

PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE - 2019

Áreas de Concentração:

- Atenção em Saúde da Mulher e da Criança;
- Atenção em Oncologia;
- Atenção em Terapia Intensiva e
- Saúde do Idoso.

Prova a ser realizada pelos candidatos graduados em **NUTRIÇÃO**

CADERNO DE QUESTÕES

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- Além deste CADERNO DE QUESTÕES, você deverá ter recebido a FOLHA DE RESPOSTAS com o seu nome e o número de inscrição. Confira se seus dados estão corretos e, em caso afirmativo, assine a Folha de Respostas e leia atentamente as instruções para seu preenchimento. Em seguida, verifique se este caderno contém enunciadas 60 (sessenta) questões.
 - 01 a 10 – Sistema Único de Saúde
 - 11 a 45 – Conhecimentos Específicos
 - 46 a 55 – Língua Portuguesa
 - 56 a 60 – Língua Estrangeira
- Cada questão proposta apresenta quatro opções de resposta, sendo apenas uma delas a correta. A questão que tiver sem opção assinalada receberá pontuação zero, assim como a que apresentar mais de uma opção assinalada, mesmo que dentre elas se encontre a correta.
- Não é permitido usar qualquer tipo de aparelho que permita intercomunicação, nem material que sirva para consulta.
- Não é permitido copiar as alternativas assinaladas na Folha de Respostas.
- O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento da Folha de Respostas, é de **quatro horas**.
- Reserve os quinze minutos finais para preencher a Folha de Respostas, usando, exclusivamente, caneta esferográfica de corpo transparente de ponta média com tinta azul ou preta (preferencialmente, com tinta azul).
- Certifique-se de ter assinado a lista de presença.
- Quando terminar, entregue ao fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e a FOLHA DE RESPOSTAS, que poderá ser invalidada se você não a assinar.

**APÓS O AVISO PARA INÍCIO DA PROVA, VOCÊ
DEVERÁ PERMANECER NO LOCAL DE REALIZAÇÃO
DA MESMA POR, NO MÍNIMO, 90 (NOVENTA) MINUTOS.**



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

01 De acordo com o Art. 200 da Constituição Federal do Brasil é competência do SUS:

- (A) participar da formulação da política externa e da execução das ações de saneamento básico.
- (B) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica nos casos de epidemias.
- (C) incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico restrito às doenças emergentes.
- (D) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

02 Todas as alternativas apresentam objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS), **exceto**:

- (A) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.
- (B) a definição do perfil demográfico da região.
- (C) a formulação de política de saúde.
- (D) a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

03 Considera-se objetivo da investigação epidemiológica:

- (A) a garantia da obtenção, de forma correta e completa, por meio de fontes primárias, ou secundárias das informações necessárias referentes a diferentes contextos da saúde da população.
- (B) a detecção e controle das possíveis ameaças à saúde da população idosa e infantil exclusivamente.
- (C) a descrição epidemiológica e identificação de fatores associados à ocorrência de possível mudança de padrão epidemiológico dos países vizinhos.
- (D) o acompanhamento das mudanças dos níveis de doença ou óbito abaixo dos esperados.

04 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora observará os seguintes princípios e diretrizes, **exceto**:

- (A) universalidade e integralidade.
- (B) descentralização e hierarquização.
- (C) participação política dos sindicatos, dos trabalhadores e do controle social.
- (D) equidade e precaução.

05 Tendo em vista a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, é correto afirmar que:

- (A) é uma de suas estratégias a produção conjunta de protocolos, normas técnicas e atos normativos, com harmonização de parâmetros e indicadores, para orientação aos Estados e Municípios no desenvolvimento das ações de vigilância, e especialmente como referência para os processos de pactuação entre as três esferas de gestão do SUS.
- (B) essa política visa a realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores sem intervenção nos processos e ambientes de trabalho.
- (C) dever-se-á considerar a articulação padrões e empregados nas atividades das práticas de saúde para fins de sua implementação.
- (D) tal política tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção parcial à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

06 De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica de 2012, é correto afirmar que:

- (A) o acesso deve ser universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada fechada e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- (B) a participação dos usuários, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, não contribui para o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.
- (C) a Atenção Básica tem como fundamento ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.
- (D) o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a uma parte dos problemas de saúde da população sem se responsabilizar pelos danos.

07 São atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica, **exceto**:

- (A) garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção básica.
- (B) realizar reuniões uniprofissionais a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações.
- (C) participar das atividades de educação permanente.
- (D) participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

08 O princípio do SUS que estabelece o acesso amplo e irrestrito aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é conhecido como princípio da:

- (A) integralidade.
- (B) impessoalidade.
- (C) publicidade.
- (D) universalidade.

09 A Constituição Federal assinala, no Capítulo II, dos Direitos Sociais, Art. 6º, que a saúde é um direito. A Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, estabelece o conceito de saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo:

- (A) o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
- (B) o Estado prover as condições mínimas ao seu pleno exercício.
- (C) exclusivamente ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
- (D) o município prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado não exclui o dever das pessoas, famílias, empresas e da própria comunidade na busca de bem estar físico, mental, espiritual e sanitário.

10 De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990), são objetivos do SUS, **exceto**:

- (A) formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º dessa lei.
- (B) formação de recursos humanos na área de saúde.
- (C) identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde.

(D) assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

11 Em indivíduos hipertensos, o papel da restrição de sódio na dieta é bem documentado para o controle da doença. Em relação ao consumo de magnésio para controle da pressão arterial, deve-se incentivar:

- (A) o consumo de doses farmacológicas do nutriente.
- (B) o consumo de suplementos do nutriente.
- (C) a redução do consumo do nutriente, associado a redução do consumo de sódio.
- (D) o uso de fontes alimentares de magnésio em vez de doses suplementares do nutriente.

12 A recomendação para a população geral consiste em aumentar o consumo de peixes, especificamente peixes ricos em ácidos graxos ômega-3 (salmão, atum, cavala, sardinha). Pacientes que apresentam hipertrigliceridemia, para reduzi-la, necessitam consumir, diariamente:

- (A) 1 g de óleo proveniente de pescados.
- (B) de 2 a 4 g de EPA e DHA.
- (C) 1 g de óleo de peixe por dia.
- (D) 5 g de ácidos graxos n-3 proveniente de suplementos de óleo de peixe.

13 A ingestão elevada de fibras dietéticas está associada a uma prevalência significativamente menor de Doenças Cardiovasculares. Em relação aos mecanismos propostos para o efeito hipocolesterolêmico das fibras solúveis é correto afirmar que:

- (A) a fermentação colônica bacteriana produzindo acetato, propionato e butirato, os quais inibem a síntese de colesterol.
- (B) este tipo de fibra não influencia os níveis de colesterol sérico.
- (C) as fibras ligam-se aos colesterol dietético, o que diminui sua absorção.
- (D) as fibras atuam nas vias inflamatórias, e assim reduzem os níveis de colesterol.

14 O objetivo do tratamento da obesidade deve se concentrar no controle da massa corporal e atingir a melhor massa corporal no contexto geral de saúde. Em relação ao tratamento,

- (A) sempre se deve alcançar um índice de massa corporal menor que 25 kg/m².
- (B) se deve alcançar uma perda de pelo menos 5 kg por mês.
- (C) alcançar uma massa corporal ou uma porcentagem de gordura corporal "ideal" nem sempre é realista.
- (D) não se deve focar na perda de peso, mas somente no alcance de bons hábitos saudáveis.

15 Quando abordagens dietoterápicas não conseguem produzir a redução desejada na gordura corporal, medicamentos podem ser incluídos. Para a obesidade mórbida,

- (A) a intervenção cirúrgica pode ser necessária.
- (B) a intervenção cirúrgica sempre é necessária.
- (C) mudanças nos hábitos de vida e tratamento farmacológico e psicológico devem ser indicados, contraindicando-se a cirurgia bariátrica.
- (D) o estímulo ao uso de dietas cetogênicas para rápida perda de peso deve ser indicado.

16 A terapia nutricional para o indivíduo diabético tem como objetivo controle da glicemia e do perfil lipídico e lipoproteínas. Em relação ao indivíduo pré-diabético, a dietoterapia tem como objetivo:

- (A) reduzir o consumo de carboidratos para redução da resistência à insulina.
- (B) reduzir o consumo de proteínas por possíveis lesões renais.
- (C) enfatizar a importância das escolhas dos alimentos facilitadores da perda de massa corporal moderada.
- (D) aumentar o consumo de óleos fonte de gorduras insaturadas.

17 O controle da glicemia é primordial no paciente diabético. As recomendações para esse controle são:

- (A) hemoglobina glicada abaixo de 5,4% e glicemia capilar pré-prandial entre 70 e 100 mg/dL.
- (B) hemoglobina glicada abaixo de 5,8% e glicemia capilar pós-prandial entre 70 e 140 mg/dL.
- (C) hemoglobina glicada abaixo de 6,5% e glicemia capilar pré-prandial abaixo de 140 mg/dL.
- (D) hemoglobina glicada abaixo de 7,0%, e glicemia capilar pré-prandial entre 80 e 130 mg/dL.

18 De acordo com o consenso de nutrição em oncologia do INCA, de acordo com o prognóstico do indivíduo, temos recomendações específicas para expectativas de vida. Quando se projeta uma expectativa abaixo de 90 dias:

- (A) a estimativa para ingestão proteica é de 0,8 a 1g/kg/dia.
- (B) a ingestão de energia é de acordo com a tolerância do paciente.
- (C) a estimativa para ingestão calórica é de 25 a 30 kcal/kg/dia.
- (D) a estimativa para ingestão calórica é de 20 a 25 kcal/kg/dia.

19 Pacientes oncológicos muitas vezes apresentam caquexia do câncer. Em relação a essa situação,

- (A) todos os pacientes no momento do diagnóstico apresentam perda de peso significativa.
- (B) indivíduos por ocasião do diagnóstico de câncer de mama ou hematológico raramente apresentam perda de peso significativa.
- (C) apenas pacientes com câncer gastrointestinal apresentam perda de peso significativa.
- (D) a perda de peso significativa somente ocorre após o início do tratamento.

20 Indivíduos em tratamento oncológico ativo podem sofrer de acuidade do paladar. Nesse momento, ele pode ser beneficiado com

- (A) uso de aromatizantes e temperos durante o preparo do alimento.
- (B) redução do conteúdo lipídico da dieta.
- (C) alimentos sólidos de consistência pastosa a branda.
- (D) redução de alimentos ácidos e picantes.

21 Quilotórax é causado pela ruptura ou obstrução do ducto torácico, o que resulta no extravasamento do quilo (fluido linfático de origem intestinal) para o espaço pleural. No tratamento dietoterápico,

- (A) a redução no consumo de ácidos graxos de cadeia longa não influenciam na resolução do derrame pleural.
- (B) a nutrição parenteral total é a primeira linha de tratamento.
- (C) a redução no consumo de ácidos graxos de cadeia longa não é indicado por conta do risco de deficiência de ácidos graxos essenciais.
- (D) uma dieta restrita em ácidos graxos de cadeia longa e são dados suplementos de triglicerídeos de cadeia média, pode haver resolução do derrame pleural

22 A síndrome do desconforto respiratório agudo é um estado com o desenvolvimento de infiltrados pulmonares difusos, hipóxia e insuficiência respiratória. A dietoterapia nessa situação leva em consideração que

- (A) os pacientes têm alto risco de complicações em decorrência de subalimentação ou superalimentação.
- (B) a restrição de carboidratos é necessária para melhora do quadro.
- (C) a restrição calórica é necessária para melhora do quadro.
- (D) o consumo de dieta hiperlipídica é sempre recomendada.

23 Dentre os tratamentos dialíticos, a diálise peritoneal pode levar a perdas de 20 a 30 g/24h. Portanto, os pacientes submetidos a esse tipo de diálise necessitam de uma ingestão diária de proteína

- (A) de 1,0 a 1,2 g/kg de massa corporal.
- (B) de 1,2 a 1,5 g/kg de massa corporal.
- (C) de 1,5 a 2,0 g/kg de massa corporal.
- (D) maior que 2,0 g/kg de massa corporal.

24 Pacientes com doença renal crônica em estágio terminal precisam de atenção ao consumo energético para reparo e manutenção de tecidos. Nesses casos, para adultos, o consumo energético diário deve ser de

- (A) 20 a 25 kcal/kg.
- (B) 25 a 30 kcal/kg.
- (C) 35 kcal/kg.
- (D) 40 kcal/kg.

25 O tratamento da anemia ferropriva deve concentrar-se principalmente na causa subjacente, embora seja frequentemente difícil determiná-la. Dentre os tratamentos clínicos e nutricionais, pode-se citar:

- (A) ferro oral de liberação curta e sais de ferro orais.
- (B) sais de ferro orais e ferro oral, quelado com aminoácidos.
- (C) ferrodextrana por administração parenteral e aumentar o consumo de chá e café.
- (D) aumento do ferro absorvível na dieta e incluir vitamina D em cada refeição.

26 Paciente queimado tem grande aceleração do metabolismo e necessita de aumento de energia, carboidratos, proteínas, lipídeos, vitaminas, minerais e antioxidantes para a cicatrização e prevenção de sequelas. As metas de dietoterapia para esses pacientes incluem:

- (A) atender as necessidades nutricionais, fornecendo energia adequada a fim de impedir perda de massa corporal acima de 10% da massa corporal habitual, fornecendo proteínas

adequadas a um balanço nitrogenado negativo.

- (B) atender as necessidades nutricionais, apenas fornecendo suplementação com vitaminas e minerais em 300% RDA.
- (C) prevenir úlcera de *Curling* por estresse, fornecendo antiácidos, alimentação enteral contínua e proteínas de baixo valor biológico.
- (D) minimizar reação ao estresse metabólico, controlando a temperatura do ambiente, mantendo o equilíbrio hidroeletrólítico, controlando dor e ansiedade, e cobrindo as feridas precocemente.

27 A sepse e a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS) costumam complicar a evolução de um paciente com doença grave. Para o diagnóstico da SRIS, considera-se o local de infecção estabelecido e a presença de pelo menos dois dos seguintes fatores:

- (A) temperatura corporal acima de 42°C ou abaixo de 36°C e frequência cardíaca acima de 75 batimentos/min.
- (B) frequência cardíaca acima de 100 batimentos/min e frequência respiratória acima de 30 respirações/min (taquipneia).
- (C) contagem de leucócitos acima de 12000/mm³ ou abaixo de 4000/mm³ e bandemia.
- (D) PaCO₂ abaixo de 80mmHg (hipoventilação) e bandemia.

28 A natureza crônica das úlceras de pressão em idosos requer grande atenção, sobretudo no caso de idosos com comprometimento de mobilidade, incontinência urinária e aqueles com demência e desnutrição. Para o tratamento das úlceras de pressão, as necessidades energética e proteica diárias são, respectivamente de:

- (A) 30 a 35 kcal/kg e de 1,2 a 1,5g/kg de peso corporal.
- (B) 25 a 30 kcal/kg e de 1,0 a 1,2g/kg de peso corporal.
- (C) 25 a 30 kcal/kg e de 1,2 a 1,5g/kg de peso corporal.
- (D) de 30 a 35 kcal/kg e de 1,0 a 1,2g/kg de peso corporal.

29 Com o envelhecimento, o declínio da capacidade sensorial afeta principalmente o olfato e o paladar, podendo levar a:

- (A) alterações metabólicas, perda de dentes e ingestão suficiente de nutrientes.
- (B) diminuição do apetite, escolhas alimentares não apropriadas e ingestão insuficiente de nutrientes.
- (C) diminuição do apetite, escolhas alimentares adequadas e ingestão suficiente de nutrientes.
- (D) alterações metabólicas, perda de dentes e ingestão insuficiente de nutrientes.

- 30** Uma vez que o uso de espessantes pode auxiliar um paciente a se alimentar com mais segurança, a disfunção, comum na senilidade, em que esse recurso pode ser utilizado é a:
- (A) dislalia.
 - (B) disfagia.
 - (C) disgeusia.
 - (D) hiposmia.
- 31** Novas evidências apontam para uma ingestão proteica para idosos de até:
- (A) 0,6 g/kg de peso corporal.
 - (B) 0,8 g/kg de peso corporal.
 - (C) 1,0 g/kg de peso corporal.
 - (D) 1,2 g/kg de peso corporal.
- 32** A incidência de diverticulose aumenta com a idade. Metade da população com idade superior a 60 anos desenvolve essa doença. Entre os cuidados nutricionais para a diverticulose, inclui-se:
- (A) dieta rica em fibra (25g para mulheres e 38g para homens)
 - (B) dieta pobre em fibra (10g para mulheres e 15g para homens)
 - (C) dieta rica em fibra (30g para mulheres e 50g para homens)
 - (D) dieta pobre em fibra (15g para mulheres e 20g para homens)
- 33** Considerando-se os fatores de risco para a gestação, é correto afirmar:
- (A) Os riscos associados à gravidez na adolescência são decorrentes da imaturidade biológica da gestante.
 - (B) O consumo ocasional de álcool, como uma taça de vinho junto às refeições, está associado às más formações fetais e retardo do crescimento fetal, devendo ser desaconselhado.
 - (C) O impacto do tabagismo durante a gestação afeta o crescimento fetal e aumenta o risco de mortalidade perinatal.
 - (D) O desenvolvimento tecnológico reduziu o risco de anomalias genéticas em gravidezes de mulheres com mais de 40 anos de idade.
- 34** O aleitamento materno é uma ação básica de saúde, porém sua prevalência é muito aquém da recomendada pela Organização Mundial da Saúde. De acordo com as recomendações das políticas de promoção da amamentação,
- (A) toda criança amamentada deve receber 1 mg de vitamina K intramuscular após a primeira mamada, nas primeiras seis horas de vida.
 - (B) os lactentes devem ser assistidos pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde a partir da idade de sete dias após o parto, com o objetivo de identificar problemas iniciais com a amamentação.
 - (C) durante as primeiras semanas de vida a mãe deve ser incentivada a amamentar de seis a oito vezes em 24 horas, observando os sinais de choro que indicam a fome do bebê.
 - (D) a suplementação com flúor é recomendada durante os primeiros seis meses de vida.
- 35** A anemia por deficiência de ferro constitui um dos principais problemas de saúde pública do mundo. Com relação a essa deficiência,
- (A) as maiores prevalências de anemia ferropriva se concentram na faixa etária de crianças até 36 meses de vida.
 - (B) no trato gastrointestinal, a anemia se manifesta clinicamente por redução da acidez gástrica, gastrite atrófica e sangramento da mucosa intestinal sem relação com a dieta.
 - (C) crianças escolares, que foram tratadas de anemia, apresentam aprendizado semelhante em relação às crianças saudáveis.
 - (D) a anemia em crianças de seis a 59 meses de vida é definida por valores de hemoglobina menores do que 10,5 g/dl.
- 36** A alergia alimentar é definida como uma doença consequente a uma resposta imunológica anômala, que ocorre após a ingestão e/ou contato com determinado(s) alimento(s). Isso posto, é correto afirmar:
- (A) Carboidratos têm sido descritos como incapazes de deflagrar o sistema imunológico a produzir IgE específicas e causar reações alérgicas graves.
 - (B) A IgA secretora incorporada ao muco representa uma das primeiras linhas de defesa da barreira mucosa gastrointestinal.
 - (C) As manifestações não mediadas por IgE são de apresentação imediata e quadros de proctite, enteropatia induzida por proteína alimentar e enterocolite induzida por proteína alimentar são exemplos dessas manifestações.
 - (D) Em geral, a alergia alimentar se inicia tardiamente na vida, com manifestações clínicas variadas na dependência do mecanismo imunológico envolvido.
- 37** O índice de creatinina-estatura ou índice de creatinina-altura (ICA) é a relação entre a excreção urinária de creatinina em 24 horas e a estatura. A creatinina urinária é utilizada para avaliação da depleção de proteínas musculares, pois quando há perda de musculatura, há liberação de creatina que, quando fragmentada, origina a creatinina. Esse índice pode ser influenciado por:
- (A) ingestão de frutas, legumes e verduras.
 - (B) sedentarismo e ingestão de bebidas durante as refeições.
 - (C) ingestão de ovos e proteínas vegetais.
 - (D) ingestão de carnes na dieta e atividade física intensa.

38 Considera-se parâmetro para a avaliação do estado nutricional por compartimento:

- (A) a reserva adiposa – dobras cutâneas e circunferência da cintura.
- (B) a massa proteica somática – albumina e pré-albumina.
- (C) a proteína visceral – balanço nitrogenado e linfocitometria.
- (D) o compartimento imune – teste de hipersensibilidade cutânea e 3-metil histidina.

39 Qualquer caso de perda de massa corporal involuntária ou IMC baixo deve ser considerado como de primeira prioridade. O apoio nutricional e as mudanças alimentares são eficazes, juntamente com o tratamento do distúrbio subjacente. A opção que se adequa a essa afirmação é:

- (A) Hipertireoidismo: consultar um médico; monitorar os medicamentos e as refeições de forma adequada.
- (B) Doença celíaca: evitar pular refeições; preparar alimentos com alta densidade energética.
- (C) Ansiedade, estresse e depressão: verificar medicamentos e tratamentos para determinar se as novas opções estão em ordem. Consultar um médico.
- (D) Disfagia ou dificuldade para mastigar: alterar a textura de alimentos e líquidos conforme apropriado, para melhorar a capacidade de mastigação e deglutição.

40 Uma história nutricional cuidadosa pode revelar deficiências nos hábitos alimentares e consumo alimentar. As refeições devem ser programadas e descontraídas, em vez de planejadas às pressas ou ingeridas rapidamente. O indivíduo com baixa massa corporal precisa ser frequentemente encorajado a comer, mesmo sem fome. Tendo em vista essa situação, assinale a orientação correta.

- (A) É desnecessário o uso de lanches, pois acarretaria em aumento da ingestão energética.
- (B) Os líquidos com alto teor energético não são eficazes para os indivíduos que apresentam perda de apetite ou saciedade precoce.
- (C) Individualizar o programa com alimentos prontamente disponíveis, com um plano de refeições regulares ao longo do dia.
- (D) Diariamente os alimentos podem ser fortificados para aumentar oferta de vitaminas e minerais.

41 A esofagite consiste em uma inflamação da mucosa esofágica decorrente do refluxo ácido gástrico. Esse refluxo ocorre em razão da redução da pressão do Esfíncter Esofágico Inferior (EEI). Em relação à dietoterapia para esofagite de refluxo, **não** se deve estimular:

- (A) o consumo de alimentos com alto teor de purinas, pois estimulam a secreção ácida.
- (B) a ingestão de sucos e frutas ácidas e tomate, pois diminuem a pressão do EEI.
- (C) o consumo de alimentos gordurosos, visto que estimulam a liberação de CCK e aumentam a pressão do EEI.
- (D) dieta branda na fase aguda e na presença de disfagia.

42 Os pacientes com Síndrome do intestino irritável (SII) podem ser mais sensíveis a gases, distensão ou dor pela má absorção de frutose. Considerando essa afirmação,

- (A) a ingestão de pêra, maçã e manga devem ser estimuladas, pois têm substancialmente menos “frutose livre”.
- (B) frutas secas e sucos de frutas podem ser uma opção para reduzir os sintomas de intolerância à frutose.
- (C) a absorção de frutose piora quando é ingerida com glicose.
- (D) a dieta FODMAPs pode ser útil nos casos de SII e intolerância à frutose, porque preconiza a restrição de alimentos ricos em frutose livre, lactose, oligossacarídeos e polióis.

43 A Enteropatia Sensível ao Glúten pode se manifestar por sintomas clássicos como diarreia, esteatorreia, fezes com odor muito fétido, aumento do volume abdominal, apatia, cansaço e pouco ganho de peso. Dentre as condições nutricionais associadas à doença celíaca,

- (A) as coagulopatias estão relacionadas à deficiência de vitamina K.
- (B) a anemia perniciosa por deficiência de B12 é a mais comum.
- (C) a intolerância à lactose ocorre por uma superprodução de lactase.
- (D) a osteomalácia pode ocorrer por maior inativação da vitamina D a nível intestinal.

44 A nutrição enteral precoce pode ser definida como a instituição da alimentação nas primeiras 48h após a cirurgia ou internação. A opção que se adequa a essa afirmação é:

- (A) O grande queimado não se beneficia da nutrição enteral precoce devido ao seu estado hipercatabólico e de maior perda proteica visceral.
- (B) A nutrição enteral precoce aumenta a ocorrência de Falência de Múltiplos Órgãos e Sistemas no paciente crítico.

- (C) O uso de aminas vasoativas para manter a estabilidade dos pacientes não contraindicam o início precoce da terapia nutricional.
- (D) A nutrição enteral precoce não pode ser usada para suporte trófico da mucosa, ou para manutenção do metabolismo intestinal e imunológico durante a fase de catabolismo da doença.

45 A terapia nutricional enteral é uma estratégia para prevenção e tratamento da desnutrição. Contudo, não é isenta de complicações.

A opção que se adequa a essa afirmação é:

- (A) A esofagite, ulceração ou estenose esofágica é uma complicação gastrointestinal, que pode ocorrer pelo grosso calibre e material rígido da sonda nasoenteral.
- (B) A desidratação é uma complicação metabólica e está associada ao uso de fórmulas hipertônicas, diarreia e outras perdas do trato gastrointestinal.
- (C) A sinusite e a otite são complicações metabólicas relacionadas à presença da sonda na via aérea superior.
- (D) A constipação é uma complicação gastrointestinal que ocorre pelo excesso de líquido administrado pela sonda.

O rádio, como meio de comunicação já teve sua extinção prevista “n” vezes, mas seu obituario continua adiado. Vieram a tevê, o computador, os *home theatres*, os celulares inteligentes, e que fim levou o rádio? Segue firme e forte no meio rural e urbano, no interior e na capital, tocando música, dando as horas, noticiando, informando, transmitindo futebol, debates, fazendo humor, promovendo encontros – sendo a outra pessoa dentro da casa enquanto lavamos a louça ou tomamos banho.

Sem imagem, o rádio se torna “alguém” por meio de vozes que a gente reconhece pelo timbre. É presença suficiente. Na cozinha, no pátio, na garagem, no banheiro, no quarto e na sala, um homem ou uma mulher invisível nos faz rir, nos faz refletir e nos tira para dançar. É diferente da televisão, que entretém com figurino, maquiagem e texto ensaiado, entregando uma fantasia. Rádio é emoção genuína, espontânea, de verdade. O exemplo mais célebre é o de Orson Welles com seu programa “A guerra dos mundos”, que 80 anos atrás, na véspera do Halloween de 1938, fez mais de um milhão de pessoas acreditar que os Estados Unidos estavam realmente sendo invadidos por marcianos, instaurando pânico. Por terem sintonizado a transmissão no meio, muitos ouvintes não escutaram a abertura avisando que se tratava de radioteatro – e surtaram. Dê um Google para recordar. O episódio sedimentou para sempre a potência do veículo.

Como diz a Katia em seu livro, “por mais que se avance a tecnologia, humanos continuarão falando e escutando”. É o que basta. Enquanto existir rádio, a solidão terá um adversário à altura.

(Martha Medeiros, *Revista Ela*, O GLOBO, 2 de dezembro de 2018, página 36)

LÍNGUA PORTUGUESA

TEXTO 1

Outra pessoa em casa

Volta e meia deparo com estatísticas de pessoas que moram sozinhas. Não lembro os números exatos, mas sei que são elevados. Jovens que deixaram suas cidades para estudar, idosos que não moram com os filhos, homens e mulheres que se divorciaram, que enviuvaram ou que nunca se casaram, enfim, gente que, por escolha ou contingência, hoje habita só. Talvez um cão ou gato atenuem a ausência de companhia, mas o fato é que não há outra pessoa na casa.

O rádio acaba virando a outra pessoa na casa.

Pincei essa frase do livro da radialista gaúcha Kátia Suman, que acaba de lançar as memórias da Ipanema FM, de Porto Alegre, revelando os bastidores do estúdio em que trabalhou por tantos anos e nos ajudando a entender como uma rádio, com equipamento precário, poucos funcionários e muito improviso conseguiu, de 1984 a 1997, conquistar ouvintes fiéis que interagiam diretamente com os locutores e se sentiam representados por aquela bagunça pulsante, criativa, descolada. Uma turma independente que colocava no ar a nova cena musical e cultural do extremo sul do país. Fez história, logo merece ser contada.

46 O texto “Outra pessoa em casa” apresenta uma estrutura predominantemente:

- (A) descritiva.
 (B) narrativa.
 (C) dissertativa.
 (D) enumerativa.

O fragmento seguinte serve de base para a questão 47.

Jovens que deixaram suas cidades para estudar, idosos que não moram com os filhos, homens e mulheres que se divorciaram, que enviuvaram ou que nunca se casaram, enfim, gente que, por escolha ou contingência, hoje habita só. (linhas 3-8)

47 Identifique o mecanismo de coesão textual que se evidencia nas estruturas sublinhadas no fragmento acima.

- (A) Paralelismo estrutural
- (B) Comparação
- (C) Reiteração
- (D) Exemplificação

48 As expressões sublinhadas nas frases seguintes têm todas a mesma função sintática, **exceto** em:

- (A) O rádio acaba virando a outra pessoa na casa. (linhas 11-12)
- (B) “Segue firme e forte no meio rural e urbano, no interior e na capital...” (linhas 31-32)
- (C) “Sem imagem, o rádio se torna “alguém” por meio de vozes...” (linhas 38-39)
- (D) “... e que fim levou o rádio?” (linhas 30-31)

49 Em “...enfim, gente que, por escolha ou contingência, hoje habita só” (linhas 7-8), os vocábulos sublinhados, têm, respectivamente, o seguinte valor semântico:

- (A) por fim – obrigação – sozinho
- (B) finalmente – probabilidade – apenas
- (C) afinal – necessidade – somente
- (D) em síntese – eventualidade – sozinha

50 No fragmento “Pincei essa frase do livro da radialista gaúcha Kátia Suman...” (linhas 13-14), a expressão sublinhada exemplifica um caso de:

- (A) eufemismo.
- (B) metáfora.
- (C) personificação.
- (D) catacrese.

51 Assinale a opção em que o conectivo sublinhado mantém valor semântico semelhante ao conectivo também sublinhado no fragmento “O rádio, como meio de comunicação já teve sua extinção prevista “n” vezes, mas seu obituário continua adiado” (linhas 27-29).

- (A) “...por mais que se avance a tecnologia, humanos continuarão falando e escutando”. (linhas 58-60)
- (B) “Fez história, logo merece ser contada.” (linhas 25-26)

- (C) “, um homem ou uma mulher invisível nos faz rir, nos faz refletir e nos tira para dançar” (linhas 41-43)
- (D) “Enquanto existir rádio, a solidão terá um adversário à altura.” (linhas 60-61)

52 O enunciado sublinhado no fragmento “Por terem sintonizado a transmissão no meio, muitos ouvintes não escutaram a abertura avisando que se tratava de radioteatro...” (linhas 52-55) expressa:

- (A) concessão.
- (B) comparação.
- (C) causa.
- (D) condição.

53 “Rádio é emoção genuína, espontânea, de verdade.” (linhas 45-46)

As formas sublinhadas no fragmento acima, são classificadas, respectivamente, em termos gramaticais, como:

- (A) adjetivo – advérbio – locução adverbial
- (B) adjetivo – adjetivo – locução adjetiva
- (C) substantivo – adjetivo – locução prepositiva
- (D) advérbio – substantivo – locução adverbial

TEXTO 2

Observe a tirinha da Mafalda, do cartunista argentino Quino, para responder às questões 54 e 55.



<http://querfaldelivros.blogspot.com/2014/11/dpl-minha-vida-daria-uma-tirinha.html?m=1>

54 O plano sonoro da língua pode contribuir para reforçar ou criar elementos significativos. Nos quadrinhos um e dois, há elementos que sugerem sons. Esse recurso se denomina:

- (A) prosopopeia.
- (B) aliteração.
- (C) assonância.
- (D) onomatopeia.

55 Para realizar uma leitura eficiente, o leitor deve captar tanto os dados explícitos no texto, quanto os implícitos. A fala de Mafalda, no quadro quatro, permite perceber:

- (A) uma crítica ao som das músicas eletrônicas.
- (B) a declaração de que a arte está com defeito.
- (C) uma declaração de que o rádio está com defeito.
- (D) a expressão da decepção de Mafalda.

LÍNGUA ESPANHOLA

Lee el siguiente texto y escoge la opción correcta en las cuestiones formuladas seguidamente.

La medicina familiar cubana en nuestros días

Desde su creación hasta nuestros días, los procesos de perfeccionamiento en que ha estado inmerso el Sistema Nacional de Salud en Cuba han tenido un propósito bien definido: elevar el nivel de salud de la población cubana. Hoy, cinco décadas después, esto no ha cambiado, solo se requirió de nuevas decisiones puestas en práctica a partir del año 2010, como parte de un proceso de transformaciones que ha perseguido mayor eficiencia y sostenibilidad en los servicios y una mejor utilización de sus recursos humanos.

En este proceso de transformaciones, se retoma la concepción inicial de la medicina familiar en Cuba, y se identifican los consultorios necesarios, es decir, que el equipo básico de salud esté conformado por un médico y una enfermera que atienda una población no mayor de 1 500 habitantes, con el objetivo de que se cumplan los principios de la medicina familiar, bien definidos desde su creación.

No podemos olvidar que el Sistema de Salud necesita un profesional que se adecue a las necesidades, con capacidad real de solución de los problemas de salud, que mejore la eficiencia del sistema sanitario, y resuelva prácticamente el 90% de los problemas de salud en este nivel, para que lleguen a otros niveles del sistema los problemas que por su complejidad o requerimientos tecnológicos necesiten de otros recursos.

Durante todo el proceso se precisó la necesidad de garantizar que los consultorios identificados como necesarios tengan un número de reservas según las características del territorio, que el equipo básico de salud viva en la comunidad donde trabaja, que brinden atención médica integral y dispensarizada a la población de forma estable y permanente, y desarrollen la actividad de consultas y terrenos planificados, consultas espontáneas, ingresos en el hogar, deslizantes, según la necesidad de la población y la negociación del esquema de trabajo con esta.

[...]

En el transcurso del año 2011, se revisa e implementa el *Programa del Médico y Enfermera de la Familia*, documento rector del trabajo del equipo básico de salud, en el que se recogen las actividades que deben realizar el policlínico y el hospital, para complementar este trabajo.

En el proceso de implementación del programa en el país, se desarrollaron excelentes intercambios, intervenciones y discusiones, existió una opinión generalizada y un compromiso incondicional por rescatar en su concepción inicial aquel programa que llenó de orgullo a sus gestores, y de confianza y seguridad a los cubanos y

cubanas: el Programa del Médico y Enfermera de la Familia.

DRA. ANA MARGARITA MUÑIZ ROQUE

Rev Cubana Med Gen Integr vol.28 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2012
(Disponible em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000100001.
Acceso en 8/12/2018)

56 El texto es un resumen de un artículo académico en el que se afirma que el Sistema Nacional de Salud en Cuba ha buscado

- (A) ser más económico a la hora de invertir en recursos humanos para la atención sanitaria.
- (B) elevar los gastos en salud para atender mejor a la población de la isla caribeña.
- (C) prestar un servicio más eficiente aprovechando mejor el trabajo del personal sanitario.
- (D) identificar los problemas más comunes en los consultorios de la medicina familiar.

57 Los consultorios necesarios, de los que habla el texto, se refieren a la existencia de un

- (A) equipo tecnológico para atender emergencias de la población.
- (B) número básico de médicos para actuar en hospitales públicos.
- (C) equipamiento básico de salud para uso autónomo de la población.
- (D) médico y una enfermera en relación con cierto número de habitantes.

58 En relación con los problemas de salud de la población, el profesional de la medicina familiar debe resolver

- (A) la totalidad de los casos.
- (B) una pequeña parte de casos.
- (C) la mayor parte de los casos.
- (D) la parte más compleja de casos.

59 Una de las características del equipo básico de salud consiste en

- (A) trabajar en varios puntos del territorio.
- (B) vivir en la comunidad en la que trabaja.
- (C) atender solamente las emergencias sanitarias.
- (D) recibir enfermos de todo el país.

60 El texto hace una valoración del funcionamiento del Programa del Médico y Enfermera de la Familia

- (A) positiva
- (B) negativa
- (C) neutra
- (D) crítica

LÍNGUA INGLESA

Read the text and answer the questions which follow it

Poverty among the elderly in the U.S: before and after de 2009 recession

For many people in the United States, growing older once meant living with less income. In 1960, as much as 35 percent of the elderly existed on poverty-level incomes. A generation ago, the nation's oldest populations had the highest risk of living in poverty.

At the start of the twenty-first century, the older population was putting an end to that trend. Among people over sixty-five years old, the poverty rate fell from 30 percent in 1967 to 9.7 percent in 2008, well below the national average of 13.2 percent. However, given the recession in 2008, which severely reduced the retirement savings of many while taxing public support systems, how are the elderly affected? According to the Kaiser Commission on Medicaid, the national poverty rate among the elderly had risen to 14 percent by 2010.

Before the recession hit, what had changed to cause a reduction in poverty among the elderly? What social patterns contributed to the shift? For several decades, a greater number of women joined the workforce. More married couples earned double incomes during their working years and saved more money for their retirement. Private employers and governments began offering better retirement programs. By 1990, senior citizens reported earning 36 percent more income on average than they did in 1980; that was five times the rate of increase for people under age thirty-five (U.S. Census Bureau 2009).

In addition, many people were gaining access to better healthcare. New trends encouraged people to live more healthful lifestyles by placing an emphasis on exercise and nutrition. There was also greater access to information about the health risks of behaviors such as cigarette smoking, alcohol consumption, and drug use. Because they were healthier, many older people continue to work past the typical retirement age and provide more opportunity to save for retirement. Will these patterns return once the recession ends? Sociologists will be watching to see.

From: <<https://slideplayer.com/slide/6074501/>>. Access 01. Dec. 2018.

Glossary: *elderly:* idosos; *income:* renda; *meant:* significava; *trend:* tendência; *fell:* caiu; *rate:* taxa; *shift:* mudança; *joined:* juntaram-se a; *earned:* ganhavam; *retirement:* aposentadoria; *behaviours:* comportamentos.

56 In 1960, 65 % of the elderly in the U.S. lived on

- (A) poverty level incomes.
- (B) incomes above the poverty level.
- (C) incomes far below the poverty level.
- (D) less income than the rest of the 35% elderly population.

57 From 1967 to 2008, the poverty rate among people over sixty-five

- (A) declined.
- (B) increased.
- (C) stabilized.
- (D) could not be calculated.

58 Among the facts below, the one which is **NOT** suggested by the author as a **cause** for reduction in poverty among the elderly before the recession is:

- (A) a greater number of women joined the workforce.
- (B) many people were gaining access to better healthcare.
- (C) private employers and governments began offering better retirement programs.
- (D) senior citizens reported earning 36 percent more income on average than they did in 1980.

59 According to the text, the 2008 economic recession in the U.S. caused:

- (A) an increase in the number of wealthy older people.
- (B) a decline in the poverty rate among the elderly.
- (C) a rise in the national poverty rate among the elderly.
- (D) the adoption of more healthful lifestyles among the elderly.

60 The connector "*in addition*", in "*In addition, many people were gaining access to better healthcare*" (last paragraph) can be replaced by:

- (A) therefore.
- (B) moreover.
- (C) consequently.
- (D) however.

