical, Integração Horizontal, Processos de substituição, Região de Saúde ou Abrangência, Níveis de atenção. Sobre os fundamentos abaixo listados é incorreto:

- A) A economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo aumentam, à medida que diminuem o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um menor número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis.
- B) Suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.
- C) O acesso refere-se à ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários.
- D) Os níveis de atenção são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas.
- E) Processos de substituição são definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

04. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O Programa Hiperdia do centro de saúde A encaminha um paciente com diabetes para o Programa especializado em diabetes do hospital público B que, por sua vez, resolve indicá-lo para terapia renal em um hospital C privado vinculado ao SUS, que é o único no município que dispõe de tecnologia adequada. Todo esse processo é feito mediante gestão municipal. O fundamento das redes de atenção à saúde que ilustra o caso acima é o de:

- A) Acesso.
- B) Suficiência.
- C) Disponibilidade de recursos.
- D) Integração vertical.
- E) Integração horizontal.



05. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Saúde é um conjunto de políticas e diretrizes que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o acesso universal, a equidade e a integralidade da atenção à saúde de todos os brasileiros. A Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017 classifica as políticas/diretrizes nacionais de saúde do SUS em: POLÍTICAS DE SAÚDE: (1) Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; 2) Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde; 3) Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais; 4) Políticas de Promoção da Equidade em Saúde) POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: (1) Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde; 2) Políticas de Atenção a Agravos Específicos) e POLÍTICAS DE ORGANIZAÇÃO DO SUS. Aponte, conforme a portaria, qual encaixa-se no eixo “Políticas de Controle de Doenças e Enfrentamento de Agravos de Saúde”:

- A) Política Nacional de Cuidados Paliativos.
- B) Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras.
- C) Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio.
- D) Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.
- E) Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

06. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O Ministério da Saúde define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio. Esse processo está condicionado ao cumprimento dos seguintes critérios, exceto:

- A) credenciamento, pelo Ministério da Saúde, por meio de portaria específica, dos tipos de equipes, Agentes Comunitários de Saúde e serviços ofertados na APS.
- B) cadastramento das equipes, Agentes Comunitários de Saúde e serviços ofertados na APS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) pela gestão municipal, estadual ou do Distrito Federal;
- C) definição e homologação, pelo Ministério da Saúde, dos códigos referentes às Identificações Nacionais de Equipe (INE) e aos Cadastros Nacionais de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes e serviços da APS credenciados e cadastrados no SCNES para fins da transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação;
- D) ausência de irregularidades que motivem a suspensão da transferência;

E) especificação em relatório de contrapartida financeira do município para custeio das equipes, conforme pactuação da Comissão Intergestora Bipartite (CIB).

07. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 consolida as normas sobre os sistemas e subsistemas do Sistema Único de Saúde (SUS). Encontram-se dispostos nessa portaria os sistemas, exceto:

- A) Sistema Nacional de Transplantes (SNT).
- B) Sistema Nacional de Informações Estratégicas do SUS (SINAIESUS).
- C) Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (SINASAN).
- D) Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SIS-LAB).
- E) Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

08. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprova a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), um documento que orienta as ações de vigilância em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A PNVS define os princípios, diretrizes e responsabilidades para o planejamento e a execução de ações nas três esferas de gestão, incluindo a articulação entre as vigilâncias, o controle social e a promoção da saúde. Sobre a PNVS é incorreto afirmar:

- A) é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão compartilhada entre o poder público e iniciativa privada em caráter complementar.
- B) A PNVS incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.
- C) A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença.
- D) A PNVS tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios.



E) A PNVS deverá contemplar toda a população em território nacional, priorizando, entretanto, territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção, incluindo intervenções intersetoriais.

09. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No Art. 3º estão definidos PRINCÍPIOS e DIRETRIZES que regem a operacionalização dessa política. As diretrizes, especificamente, organizam e orientam a atenção básica para garantir um cuidado mais eficaz, resolutivo e humanizado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Marque a opção que apresenta apenas diretrizes:

- A) Universalidade; Regionalização e Hierarquização; Territorialização;
- B) Equidade; População Adscrita; Participação da comunidade;
- C) Integralidade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado;
- D) Resolutividade; Ordenação da rede; Cuidado centrado na pessoa;
- E) Universalidade; População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa.

10. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A portaria nº 1, de 2 de Junho de 2021, apresenta a consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde. Nela, a homologação de equipes e serviços da APS pelo Ministério da Saúde está condicionada ao cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e ao cumprimento dos seguintes critérios, exceto:

- A) cadastro em estabelecimento de saúde da APS, de acordo as regras de cada equipe e serviço;
- B) registro do código da Identificação Nacional de Equipe (INE) da equipe e/ou do código Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do serviço no SCNES;
- C) presença de composição profissional mínima exigida, de acordo as regras de cada equipe e serviço;
- D) presença de carga horária mínima exigida por categoria profissional, de acordo as regras de cada equipe e serviço;
- E) vinculação das equipes e-Multi às equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), para homologação das equipes de Saúde Bucal (eSB).

11. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) é uma política do Ministério da Saúde que define diretrizes para a integração de sistemas de informação e o uso de tecnologia no setor de saúde no Brasil. Na perspectiva dessa política, a interoperabilidade entre sistemas de informação em saúde é considerada uma condição central para o fortalecimento da governança informacional no SUS. Em relação a esse princípio, assinale a alternativa que melhor expressa sua implicação prática no contexto da gestão descentralizada e do controle social em saúde:

- A) Viabiliza a centralização das decisões estratégicas de gestão da informação em nível federal, garantindo padronização nacional e reduzindo a autonomia local.
- B) Possibilita a integração de dados clínicos e administrativos, fortalecendo o processo decisório baseado em evidências, a transparência das ações governamentais e o controle social.
- C) Permite a incorporação de novos sistemas municipais de informação em saúde, evitando a heterogeneidade de plataformas e aplicativos locais.
- D) Prioriza a troca de informações entre instituições privadas e públicas de saúde, assegurando o reforço da saúde suplementar.
- E) Estabelece a padronização de fluxos informacionais apenas entre esferas de gestão, sem incluir os usuários e profissionais de saúde no compartilhamento e uso das informações.

12. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) De acordo com o modelo da história natural da doença, o conceito de estrutura epidemiológica propõe que os fatores relacionados ao agente, ao suscetível e ao ambiente formam um sistema dinâmico e interdependente. Considerando esse modelo, assinale a alternativa que expressa corretamente uma implicação prática dessa concepção para as ações de prevenção em saúde coletiva:

- A) A intervenção eficaz deve concentrar-se preferencialmente na modificação do comportamento individual, uma vez que o ambiente e o agente são condicionantes de natureza fixa.
- B) As ações de prevenção primária buscam o controle de agentes infecciosos, visto que nesse modelo os fatores socioculturais são irrisórios na estrutura epidemiológica.
- C) Alterações em qualquer componente da estrutura epidemiológica repercutem sobre os demais, exigindo intervenções holísticas para restaurar o equilíbrio do sistema.
- D) A estrutura epidemiológica segundo o modelo em questão prevê que as ações de prevenção devem focar em eliminar o agente etiológico para reduzir a incidência das doenças.



- E) A estrutura epidemiológica considera o processo saúde-doença exclusivamente biológico, restringindo a prevenção às intervenções médicas específicas e ao uso de tecnologias sanitárias.
- 13. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O modelo da determinação social do processo saúde-doença supera a abordagem multicausal ao introduzir o conceito de totalidade social. Nesse contexto, qual das alternativas expressa de forma mais adequada a lógica explicativa desse modelo?**
- A) O processo saúde-doença é concebido como produto histórico e social, determinado por relações de produção, organização política e condições de vida que moldam as desigualdades em saúde.
- B) As doenças são resultado direto da soma de fatores individuais e ambientais, analisados isoladamente em uma estrutura causal linear.
- C) O social é entendido como um conjunto de fatores residuais, atuando de forma secundária à biologia e ao ambiente físico.
- D) A determinação social propõe substituir a epidemiologia por abordagens puramente sociológicas, sem integração com os aspectos biológicos do adoecer.
- E) A determinação social reconhece o indivíduo como centro exclusivo do processo saúde-doença, priorizando as mudanças de comportamento como principal estratégia de intervenção.
- 14. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) reconhece a integração da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) com os demais componentes da Vigilância em Saúde como condição essencial para a efetividade da política. Nesse contexto, qual das alternativas melhor expressa o objetivo dessa integração, segundo a PNSTT?**
- A) Padronizar metodologias de fiscalização trabalhista entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, de forma a eliminar sobreposições institucionais.
- B) Unificar os instrumentos de registro e notificação de agravos, padronizando-os e articulando vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e do trabalhador para a atuação territorial e intersetorial.
- C) Centralizar a análise de dados de saúde do trabalhador em nível federal, otimizando o fluxo de informações entre estados e municípios.
- D) Transferir para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) a competência pela investigação e notificação dos agravos ocupacionais.
- E) Fortalecer a capacidade analítica e interventiva do SUS por meio da troca sistemática de informações entre as diferentes vigilâncias, possibilitando identificar situações de risco relacionadas aos processos produtivos e subsidiar ações integradas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores.
- 15. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Vigilância em Saúde estabelece o princípio da equidade como eixo estruturante da vigilância em saúde, destacando a priorização de territórios, grupos e pessoas em maior vulnerabilidade. Considerando esse princípio, qual das situações abaixo expressa de forma mais adequada sua aplicação prática no âmbito do SUS?**
- A) Direcionar os recursos de vigilância aos municípios com maior densidade populacional, otimizando o impacto financeiro das ações.
- B) Planejar as ações de vigilância com base nos indicadores epidemiológicos agregados, sem incorporar a percepção individual dos riscos.
- C) Reduzir o número de ações de vigilância em saúde em regiões de baixo risco epidemiológico, garantindo a redistribuição equitativa dos profissionais.
- D) Definir as prioridades territoriais a partir da análise da situação de saúde local e regional, em sentido ascendente das propostas.
- E) Diagnosticar situações que envolvam os diferentes tipos de vigilância, determinando qual delas deve ser contactada para territórios mais vulneráveis.
- 16. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Política Nacional de Promoção da Saúde adota princípios que orientam o planejamento e a execução de ações intersetoriais voltadas à equidade, autonomia e sustentabilidade. Analise as assertivas abaixo sobre esses princípios:**
- I. A intersetorialidade implica a articulação entre diferentes setores e atores sociais, sob a liderança do setor saúde.
- II. A integralidade pressupõe reconhecer as dimensões biológica, social, cultural e ambiental do processo saúde-doença, integrando-as nos planos e práticas de promoção da saúde.
- III. A sustentabilidade envolve garantir continuidade das ações, incorporando as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental nos processos de decisão.
- IV. A territorialidade reconhece as especificidades locais e regionais, orientando o planejamento das ações de promoção da saúde de forma descentralizada e equitativa.



V. A autonomia é entendida como a capacidade de sujeitos e coletividades fazerem escolhas conscientes sobre modos de vida, considerando suas condições socioeconômicas e culturais.

Assinale a alternativa que apresenta somente as afirmativas corretas:

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

17. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, a articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e a gestão democrática e participativa são condições indispensáveis para o fortalecimento da promoção da saúde no SUS. No entanto, sua efetividade depende da capacidade de integração entre políticas, saberes e atores. Com base nisso, considerando o município de Crato como um locus de atuação da residência multiprofissional em saúde, qual cenário representa, de forma mais consistente, a aplicação combinada desses eixos operacionais?

- A) A Secretaria Municipal de Saúde cria programas de promoção da atividade física, executados por profissionais de educação física e operacionalizado nas praças da cidade e Encosta do Seminário.
- B) Os projetos de promoção da saúde são especificamente implantados pelo setor saúde a partir de reuniões amplas com outras secretarias e atores, considerando o registro dessas informações nos sistemas de informação em saúde e o alcance das metas e indicadores.
- C) A incorporação da política no município deve estar regida pelas diretivas do Ministério da Saúde, garantindo uniformidade na execução, podendo tecer pactuações com o estado.
- D) É essencial que as equipes de Saúde da Família informem aos residentes o que esses devem fazer de ações de promoção da saúde, com base nas campanhas de massa nacional, como o Outubro Rosa.
- E) Um Comitê Intersetorial Municipal pactua metas entre as diferentes secretarias do município, em uma proposta de integrar os dados territoriais e fortalecimento do controle social sobre as ações.

18. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Portaria de consolidação nº1/2021 define diretrizes para a validação de equipes, a transferência de incentivos

e a integração ensino-serviço no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Considerando o disposto nos artigos 55 e 56, assinale a alternativa correta acerca dos critérios para o custeio das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Saúde Bucal (eSB) integradas a programas de formação profissional na APS:

- A) A equipe deve comprovar a presença de pelo menos um profissional em formação cadastrado no SCNES, com vínculo formal em programa de residência multiprofissional ou uniprofissional reconhecido pelo CNRM ou CNRMS.
- B) O custeio adicional é condicionado à comprovação de que o município possui convênio ativo com universidade pública federal e plano de contrapartida estadual aprovado na CIB.
- C) O incentivo financeiro adicional depende exclusivamente do credenciamento do serviço como campo de práticas, independentemente do registro do residente no sistema de informação.
- D) O custeio adicional está restrito a equipes que possuam dois ou mais residentes por categoria profissional, conforme o porte populacional do município.
- E) A habilitação das equipes de formação depende de aprovação pelo Ministério da Educação e validação posterior em portaria tripartite.

19. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O programa “De volta para casa”, instituído pela Lei nº 10.708/2003 e regulamentado pela Portaria de Consolidação nº5/2017, representa uma estratégia fundamental da reforma psiquiátrica brasileira. Sobre seus critérios, objetivos e operacionalização, assinale a alternativa correta:

- A) O benefício psicossocial é concedido a qualquer paciente egresso de hospital psiquiátrico, independentemente do tempo de internação, desde que apresente laudo médico indicando incapacidade laboral
- B) A adesão do município ao programa é facultativa e dispensa comprovação da oferta de ações de reintegração social.
- C) A renovação do benefício ocorre automaticamente, desde que o beneficiário permaneça fora de internações psiquiátricas por mais de 90 dias.
- D) A inclusão no programa requer habilitação municipal, solicitação formal do beneficiário ou representante legal, e parecer favorável de equipe de saúde designada pelo gestor legal.
- E) O benefício financeiro é vitalício, sendo suspenso apenas em caso de óbito do beneficiário.



20. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Com base nas disposições da Portaria de Consolidação nº 5/2017 e nas normativas complementares que instituem o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), analise as afirmativas a seguir:

- I. O PNSP tem como objetivo reduzir a incidência de eventos adversos decorrentes da assistência à saúde e promover cultura de segurança nos serviços.
- II. A criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) é obrigatória em todos os serviços de saúde públicos e privados, com responsabilidade de notificar incidentes no Notivisa.
- III. A adesão ao PNSP é restrita aos serviços hospitalares, uma vez que sua aplicação em atenção primária é arbitrária.
- IV. Compete aos NSP implantar protocolos de segurança, realizar capacitações e analisar eventos adversos com vistas à melhoria contínua da qualidade assistencial.

Está correto o que se afirma em:

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

RESIDÊNCIA EM NUTRIÇÃO – 21 A 30

21. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Uma lactente de 4 meses, em aleitamento materno exclusivo, é levada à consulta de puericultura. A mãe, com histórico de diabetes gestacional na gravidez anterior, relata que a criança apresenta ganho de peso no percentil 90 para a idade, e expressa preocupação com o risco de obesidade futura, sugerindo a introdução de uma fórmula infantil “mais leve”. Na avaliação do gráfico de crescimento desta criança mostra um desenvolvimento pondero-estatural adequado e proporcional. Diante do cenário, a conduta do nutricionista, baseada nas evidências mais atuais sobre programação metabólica, deve ser:

- A) Recomendar a substituição de algumas mamadas por uma fórmula infantil com menor densidade calórica e baixo teor proteico para modular o ganho de peso, prevenindo a adipogênese precoce.
- B) Concordar com a preocupação da mãe e prescrever uma fórmula de partida com proteína parcialmente hidrolisada, considerando que a exposição a proteínas heterólogas intactas pode estar associada a uma maior liberação de insulina e IGF-1, contribuindo para o risco de obesidade.

- C) Orientar o aleitamento materno intercalado com chás (camomila ou erva-doce) sem açúcar para promover a hidratação e aumentar a sensação de saciedade do lactente, controlando o volume ingerido.
- D) Tranquilizar a mãe, explicando que o ganho de peso em crianças amamentadas é autorregulado e que o leite materno contém fatores bioativos, como a adiponectina e a leptina, que são cruciais para a programação metabólica e a prevenção de doenças crônicas, sendo o aleitamento materno exclusivo um fator protetor, mesmo em curvas de crescimento mais elevadas.
- E) Sugerir a introdução precoce (a partir do 4º mês) de alimentos de baixa densidade energética, como purês de vegetais, para reduzir a ingestão láctea e desacelerar o ganho ponderal da criança.

22. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Um nutricionista é incumbido de assessorar a elaboração de um edital para a compra de alimentos para as escolas de um município, alinhado às diretrizes do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e do Guia Alimentar para a População Brasileira. O gestor municipal sugere a inclusão de bebidas lácteas adoçadas, macarrão instantâneo e barras de cereal no cardápio, argumentando seu baixo custo e boa aceitabilidade. A orientação técnica do nutricionista deve ser:

- A) Rejeitar a inclusão desses itens, justificando que, segundo a classificação NOVA e as diretrizes do PNAE, são alimentos ultraprocessados, cujo fornecimento é restrito ou proibido no ambiente escolar por estarem associados ao desenvolvimento de obesidade e doenças crônicas, além de descaracterizarem a alimentação como um ato cultural e social.
- B) Aprovar a inclusão, desde que limitada a uma vez por semana e condicionada à oferta simultânea de frutas, para equilibrar o aporte nutricional.
- C) Sugerir a substituição por versões integrais ou “fit” dos mesmos produtos, como macarrão instantâneo integral e barras de cereal com fibras, por possuírem um perfil nutricional superior.
- D) Concordar com a compra, mas recomendar que a distribuição seja feita como premiação por bom comportamento ou desempenho escolar, associando o consumo a um contexto positivo.
- E) Propor um cardápio misto, onde 50% das calorias viriam de alimentos in natura ou minimamente processados e os outros 50% dos itens sugeridos, visando a um equilíbrio entre custo, aceitabilidade e nutrição.



23. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Adolescente de 17 anos, primigesta (IG: 16 semanas), é encaminhada ao pré-natal na UBS, com IMC pré-gestacional de 17,5 kg/m². Relata seguir uma dieta vegana há 2 anos por conta própria. Exames laboratoriais revelam: Hb = 10,2 g/dL (VR p/ 2º trimestre gestacional: $\geq 10,5$ g/dL); VCM = 78 fL (VR: 80-100 fL); Ferritina = 8 ng/mL (VR: ≥ 15 ng/mL); Vitamina B12 = 150 pg/mL (VR: 200-900 pg/mL). A conduta nutricional prioritária e imediata deve ser:

- A) Focar na orientação para o ganho de peso gestacional conforme a recomendação do IOM para baixo peso, elaborando um plano alimentar hipercalórico com fontes vegetais de alta densidade energética.
- B) Iniciar imediatamente a suplementação de ferro em dose terapêutica, cianocobalamina (Vitamina B12) e ácido fólico, e realizar uma orientação alimentar detalhada para adequação da dieta vegana, com ênfase em fontes de proteína, cálcio e zinco.
- C) Prescrever um suplemento multivitamínico e mineral pré-natal padrão, orientando o aumento do consumo de leguminosas, como lentilha e grão-de-bico, para corrigir a anemia.
- D) Recomendar a interrupção da dieta vegana durante a gestação devido aos riscos nutricionais, sugerindo a inclusão de ovos e laticínios para garantir o aporte de Vitamina B12 e ferro heme.
- E) Encaminhar para avaliação psicológica para investigar possíveis transtornos alimentares, uma vez que o baixo peso e a dieta restritiva são fortes indicativos, postergando a intervenção nutricional até o parecer psicológico.

24. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Um idoso de 78 anos, diagnosticado com sarcopenia, apresenta também Doença Renal Crônica (DRC) em estágio 3a, não dialítico (TFG = 45 mL/min/1.73m²; Classificação DRC - Estágio G3a: TFG 45-59). Ele é fisicamente ativo, praticando musculação supervisionada 3 vezes por semana. Considerando a complexidade do caso, a estratégia nutricional mais adequada para o manejo da sarcopenia, sem agravar a função renal, é:

- A) Implementar uma dieta hiperproteica (1,5 a 2,0 g/kg/dia), priorizando suplementos à base de proteína do soro do leite (whey protein) após o treino para maximizar a síntese proteica muscular.
- B) Manter o aporte proteico em 1,2 g/kg/dia, mas concentrar toda a ingestão em uma única refeição (jantar/noite) para criar um pico anabólico e estimular a síntese muscular de forma mais intensa, minimizando o estresse renal ao longo do dia.

- C) Focar na suplementação de creatina e HMB (beta-hidroxi-beta-metilbutirato), mantendo a ingestão proteica habitual do paciente, pois esses suplementos atuam diretamente na via da m-TOR, independentemente do aporte proteico total.
- D) Sugerir uma dieta com restrição proteica severa (0,6 g/kg/dia) para preservar a função renal, compensando o baixo aporte com carboidratos de alto índice glicêmico para fornecer energia e poupar a massa magra.
- E) Recomendar uma dieta com aporte proteico controlado, ajustado para DRC não dialítica (0,8 g/kg/dia), garantindo que pelo menos 50% das fontes proteicas sejam de alto valor biológico e distribuindo-as uniformemente ao longo do dia, com ênfase na ingestão de 2,5-3,0g de leucina por refeição principal.

25. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Paciente de 62 anos, com diagnóstico recente de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e dislipidemia, apresenta em seu recordatório alimentar um alto consumo de pães, queijos processados, embutidos e caldos industrializados. Ele não adiciona sal à comida pronta, mas utiliza sal no cozimento. A abordagem dietoterápica mais eficaz e baseada em evidências para o controle da sua pressão arterial seria:

- A) Orientar a retirada completa do sal de adição no preparo das refeições e a troca de todos os alimentos por suas versões “sem sal” ou “light”, mantendo a estrutura da dieta atual.
- B) Focar exclusivamente no aumento da ingestão de potássio, por meio de 5 porções diárias de frutas e vegetais, para contrabalancear o alto consumo de sódio, sem necessidade de outras alterações.
- C) Recomendar a adesão ao padrão da dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), que envolve não apenas a moderação do sódio (meta de < 2300 mg/dia), mas também o aumento do consumo de frutas, vegetais, laticínios magros e grãos integrais, e a redução de gorduras saturadas, gordura total e colesterol, por ser uma estratégia com efeito sinérgico e superior à restrição isolada de sódio.
- D) Prescrever suplementos de magnésio e cálcio, pois a deficiência desses minerais é a principal causa da hipertensão sensível ao sal em pacientes com dislipidemia.
- E) Instruir o paciente a mensurar e limitar o consumo de sal de cozinha a exatamente 5 gramas por dia (1 colher de chá), sem se preocupar com o sódio intrínseco dos alimentos, pois este representa uma fração mínima do total ingerido.

26. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) O PNSF (Portaria n°1.555, de 30 de julho de 2013, e Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017) preconiza a suplementação profilática de ferro para todas as



crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, mulheres no pós-parto e pós-aborto e na suplementação de ácido fólico para gestantes. Entre as Recomendações especiais para o cuidado de mulheres no Programa Nacional e Suplementação de Feno (PNSF) destaca-se:

- A) A suplementação com ferro é recomendada nos casos de abortos na dosagem de 40mg ferro elementar/dia até o terceiro mês pós-aborto.
- B) Em casos de anemia já diagnosticados recomenda-se a prescrição de 80mg ferro elementar.
- C) As gestantes devem ser suplementadas com ácido fólico, sendo a recomendação de ingestão de 0,4mg de ácido fólico, todos os dias até o segundo trimestre da gravidez.
- D) Mulheres com fatores de risco para Doença do Tubo Neural devem ser orientadas para a suplementação diária na dosagem de 0,4 mg de ácido fólico até o segundo trimestre da gestação.
- E) As gestantes devem ser suplementadas com ácido fólico, sendo a recomendação de ingestão de 0,4mg de ácido fólico, todos os dias até o final da gravidez.

27. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A prática da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é importante para o acompanhamento da situação alimentar e nutricional dos indivíduos e coletividades. Assinale a opção que demonstra os Parâmetros para a avaliação antropométrica de acordo com a fase do curso da vida:

- A) Crianças menores de 5 anos: IMC para Idade; Estatura para Idade; Peso para Idade.
- B) Adolescentes (de 10 a 19 anos): IMC para Idade; Estatura para Idade, Peso para Idade.
- C) Crianças de 5 a 9 anos: IMC para Idade; Estatura para Idade; Peso para Idade.
- D) Adultos (20 a 59 anos) IMC; Perímetro da Cintura, Perímetro da Panturrilha.
- E) Adultos (20 a 59 anos) IMC; Perímetro da Cintura, Perímetro da Panturrilha, Circunferência da Cintura.

28. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) Os gestores de saúde nas três esferas (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde), de forma articulada e dando cumprimento às suas atribuições comuns e específicas, atuarão no sentido de viabilizar o alcance do propósito da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Nesse sentido, marque a opção que indica atribuições das Secretarias Municipais de Saúde para que a PNAN seja efetivada.

- A) Pactuar, monitorar e avaliar os indicadores de alimentação e nutrição e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde.
- B) Prestar assessoria técnica e apoio institucional no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde.
- C) Pactuar, na Comissão Intergestores Tripartite, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde, mantidos os princípios e as diretrizes gerais da PNAN.
- D) Pactuar na Comissão Intergestores Bipartite e nas Comissões Intergestores Regionais, prioridades, objetivos, estratégias e metas para implementação de programas e ações de alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde.
- E) Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de alimentação e nutrição, no âmbito do Conselho Estadual de Saúde.

29. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) A Educação Alimentar e Nutricional ocupa posição estratégica para a prevenção e controle dos problemas alimentares e nutricionais. É norteadora por princípios que orientam práticas e políticas que promovem uma alimentação saudável e sustentável. Assinale a alternativa que demonstra ser um desses princípios

- A) Planejamento, avaliação e monitoramento.
- B) Prática contínua e permanente.
- C) Transdisciplinar, multissetorial e multiprofissional.
- D) Biológico, sociocultural e ambiental.
- E) Hábitos alimentares saudáveis.

30. (RESIDÊNCIA/URCA 01/2025) São eixos estratégicos para a implementação da atenção voltada aos indivíduos com obesidade:

- A) Ações direcionadas à promoção da alimentação adequada e saudável.
- B) Formação e educação permanente, para nutricionista.
- C) Ações direcionadas à atividade física anaeróbica.
- D) Identificação do usuário.
- E) Apoiar o autocuidado.