



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 incorrecto:

- 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 incorrecto 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 comprehende 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 irrissórios 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 intervintiva 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 lócus 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 diretrivas 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 descharacterizarem 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: ≥ 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-hidroxibeta-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 nº 1.555, de 30 de julho de 2013, e Portaria de Consolidação nº 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 (PNAN) 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 norteada 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 continua e permanente.
- C) Transdisciplinar, multisectorial 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.