



PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE

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**

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- Além deste CADERNO DE QUESTÕES, você deverá ter recebido o CARTÃO DE RESPOSTAS com o seu nome e o número de inscrição. Confira se seus dados estão corretos e, em caso afirmativo, assine o cartão 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 opções assinaladas no Cartão de Respostas.
- O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do Cartão de Respostas, é de **quatro horas**.
- Reserve os quinze minutos finais para preencher o Cartão 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 o CARTÃO DE RESPOSTAS, que poderá ser invalidado se você não o 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 A Constituição Federal assinala, no Capítulo II, dos Direitos Sociais, artigo 6º, que a saúde é um direito. De acordo com a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições:

- (A) mínimas ao seu pleno exercício.
- (B) indispensáveis ao seu pleno exercício.
- (C) indispensáveis ao seu pleno exercício, incluindo a busca das pessoas, famílias, empresas e da própria comunidade pelo bem-estar físico, mental, espiritual e sanitário.
- (D) 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.

02 O princípio do SUS (Sistema Único de Saúde) que estabelece o acesso amplo e irrestrito aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência é a:

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

03 De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990), as opções a seguir apresentam objetivos do SUS, EXCETO:

- (A) formação de recursos humanos na área de saúde.
- (B) formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no parágrafo 1º do art. 2º dessa lei.
- (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.

04 Sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a Conferência Nacional de Saúde deve-se reunir, de acordo com a Lei nº 8.142/90, com a periodicidade de:

- (A) um ano.
- (B) dois anos.
- (C) três anos.
- (D) quatro anos.

05 Dentre as ações desenvolvidas pela equipe de saúde bucal na Unidade de Saúde da Família destaca-se:

- (A) executar ações básicas de vigilância epidemiológica em todo município.
- (B) realizar visitas domiciliares de acordo planejamento da USF.
- (C) estimular e executar medidas de promoção da saúde, atividades educativas e preventivas em saúde bucal para os idosos e as crianças.
- (D) sensibilizar a equipe para a importância da saúde bucal na manutenção da saúde.

06 Considerando o Pacto pela Saúde de 2006, o Pacto em Defesa do SUS deve-se firmar através de iniciativas que busquem:

- (A) o livre acesso ao Sistema Único de Saúde.
- (B) a garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.
- (C) a repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS.
- (D) a promoção da cidadania como estratégia de mobilização econômica tendo a questão da saúde como um direito.

07 A Lei nº 8080 de 19/09/1990 dispõe sobre:

- (A) as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- (B) a regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- (C) a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências de recursos intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- (D) a aprovação de normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família.

08 A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário que está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90). Esse princípio é parte fundamental do Pacto pela Saúde. As opções a seguir apresentam ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro do Pacto de Gestão, EXCETO:

- (A) estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde.
- (B) incentivar o processo de formação dos conselheiros.
- (C) apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da participação centralizada do SUS.
- (D) respaldar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis.

09 São prioridades pactuadas no Pacto pela Vida de 2006:

- (A) ampliação do número de equipes de saúde da família.
- (B) apoio técnico e financeiro aos municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestores da atenção à saúde dos seus municípios.
- (C) supervisão das ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios.
- (D) saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica.

10 A Política de Humanização proposta pelo Ministério da Saúde entende humanização como:

- (A) identificação das necessidades de avaliação de saúde hospitalar e acompanhamentos dos casos graves.
- (B) estabelecimento de vínculos solidários sem participação coletiva no processo de gestão.
- (C) valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.
- (D) mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde centrada nas demandas de alta complexidade.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

11 Classificar quem e o que faz de alguém ser considerado como velho ou qual o momento em que se passa a ser considerado como tal é uma tarefa difícil e arbitrária. O sentido do que é ser velho na sociedade passou por profundas transformações ao longo dos séculos. Enquanto no século XVIII havia uma visão mais tolerante e positiva com relação à velhice, no século seguinte a velhice operária é transformada em um 'problema social' (ALVES JUNIOR, 2009, Cap.1). Atualmente um novo modo de vida é sugerido aos aposentados, neste sentido, é correto afirmar que a melhor caracterização da velhice nos dias atuais é aquela em que a velhice:

- (A) é representada pela decrepitude e dependência, estado em que a solidão e o isolamento são consideradas marcas que melhor a definem.
- (B) é uma decadência tanto individual como coletiva, pois o envelhecimento da população traz como consequência o enfraquecimento econômico e social do país.
- (C) em determinada sociedade, é fruto das influências exercidas pela organização sócio-econômica-cultural, que acaba sugerindo a imagem do que serão seus velhos.
- (D) Contemporaneamente, é representada pela figura do aposentado ativo, que sabe envelhecer, capaz de aproveitar a vida e ainda ser útil à sociedade.

12 Se em determinado momento o Brasil era conhecido como um país de jovens, esse fato não pode mais ser aceito e, com segurança, podemos afirmar que o Brasil envelhece, mesmo tendo uma população cuja média de idade é de 26.8 anos e atualmente ocupando o 80º lugar entre os países membros das Nações Unidas, em termos de envelhecimento populacional. A transição demográfica ocorrida na população brasileira teve início no final do século XX, e ela é a resposta do crescente aumento proporcional do número de pessoas consideradas idosas no país. Cabe ressaltar o caso dos muito velhos, constituído de pessoas com mais de noventa anos, categoria que começa a ter significância nas pirâmides etárias. Farinatti (2008, Cap. 1) refere-se às várias teorias que buscam explicar os processos de envelhecimento. Entre elas estão:

- (A) as "Teorias Biológicas do Envelhecimento" nas quais o envelhecimento pode ser explicado pela regeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e das células
- (B) a "Teoria com Base Genética" que defende que o processo de envelhecimento está

relacionado ao envelhecimento do DNA, desde o nascimento até a morte.

- (C) as “Teorias com Base em Danos de Origem Química” (*damage theories*) que explicam as relações existentes entre o processo de envelhecimento e os danos ao Planeta.
- (D) as “Teorias com Base no Desequilíbrio Gradual” que relacionam o envelhecimento ao funcionamento dos sistemas corporais que regulam a atividade de outros.

13 O lazer é um fenômeno moderno que surge a partir da Revolução Industrial. É também considerado um campo de tensões na medida em que surge como resultado de conquistas das organizações das classes trabalhadoras. No Brasil é considerado direito e está inserido nas legislações brasileiras (BRASIL, 1988, 1996, 2003). Nos dias atuais o tempo destinado ao lazer tem sido reduzido bastante e, em alguns casos, se tornado escasso. Podemos observar que as atividades de lazer ficam restritas ao tempo livre de obrigações profissionais, religiosas, domésticas ou decorrentes das necessidades fisiológicas, de acordo com Melo e Alves Junior (2012). Para esses autores, percebe-se que:

- (A) a educação, saúde e qualidade de vida são dimensões humanas mais importantes que o lazer.
- (B) o lazer está associado ao ócio e à alienação, sendo menos importante que a educação.
- (C) o trabalho é a dimensão mais importante da vida, mais importante inclusive que o lazer.
- (D) o lazer enquanto momento de “não fazer nada” tem importância na promoção da saúde.

14 A promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, visando uma maior participação no controle desse processo. Desta forma, a saúde passa a ser percebida como uma possibilidade da vida cotidiana, e não como um objetivo de vida. É um conceito positivo que coloca como valores os recursos sociais e individuais, como também das capacidades físicas (FARINATTI, 2008, Cap. 1). Sendo assim, a promoção da saúde inclui educação, geração de trabalho e renda, habitação, lazer e cultura, transportes, meio ambiente, assistência social, e, deverá ter suas estratégias de atuação coordenadas pelas chamadas ‘políticas saudáveis’ (BRASIL, 2002). São aspectos importantes a serem considerados na formulação das estratégias de promoção da saúde para a população idosa as ações:

- (A) que priorizem a mudança dos hábitos de vida e desenvolvimento do meio ambiente.
- (B) de medicalização da saúde e culpabilização da vítima para criar hábitos saudáveis.

- (C) que fortaleçam o engajamento comunitário, incluindo atividades intergeracionais.
- (D) meramente informativas e de fácil compreensão, visando à educação para a saúde.

15 O engajamento regular dos adultos mais velhos em práticas corporais e socioculturais pode contribuir para a manutenção da autonomia dos indivíduos em inerente processo de envelhecimento. Uma das explicações para essa perda de autonomia se sustenta na expropriação do sujeito trabalhador, associada à política de baixos salários para os aposentados e a dificuldade encontrada por adultos mais velhos de recolocação no mercado de trabalho. Segundo Alves Júnior (2010), a manutenção da autonomia dos idosos pode ser beneficiada

- (A) pela prescrição de medicamentos para o tratamento das principais doenças crônicas comuns na população idosa.
- (B) pelo atendimento dos direitos constitucionais primários como gratuidade no transporte, políticas de cultura, políticas de esporte e lazer.
- (C) pelo respeito ao Estatuto do Idoso, especificamente em caso de limitações de ordem física e/ou mental.
- (D) pelo uso de equipamentos auxiliares na marcha para prevenir quedas ou contratação de cuidadores.

16 Com relação a proposta da promoção da saúde, Farinatti (2008, Cap 4, p. 40) sugere que este conjunto de idéias são uma opção teórica que reúne condições para preencher as lacunas deixadas em branco pela ótica biomédica, assim se considerando,

- (A) no que toca os mais idosos isto não se aplica, pois o impacto das doenças no processo do envelhecimento é bastante significativo
- (B) reconhece-se que uma grande parte das diferenças entre jovens e idosos não se deve a fatores biológicos
- (C) ao se pensar no envelhecimento da população brasileira e as relações entre gerações impõe uma reestruturação imediata da proposta do SUS
- (D) o processo do envelhecimento não recebe qualquer influência de mudanças sociais rápidas

17 Considera-se como marco inicial do que veio a ser o movimento da promoção da saúde as discussões que se estabeleceram no âmbito da Organização Mundial da Saúde. De acordo com Farinatti (2008, Cap. 4, p. 40), isso aconteceu na:

- (A) Conferência Mundial de Cuidados em Saúde realizada em Montreal.
- (B) Conferência Internacional sobre a Saúde realizada em Alma-Ata.
- (C) Conferência Mundial de Promoção da Saúde realizada em Montreal.
- (D) Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma-Ata.

18 De acordo com Farinatti (2008, Cap. 4, p. 43) no que toca o processo de uma educação para a saúde relacionada com os idosos, fatores individuais e coletivos devem ser considerados da seguinte forma:

- (A) pautado no coletivo, pois só assim haverá mudanças no modo de vida dos idosos.
- (B) mais dirigido ao indivíduo do que ao coletivo e que muito pouco pode se esperar de mudanças no modo de vida dos idosos.
- (C) individual e coletivo, a educação para a saúde deve facilitar aos idosos a escolha de seus modos de vida.
- (D) tanto individual como coletivo sugerindo uma conscientização da necessidade de engajamento em atividades físicas aeróbicas.

19 Como consequências dos acidentes por quedas, de acordo com Farinatti (2008, Cap. 7, p. 110), podemos considerar algumas preocupações de ordem:

- (A) mais específica, como as relacionadas à locomoção, bem como as de ordem econômica.
- (B) sanitária, ambiental como as de ordem econômica e psicológicas, merecendo reflexões mais sérias das políticas públicas.
- (C) social e psicológica pois uma queda pode marcar o início dos declínios relacionados ao processo do envelhecimento.
- (D) físico e orgânica, pois acabam por comprometer a autonomia dos indivíduos.

20 Com relação a multifatorialidade das causas e a elaboração de um programa destinado à prevenção de quedas, de acordo com Farinatti (2008, Cap. 7, p. 111), deve-se dar destaque primeiramente:

- (A) à relação custo e benefício.
- (B) ao ambiente frequentado pelos idosos com que se irá lidar e o sistema proprioceptivo deles.
- (C) aos resultados auferidos no teste denominado "timed get up and go".

(D) às peculiaridades dos idosos com que se irá lidar para aí sim, definir as estratégias que possam contribuir à prevenção.

21 De acordo com Farinatti (2008, Cap. 7, p.112), uma revisão da literatura relacionada aos acidentes por quedas vem indicando que o medo de quedas pode contribuir para:

- (A) o surgimento de quadros depressivos considerados graves, principalmente entre as mulheres idosas vivendo em asilos.
- (B) a própria prevenção, pois as pessoas tornam-se mais atentas na sua deambulação.
- (C) novas quedas, assim os idosos ficam mais vulneráveis ao surgimento de doenças hipocinéticas e crônico degenerativas.
- (D) o surgimento de quadros depressivos considerados graves, principalmente entre os homens idosos vivendo em comunidade.

22 Ao discorrer sobre as origens do que hoje entendemos como lazer e a utilização do tempo do não trabalho, a abordagem apresentada, em Introdução ao lazer, por Melo e Alves Junior (2012, p. 4) sugere que, na antiguidade, na perspectiva romana, é identificado um "uso instrumental do tempo de não-trabalho, cujos sentidos e significados, ainda que com muitas mudanças, ainda permanecem". Nesta ótica, o tempo do não trabalho é considerado como:

- (A) recuperação e preparação para a atividade laboral.
- (B) direito social garantido constitucionalmente.
- (C) obrigação originária de um contrato de trabalho.
- (D) oportunidade para contemplação e reflexão sobre a existência.

23 No livro "Envelhecimento e quedas de idosos", Paula (2010, p. 132-133) afirma que a prevenção de quedas pode ser primária, secundária e terciária. Com relação a essa afirmação, é correto dizer que:

- (A) a primária foca quem ainda não caiu, mas que tropeça com certa regularidade, e, por isso, nenhuma atenção maior ainda é requerida, bastando só a preocupação com o uso de fármacos psicoativos.
- (B) a primária foca quem ainda não veio a cair e visa eliminar os riscos comuns como falta de exercício, uso desnecessários de alguns fármacos psicoativos e uso de calçados inadequados.
- (C) a secundária foca quem já caiu mais de uma vez nos últimos seis meses, mas nenhuma das quedas requereu grandes cuidados médicos.
- (D) a terciária requer uma maior atenção, pois nela encontram-se incluídos aqueles que, por conta de uma queda, vieram a sofrer uma fratura, em especial do colo do fêmur.

24 Uma revisão sistemática acerca das estratégias utilizadas na prevenção de quedas é encontrada em Paula (2010, p. 159). A autora apresenta uma divisão que identifica três grupos, de intervenções para a prevenção de quedas, a saber:

- (A) multifatorial, medicamentosa e com exercícios de equilíbrio.
- (B) medicamentosa, com exercícios e multifatorial.
- (C) no ambiente, com exercícios e multidimensionais.
- (D) com exercícios aeróbicos, ambiental e multidimensional

25 Com relação aos exercícios propostos para a prevenção de quedas, são sugeridos exercícios físicos que colocam o indivíduo em situação de desequilíbrio (PAULA 2010, p.169). Recomenda-se que estes exercícios façam parte de um programa para:

- (A) melhora da mobilidade articular dos membros inferiores, porém usando sempre objetos fixos.
- (B) idosos que caíram no máximo uma queda nos últimos seis meses.
- (C) aumento da confiança no ato de deambular.
- (D) aumento da estabilidade, porém deve-se estar atentos a uma série de precauções.

26 Paula (2010, p. 33), ao discutir questões relacionadas à perda de qualidade de vida, diz que, como resultado de um conjunto de fatores que contribuem para a perda da autonomia e da independência, temos:

- (A) pouca dedicação às atividades físicas, baixos recursos financeiros, abandono familiar e instabilidade postural e emocional.
- (B) instabilidade postural, insuficiência cognitiva, imobilidade, iatrogenia e incontinência urinária ou fecal.
- (C) baixos recursos financeiros, residente em ILPIs e instabilidade postural.
- (D) insuficiência cognitiva, Alzheimer, depressão e incontinência.

27 De acordo com Alves Junior, Melo e Bretas (2008, p. 149), a política de um modo de vida na velhice ganha impulso nos anos setenta do século passado, fato que foi mais facilmente identificado em países da Europa ocidental. Isto decorreu da percepção das profundas alterações aconteciam principalmente:

- (A) nas pirâmides etárias.
- (B) na renda familiar da classe média.
- (C) no âmbito das pesquisas sobre o envelhecimento.
- (D) na diminuição dos preconceitos com relação ao significado e ser um aposentado.

28 No projeto Prev-Quedas, da Universidade Federal Fluminense, defende-se a importância de se atuar através do que é entendido como educação intergeracional (ALVES JUNIOR; MELO; BRETAS, 2008, p. 154). Numa proposta de educação intergeracional, tem-se como intenção:

- (A) preparar as novas gerações para cuidarem dos mais idosos.
- (B) possibilitar encontros entre grupos sociais mesmo que casuais que contemplem os interesses de jovens e velhos.
- (C) atuar como se faz no âmbito escolar tal como é preconizado pelo programa de educação de jovens e adultos.
- (D) ir além do casual encontro entre diversas gerações, mas principalmente possibilitar a troca de conhecimentos nestes momentos.

29 Pensando nos acidentes por quedas, Paula (2010, p. 66) nos lembra que “o ato de conservar a posição ortostática é complexo e envolve todos os sistemas de controle motor, naturalmente no ato de deambular isso ocorre de forma ainda mais complexa”, deve-se considerar que os movimentos

- (A) realizados numa mudança de direção rápida são feitos de forma involuntária.
- (B) básicos para a marcha são voluntários, principalmente se é imprimida mais velocidade.
- (C) básicos para a marcha são involuntários.
- (D) de deambular são aprendidos e cada pessoa o desenvolve de maneira própria.

30 No livro “Introdução ao lazer”, Melo e Alves Junior (2012, p. 56) ressaltam que a cultura de massa se produz pelos interesses da grande indústria do entretenimento. Entretanto, temos de estar atentos para não sermos preconceituosos ou elitistas, menosprezando ou ignorando, dizendo que cabe aos indivíduos fazerem melhores escolhas. Esse discurso é:

- (A) verdadeiro, pois nele fica claro que há brutais diferenças que passam pelo aspecto econômico e também sofrendo influências culturais.
- (B) falacioso na medida em que em que não considera as deficiências da formação educacional nem os desníveis de acesso decorrentes das desigualdades sociais
- (C) falso, pois as relações culturais são fruto das diferenças geracionais e estas acompanham as tendências que as mídias divulgam através da sua principal referência que é a televisão.
- (D) verdadeiro, porém ao se tratar de um fenômeno sempre bastante midiático ele acaba sendo absorvido por outras propostas de cultura, como a erudita ou a popular.

31 Segundo Melo e Alves Junior (2012, p. 59) as três classes possíveis dos paradigmas ou modelos de intervenções no âmbito da animação cultural são:

- (A) diretivo, reformista e dialético.
- (B) conservador, progressista e neutro.
- (C) tecnológico, interpretativo e dialético.
- (D) tecnológico, não diretivo e reformista.

32 O fato de que a velhice vem sendo frequentemente apresentada como uma categoria natural e evidente pode representar uma dificuldade que:

- (A) impede o pesquisador de delimitar o seu objeto quando pensa em analisar a constituição da velhice enquanto problema.
- (B) não permite ao pesquisador identificar quem é considerado velho na atualidade, esta categoria passaria a não existir.
- (C) contribui ao pesquisador compreender os motivos das disputas geracionais.
- (D) afasta os pesquisadores dos estudos relacionados ao processo do envelhecimento.

33 Com relação à prevalência de pessoas com diagnóstico de depressão, Deslandes (In: ALVES JUNIOR, 2009, Cap. 8, p.145) apresenta dados que indicam que a incidência é:

- (A) maior entre os idosos do sexo masculino.
- (B) maior especificamente entre os idosos.
- (C) menor entre os idosos de classes sociais mais favorecidos economicamente.
- (D) menor do que é encontrado em pessoas ainda não consideradas idosas.

34 A relação entre a prática de atividades físicas e depressão foram estudadas por Deslandes (In: ALVES JUNIOR, 2009, Cap. 8, p.146). Essas pesquisas indicam que:

- (A) essa relação é mais eficiente, principalmente em casos de depressão maior.
- (B) até o momento, não se encontrou evidências científicas que haja tal relação.
- (C) pessoas idosas engajadas em programas de exercícios há pelo menos cinco anos apresentam uma menor quantidade de sintomas depressivos.
- (D) existe uma menor quantidade de sintomas depressivos entre os praticantes de atividades físicas.

35 A incidência de acidentes por quedas em idosos é maior do que se conhece. Isto se deve ao fato de que muitos idosos:

- (A) consideram uma queda como algo natural, coisa da idade.
- (B) estão vivendo mais anos e têm um estilo de vida muito dinâmico e, por isso, não valorizam quedas sem grandes consequências.
- (C) só consideram como queda aquelas cujas causas não conseguem identificar.
- (D) usar um equipamento para auxiliar à deambulação.

36 Para Negrão e Barreto (2010, p. 193) o efeito do exercício físico em pessoas insuficiência cardíaca

- (A) diminui a atividade simpática em nível central, levando a um aumento da condutância vascular periférica.
- (B) aumenta o nível de espécies reativas de oxigênio, reduzindo a capacidade oxidativa no músculo esquelético.
- (C) promove ajustes fisiológicos que reduzem a capacidade funcional e por consequência a qualidade de vida, não devendo ser realizados por essa população.
- (D) traz risco desnecessário ao indivíduo, reduz a condutância vascular aumentando a vasoconstrição pelo receptor alfa, adrenérgico mediado, agravando o quadro.

37 Em relação à prescrição do exercício físico em pessoas com diabetes *mellitus* do tipo 2, Negrão e Barreto (2010, p. 213), afirmam que:

- (A) ao contrário do diabético do tipo 1, o diabético do tipo 2 consegue obter pior controle glicêmico ao realizar exercício físico com regularidade.
- (B) exercícios físicos aeróbicos devem ser proibidos, devido ao risco de lesões nas extremidades por sobrecarga de pressão.
- (C) indivíduos com glicemia acima de 300 (mg/dL) podem realizar exercícios.
- (D) o exercício físico regular promove um aumento na sensibilidade à insulina, aumentando a captação de glicose pelo tecido muscular, em parte devido ao aumento na concentração de GLUT4 na membrana celular.

38 Sobre o equilíbrio humano, de acordo com Negrão e Barreto (2010, p. 213), é correto afirmar que:

- (A) o equilíbrio humano em posição ereta bípede é estático, por isso não sofre influência da altura do centro de gravidade.
- (B) a altura do centro de gravidade interfere no equilíbrio, quanto mais alta for menos estável será o equilíbrio.
- (C) o tamanho do polígono da base de sustentação não interfere no equilíbrio.
- (D) a projeção do centro de gravidade para fora do polígono da base de sustentação aumenta a estabilidade.

39 Relativamente aos métodos de determinação do limiar anaeróbio (ÅSTRAND, P. et al., 2006, p. 262) é correto afirmar que:

- (A) este pode ser mensurado através da lactemia ou lactacidemia sanguínea, por meio da determinação do limiar ventilatório.
- (B) este pode ser obtido através da técnica ergoespirométrica, por meio da determinação do limiar ventilatório.
- (C) o Banco de Wells é um método que pode ser utilizado para determinar o limiar anaeróbio.
- (D) o teste de caminhada de Rockport é um método para estimar o limiar anaeróbio.

40 Em relação à redução de força muscular relacionada ao processo de envelhecimento em idosos, Vivian Heyward (2004), afirma que:

- (A) músculos de indivíduos idosos tendem a apresentar maior área de secção transversa e menor capacidade de geração de força se comparado a indivíduos mais jovens.
- (B) em termos absolutos, as perdas de massa muscular relacionadas ao processo de envelhecimento são similares entre os sexos.
- (C) as taxas de redução tendem a serem maiores nos membros superiores em comparação aos membros inferiores.
- (D) a redução de força deve-se, primordialmente, a uma diminuição do número total de fibras musculares (especialmente as do tipo II), além de uma hipotrofia das fibras remanescente.

41 Considerando as alterações na relação força-velocidade associadas ao envelhecimento, Alves Junior (2010, p. 83-84) afirmar que:

- (A) estas alterações ocorrem devido a uma redução no tecido conectivo intramuscular dos idosos, o que diminuiria a resistência passiva da musculatura ao alongamento
- (B) haveria uma diminuição nos valores de força e velocidade com o envelhecimento,

deslocando-se a curva força-velocidade para a esquerda e para baixo

- (C) a força concêntrica em indivíduos idosos não sofre alteração se comparada a indivíduos jovens, existindo apenas diferenças em relação à força excêntrica.
- (D) a relação força-velocidade não se altera com o processo de envelhecimento, sendo afetada exclusivamente pelo sedentarismo.

42 Nas primeiras semanas de treinamento de força pode ser notado um ganho de força muscular (ÅSTRAND, P. et al. 2006) é correto afirmar que este aumento pode ser atribuído à:

- (A) hiperplasia.
- (B) hipertrofia miofibrilar.
- (C) adaptação neural
- (D) hipertrofia sarcoplasmática

43 Em relação ao efeito do exercício físico em indivíduos com hipertensão arterial, Negrão e Barreto (2010), afirmam que

- (A) logo após a realização de exercícios dinâmicos, nota-se que a pressão arterial cai, permanecendo abaixo dos níveis encontrados em repouso, o que é denominado como hipotensão pós-exercício.
- (B) o exercício físico modifica a pressão apenas durante o exercício, aumentando-a consideravelmente, sendo um risco a indivíduos com hipertensão arterial.
- (C) o tipo de exercício parece não influenciar a hipotensão pós-exercício.
- (D) a intensidade do exercício influencia a magnitude da hipotensão pós-exercício, mas o mesmo não pode ser dito em relação à duração.

44 De acordo com Heyward (2004), o único método adequado para realizar a avaliação de composição corporal é:

- (A) ergoespirometria.
- (B) eletromiografia.
- (C) cinecronofotografia.
- (D) absorvometria radiológica de dupla energia (DEXA)

45 O Projeto de Prevenção de Quedas da Universidade Federal Fluminense, denominado “Prev-Quedas: prevenindo as quedas hoje evitará que o próximo a cair seja você”, criado no ano de 2001, atualmente estabelece parceria com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, vindo a ser um dos seus campos práticos da área profissional de educação física. Sobre esse projeto, é correto afirmar que:

- (A) atua no âmbito da terceira idade, segue os princípios da promoção da saúde e usa conteúdos também utilizadas na educação física escolar.
- (B) pontua suas intervenções tendo em conta o ideário da promoção da saúde, a não infantilização dos idosos e a não escolarização dos conteúdos que são abordadas.
- (C) atende a pessoas que têm entre sessenta e setenta anos, não escolariza seus conteúdos e se fundamenta somente em exercícios físicos.
- (D) defende uma prática de educação física mais humanizada, a importância da intergeracionalidade e não considera o ideário da promoção da saúde.

LÍNGUA PORTUGUESA

Texto

“Alzheimer: um em cada três casos poderia ser evitado”

Um em cada três casos de Alzheimer no mundo poderia ser evitado, de acordo com uma pesquisa da Universidade de Cambridge, no Reino Unido. Entre os principais fatores de risco para a doença estão falta de exercício, fumo, hipertensão e depressão, diz o novo estudo publicado na revista “Lancet Neurology”.

A equipe analisou dados de base populacional para trabalhar os principais sete fatores de risco para o Alzheimer – diabetes, hipertensão na meia idade, obesidade na meia idade, falta de atividade física, depressão e baixa escolaridade – e descobriu que um terço dos casos está relacionado ao estilo de vida, que poderia ser modificado.

A redução de cada fator de risco em 10% poderia evitar cerca de nove milhões de casos até 2050. Estimativas sugerem que mais de 106 milhões de pessoas no mundo estariam vivendo com Alzheimer até aquele ano – número mais de três vezes maior que o registrado em 2010.

Embora não haja uma única maneira de tratar a demência, podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada – disse à BBC a professora Carol

Brayne, do Instituto de Saúde Pública da Universidade de Cambridge.

(...)

– Já sabemos quais são os fatores e que eles estão relacionados. Só a atividade física, por exemplo, reduziria os níveis de obesidade, hipertensão e diabetes, podendo evitar o desenvolvimento da doença em algumas pessoas – diz Carol.

Dos sete fatores de risco, a maior proporção de casos de Alzheimer nos EUA, Reino Unido e no resto da Europa pode ser atribuída à inatividade física, que também está relacionada a outros problemas de saúde, como câncer e doenças cardiovasculares. Segundo a pesquisa, um terço da população adulta desses países não faz exercícios.

(Texto adaptado de O GLOBO – Ciência – 15/07/2014, página 24)

46 O texto apresenta uma estrutura eminentemente:

- (A) descritiva.
- (B) expositiva.
- (C) argumentativa.
- (D) narrativa.

Leia o trecho seguinte para responder às questões **47** e **48**:

“Um em cada três casos de Alzheimer no mundo poderia ser evitado, de acordo com uma pesquisa da Universidade de Cambridge, no Reino Unido.” (linhas 1-4)

47 O verbo auxiliar sublinhado na locução verbal está no futuro do pretérito e indica:

- (A) expressão de fato passado.
- (B) expressão de desejo.
- (C) indicação de ação durativa.
- (D) probabilidade de ocorrência do fato.

48 O nome “Alzheimer” em: “Um em cada três casos de Alzheimer no mundo” (linhas 1-2), é retomado, ainda nesse parágrafo, por coesão lexical hiperonímica, codificada pela palavra:

- (A) “doença”.
- (B) “estudo”.
- (C) “revista”.
- (D) “pesquisa”.

49 No segundo parágrafo (linhas 8-15), elencam-se os sete fatores de risco para o Alzheimer. Essa apresentação ocorre coesivamente pelo mecanismo da:

- (A) elipse.
- (B) anáfora.
- (C) catáfora.
- (D) sinonímia.

50 No texto, mais precisamente no quarto parágrafo, há uma associação semântica entre Alzheimer e um outro mal, cujo risco de desenvolvimento pode-se dar em idade avançada. O vocábulo que corresponde a essa associação é:

- (A) “risco”.
- (B) “demência”.
- (C) “obesidade”.
- (D) “hipertensão”.

51 Assinale a opção em que a substituição do conectivo sublinhado ALTERA o sentido do enunciado “Embora não haja uma única maneira de tratar a demência, podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada” (linhas 22-25).

- (A) MESMO QUE não haja uma única maneira de tratar a demência, podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada.
- (B) Não há uma única maneira de tratar a demência, MAS podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada.
- (C) Não há uma única maneira de tratar a demência, PORTANTO, podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada.
- (D) Não há uma única maneira de tratar a demência, ENTRETANTO, podemos seguir alguns passos para reduzir o risco de seu desenvolvimento na idade avançada.

Leia o fragmento seguinte para responder às questões **52** e **53**:

– Já sabemos quais são os fatores e que eles estão relacionados. Só a atividade física, por exemplo, reduziria os níveis de obesidade, hipertensão e diabetes, podendo evitar o desenvolvimento da doença em algumas pessoas – diz Carol.

52 O emprego do *travessão* tem como justificativa:

- (A) apresentar o discurso da professora.
- (B) complementar a informação anteriormente dada.
- (C) indicar quebra na sequência de ideias.

(D) enumerar fatos em uma progressão temporal.

53 O vocábulo sublinhado em: “Só a atividade física, por exemplo, reduziria os níveis de obesidade, hipertensão e diabetes...” (linhas 29-31) denota:

- (A) designação.
- (B) inclusão.
- (C) exclusão.
- (D) negação.

54 Os vocábulos “falta” (linha 5), “obesidade” (linha 30) e “hipertensão” (linha 31), sublinhados no texto, são formados, respectivamente, pelos processos de derivação:

- (A) prefixal / sufixal / prefixal.
- (B) imprópria / prefixal / sufixal.
- (C) parassintética / sufixal / prefixal.
- (D) regressiva / sufixal / prefixal.

55 No trecho “Segundo a pesquisa, um terço da população adulta desses países não faz exercícios”, a expressão sublinhada pertence à classe gramatical dos:

- (A) artigos indefinidos.
- (B) substantivos comuns.
- (C) numerais fracionários.
- (D) adjetivos qualificativos.

LÍNGUA ESPANHOLA

Texto

Salud y derechos humanos

Nota descriptiva N°323

Diciembre de 2015

[...]

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen:

1. **No discriminación:** el principio de no discriminación procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición

económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social.

2. **Disponibilidad:** se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

3. **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- no discriminación;
- accesibilidad física;
- accesibilidad económica (asequibilidad);
- acceso a la información.

4. **Aceptabilidad:** todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital.

5. **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

6. **Rendición de cuentas:** los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos.

7. **Universalidad:** los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

Las políticas y los programas se han concebido para satisfacer las necesidades de la población, como resultado de los mecanismos de rendición de cuentas establecidos. Un enfoque basado en los derechos humanos identifica relaciones a fin de emancipar a las personas para que puedan reivindicar sus derechos, y alentar a las instancias normativas y a los prestadores de servicios a que cumplan sus obligaciones en lo concerniente a la creación de sistemas de salud más receptivos.

[...]

Organización Mundial de la Salud. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/> (Acceso en 12/1/2017)

56 El texto que acabas de leer, elaborado y divulgado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), trata sobre salud y derechos humanos y expone una serie de:

- (A) principios.
- (B) problemas.
- (C) programas.
- (D) prohibiciones.

57 Según el texto, uno de los aspectos centrales de la falta de equidad en los resultados sanitarios es la:

- (A) falta de médicos.
- (B) calidad científica.
- (C) desigualdad social.
- (D) ausencia de recursos.

58 El texto de la OMS define la “aceptabilidad” como el respeto a las diferencias y la sensibilidad de los servicios de salud en relación al:

- (A) género y la edad.
- (B) dinero y el estado civil.
- (C) credo y la profesión.
- (D) estado civil y la religión.

59 En cuanto al respeto a los derechos humanos, el texto resalta la responsabilidad de los:

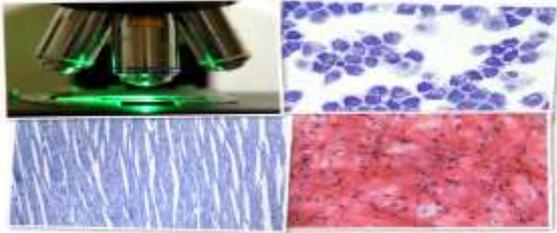
- (A) médicos.
- (B) negocios.
- (C) pacientes.
- (D) estados.

60 En el último párrafo se afirma que el enfoque basado en los derechos humanos también tiene efectos en los pacientes de los sistemas de salud, en la medida en que los habilita para:

- (A) usar medicamentos.
- (B) reivindicar derechos.
- (C) escoger tratamientos.
- (D) gestionar ambulatorios.

Texto

The Stem Cell Debate: Is it Over?



Stem cell therapies are not new. Doctors have been performing bone marrow stem cell transplants for decades. But when scientists learned how to remove stem cells from human embryos in 1998, both excitement and controversy emerged.

The excitement was due to the great potential these cells have in curing human disease. The controversy centered on the moral implications of destroying human embryos. Political leaders began to debate on how to regulate and finance research involving human embryonic stem (hES) cells.

The Ethical Issues

Until recently, the only way to get pluripotent stem cells for research was to remove the inner cell mass of an embryo and put it in a dish. The possibility of destroying a human embryo can be disturbing, even if it is only five days old. Stem cell research thus raised difficult questions:

- Does life begin at fertilization, in the womb, or at birth?
- Is a human embryo equivalent to a human child?
- Does a human embryo have any rights?
- Might the destruction of a single embryo be justified if it provides a cure for a countless number of patients?

Problem Solved?

Newer discoveries may bring this debate to an end. In 2006 scientists learned how to stimulate a patient's own cells to behave like embryonic stem cells. These cells are reducing the need for human embryos in research and opening up exciting new possibilities for stem cell therapies.

Both human embryonic stem (hES) cells and induced pluripotent stem (iPS) cells are pluripotent: they can become any type of cell in the body. While hES cells are isolated from an embryo, iPS cells can be made from adult cells.

With alternatives to hES cells now available, the debate over stem cell research is becoming

increasingly irrelevant. But ethical questions regarding hES cells may not entirely go away.

Some experts believe it's wise to continue the study of all stem cell types, since we're not sure yet which one will be the most useful for cell replacement therapies.

An additional ethical consideration is that iPS cells have the potential to develop into a human embryo, in effect producing a clone of the donor. Many nations are already prepared for this, having legislation in place that bans human cloning.

Adapted from
<http://learn.genetics.utah.edu/content/stemcells/scissues>.
 Accessed Jan. 3, 2017.

Glossary:

Stem cell: Célula-tronco; *bone marrow*: medula; *due to*: devido a; *put it in a dish*: colocar em um recipiente de laboratório para pesquisa; *thus*: logo; *disturbing*: perturbadora.

Read the text above and answer the following questions:

- 56** The controversy mentioned in the text refers to:
- (A) the financing of scientific research involving human cells.
 - (B) the ethical issues concerning the use of stem cells from human embryos.
 - (C) the use of pluripotent cells in bone marrow transplants.
 - (D) the early treatment of human embryos through stem cell therapies.
- 57** According to the text, what do iPS and hES cells have in common?
- (A) Both cells can become any type of cell in the human body.
 - (B) Both cells are used in transplants carried out in human embryos.
 - (C) Both cells had their therapeutic uses discovered in 1998.
 - (D) Both cells have the potential to become human clones.
- 58** The four questions listed in the text, following the third paragraph, refer to:
- (A) the ethical implications of stem cells therapies for the medical profession.
 - (B) the therapeutic effects of using stem cells in human embryos.
 - (C) the moral aspects involved in the use of human embryos.
 - (D) the possible consequences of stem cell therapies in human fertilization.

59 Concerning the future of the debate on stem cell research and therapy, the author believes that “*ethical questions regarding hES cells may not entirely go away*” (paragraph 7). This means that, according to the author,

- (A) the debate will definitely come to an end.
- (B) it is not certain that the debate will come to an end.
- (C) the debate will come to an end after the advent of cloning therapy.
- (D) it is not possible that the debate will ever come to an end.

60 In the last paragraph, **this**, in “*Many nations are already prepared for this*”, refers to:

- (A) the ban of human cloning in stem cell therapy.
- (B) the preparation of some nations for human cloning.
- (C) the potential for an increase in the number of ethical considerations.
- (D) the possible development of iPS cells into a human clone.

