



SMS BETIM - MG

SMS BETIM (SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE) - MINAS GERAIS

Técnico em Nutrição

EDITAL Nº 01/2024

CÓD: SL-040AB-24
7908433252771

Língua Portuguesa

1. Língua e linguagem	7
2. Variações linguísticas	8
3. Fonética	9
4. Ortografia; Paronímia e homonímia	10
5. Acentuação gráfica.....	11
6. Denotação e conotação; Sinonímia e antonímia; Ambiguidade	12
7. Compreensão e interpretação de textos	13
8. Coesão e coerência	17
9. Informações implícitas	18
10. Intertextualidade	18
11. Classes de palavras	20
12. Frase, oração e período; Período simples; Período composto por coordenação; Período composto por subordinação	28
13. Concordância verbal e nominal	32
14. Regência verbal e nominal.....	33
15. Crase	35
16. Colocação pronominal	36
17. Sinais de pontuação.....	37
18. Figuras de linguagem	39

Legislação

1. Estatuto dos Servidores Públicos da Prefeitura Municipal de Betim e suas alterações	49
2. Lei Orgânica do Município de Betim e suas alterações.....	66
3. BRASIL; Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e suas atualizações	90
4. Do Poder Executivo; Do Presidente e do Vice-Presidente da República; Das atribuições do Presidente da República; Da responsabilidade do Presidente da República; Dos Ministros de Estado; Do Conselho da República e do Conselho de Defesa Nacional	126

Saúde Pública

1. História das Políticas de Saúde no Brasil.....	185
2. Legislação estruturante, princípios e diretrizes do SUS	185
3. Pacto pela Saúde.....	196
4. Humanização e Acolhimento - Política Nacional de Humanização	215
5. Vigilância à Saúde	224
6. Modelos de atenção e cuidados em saúde.....	224
7. Promoção de Saúde.....	231

Conhecimentos Específicos

Técnico em Nutrição

1. Técnica dietética: grupos de alimentos: seleção, recebimento, armazenamento, métodos de pré-preparo e preparo; fatores físicos, químicos, biológicos que modificam os alimentos; características sensoriais dos alimentos; indicadores; fator de correção, fator de cocção, densidade, custo e valor nutricional.....	249
2. rotulagem nutricional	250
3. Planejamento de cardápios para coletividades sadias, enfermas, lactente, pré-escolar, adolescente, idoso	250
4. manual de alimentação da criança de 0 a 2 anos	251
5. programa nacional de merenda escolar	251
6. programa de alimentação do trabalhador	252
7. Unidades de Alimentação e Nutrição	252
8. planejamento físico e funcional.....	253
9. gestão de recursos humanos	253
10. gestão de compras.....	256
11. gestão de custos.....	258
12. saúde e segurança no trabalho.....	258
13. garantia de qualidade na produção de refeições.....	267
14. investigação epidemiológica de surtos de doenças de origem alimentar.....	268
15. boas práticas de fabricação de alimentos.....	269
16. procedimentos operacionais padronizados.....	273
17. análise de perigos e pontos críticos de controle.....	274
18. legislação aplicadas a vigilância sanitária dos alimentos.....	274
19. Saúde coletiva; processo saúde-doença	275
20. epidemiologia dos problemas nutricionais brasileiros	281
21. educação nutricional	282
22. educação em saúde	283
23. Política Nacional da Atenção Básica – PNAB.....	283

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integridade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XXIV-A Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias; e

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

5- DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I.- Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II.- Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III.- Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV.- Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V.- Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI.- O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todas as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético si-

em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII.- Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII.- Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX.- Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação

e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6 - DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I.- Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II.- Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III.- Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV.- Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V.- Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I - Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

família ribeirinhas e unidade de saúde fluvial ou outras que exijam análise técnica específica. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.710 de 08.07.2019)

O Ministério da Saúde realizará análise do pleito de acordo com a disponibilidade orçamentária e com os seguintes critérios técnicos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

a. critério de exclusão: solicitações que superem o teto do município ou DF, considerado como o número máximo de equipes, serviços e programas que podem ser financiados pelo Ministério da Saúde, conforme as regras previstas nas normas vigentes que regulamentam a organização, o funcionamento e financiamento das respectivas ações, programas e estratégias da Atenção Primária à saúde (APS); (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

b. critérios de priorização: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

b.1. solicitações de entes federativos em situação de vulnerabilidade socioeconômica e de perfil demográfico, de acordo aos critérios aplicados para cálculo do Incentivo Financeiro de Capitação Ponderada referente ao financiamento de custeio da APS, conforme a Seção II do Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

b.2. solicitações de entes federativos com menor cobertura da Atenção Primária à Saúde; (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

b.3. solicitações referentes a equipes, serviços e programas da Atenção Primária à Saúde em funcionamento e ainda não credenciados ou sem adesão homologada pelo Ministério da Saúde, devidamente cadastrados no SCNES, atendendo as regras de composição e carga horária profissional, conforme Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

b.4. quantidade de solicitações do ente federativo de credenciamento ou de adesão de equipes, serviços e programas da Atenção Primária à Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

§ 1º A aplicação dos critérios de priorização definirá a posição do município para análise técnica, observada a metodologia disponibilizada no endereço eletrônico "https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/credenciamentos/" que considerará os seguintes pesos: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

I - peso 2 (dois) para os critérios elencados nos itens b.1 e b.2; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

II - peso 1 (um) para os critérios elencados nos itens b.3 e b.4. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

§ 2º Os entes federativos que tiverem solicitação de credenciamento ou de adesão indeferida poderão realizar novas solicitações, observado os critérios acima elencados. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.037 de 21.05.2021)

Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal e distrital deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), num prazo máximo de 6 (seis) competências, a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 804 de 14.04.2020)

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde, isto é, todos os serviços vinculados à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, efetivamente-

te credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios e Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Primária à Saúde vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.710 de 08.07.2019)

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica (Redação dada pela PRT GM/MS nº 1.710 de 08.07.2019)

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, conforme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II :

O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I.- inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II.- ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III.- descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e

IV.- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único. A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2 - Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

A ordem correta de preenchimento dos parênteses, de cima para baixo, é:

- (A) 3 – 1 – 5 – 2 – 4.
- (B) 1 – 2 – 3 – 5 – 4.
- (C) 2 – 3 – 1 – 4 – 5.
- (D) 5 – 2 – 4 – 1 – 3.
- (E) 4 – 1 – 3 – 5 – 2.

11.CETREDE/UFCE - 2022

A elaboração de guias alimentares tem como objetivo melhorar os padrões de alimentação e nutrição da população. O Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado pelo Ministério da Saúde em 2014, apresenta um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação que objetivam a promoção da saúde de indivíduos e coletividades. Nesse guia, a base da alimentação deve ser composta por:

- (A) alimentos in natura ou minimamente processados, em grande variedade e predominantemente de origem vegetal.
- (B) alimentos in natura, processados e ultraprocessados.
- (C) alimentos processados em grandes quantidades.
- (D) alimentos ultraprocessados.

12.CETREDE - 2021

Uma mulher de 21 anos de idade, estatura de 1,55m, peso desejável de 50,4 kg e nível de atividade física leve, requer de 35 a 40 Kcal/kg/dia. Sendo assim, sua necessidade calórica média diária é de

- (A) 1.200 Kcal.
- (B) 1.500 Kcal.
- (C) 1.890 Kcal.
- (D) 2.100 Kcal.
- (E) 2.250 Kcal.

13.MetroCapital/Prefeitura de Nova Odessa (Nutricionista) - 2022

Segundo Detsky (2013), o propósito da realização da avaliação nutricional não é apenas o diagnóstico, mas também a identificação de pacientes com risco de desenvolver complicações associadas ao estado nutricional, durante a internação, ou seja, avaliação de:

- (A) Desnutrição.
- (B) risco nutricional.
- (C) situação nutricional.
- (D) diagnóstico clínico.
- (E) disposição para melhorar a nutrição.

14.IADES - SES SP - 2021

O diagnóstico nutricional, em conjunto com a etiologia e os indicadores nutricionais identificados, direcionam o planejamento e o monitoramento das intervenções em nutrição. Com base nas etapas da avaliação nutricional e nos diagnósticos em nutrição, assinale a alternativa correta.

- (A) As etapas da avaliação nutricional para se chegar a um diagnóstico nutricional adequado são: história nutricional global; história alimentar; exame físico nutricional; antropometria e composição corporal; e exames bioquímicos.
- (B) A história nutricional global, a história dietética e o exame físico são métodos objetivos da avaliação nutricional.
- (C) A avaliação clínica do estado nutricional depende inteiramente dos métodos objetivos.

(D) A perda de gordura subcutânea é normalmente observada na região das têmporas, do deltoide e do quadríceps.

(E) O exame físico nutricional não depende da experiência do avaliador e é caracterizado como um método de alta confiabilidade, especialmente nas alterações corporais relacionadas a micronutrientes.

15.VUNESP - 2020

Diversos índices antropométricos podem ser utilizados para o diagnóstico nutricional. De acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Ministério da Saúde, 2011), são índices recomendados para tal diagnóstico de crianças e adolescentes, respectivamente,

- (A) IMC e circunferência da cintura.
- (B) peso por idade e estatura por idade.
- (C) perímetro cefálico e peso por idade.
- (D) IMC por idade e circunferência do braço.
- (E) peso por estatura e circunferência do pescoço.

16.FUNDATEC - 2021

Segundo o Conselho Federal de Nutrição, a identificação e determinação do estado nutricional do cliente/paciente/usuário, elaborado com base na avaliação do estado nutricional e durante o acompanhamento individualizado, é a definição de qual termo?

- (A) Avaliação nutricional.
- (B) Prescrição dietética.
- (C) Assistência nutricional e dietoterápica.
- (D) Consulta de nutrição.
- (E) Diagnóstico nutricional.

17.Fundação CEFETMINAS/IFB - 2023

Classifique as atribuições dos pontos das redes de atenção à saúde (RAS) no cuidado da pessoa com obesidade, de acordo com o Instrutivo de Abordagem para Manejo da Obesidade no SUS (BRASIL, 2021). Informe 1 para as atribuições da Atenção Primária à Saúde (APS) e 2 para as atribuições da Atenção Especializada (AE).

- () Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional a adultos com $IMC \geq 30$ kg/m² e comorbidades, e $IMC \geq 40$ kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na APS.
- () Realizar vigilância alimentar e nutricional visando estratificação de risco para o cuidado de usuários com excesso de peso.
- () Realizar, de forma intersetorial e com participação popular, ações de promoção da saúde e prevenção da obesidade.
- () Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré e pós-operatória.
- () Apoiar o autocuidado para manter e recuperar o peso saudável.
- () Identificar e encaminhar usuários com indicação cirúrgica.

A sequência correta é

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