

# 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 e
- Saúde do Idoso.

Prova a ser realizada pelos candidatos graduados em **EDUCAÇÃO FÍSICA**

## 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** Algumas respostas fisiológicas ocorrem nas semanas subsequentes ao início de um programa de exercícios. Dentre as alternativas a seguir, indique o termo correto para descrever um dos padrões dessas respostas para uma determinada dose de exercício.

- (A) Respostas agudas – ocorrem somente em período de exercício, mas não em vários.
- (B) Respostas lineares – os ganhos são obtidos de forma descontínua com o passar do tempo.
- (C) Respostas rápidas – os benefícios ocorrem rapidamente e se estabilizam em um platô.
- (D) Respostas retardadas – ocorrem apenas após anos de treinamento.

**12** Para a maioria das pessoas, a faixa percentual do  $VO_2$  máximo indicada para aprimoramento do condicionamento cardiorrespiratório é:

- (A) de 60 a 80% do  $VO_2$  máximo.
- (B) de 70 a 90% do  $VO_2$  máximo.
- (C) de 80 a 90% do  $VO_2$  máximo.
- (D) acima de 90% do  $VO_2$  máximo.

**13** Apesar de o tratamento farmacológico ser o mais eficaz para a doença de Alzheimer, o exercício físico vem sendo apontado como uma importante intervenção não farmacológica. Uma das contribuições mais importantes do exercício físico para essa doença seria:

- (A) alteração da composição corporal.
- (B) melhora da função cognitiva.
- (C) aumento de tecido não contrátil nos músculos dos idosos.
- (D) expansão do volume pulmonar.

**14** Ao analisarmos o comportamento da força muscular durante o processo de envelhecimento, é correto afirmar que:

- (A) a força em grandes ângulos articulares é preservada.
- (B) a perda de força é mais prevalente em homens do que em mulheres.
- (C) se observa uma perda significativa na força isométrica.
- (D) normalmente a eficiência das contrações excêntricas é mantida quando comparada com a das contrações concêntricas.

**15** A obesidade está relacionada a uma variedade de doenças crônicas, entre elas a doença coronariana, hipertensão e diabetes tipo 2. Existe uma conexão fisiológica entre uma quantidade excessiva de tecido adiposo e o quadro inflamatório relacionado a essas doenças. Um dos aspectos associados à relação gordura/inflamação seria:

- (A) adipócitos maiores (principalmente nos depósitos de gordura visceral) produzem mais interleucina 6 (IL6) e menos adiponectina.
- (B) redução da secreção de fator de necrose tumoral-alfa (TNF $\alpha$ ) pelos macrófagos infiltrados no tecido adiposo visceral.
- (C) somente uma intervenção farmacológica é eficiente na diminuição da inflamação sistêmica causada pela obesidade.
- (D) a proteína C reativa (CRP) não é considerada um fator de risco de cardiopatia.

**16** Até 50% dos pacientes com câncer desenvolvem caquexia, que consiste em:

- (A) perda de gordura corporal.
- (B) aumento de gordura corporal.
- (C) rápida perda de massa muscular.
- (D) redução predominantemente das unidades motoras tipo I.

**17** Evidências científicas apontam que o nível de inatividade física antecipa o surgimento da doença coronariana. Em relação à dose-resposta de exercício necessária para diminuir o risco de doença arterial coronariana (DAC):

- (A) a dose de exercício é diretamente proporcional ao risco da DAC.
- (B) a dose de exercício não influencia em nada o risco de DAC.
- (C) a prática de exercícios impede que a DAC se manifeste.
- (D) a dose de exercício é inversamente proporcional ao risco de DAC.

**18** A variabilidade da frequência cardíaca (VFC) é afetada por algumas patologias como depressão, hipertensão e cardiopatia, sendo, portanto, considerada um fator preditivo para essas doenças. A VFC é caracterizada:

- (A) por uma arritmia cardíaca.
- (B) pela variação do intervalo de tempo decorrido entre os batimentos cardíacos.
- (C) pelo aumento da frequência cardíaca durante o dia.
- (D) por uma frequência cardíaca reduzida ao acordar.

**19** O relatório sobre a situação da População Mundial (2002) demonstra que o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que, pelo menos, metade do seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde. Levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres, podemos afirmar, para efeito de formulação das políticas públicas de saúde, que

- (A) a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde é fundamental, a fim de promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher.
- (B) gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são iguais, não justificando políticas públicas diferenciadas para as mulheres.
- (C) os desequilíbrios e desigualdades de gênero não devem ser consideradas na formulação de leis, políticas e práticas de saúde, sob pena de aprofundar outras desigualdades e discriminações de classe, idade, orientação sexual, etnia, língua ou religião.
- (D) apesar de diferentes populações estarem expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, estão expostos a padrões semelhantes de sofrimento, adoecimento e morte.

**20** Um dos principais objetivos do Programa Saúde na Escola é:

- (A) desenvolver ações na rede pública de Educação Básica de combate e erradicação da obesidade em adolescentes e jovens adultos.
- (B) estipular atribuições específicas da rede pública de saúde sem interferir nas ações da rede pública de Educação Básica.
- (C) fortalecer a participação comunitária na elaboração das políticas de Educação Básica e de Saúde, nos três níveis de governo.
- (D) promover a formação integral de educandos e a cultura de paz, de forma a diminuir os índices de violência nas periferias urbanas.

**21** A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. Para atingir os princípios de humanização e da qualidade da atenção, deve-se levar em conta diversos elementos, **exceto**:

- (A) disponibilidade de informações e orientações sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados.
- (B) garantia da participação do sujeito nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários.
- (C) estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da comunidade.
- (D) acolhimento seletivo em todos os níveis da assistência, buscando limitar as orientações sobre os problemas apresentados e possíveis soluções.

**22** A adolescência é uma etapa do desenvolvimento do ser humano marcada por profundas transformações e por uma diversidade de experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual. Esse grupo populacional é o mais vulnerável aos riscos associados aos diferentes tipos de violência, cujos efeitos são percebidos em sua saúde. Para minimizar tais efeitos, os profissionais de saúde, incluindo o professor de Educação Física, que cuidam de adolescentes devem:

- (A) identificar de fatores de risco e de proteção para violências e acidentes urbanos, de trânsito e sexuais, deixando os casos de violências e acidentes domésticos para serem identificados pelas famílias dos adolescentes.
- (B) promover ações educativas e preventivas e ações de promoção da saúde e da cultura de paz, incentivando a criação de ambientes e entornos seguros e saudáveis na escola e junto à comunidade escolar por meio de articulações e parcerias intersetoriais.
- (C) realizar a notificação aleatória de violência doméstica, sexual e outras situações de violências contra adolescentes, enviando cópia ao Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente e à Unidade de Saúde/ESF.
- (D) encaminhar aos serviços de referência ou rede de proteção social e de garantia de direitos, casos confirmados de adolescentes em situação de vulnerabilidade ou que sofreram violências ou acidentes.

**23** No que tange à saúde de crianças e adolescentes, algumas ações podem ser desenvolvidas nas escolas, auxiliando o acompanhamento básico de saúde. Ações educativas em saúde também podem ser desenvolvidas nas escolas em parceria com a comunidade escolar. Dentre as ações que o professor de Educação Física **não deve** desenvolver, está:

- (A) definir, com base nos seus interesses pedagógicos, as temáticas de saúde prioritárias a serem desenvolvidas na escola.
- (B) incluir em seu planejamento, com base nas demandas da comunidade escolar, ações de promoção de práticas corporais/atividade física e promoção da cultura da paz.
- (C) elaborar e executar oficinas de educação em saúde com a comunidade escolar, bem como os materiais a serem utilizados nas mesmas.
- (D) incluir adolescentes e jovens no planejamento, execução e avaliação de atividades de educação em saúde, incentivando a educação entre pares.

**24** O Programa Saúde na Escola (PSE) define atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica que atuam no referido programa. Apesar de poder colaborar com qualquer dessas atribuições, o professor de Educação Física pode se inserir de maneira mais contundente na:

- (A) realização triagem da acuidade visual de escolares de acordo com a Tabela de Snellen, conforme preconizado nas diretrizes do PSE.
- (B) identificação das famílias de escolares que estejam inseridas no Programa Bolsa-Família, bem como acompanhar suas condicionalidades.
- (C) elaboração de ações que abordem temas como a obesidade, diabetes, sedentarismo, prática de atividade física, hábitos alimentares e estilos de vida.
- (D) realização de visitas domiciliares, como forma de complementar as atividades clínicas para o cuidado dos escolares, sobretudo para grupos mais vulneráveis.

**25** O objetivo principal da prescrição de atividade física na criança e no adolescente é criar o hábito e o interesse pela atividade física. Nesse sentido, é correto afirmar que:

- (A) deve ser priorizada a inclusão da atividade física no cotidiano, com valorização da educação física escolar, que estimule a prática de atividade física para toda a vida, a fim de que seja considerada como prática agradável e prazerosa.
- (B) a competição desportiva embora não traga benefícios do ponto de vista educacional e de socialização, proporciona ao menos experiências de atividade em equipe, colocando a criança frente a situações de vitória e derrota.
- (C) o componente competitivo deve prevalecer sobre o lúdico, de forma a contemplar os interesses individuais e o desenvolvimento de habilidades motoras específicas, contribuindo para o despertar de talentos.
- (D) o objetivo de desempenho, principalmente quando há excessivas cobranças por parte de pais e treinadores, pode trazer consequências indesejáveis, como a aversão à atividade física.

**26** O preconceito em relação à participação da mulher em atividades esportivas remonta à Grécia Antiga, quando ela era proibida até mesmo de assistir aos Jogos Olímpicos. Durante muito tempo, ela foi poupada da prática de esportes pela crença de que o exercício poderia ser prejudicial à sua saúde. Apenas em 1972, as mulheres foram admitidas a participar de competições oficiais de maratonas e outros eventos de mais longa duração. A literatura médica até recentemente não apresentava dados epidemiológicos consistentes a respeito do impacto da atividade física sobre a saúde das mulheres.

Com relação a prescrição de exercícios físicos para as mulheres, é correto afirmar que:

- (A) dadas as alterações na massa óssea no período do climatério, o exercício físico de alto impacto deve ser evitado, sendo considerado prejudicial, tanto por ação direta do impacto sobre o esqueleto, como por ação indireta, pelo aumento da força muscular. A maior tração, exercida por músculos mais fortes, pode provocar lesões ósseas graves.
- (B) a atividade física deve ser evitada durante gestação, a menos que a mulher já seja praticante regular antes da gravidez e seja submetida a uma avaliação médica especializada. A mulher que descumpra esta recomendação está sujeita a ter sangramento uterino, rotura prematura de membranas, trabalho de parto pré-termo, etc.
- (C) a gestante que pratica atividade física deve ter como objetivo a melhoria da aptidão física.

Os benefícios da atividade física na gestante são a diminuição de sintomas gravídicos tais como: controle ponderal, auxílio no retorno venoso prevenindo o aparecimento de varizes de membros inferiores e a melhora nas condições de irrigação da placenta.

- (D) a *triade da mulher atleta* é uma síndrome que acomete mulheres praticantes de exercícios de caráter competitivo ou recreacional. Seus componentes são: distúrbios alimentares, amenorréia e osteoporose. O tratamento baseia-se principalmente na redução geral do programa de treinamento, na correção de hábitos alimentares e na terapia de reposição hormonal.

**27** As abordagens de promoção da saúde podem ser reunidas em dois grupos:

- (A) o grupo das abordagens mais restritas, com ênfase nas modificações dos ambientes de trabalho e de moradia, e o das mais amplas baseadas nas modificações dos hábitos danosos à saúde.
- (B) o grupo das abordagens que consideram fatores específicos e o das que consideram todos os fatores, desde os mais específicos aos mais gerais, sem alvo determinado.
- (C) o grupo das abordagens baseadas em campanhas educativas e o das baseadas na elaboração de políticas públicas.
- (D) o grupo das abordagens que priorizam as ações de prevenção primária e prevenção secundária, e o das que priorizam a prevenção terciária.

**28** A elaboração de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento das habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde são pontos centrais do seguinte documento:

- (A) Declaração de Alma Ata.
- (B) Carta de Adelaide.
- (C) Carta de Ottawa.
- (D) Informe Lalonde.

**29** Assinale a definição de saúde de acordo com o artigo 196 da nossa Constituição (Brasil, 1988).

- (A) A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- (B) A saúde é um estado de completo bem estar físico mental e social, um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às

- ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- (C) A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à ausência de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- (D) A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas que visem à ausência de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção, promoção, proteção e recuperação de doenças.

30 De acordo com o modelo de história natural da Doença de Leavell e Clark a prevenção primária é baseada em ações:

- (A) de melhoria do saneamento básico e campanhas de vacinação.
- (B) que objetivem o diagnóstico e o tratamento precoce de doenças.
- (C) realizadas no período anterior ao aparecimento da doença.
- (D) de limitação da invalidez e de reabilitação.

31 Apesar das prescrições serem individualizadas, há elementos básicos que devem ser comuns a todas as prescrições. São eles:

- (A) sobrecarga, intensidade, duração, frequência e preparação do exercício.
- (B) modalidade, intensidade, duração, frequência e progressão do exercício.
- (C) duração, modalidade, especificidade, frequência e intensidade do exercício.
- (D) frequência, reversibilidade, tipo, intensidade e modalidade do exercício.

32 O desenvolvimento da aptidão física é alcançado através da aplicação de cargas maiores do que aquelas às quais o indivíduo está acostumado. Esta afirmativa se baseia no princípio da:

- (A) reversibilidade.
- (B) sobrecarga.
- (C) irreversibilidade.
- (D) progressão.

33 A definição de aptidão física é ampla, porém a aptidão física relacionada à saúde requer a melhoria dos seguintes componentes:

- (A) resistência cardiorrespiratória, força e resistência muscular, flexibilidade e composição corporal.

- (B) força e resistência muscular, agilidade, equilíbrio e flexibilidade.
- (C) flexibilidade, potência, velocidade, resistência cardiorrespiratória e força muscular.
- (D) resistência cardiorrespiratória, força muscular, tempo de reação, flexibilidade e composição corporal.

34 Apesar do exercício físico provocar importantes alterações hemodinâmicas e neuro-humorais em indivíduos hipertensos, os principais mecanismos responsáveis pelo efeito hipotensor pós exercício podem ser atribuídos

- (A) à atenuação da atividade nervosa parassimpática.
- (B) ao aumento da concentração plasmática de noradrenalina.
- (C) à redução da sensibilidade do reflexo pressorreceptor.
- (D) à atenuação da atividade nervosa simpática.

35 Com relação a prescrição de exercícios para indivíduos diabéticos, os parâmetros glicêmicos devem ser observados antes do início da sessão. É recomendado iniciar, de imediato, a sessão de exercícios, para adolescentes e adultos diabéticos, quando a glicemia apresentar valores de:

- (A) Até 80 (mg/dL)
- (B) 80-120 (mg/dL)
- (C) 120-250 (mg/dL)
- (D) Acima de 250 (mg/dL), com cetonúria, ou acima de 300 (mg/dL)

36 O efeito do treinamento físico promove melhora expressiva da perfusão miocárdica. Entre os componentes envolvidos nesta melhora, é **incorreto** afirmar que tal melhora se deva

- (A) à regressão das lesões ateroscleróticas coronarianas.
- (B) à redução do tempo de perfusão diastólica.
- (C) ao aumento da circulação colateral.
- (D) à redução da viscoelasticidade do sangue.

37 Com relação ao equilíbrio postural, vários fatores biomecânicos são importantes no controle postural. Pode-se afirmar que uma estratégia válida para facilitar o controle postural melhorando o equilíbrio, em posição ereta bípede, seria:

- (A) a redução da altura do centro de gravidade.
- (B) a redução do polígono da base de sustentação.
- (C) projetar o centro de gravidade para as extremidades do polígono da base de sustentação.
- (D) ficar em apoio unipodal.

**38** A cinemática é o campo da biomecânica que estuda a descrição do movimento em seus componentes espaciais, temporais e espaço-temporais. A rapidez, enquanto uma variável cinemática linear espaço-temporal, pode ser conceituada como:

- (A) uma grandeza escalar, a qual é determinada pela distância percorrida dividida pela duração (tempo gasto no percurso).
- (B) uma grandeza vetorial, a qual é determinada pelo deslocamento dividido pela duração (tempo gasto no percurso).
- (C) uma grandeza vetorial, a qual é determinada pela variação da velocidade dividido pela duração (tempo gasto no percurso).
- (D) uma grandeza escalar, a qual é determinada pelo produto da massa e da aceleração.

**39** Durante o movimento articular no cotovelo, em um exercício de rosca bíceps, existe uma variação de eficiência mecânica e da capacidade de geração de torque articular. Nas angulações próximas a 90°, existe uma maior eficiência mecânica devido:

- (A) ao aumento do componente paralelo da força
- (B) à mudança no tipo de alavanca, de terceira classe para segunda classe.
- (C) ao aumento do componente perpendicular da força.
- (D) à mudança no tipo de alavanca, de terceira classe para primeira classe.

**40** A perda de massa muscular relacionada ao processo do envelhecimento apresenta uma influência na qualidade de vida e na autonomia de idosos, reduzindo de forma significativa a força muscular. Com relação a essa perda de massa muscular, é correto afirmar que:

- (A) as taxas de redução tendem a serem maiores na parte superior do corpo do que na parte inferior.
- (B) a hipotrofia muscular no envelhecimento está relacionada tanto com a redução seletiva do número de fibras, quanto com o decréscimo do seu tamanho médio.
- (C) a redução da massa muscular deve-se, principalmente, ao decréscimo da quantidade e área ocupada por fibras do tipo I.
- (D) a redução de força e de massa muscular está obrigatoriamente relacionada a uma redução da massa corporal total.

**41** Conhecer os planos e eixos de movimento é de fundamental importância para a análise do movimento. É correto afirmar que no plano transversal é onde ocorrem os movimentos articulares de:

- (A) flexão e extensão, dorsiflexão e flexão plantar.
- (B) adução e abdução, flexão lateral (direita) e flexão lateral (esquerda), elevação e depressão.
- (C) desvio ulnar e desvio radial, eversão e inversão.
- (D) rotação medial e lateral, pronação e supinação, abdução e adução horizontais.

**42** O projeto Prev-Quedas leva em conta na sua proposta pedagógica:

- (A) o que é sugerido na Educação de Jovens e Adultos.
- (B) o entendimento básico é de que saúde leva ao completo bem estar biopsicossocial.
- (C) o uso de conteúdos não escolarizados e que sejam apropriados ao perfil do público alvo.
- (D) a importância de se ter um ambiente semelhante ao encontrado nas instituições escolares de ensino básico.

**43** A incidência de acidentes por quedas de pessoas idosas é crescente e na medida em que as pessoas ficam mais velhas as consequências de acidentes por quedas tendem também a aumentar e vão cada vez mais influir na qualidade de vida destes idosos.

Nesse contexto, é correto afirmar que:

- (A) A preocupação com acidentes por quedas de pessoas idosas, é recente e ainda não possui uma política pública de prevenção desses acidentes.
- (B) A política pública brasileira sugere que somente a família seja responsável pelo cuidado de seus velhos de forma a evitar os acidentes por quedas.
- (C) No Brasil é urgente e necessário incluir nas contas públicas os custos financeiros dos acidentes por quedas para que sejam mais contundentes os argumentos necessários para se ter uma política pública de prevenção desses acidentes.
- (D) Tudo indica que as políticas públicas preventivas no campo da saúde dos idosos não são capazes de mudar os hábitos adquiridos durante o processo do envelhecimento, inclusive aqueles capazes de prevenir os acidentes por quedas.

44 O ementário da oficina para a prevenção de quedas do projeto Vida Saudável em Niterói e São Gonçalo ressalta:

- (A) as limitações de aplicar a proposta em pessoas com mais idade.
- (B) a importância de se utilizar estratégias simples privilegiando entre outros o sistema proprioceptivo.
- (C) a impossibilidade de se considerar o ideário da promoção da saúde em grupo de pessoas idosas.
- (D) o conjunto de exercícios a serem reproduzidos.

45 Programas de prevenção de quedas devem abordar os acidentes por queda:

- (A) como um evento multifatorial.
- (B) enfatizando as perdas inerentes ao processo do envelhecimento.
- (C) através da identificação das causas.
- (D) através da identificação das consequências.

## 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 improvisado 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.

O rádio, como meio de comunicação já teve sua extinção prevista “n” vezes, mas seu obituário 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)

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 obituario 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 atiendan 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](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.