

Leia estas instruções:

- 1 Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado para isso.
- 2 Este Caderno contém **cinquenta** questões de múltipla escolha assim distribuídas: **01 a 20** > Saúde Coletiva; **21 a 50** > Conhecimentos Específicos.
- 3 Quando o Fiscal autorizar, verifique se o Caderno está completo e sem imperfeições gráficas que impeçam a leitura. Detectado algum problema, comunique-o, imediatamente, ao Fiscal.
- 4 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 5 Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não adianta pedir esclarecimentos aos Fiscais.
- 6 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 7 Os rascunhos e as marcações feitas neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 8 A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta preta.
- 9 Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões de múltipla escolha e preencher a Folha de Respostas.
- 10 O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
- 11 Ao retirar-se definitivamente da sala de provas, o candidato deverá entregar ao Fiscal a Folha de Resposta independentemente do tempo transcorrido do início da prova.
Retirando-se **antes de decorrerem três horas do início da prova**, devolva também este Caderno.
- 12 Você só poderá levar este Caderno **após decorridas três horas** do início da prova.

Assinatura do Candidato: _____

- 01.** O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta, constantemente, ameaças decorrentes das políticas neoliberais: tentativas de incorporação da lógica mercantil nas instituições públicas, fortalecimento dos discursos tecnocráticos, desqualificação da politicidade inerente ao campo sanitário e ênfase às propostas de diluição das responsabilidades do Estado.
- A Emenda Constitucional 95 (EC-95) constitucionaliza o subfinanciamento do SUS até 2036 e representa, até o presente, a mais radical das intervenções voltadas para um “SUS reduzido”. Sendo assim, o princípio do SUS ameaçado com essa medida é a
- A)** Universalidade, uma vez que as medidas de desindexar, desobrigar e desvincular o orçamento comprometem a expansão de serviços públicos.
 - B)** Integralidade, em razão do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento e nos arranjos da gestão.
 - C)** Equidade, pois há aumento da participação de seguros, planos privados e parcerias público-privadas na gestão e na atenção à saúde.
 - D)** Descentralização, comprometida pela modalidade de asseguramento, definição de cesta limitada de serviços e regulação pelo mercado.
- 02.** A Epidemiologia fornece importantes contribuições para a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde. Na etapa de identificação dos problemas socialmente relevantes, a epidemiologia
- A)** fornece informações técnicas para embasar as decisões políticas, somando-se a outros tipos de informação a serem consideradas no processo de tomada de decisão.
 - B)** auxilia os formuladores na compreensão da complexidade do problema e de seu contexto, na definição de objetivos e metas, e na seleção das intervenções.
 - C)** contribui no acompanhamento por meio de tecnologias, como a vigilância epidemiológica, elaboração de evidências científicas e o monitoramento das ações.
 - D)** demonstra o alcance de certas metas e objetivos, avalia a plausibilidade e estima a probabilidade estatística de que o programa ou política realmente tenha efeito.
- 03.** Analise o caso a seguir.

Sra. Julieta, 52 anos de idade, divorciada, mãe de três filhos, reside na zona norte de Caicó e trabalha na bonelaria do bairro há 10 anos. Sua função envolve realizar as costuras de acabamento dos bonés. Ela trabalha sentada, de 8 a 10 horas por dia, com uma pausa de uma hora, na qual vai para casa preparar o almoço dela e de seus filhos. Julieta recebe um salário-mínimo e uma gratificação por alcançar metas, resultando em uma remuneração final de, aproximadamente, R\$1.800,00. Apesar de se considerar saudável, ela relata apenas ter “vista cansada”, dores lombares no final do dia e dificuldade para dormir.

Ao analisar as condições de vida, saúde e trabalho da Sra. Julieta, utilizando o Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS, conclui-se que estão na base desse modelo

- A)** as características individuais de idade, sexo e fatores genéticos dos indivíduos.
- B)** os comportamentos e estilos de vida individuais, no limiar entre os fatores individuais e os fatores sociais.
- C)** as redes comunitárias e de apoio, que conformam redes de solidariedade e o nível de coesão social.
- D)** as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, assim como o acesso a serviços essenciais.

04. A responsabilidade social – como é geralmente traduzido o conceito de *social accountability*, apesar de também se utilizar o termo missão social – refere-se à responsabilidade institucional de orientar o ensino, a pesquisa e as atividades em serviço para atender às necessidades em saúde, com foco prioritariamente em áreas de difícil acesso. É um conceito que parte da percepção de que a busca por saúde também é a busca por justiça social, entendendo que as atividades de ensino, pesquisa e extensão devem estar, obrigatoriamente, orientadas para abordar as preocupações prioritárias de saúde da comunidade, da região ou da nação em que estão inseridas. Portanto, a responsabilidade social, ou *social accountability*,
- A) promove a educação baseada em resultados, cria uma governança responsiva e responsável e equilibra princípios globais com o contexto local.
 - B) caracteriza-se pela *responsibility* e se expressa no compromisso com o bem-estar social e a educação de bons profissionais de saúde.
 - C) adota a *responsiveness* e busca responder a prioridades em saúde locais, por meio do desenvolvimento de competências específicas e profissionalismo.
 - D) expressa independência em relação a governos, organizações de saúde e sociedade, buscando um impacto positivo na saúde das pessoas.
05. As competências colaborativas dizem respeito ao conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que fortalecem as relações interprofissionais para o efetivo trabalho em equipe. Esse conjunto de competências estimula o desenvolvimento dos pilares da colaboração como fundamento para a oferta de serviços de saúde mais integrais, seguros e resolutivos. A competência colaborativa que aborda as mudanças necessárias para melhorar os resultados da equipe denomina-se
- A) funcionamento da equipe.
 - B) liderança colaborativa.
 - C) comunicação interprofissional.
 - D) resolução de conflitos interprofissionais.
06. A multiplicidade e complexidade das necessidades sociais requerem intervenções intersetoriais que passam a ser priorizadas como alternativa para propiciar mudanças na cultura organizacional. Isso viabiliza a ampliação do escopo de ações e reorganização dos sistemas locais de saúde, a convergência de interesses entre os profissionais e a construção de alianças na implementação de ações, com o objetivo de responder de maneira mais eficaz e eficiente às demandas da população. A intersectorialidade tem se fortalecido como estratégia de gestão em saúde, especialmente em sistemas descentralizados, que favorecem a articulação com outros setores, considerando princípios como território, regionalização e integralidade da atenção. Para o reposicionamento dos processos de trabalho, visando à composição de práticas aliadas à integralidade no cuidado, a intersectorialidade refere-se à
- A) interação entre diferentes setores da sociedade, de modo a alcançar o enriquecimento mútuo, sem a sobreposição de um setor a outro, para atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde.
 - B) associação de diferentes setores ou instituições, que se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas dos setores e pelo grau de interação para atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde.
 - C) articulação capaz de incorporar os resultados de várias especialidades de diferentes setores, instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber.
 - D) cooperação em que cada profissional, formado em uma base epistemológica específica e com atribuições bem delimitadas, intervém sob uma demanda em saúde com os demais integrantes da equipe.

07. Considere o caso a seguir.

A senhora Margarida, 71 anos, viúva, reside com sua neta de 15 anos no bairro Ferreirinha, no município de Currais Novos. A situação da Sra. Margarida chamou a atenção da agente comunitária de saúde da microárea devido à dificuldade de controle da dislipidemia, apesar de sua participação em diversas intervenções realizadas por diferentes profissionais da equipe.

Durante a reunião semanal da equipe, os profissionais compreenderam que não bastava considerar apenas o diagnóstico; era fundamental realizar uma visita para conhecer a realidade da Sra. Margarida e identificar maneiras de ela colaborar na gestão de sua saúde e seu cuidado. Eles argumentaram que resultados mais positivos poderiam ser alcançados se a Sra. Margarida tivesse a oportunidade e o apoio para participar ativamente e tomar decisões sobre seu cuidado e tratamento, em parceria com os profissionais de saúde.

Os profissionais da equipe entenderam que o modelo prescritivo e normativo, sem a participação do usuário, não seria capaz de melhorar o quadro da usuária. Eles defenderam que, se ela tiver mais conhecimento, aptidões e confiança para gerenciar seu próprio cuidado de saúde, seria mais fácil adotar comportamentos que aprimorassem seus resultados de saúde. Finalmente, uma profissional da equipe acrescentou que a participação da usuária não só melhora o desempenho e a motivação da equipe mas também reduz a frustração que eles sentiam por não conseguirem ver resultados com as medidas adotadas anteriormente.

Nesse caso, a equipe adotou o cuidado personalizado, coordenado e capacitante que teve como orientação a

- A) Atenção Centrada na Pessoa.
- B) Interdisciplinaridade em Saúde.
- C) Integração Ensino-serviço-comunidade.
- D) Educação Popular em Saúde.

08. As preocupações com a formação em saúde estiveram presentes no cenário político durante a concepção do Sistema Único de Saúde, incluído na Constituição Federal de 1988, a qual atribuiu à saúde a responsabilidade de organizar a formação dos profissionais da área. O tema compôs as proposições do movimento da Reforma Sanitária, sendo discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, indicando a necessidade de modificar as graduações e ressaltando a importância da integração entre ensino, serviço e comunidade.

Muitas ações, programas e políticas foram implementadas para assegurar a integração entre ensino, serviço e comunidade como premissa para a reorientação da formação em saúde. Apesar dos avanços em várias experiências no país, uma delas ficou conhecida por se limitar à assistência em saúde, com baixa participação de docentes, fragmentação das ações, sem significativas transformações nos currículos e pouca ou nenhuma participação ou envolvimento da comunidade. Essas características referem-se ao

- A) Programa de Integração Docente Assistencial (IDA).
- B) Programa Uma Nova Iniciativa (Projetos UNI).
- C) Programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS).
- D) Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE).

- 09.** A natureza socio-histórica dos movimentos da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) sinaliza a busca pela construção de uma rede saúde-escola, que demanda esforços para mudança do modelo hegemônico baseado na reprodução da educação tradicional verticalizada e hierarquizada, com protagonismo centralizado em relações de poder e na perspectiva uniprofissional da formação e do trabalho. Esse modelo sustenta uma lógica de fragmentação do trabalho e do conhecimento, com importantes implicações no enfrentamento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde. Ambos os movimentos educacionais valorizam a emancipação dos sujeitos, a autonomia e a construção coletiva, incluindo os usuários nas mudanças das práticas educacionais e nos processos de trabalho em saúde. Uma das interfaces entre a EPS e a EIP é
- A)** o reconhecimento de que sistema de saúde e educação são interdependentes e, com isso, impactam não apenas as práticas mas também as teorias.
 - B)** a orientação pela vertente histórico-estrutural e dialética, pelo movimento institucionalista, pela sociologia das profissões e pela sociologia organizacional.
 - C)** a abordagem do quadrilátero envolvendo formadores, gestores, trabalhadores e controle social bem como a orientação em teorias advindas dos campos da educação de adultos.
 - D)** a análise das interações e das barreiras entre pessoas e grupos para o desenvolvimento da aprendizagem compartilhada e competências colaborativas.
- 10.** A convocação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, em 2018, proporcionou a revisão e a formulação de proposições direcionadas para o fortalecimento da Vigilância em Saúde, a expansão do escopo de suas ações e a busca de alternativas adequadas e inovadoras. Isso garante que a nova modalidade de financiamento do SUS possa, de fato, reforçar os avanços conquistados pelo SUS no campo da Saúde Coletiva. Ao longo da trajetória da Vigilância em Saúde, seus objetos de estudo e sua intervenção têm se expandido, fortalecendo a integração entre as diversas áreas da vigilância e aumentando sua capacidade de predição e intervenção. Apesar dos inúmeros avanços da Vigilância em Saúde, não foi alcançado o patamar desejado da
- A)** Vigilância em Saúde Emancipatória.
 - B)** Vigilância das Doenças.
 - C)** Vigilância dos Riscos à Saúde.
 - D)** Vigilância dos Agravos à Saúde.
- 11.** Para o Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, tendo sob sua responsabilidade a coordenação do cuidado e a ordenação das ações e dos serviços disponibilizados na rede. Para cumprir tais funções, é importante que a atenção básica desenvolva diretrizes de funcionamento. Sendo assim, avalie as diretrizes listadas a seguir.

I	Integralidade
II	Territorialização
III	Resolutividade
IV	Regionalização

As diretrizes que fazem parte do escopo da Atenção Básica estão nos itens

- A)** II e III.
- B)** I e III.
- C)** II e IV.
- D)** I e IV.

- 12.** As Redes de Atenção à Saúde devem se estruturar de tal forma a romper com a fragmentação da atenção à saúde e da gestão, com o objetivo de assegurar aos usuários e às usuárias um conjunto de ações e serviços necessários com efetividade e eficiência. Nesse sentido, as redes de Atenção à Saúde são
- A)** arranjos organizativos postos em um espaço geográfico definido, os quais, articulados com diferentes densidades tecnológicas, buscam garantir a integralidade do cuidado.
 - B)** espaços geográficos de cooperação entre entes, com instância deliberativa, os quais têm como finalidade não só a integração e a organização como também o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.
 - C)** espaços geográficos delineados com distribuição de recursos humanos e de serviços de saúde, considerando a capacidade instalada existente, os investimentos e os resultados aferidos por meio de avaliação qualitativa e quantitativa.
 - D)** conjuntos de ações e serviços de saúde articulados de forma hierárquica, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.
- 13.** A gestão da saúde de base populacional é organizada a partir do conhecimento das necessidades de saúde de uma população definida, que deve ser conhecida em número de indivíduos e, sobretudo, em condições de vida e de adoecimento. De acordo com essa lógica, a gestão de base populacional deve se organizar a partir do princípio de
- A)** identificação de subpopulações.
 - B)** parâmetro de oferta genérico baseado em valores médios populacionais.
 - C)** definição de população com base nas definições e/ou projeções do IBGE.
 - D)** enfoque não epidemiológico na definição de ações e serviços.
- 14.** No SUS, os critérios e parâmetros assistenciais têm sido utilizados para o planejamento e a programação de ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema, como alternativa para as áreas que não têm estudo epidemiológico para definição dos parâmetros de sua população. Em relação a esses parâmetros assistenciais,
- A)** é estimada uma média para a população brasileira de hipertensos e diabéticos.
 - B)** são previstos nas normativas legais do SUS e podem ser aplicados na íntegra a qualquer território.
 - C)** é definido um quantitativo de procedimentos com base na capacidade instalada de serviços, sem levar em consideração as necessidades da população.
 - D)** são falhos na projeção de gestantes de alto risco.
- 15.** Em 2019, o Ministério da Saúde lançou um novo modelo de financiamento da Atenção Básica por meio da Portaria nº 2979, o Previne Brasil. Esse modelo extinguiu os pisos fixo e a variável da atenção básica (PAB) bem como mudou a lógica de financiamento por equipe de ESF para critério de cadastro populacional. Segundo os componentes do Previne Brasil,
- A)** os incentivos para ações estratégicas abrangem programas, estratégias e ações, incluindo equipes de saúde bucal.
 - B)** o pagamento por desempenho prevê o repasse financeiro para o alcance de oito indicadores no primeiro ano.
 - C)** o critério populacional paga por pessoa cadastrada na ESF, tendo como limite de alcance a população do IBGE de 2010.
 - D)** a captação ponderada altera o valor de acordo com a presença de vulnerabilidade socioeconômica e critérios demográficos, desde que vinculados exclusivamente a uma equipe de ESF.

16. A longitudinalidade do cuidado envolve três dimensões: informação, longitudinalidade e interpessoalidade. A continuidade interpessoal e longitudinal são os aspectos mais diretamente relacionados ao vínculo entre profissional e usuário(a), que é o elemento primordial para garantir o cuidado integral (Rabelo et al., 2020). Para o alcance do cuidado longitudinal,
- A) é importante que a atenção básica ordene a necessidade de complementação de suas ações por meio da orientação dos serviços de média complexidade.
 - B) é fundamental estabelecer o vínculo entre o serviço e o(a) usuário(a), e não entre o profissional e o(a) usuário(a).
 - C) deve se referenciar um usuário para um ambulatório de média complexidade, e a atenção primária conclui seu papel de coordenação da rede.
 - D) deve focar em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, em detrimento da atenção à saúde.
17. Para a atenção básica, o processo de territorialização deve ser realizado e revisado constantemente, refletindo as reais necessidades de saúde e os modos de vida dos indivíduos de uma dada área geográfica, favorecendo o planejamento e a execução das ações da equipe de ESF. As ferramentas adequadas para o apoio à territorialização são:
- A) diagnóstico comunitário; definição e classificação de risco comunitário; divisão de áreas por risco; e cartografia.
 - B) diagnóstico epidemiológico; protocolo de Mews; e cartografia.
 - C) diagnóstico comunitário; diagnóstico clínico; planejamento estratégico; e cartografia.
 - D) diagnóstico epidemiológico; definição de subpopulações; e cartografia.
18. A portaria nº 2436/2017 do Ministério da Saúde, que renovou a política nacional de atenção básica, define em seu escopo uma série de princípios e diretrizes para orientar os municípios brasileiros na execução dessa política, que é estruturante para o SUS. Com base nessa legislação, analise as afirmativas a seguir.

I	Regionalização e hierarquização, territorialização e definição de população adscrita são diretrizes.
II	Universalidade, equidade e hierarquização são princípios.
III	Universalidade e equidade são princípios que equilibram a oferta da atenção.
IV	Coordenação do cuidado e ordenação da rede não são diretrizes, são princípios basais à organização da atenção básica.

Das afirmativas, estão corretas

- A) I e III.
 - B) I e II.
 - C) II e IV.
 - D) III e IV.
19. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioritária para a atenção básica, organizando a atenção à saúde próxima da população, conhecendo suas necessidades de saúde e aumentando a qualidade e a efetividade das ações. Para que isso se concretize, é fundamental que a ESF tenha atributos que direcionam a atuação das equipes e dos profissionais. Quanto aos atributos essenciais da atenção básica,

- A)** a longitudinalidade permite que se mantenha o vínculo com o(a) usuário(a), mesmo tendo-o(a) encaminhado para um outro nível de complexidade de atenção.
 - B)** a integralidade do cuidado deve manter seu foco nas ações clínicas de abordagem do indivíduo e das famílias.
 - C)** o(a) usuário(a) deve realizar o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde, obrigatoriamente, por meio da atenção básica.
 - D)** a equipe de atenção básica deve integrar suas ações e encaminhar todos os(as) usuários(as) com demandas específicas para outros níveis de atenção como parte da coordenação do cuidado.
- 20.** A atenção básica deve prestar a atenção à saúde da população por meio de equipes multiprofissionais, as quais, em trabalho articulado e integrado, conseguem oferecer promoção, prevenção e assistência aos indivíduos de forma adequada às suas necessidades, considerando a complexidade desse nível de atenção. Sendo assim, as equipes multiprofissionais devem
- A)** atuar de forma integrada, permitindo a efetivação e qualificação da diretriz da longitudinalidade do cuidado.
 - B)** basear seus atendimentos clínicos individuais de acordo com as necessidades dos(as) usuários(as), sendo este o foco de sua atuação na atenção básica.
 - C)** concretizar, pelo interesse do profissional, a corresponsabilização clínica do(a) usuário(a), sendo fundamental para alcançar melhorias no quadro clínico.
 - D)** realizar atendimentos individuais e coletivos, com exceção dos atendimentos compartilhados.

21. A Resolução nº 424, de 08 de Julho de 2013, a qual estabelece o código de ética e deontologia da fisioterapia, prevê que constitui o dever fundamental do fisioterapeuta, de acordo com a sua área e a sua atribuição específicas,
- A) utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los, contínua e permanentemente, para promover a saúde e prevenir condições que impliquem em perda da qualidade da vida do ser humano.
 - B) colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sendo proibido pleitear qualquer tipo de vantagem pessoal.
 - C) atuar em consonância à política nacional de saúde, promovendo os preceitos da saúde coletiva no desempenho de suas funções, seus cargos e sua cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado.
 - D) trabalhar para a melhoria das condições da assistência fisioterapêutica e nos padrões de qualidade dos serviços, no que concerne às políticas públicas, à educação sanitária e às respectivas legislações.
22. Sobre o relacionamento do profissional fisioterapeuta com o cliente/paciente/usuário, avalie deveres a seguir.

I	Prestar assistência ao ser humano, de modo que a prioridade no atendimento obedeça a razões de urgência e em defesa da vida, independente de raça, etnia, nacionalidade, credo sociopolítico, gênero, religião, cultura, condições socioeconômicas e orientação sexual.
II	Inserir, em anúncio ou divulgação profissional, fotografias que comparam quadros anteriores e posteriores ao tratamento realizado, ou qualquer outra referência de identificação do cliente/paciente/usuário.
III	Informar e esclarecer ao cliente/paciente/usuário quanto à consulta fisioterapêutica, diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos, objetivos do tratamento, condutas e procedimentos a serem adotados.
IV	Divulgar e aplicar terapia de caráter infalível e promissor, cuja eficácia não tenha sido comprovada quanto aos princípios da beneficência e não maleficência.

Em relação à assistência ao cliente/paciente/usuário, constituem deveres fundamentais do fisioterapeuta os itens

- A) I e III.
 - B) II e IV.
 - C) I e IV.
 - D) II e III.
23. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi criada para proporcionar uma linguagem unificada e padronizada para descrever a saúde e os estados relacionados à saúde. Em suas definições, a CIF estabelece que
- A) as deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio importante ou uma perda.
 - B) as incapacidades expressam uma condição de saúde e indicam um processo patológico ou de adoecimento.
 - C) o indivíduo é a unidade de classificação principal, dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados à saúde.
 - D) a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidos como uma interação entre os fatores contextuais.

24. O exercício terapêutico é um elemento central na assistência fisioterapêutica para tratar ou prevenir lesões, aprimorar a função muscular e otimizar a saúde global. Sobre as modalidades do exercício terapêutico, avalie as afirmativas abaixo.

I	O exercício isométrico é utilizado como uma estratégia na técnica de facilitação neuromuscular proprioceptiva, para aumentar a estabilidade e fortalecer os músculos em uma porção fraca da amplitude.
II	O exercício isotônico provoca uma força muscular uniforme, desenvolvida sem qualquer movimento ao redor de um eixo, sendo portanto, caracterizado por uma contração muscular estática.
III	O exercício excêntrico é caracterizado por uma contração muscular com alongamento, força e velocidade constantes, com maior custo metabólico e menor eficiência energética do que o exercício concêntrico.
IV	O exercício pliométrico apresenta contração excêntrica seguida de concêntrica, o qual envolve movimentos rápidos e vigorosos para aumentar a reatividade do sistema nervoso, resultando no ciclo alongamento-encurtamento.

Das afirmativas, estão corretas

- A) I e IV.
B) II e III.
C) II e IV.
D) I e III.
25. As precauções e contraindicações para prescrição do exercício resistido devem ser conhecidas para garantir a segurança do paciente. É considerada contraindicação absoluta para o exercício resistido o paciente apresentar
- A) miopia.
B) cardiopatia.
C) neuropatia periférica.
D) esclerose múltipla.
26. Os pacientes com a Síndrome de Parkinson apresentam sinais e sintomas, tais como tremor, rigidez muscular, lentidão dos movimentos, alteração na fala e instabilidade postural. Sendo assim, a conduta terapêutica adequada para tratar a instabilidade postural é:
- A) treino de equilíbrio/alongamento da cadeia muscular anterior do tronco/fortalecimento da cadeia muscular posterior do tronco.
B) treino de marcha/alongamento e fortalecimento da cadeia muscular posterior do tronco/mobilização articular global.
C) alargamento da base de sustentação/fortalecimento da musculatura abdominal/alongamento da musculatura paravertebral.
D) treino de marcha e equilíbrio/alongamento e fortalecimento dos membros inferiores/contração isotônica de paravertebral.
27. José, sexo masculino, 65 anos, com osteoartrite em ambos os joelhos, foi submetido a uma cirurgia para artroplastia total do joelho esquerdo e encaminhado para tratamento fisioterapêutico já no 1º dia de pós-operatório. Atualmente, está no 15º dia do pós-operatório, apresentando fraqueza muscular e amplitude de movimento reduzida em ambos os joelhos. Para esse paciente, a conduta terapêutica adequada é:

- A) movimento ativo da articulação acometida no limiar da dor/exercício de fortalecimento do quadríceps e isquiotibiais em cadeia cinética fechada.
 - B) micromobilização da articulação acometida no limiar da dor/exercício de fortalecimento do quadríceps e alongamento de isquiotibiais.
 - C) alongamento e mobilização ativa da articulação acometida no limiar da dor/ exercícios pliométricos para fortalecimento de quadríceps e isquiotibiais.
 - D) massoterapia da articulação acometida/treino de marcha e de equilíbrio/ exercício de fortalecimento e propriocepção na cama elástica.
28. As técnicas de aquecimento tecidual são aplicadas para promover o relaxamento, diminuir o quadro algico, estimular a circulação local e aumentar a mobilidade. Fisiologicamente, a maneira mais apropriada de aumentar a temperatura intramuscular é por meio de
- A) exercícios ativos livres ou ergométricos como caminhada.
 - B) massoterapia, a qual produz aquecimento tecidual profundo.
 - C) compressas quentes, aplicadas em uma determinada área.
 - D) ultrassom, gerando calor por meio de efeitos mecânicos.
29. Quando o indivíduo encontra-se em uma condição que exige imobilização completa no leito ou quando está cognitivamente incapaz de manter a amplitude de movimento, a mobilização passiva é aplicada para
- A) prevenção das contraturas articulares e da rigidez dos tecidos moles.
 - B) recuperação dos efeitos deletérios da imobilização e *feedback* sensorial.
 - C) manutenção da força muscular e prevenção das úlceras por pressão.
 - D) ativação das unidades motoras e mobilização do líquido sinovial.
30. Maria, sexo feminino, 47 anos, há dois dias, queixa-se de dor na região lombar a nível de L2-L4, com marcha claudicante e irradiação para o membro inferior direito. Para cuidar do quadro de lombalgia da paciente, o tratamento mais apropriado a se fazer é
- A) TENS convencional, pois o efeito analgésico pode ser explicado pela teoria das comportas da dor ou pela liberação de endorfinas.
 - B) Manipulação vertebral, pois o efeito analgésico pode ser explicado pelo relaxamento muscular e restauração dos discos intervertebrais.
 - C) Crioterapia, pois o efeito analgésico pode ser explicado pelo resfriamento do local evitando hipóxia secundária e diminuição da condução nervosa.
 - D) Repouso, pois o efeito analgésico pode ser explicado pela diminuição do metabolismo celular que favorece o restabelecimento dos tecidos acometidos.

Para responder às questões 31 e 32, considere o excerto abaixo.

Ao longo da sua história, a Fisioterapia teve um caráter essencialmente curativo e reabilitador. As mudanças no perfil epidemiológico e as transformações no sistema de saúde brasileiro, com destaque para a implantação do SUS, impuseram a necessidade de transformação do modelo de cuidado ofertado pelos Fisioterapeutas. Dentre essas transformações, destaca-se a proposição do modelo da Fisioterapia Coletiva .

BISPO JÚNIOR, J. P.. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 1627–1636, jun. 2010.

31. O modelo da Fisioterapia Coletiva, proposto por Bispo-Júnior (2010), propõe que a atuação do Fisioterapeuta esteja direcionada
- A) ao controle de danos e de riscos.
 - B) à cura de determinadas enfermidades.
 - C) à atuação clínica em grupos de reabilitação.
 - D) às prevenções primária, secundária e terciária.
32. No modelo da Fisioterapia Coletiva, proposto por Bispo-Júnior (2010), o sujeito da intervenção do Fisioterapeuta é
- A) grupos populacionais doentes e não doentes, mas com risco potencial de adoecer.
 - B) o indivíduo doente, quando a doença já está instalada e em estado avançado.
 - C) o indivíduo doente e sua família, com foco na funcionalidade humana.
 - D) grupos populacionais doentes, com foco na prevenção de sequelas e complicações limitadoras do movimento.
33. A atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde/Atenção Primária à Saúde pode acontecer a partir de múltiplas possibilidades de inserção profissional, em diferentes tipologias de serviços ou equipes de saúde. Em relação a inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde, avalie as afirmativas a seguir.

I	O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF/NASF-AB) representou, de 2008 a 2022, a principal forma de inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica.
II	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD tipo I e EMAD tipo II) e Equipes dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) são formas de inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica.
III	Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF/NASF-AB) são serviços de porta aberta, criados para diminuir a demanda por reabilitação na Atenção Básica e representam a principal modalidade de inserção do fisioterapeuta na Atenção Básica.
IV	Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF/NASF-AB) são equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada às Equipes de Saúde da Família, Equipes de Atenção Básica, Equipes de Consultório de Rua, Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Equipes de Saúde da Família Fluviais.

Em relação a inserção do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde, estão corretas as afirmativas

- A) I e IV.
 - B) II e III.
 - C) I e III.
 - D) II e IV.
34. Para organização e desenvolvimento do processo de trabalho do fisioterapeuta na Atenção Básica, é necessário que esse profissional se aproprie de tecnologias leves e leves/duras para o apoio à gestão, ao apoio às equipes e à atenção à saúde. O diagnóstico e a avaliação do sujeito/família deve ser parte das ações do fisioterapeuta que atua na Atenção Básica. Desse modo, na Atenção Básica, os instrumentos utilizados para o diagnóstico familiar são
- A) o Genograma e o Ecomapa.
 - B) a Medida de Independência Funcional e a CIF.
 - C) a CIAP2 e o WHODAS 2.0.
 - D) a Escala de Risco Familiar e o PTS.

Para responder às questões 35 e 36, considere o caso a seguir.

Ana Paula, fisioterapeuta, 25 anos, acabou de ser aprovada num concurso público para compor uma Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (e-Multi) numa cidade com 40 mil habitantes, 11 equipes da Estratégia de Saúde da Família e duas e-Multi homologadas. As duas e-Multi da cidade estão passando por processo de mudança, uma vez que, até o mês de junho de 2023, funcionavam como Equipes NASF-AB. Ao tomar posse no cargo, Ana Paula recebeu uma lista de atribuições que deveria realizar no seu processo de trabalho e constatou que todas eram ações a serem desenvolvidas no domínio "Atenção Fisioterapêutica à Saúde" e que não contemplavam outras dimensões/competências do processo de trabalho do fisioterapeuta na Atenção Básica. Diante dessa situação, Ana Paula resolveu dialogar com a equipe e com a coordenação de Atenção Básica do município para reorganizar seu processo de trabalho, adicionando ações que ampliassem o foco da sua atuação.

- 35.** As competências a serem desenvolvidas por Ana Paula na Atenção Básica, que expandem sua atuação para além da Atenção Fisioterapêutica à Saúde, são
- A)** identificação e avaliação dos principais fatores de risco e vulnerabilidades do território por meio de ações de vigilância.
 - B)** prescrição de serviços fisioterapêuticos bem como encaminhamento qualificado para outros níveis de atenção.
 - C)** atenção domiciliar aos usuários restritos ao leito e atendimentos coletivos para usuários com doenças crônicas e condições incapacitantes.
 - D)** realização de ações de cinesioterapia e ginástica laboral nas empresas do território para diminuir prevalência de LER/DORTs.
- 36.** Para reorientar o seu processo de trabalho com vistas a adequá-lo aos pressupostos da Atenção Básica, Ana Paula deve realizar ações com foco em
- A)** organização do processo de trabalho em equipe, desenvolvimento de ações de saúde no território, desenvolvimento de ações de educação em saúde, atenção à saúde comum aos demais profissionais da AB, ações intersetoriais, atenção fisioterapêutica à saúde, gestão e inovação em saúde, educação permanente.
 - B)** organização do processo de trabalho para clínica individual, desenvolvimento de ações de reabilitação no ambulatório da unidade de saúde, desenvolvimento de ações de educação em saúde com foco em prevenção de incapacidades, atenção à saúde com tecnologias leves-duras e duras, atenção fisioterapêutica à saúde.
 - C)** planejamento do trabalho com foco nas condições de saúde com melhores evidências da intervenção fisioterapêutica, fortalecimento das ações da fisioterapia na Atenção Básica, organização de equipamentos e instrumentos para o serviço de fisioterapia, avaliação e encaminhamento de usuários para a média complexidade.
 - D)** planejamento do trabalho para atendimento especializado em reabilitação/habilitação de pessoas com deficiências e incapacidades, estimulação precoce às crianças de 0 a 3 anos com atraso de desenvolvimento e seleção, prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.
- 37.** Sabe-se que a Atenção Básica é um lócus de atuação potente para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças/agravos e que, nesse sentido, é necessário que o fisioterapeuta amplie o olhar para além de ações que visem a cura e reabilitação, mas de maneira ampliada, intervenha nos determinantes sociais de saúde. Nesse sentido, são exemplos de atuação fisioterapêutica na Atenção Básica com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças:

- A) realização de orientações sobre sexualidade com escolares e atividade de grupo de idosos, buscando melhoria na qualidade de vida.
- B) atendimento domiciliar a paciente com sequela de AVC e atendimento compartilhado com enfermeira para avaliação de paciente com pé diabético.
- C) visita domiciliar para propor adaptações no domicílio de paciente com dificuldade de mobilidade e atendimento ambulatorial a paciente com entorse de tornozelo.
- D) matriciamento da equipe saúde da família sobre posicionamento no leito a pacientes acamados e atendimento respiratório com estímulo à tosse de paciente secretivo.

38. Medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças geram melhoria das condições de vida em geral e foram responsáveis pela mudança do perfil epidemiológico no Brasil a partir da criação do Sistema Único de Saúde.

Sobre ações realizadas pelo fisioterapeuta na Atenção Básica, com vistas à promoção da saúde e prevenção de doenças/agravos, analise os objetivos a seguir.

I	Realizar atendimento domiciliar com aspiração de vias áreas em paciente acamado;
II	Identificar características demográficas, epidemiológicas e sanitárias do território;
III	Incentivar práticas regulares de atividade física na comunidade;
IV	Aplicar técnicas de analgesia em paciente com lesões musculoesqueléticas;

Em relação às ações realizadas pelo fisioterapeuta na Atenção Básica, estão corretos os itens

- A) II e III.
- B) III e IV.
- C) I e IV.
- D) I e II.

39. Considere o excerto a seguir.

Conforme as Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde (Brasil, 2010), a vigilância em saúde tem como objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

São ações de vigilância em saúde que podem ser realizadas pelo Fisioterapeuta na APS:

- A) identificar barreiras e facilitadores no território; e mapear os idosos frágeis, os acamados e pessoas com deficiência no território.
- B) atender crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; e fazer o acompanhamento do calendário vacinal de escolares.
- C) implantar e facilitar grupo de pacientes com lombalgia; e participar da visita puerperal para avaliar questões relacionadas ao aleitamento materno.
- D) acompanhar os indicadores de saúde funcional da área de abrangência da unidade básica; e realizar atendimento ambulatorial a paciente com incontinência urinária.

40. Os grupos terapêuticos são ferramentas de atuação na Atenção Básica as quais proporcionam um processo de educação coletivo, respeitando os saberes de cada um dos participantes do grupo.
Considerando a atuação do fisioterapeuta em atividades de grupos na Atenção Básica, é correto afirmar:
- A) O vínculo entre o fisioterapeuta e os usuários é essencial para que o grupo alcance seus objetivos terapêuticos e educativos.
 - B) O fisioterapeuta deve transmitir seus conhecimentos científicos e identificar conteúdos incorretos trazidos por usuários nas atividades.
 - C) O foco da atuação do fisioterapeuta nos grupos educativos deve ser a prevenção de doenças, cura e reabilitação dos pacientes.
 - D) O fisioterapeuta deve limitar sua abordagem a sua área de conhecimento, evitando abordar informações sobre outras áreas.
41. Os períodos de gestação e puerpério levam a mudanças consideráveis para a mulher, no que diz respeito a mudanças fisiológicas e emocionais, sendo necessária a atenção das equipes na Atenção Básica.
Considerando a atuação do fisioterapeuta na saúde da mulher na Atenção Básica, .
- A) a prática de exercícios regulares durante a gestação tem benefícios para a mulher e para o feto, devendo ser estimulada, exceto se houver contraindicações.
 - B) com relação à incontinência urinária, cabe à Atenção Básica a prevenção primária, ficando para outros serviços a prevenção secundária e terciária.
 - C) a musculatura do assoalho pélvico não deve ser estimulada pelo fisioterapeuta no período gestacional, pois será bastante acionada no momento do parto.
 - D) no período puerperal, até oito semanas após o parto, o fisioterapeuta tem como foco acompanhar o desenvolvimento da criança.
42. As disfunções do assoalho pélvico são uma ampla gama de problemas de condições uroginecológicas como a incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF), prolapso dos órgãos pélvicos (POP), disfunções sexuais e hiperatividade vesical. Trazem grandes impactos à saúde e podem ser detectadas, evitadas e tratadas na Atenção Básica. Na Atenção Básica, o fisioterapeuta presta atendimento a pacientes com disfunções do assoalho pélvico e deve
- A) mensurar, ao exame físico, a força, potência, coordenação e resistência de contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico.
 - B) contemplar, na avaliação fisioterapêutica, uma anamnese bem detalhada com exame físico e avaliação urodinâmica.
 - C) graduar, ao exame físico, a força muscular do assoalho pélvico em nível 2, quando a paciente realizar compressão firme dos dedos do examinador.
 - D) contraindicar a avaliação física dos músculos do assoalho pélvico, quando a paciente for idosa, gestante ou puérpera.
43. A atenção à criança nos primeiros anos de vida, com vistas à prevenção de doenças e agravos e ao desenvolvimento saudável, deve iniciar pelas equipes de atenção primária à saúde. Nesse contexto, o fisioterapeuta poderá utilizar algumas escalas de avaliação da saúde da criança. Sobre escalas de avaliação da saúde da criança,
- A) a *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS) avalia a aquisição de habilidades neuromotoras da criança.
 - B) o instrumento Denver II, por ser mais rebuscado e de difícil aplicação, é utilizado no âmbito hospitalar.
 - C) o PEDI avalia o desempenho funcional da criança, de maneira que um maior escore representa uma maior dependência.
 - D) a GMFCS é uma escala de avaliação cognitiva de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

44. A realização de pré-natal e puericultura completos e de qualidade é fundamental para evitar algumas infecções congênicas. Faz-se necessário o fortalecimento da APS e um olhar atento dos profissionais de saúde, desse nível de atenção, para a saúde materno-infantil.

Considerando a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica em ações de saúde materno-infantil, analise as afirmativas a seguir.

I	Em locais onde há incidência de arboviroses, o fisioterapeuta deve orientar as gestantes a usar repelentes para prevenir a infecção pelo zika vírus.
II	O fisioterapeuta deve estar atento às repercussões das infecções congênicas e também aos fatores pessoais e ambientais.
III	A estimulação da criança com alterações congênicas deve acontecer após estabilizar o quadro infeccioso.
IV	Ao avaliar uma criança com infecção congênita na Atenção Básica, o fisioterapeuta deve encaminhá-la para o centro de reabilitação.

Das afirmativas acima, estão corretas

- A) I e II.
B) II e III.
C) I e IV.
D) III e IV.
45. A osteoartrite (OA) é uma doença crônica musculoesquelética e multifatorial que leva à incapacidade funcional progressiva de milhões de pessoas. A prescrição medicamentosa isolada não é suficiente para o controle ideal da OA. A Atenção Básica recebe uma grande demanda de usuários em busca de diagnóstico e tratamento de condições musculoesqueléticas como a OA.
Na prevenção e no manejo das artropatias degenerativas na atenção básica,
- A) o fisioterapeuta pode atuar nos determinantes da osteoartrite durante a juventude e idade adulta para evitar a sua ocorrência ou minimizar a gravidade do quadro.
B) as ações educativas do fisioterapeuta devem se concentrar em mudanças no ambiente doméstico para melhorar a mobilidade do paciente acometido por osteoartrite.
C) a realização de atividades aeróbicas, como caminhada, deve ser desaconselhada pelo fisioterapeuta por sobrecarregar o joelho, principal articulação acometida por osteoartrite.
D) o manejo do fisioterapeuta na osteoartrite objetiva prevenir complicações e incapacidade, por ser um problema comum do envelhecimento.
46. A lombalgia é um distúrbio musculoesquelético que acomete a região inferior da coluna, podendo irradiar para os membros inferiores e repercutir na vida dos indivíduos acometidos, no aspecto laboral, de vida diária, no psicológico e na qualidade de vida. Na Atenção Básica, o fisioterapeuta que atende adultos com lombalgia deve

- A) realizar avaliação ampliada do paciente, investigando aspectos como história ocupacional, classificação da lombalgia, comorbidades, prática de atividade física e impacto funcional.
- B) identificar os fatores de risco e encaminhar para o serviço de reabilitação, tendo em vista que o cuidado de pacientes com lombalgia necessita do uso de tecnologias duras.
- C) identificar os pacientes com dor lombar na comunidade e encaminhar para abordagem terapêutica em grupo, pois se trata de uma condição crônica, não indicada para cuidado individual na Atenção Básica.
- D) evitar exercícios de fortalecimento muscular e estabilização segmentar, optando pelo uso de recursos terapêuticos manuais como alongamentos e mobilização articular, que possuem melhores evidências no tratamento.

Para responder às questões 47 e 48, considere o caso a seguir.

A família da Paciente Maria, 64 anos, sexo feminino, negra, professora primária aposentada há 8 anos, hipertensa e diabética, entra em contato com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) da USF Sérgio Arouca para solicitar visita domiciliar da Equipe de Saúde da Família (eSF), pois a paciente retornou de internação hospitalar após Acidente Vascular Cerebral. O relatório de alta hospitalar indicou a realização de consulta com especialista no ambulatório neurovascular até 7 dias após alta hospitalar, utilização de medicação prescrita, realização de exames e encaminhamento para a Unidade de Atenção Primária para gerenciar cuidados. Por sua vez, a eSF solicitou apoio do fisioterapeuta do NASF-AB para a realização da visita domiciliar. Ao chegar ao domicílio, os profissionais de medicina, enfermagem, fisioterapia e a ACS passaram a conversar com a paciente e seus familiares, buscando realizar as avaliações individuais, da família e do ambiente domiciliar. Na ocasião, a paciente foi encontrada com glicemia de 160 mg/dl, pressão arterial de 160x100 mmHg, lúcida e orientada, com cognitivo preservado. Em sua avaliação, o fisioterapeuta identifica hipotonia no hemisfério E, com força muscular 4/5 nos grupos musculares avaliados. A avaliação com Escala MIF apresentou 96 pontos. Além disso, o domicílio da usuária fica em uma rua íngreme, em área de difícil acesso e seu ambiente interno apresenta fatores de risco para quedas, ambiente pequeno e pouco adaptado à nova condição de saúde de Maria. A família relata que não possui condições para deslocar a paciente para as consultas e os exames solicitados. Por solicitação da enfermeira, que identificou pequenas feridas entre os dedos do pé direito da paciente, o fisioterapeuta realizou avaliação de sensibilidade no pé direito, identificando que a sensibilidade protetora estava ausente em 2 dos 4 pontos avaliados com o monofilamento de Semmes-Weinstem. A paciente, ainda, relata tristeza e medo da morte ou de “ficar em cima da cama” (SIC). Sua filha, cuidadora principal, relata que está tendo dificuldade de cuidar sozinha da mãe, que não está recebendo ajuda dos seus três irmãos e que a mãe tem apresentado resistência à modificação da dieta prescrita pela nutricionista do hospital.

47. Diante do caso de Maria, para garantir adequada assistência às necessidades de saúde da paciente, a melhor conduta a ser tomada pelo fisioterapeuta do NASF-AB é:
- A) iniciar reabilitação domiciliar, discutir caso com a eSF e NASF-AB para realização de PTS, eliminar os riscos ambientais no domicílio e solicitar suporte de equipe de EMAD.
 - B) encaminhar paciente para o centro especializado em reabilitação, entregar cartilha de exercícios domiciliares para a família e solicitar consulta com a psicóloga do NASF.
 - C) iniciar reabilitação domiciliar 2 vezes na semana com foco nas sequelas do AVC e na prevenção de incapacidades em decorrência do diabetes.
 - D) realizar adaptações no domicílio, prescrever exercícios de mobilização, exercícios de força muscular, terapia de restrição-induzida e terapia espelho para serem realizados pela paciente com auxílio da família.

48. No território da USF, para combater os fatores de risco a doenças cardiovasculares e AVC, são condutas que devem ser realizadas pelo fisioterapeuta do NASF-AB:
- A) ações de promoção da saúde e de estímulo à adoção de hábitos saudáveis, desenvolvimento de programas de prevenção (grupos de HIPERDIA; de controle do tabagismo; de atividades físicas; de prevenção do estresse), ações de educação em saúde para diferentes grupos populacionais e ações intersetoriais.
 - B) ações de educação de usuários e ACS para detecção precoce de pessoas que apresentem episódios de AVC, além de ensinar a identificar os sinais e sintomas típicos da doença, o pronto reconhecimento dos sinais e acionamento do serviço de urgência e emergência.
 - C) prescrição e acompanhamento de atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis, acompanhamento da correta utilização das medicações anti-hipertensiva e de controle do diabetes e reforço da realização de exercícios aeróbicos no território, devido a seu papel fundamental no combate às alterações cardiovasculares.
 - D) realização de grupos terapêuticos de prática de exercícios aeróbicos, de fortalecimento muscular, equilíbrio e coordenação motora, que visam controlar níveis glicêmicos e de pressão arterial e suas consequências como lesões neuropáticas e incapacidades relacionadas ao AVC e diabetes.
49. Considere o excerto abaixo.

A organização da atenção à saúde da população a partir da Atenção Básica tem sido considerada estratégia importante para reduzir a iniquidade e prover cuidado resolutivo e com qualidade. O processo de trabalho das equipes de saúde permite que se conheça mais sobre as condições de vida e de trabalho da população sob sua responsabilidade. As ações de saúde desenvolvidas neste nível de atenção podem facilitar o reconhecimento das relações entre as condições de vida e trabalho, identificar os determinantes sociais de saúde e incorporar essas dimensões ao cuidado em saúde. (BRASIL, 2018). O(a) Fisioterapeuta, como parte das equipes de Atenção Básica, também é responsável pelo desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

As ações de saúde do trabalhador, que devem ser realizadas no âmbito da Atenção Básica, são:

- A) identificação da relação entre o trabalho e o problema de saúde apresentado pelo(a) usuário(a), para fins de diagnóstico e notificação dos agravos relacionados ao trabalho.
- B) reconhecimento e identificação dos potenciais riscos e impactos à saúde dos trabalhadores, advindos das atividades produtivas formais e lícitas no território da eAB/eSF.
- C) comunicação dos agravos relacionados ao trabalho para o CEREST, para que esse serviço notifique o agravo no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e emita a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).
- D) comunicação e acionamento do NASF-AB e do CEREST nos casos de usuários com diagnóstico de Doença ou Agravo Relacionado ao Trabalho (DART) que necessitem de reabilitação.

50. As ações de Saúde do Trabalhador consideram o fenômeno saúde-doença, na sua relação com o trabalho, em seus aspectos individuais e coletivos, biológicos e sociopolíticos e devem ser organizadas em ações de Promoção da Saúde, Assistência à Saúde e Vigilância em Saúde do Trabalhador. Considerando a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica em ações de Saúde do Trabalhador, analise as afirmativas a seguir.

I	Na Atenção Básica, o fisioterapeuta é o profissional responsável por desenvolver as ações de reabilitação em saúde e retorno ao trabalho de usuários com doenças ou agravos relacionados ao trabalho.
II	Na Atenção Básica, o fisioterapeuta mapeia processos produtivos presentes no território bem como os que se situam em seu entorno e identifica suas relações com o ambiente e com a saúde dos trabalhadores e moradores.
III	O fisioterapeuta que atua na Atenção Básica deve realizar e manter registro de Análises Ergonômicas do Trabalho (AET) das atividades econômicas desenvolvidas no seu território de atuação.
IV	O fisioterapeuta que atua na Atenção Básica realiza avaliação da capacidade funcional de trabalhadores, emite relatórios para subsidiar o acesso a direitos sociais e participa da identificação donexo causal da doença com o trabalho.

Das afirmativas acima, estão corretas

- A) II e IV.
- B) III e IV.
- C) I e II.
- D) I e III.