UFRN
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA UFRN

EDUCAÇÃO FÍSICA

Edital nº003/2016
Seleção 2017

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 10** > Saúde Coletiva; **11 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: _____

COMPERVE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Saúde Coletiva 01 a 10

01. Leia o poema abaixo.

Pneumotórax

Manuel Bandeira

Febre, hemoptise, dispneia, suores noturnos.
A vida inteira que podia ter sido e que não foi:
tosse, tosse, tosse.
Mandou chamar o médico:
Diga trinta e três.
Trinta e três, Trinta e três... Trinta e três.
Respire...
O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo
e o pulmão direito infiltrado.
Então, Doutor, não é possível fazer um PNEUMOTORAX?
Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.

No poema *Pneumotórax*, Manuel Bandeira incorpora à sua poética a cultura popular, sua preocupação com seus pulmões, seu sofrimento com a tuberculose e o "tango argentino" para dizer que, no seu caso, não havia nada a ser feito. Na Educação Popular em Saúde, a valorização desses conhecimentos e experiências de vida das pessoas, dos movimentos sociais e organizações populares é um elemento central. Trata-se de uma forma de superar as incompreensões e mal-entendidos, os preconceitos, as opiniões divergentes que caracterizam as relações entre profissionais e usuários do serviço de saúde. Essas assimetrias da "linguagem", ilustradas também no poema, são muito presentes nas práticas educativas em saúde. Tendo como base o poema exposto e a Educação Popular em Saúde, considere as seguintes afirmativas:

I	O adjetivo "popular" presente no enfoque da Educação Popular em Saúde aponta para a necessidade de colocar-se a serviço dos interesses dos opressores da sociedade em que vivemos pertencentes às classes populares, como forma de estimular o controle social pelos usuários dos serviços.
II	A Educação Popular em Saúde tem construído sua singularidade a partir do fortalecimento dos saberes e práticas autoritárias dos profissionais da saúde, distantes da realidade social e orientadas por uma cultura medicalizante imposta à população.
III	A Política Nacional de Educação Popular em Saúde tem como princípios teórico-metodológicos o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação, e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular.
IV	A Educação Popular em Saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde contribuam para aumentar a visibilidade histórica, social e política dos grupos sociais, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos.

Em relação à Educação Popular em Saúde, estão corretas as afirmativas

A) III e IV.

B) I e III.

C) II e IV.

D) I e II.

02. Em 2016, os movimentos sociais em defesa da seguridade social em geral e da saúde, em particular, ganharam força diante das pautas neoliberais da agenda política brasileira e seus impactos no sistema de saúde. Nesse sentido, a luta popular acontece em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e do direito à saúde conforme os princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e nas Leis Orgânicas da Saúde. Nesse contexto, os movimentos sociais, os trabalhadores da saúde, os pesquisadores e a população em geral protestam em favor da permanência de um SUS que

A) oferte às populações mais vulneráveis ou em situação de exclusão social ações de saúde diferenciadas do ponto de vista técnico, mas que não diferencie esses sujeitos, aplicando, assim, o princípio da universalidade do SUS.

B) assegure a reestruturação da rede pública de saúde a partir das regiões de saúde, em razão da necessidade de se integrar o que a complementaridade do setor privado fracionou sob o ponto de vista técnico, operativo e organizacional.

C) garanta modos de governar a rede de serviços do SUS em cada local e estado e ainda tente compor isso com centenas de programas sanitários que funcionam com regras e padrões de financiamento e de prestação de contas diferentes.

D) assegure a todo e qualquer cidadão um acesso universal, equitativo e integral, e sem os riscos oriundos do subfinanciamento do SUS, da privatização dos equipamentos públicos de saúde e do incentivo aos planos privados, entre outros.

03. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), na década de 1980, foi resultante de uma longa mobilização da sociedade civil em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. No contexto atual, as bandeiras de luta e o debate em torno do projeto político-sanitário e civilizatório do MRSB têm sido retomados, atualizados e aprofundados. Nesse sentido, o MRSB defende uma saúde democrática por meio de medidas que

A) assegurem uma política nacional de saúde que inclua a formação de recursos humanos, pois a atenção à saúde será tema de programas de saúde específicos.

B) transformem os atos médicos lucrativos em um bem social, gratuito, à disposição de toda a população da zona rural.

C) criem um Sistema Único de Saúde que funcione sob a responsabilidade total e sob a administração das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

D) obstaculizem os efeitos mais nocivos das leis de mercado na área da Saúde, ou seja, detenham o empresariamento da medicina.

Com base no caso a seguir, responda às questões 04 e 05:

Uma equipe de saúde da família realizou uma visita domiciliar ao Sr. J.S.S. Ele tem 53 anos de idade, trabalha como agente penitenciário há 12 anos e, apesar de todos os problemas na família, demonstra otimismo e disposição para viver. Quando perguntado sobre a última vez que foi a um serviço de saúde, o Sr. J.S.S.. referiu que foi há quatro anos, quando fez tratamento para tuberculose pulmonar e que, atualmente, vem tossindo com frequência e emagrecendo. Ele afirma que começou a tossir e a perder peso depois que houve alguns casos de tuberculose pulmonar no presídio. Entre um grupo de detentos que estavam sendo transportados no mesmo veículo e distribuídos em distintas unidades prisionais, havia um homem com sintomas sugestivos da doença. Dentro do ambiente fechado da viatura, o contato direto e as condições de saúde dos outros presentes favoreceram a contaminação. No presídio onde trabalha, houve três casos confirmados que estão em tratamento.

04. Quando retornou à unidade de saúde da família, a equipe discutiu o caso do Sr. J.S.S. e buscou identificar os determinantes sociais da saúde (DSS) como forma de produzirem um projeto terapêutico singular congruente com sua realidade de vida e efetivo na satisfação de suas necessidades de saúde. A equipe acredita que trabalhar com os DSS é uma ferramenta relevante, pois

A) permite conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas e de fatores de risco à saúde da população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

B) estudos têm evidenciado que conhecer os DSS leva ao enfrentamento das iniquidades em saúde, ou seja, aprofunda as desigualdades de saúde entre grupos minoritários que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias.

C) o principal desafio é estabelecer as determinações entre os fatores de natureza social, econômica e política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação é relação direta de causa-efeito.

D) conhecer os distintos determinantes de saúde de um indivíduo levará à formulação de explicações do perfil de adoecimento e de saúde da comunidade como um todo, podendo intervir nos fatores de risco modificáveis e alterar as iniquidades em saúde da população.

05. Na reunião para discussão do caso do Sr. J.S.S., a equipe da Estratégia de Saúde da Família contou com a participação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do município. A retaguarda especializada desenvolvida pela equipe do NASF foi fundamental no aprofundamento da discussão e na construção de um projeto terapêutico singular para o Sr. J.S.S. Além disso, foram planejadas ações de promoção da saúde e de vigilância epidemiológica no presídio. Partindo dessas propostas e intervenções planejadas pela equipe, utilizou-se como referência

A) a participação popular.

B) a vigilância sanitária.

C) o apoio matricial.

D) a análise de vulnerabilidade.

06. A Constituição Brasileira de 1988 preconiza que “A Saúde é direito de todos e dever do Estado”. Um dos meios de assegurar o cumprimento desse dever constitucional é a Vigilância em Saúde. A Vigilância em Saúde compõe a área da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, englobando as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e a saúde do trabalhador. Cada uma dessas vigilâncias tem suas especificidades de atuação, embora possam compartilhar informações e agir de formar complementar. Sobre as atribuições da vigilância em saúde e suas especificidades, considere as seguintes afirmativas:

I	A vigilância em saúde constitui ações de promoção à saúde, observação da situação de saúde, proteção, prevenção e controle das doenças e agravos à saúde da população.
II	A vigilância ambiental consiste em ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde do trabalhador.
III	As ações de proteção da saúde são de caráter público, podendo ser delegada ao setor privado, de acordo com o princípio organizacional do SUS, que permite a complementaridade da iniciativa privada no sistema de saúde.
IV	As ações da vigilância epidemiológica consistem em detectar os fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, a fim de adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

Em relação a vigilância em saúde, estão corretas as afirmativas

A) II e III. **C)** III e IV.

B) I e IV. **D)** I e II.

07. A notificação compulsória é uma atribuição da vigilância epidemiológica, que serve para comunicar a ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde. A comunicação é feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou por qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Sobre a notificação de doenças e agravos, é correto afirmar:

A) a notificação permite monitorar ocasionalmente a tendência de uma doença/agravo na população, para que sejam estabelecidas medidas de prevenção e controle.

B) a Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais quando confirmar, no paciente, a ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória.

C) a notificação deve ser sigilosa, podendo ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário somente em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos.

D) as informações coletadas pela vigilância epidemiológica são consideradas quando houver ocorrência de casos suspeitos ou confirmados e, portanto, a ausência de notificação não consta nas estatísticas.

08. A informação em saúde é a base para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde e das ações de prevenção e controle de doenças. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) fornecem referencial para projeções e inferências setoriais, além de contribuirem para a transparência acerca das ações desenvolvidas na área da saúde. A partir dos SIS, obtêm-se informações sobre: condições socioeconômicas, ações em saúde, situação de saúde e gestão em saúde. Em relação ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva), é correto afirmar que ele

A) apresenta algumas limitações tais como: a descontinuidade das investigações e a ausência da notificação compulsória em seus componentes vigilância, desfavorecendo a resolução e continuidade do cuidado.

B) possibilita conhecer a dimensão dos acidentes e violências que não geram internações ou óbitos, mas que são atendidos nos serviços de saúde, tais como: acidentes de trânsito, de trabalho, doméstico, quedas, queimaduras, afogamentos e intoxicações.

C) desconsidera os acidentes notificados nos Sistemas de Informações de Mortalidade (SIM) e de Internação Hospitalar (SIH), devido à falta de articulação entre esses sistemas de informação.

D) tem como um de seus objetivos estimular a notificação dos casos de violência e acidentes, inviabilizando a implementação de políticas de cultura da paz nos grandes centros urbanos e nas escolas da rede pública.

09. A Razão de Mortalidade Proporcional ou Índice de Swaroop & Uemura mede a proporção entre o número de óbitos de pessoas com 50 anos ou mais de idade em uma população, em um determinado ano, e o total de óbitos na mesma população, no mesmo período. Esse indicador permite a análise da tendência da mortalidade e a comparação de áreas geográficas. A partir do Índice de Swaroop & Uemura, é cooreto afirmar que

A) os países com atraso no desenvolvimento econômico e social apresentam mortalidade proporcional igual ou inferior a 75%.

B) as regiões com alto grau de subdesenvolvimento apresentam mortalidade proporcional igual ou superior a 50%.

C) os países desenvolvidos apresentam mortalidade proporcional igual ou superior a 75%.

D) as regiões com regular organização dos serviços de saúde e equidade social apresentam mortalidade proporcional inferior a 25%.

10. Nas últimas décadas, o Brasil experimentou enormes mudanças em seu padrão reprodutivo e em sua estrutura populacional. De forma geral, a mortalidade precoce manteve sua tendência histórica de declínio e a expectativa de vida foi ampliada. Além disso, a taxa de fecundidade caiu significativamente em muitos estados brasileiros. Diversos autores consideram que o declínio de fecundidade experimentado pelo Brasil nos últimos 30 anos é semelhante ao que foi vivenciado pelos países desenvolvidos, em processos que duraram de 80 a 100 anos. Dessa forma, o Brasil vivencia um processo de transição demográfica bastante acelerado, decorrente principalmente do padrão de desenvolvimento econômico, social e político-institucional. Sobre essa temática considere as seguintes afirmativas:

I	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu a partir de um processo de transição demográfica caracterizado pelo aumento da expectativa de vida, envelhecimento populacional e aumento da morbidade por doenças não transmissíveis.
II	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu devido à melhoria nas condições sociais da população, com erradicação das doenças infecciosas e parasitárias nas crianças e, o surgimento das doenças crônico-degenerativas em idosos.
III	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu devido à ampliação da cobertura dos serviços de saúde de forma igualitária, e considerando as diferenças e necessidades regionais com perfis epidemiológicos distintos.
IV	O processo de transição epidemiológica no Brasil ocorreu com a superposição de contextos epidemiológicos, com a persistência das doenças reemergentes, a adesão a modos de vida pouco saudáveis e a alta mortalidade por causas externas.

As afirmativas que explicam o processo de transição epidemiológica no Brasil são

A) I e II.

B) I e IV.

C) II e III.

D) III e IV.

Conhecimentos Específicos 11 a 50

11. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 apresenta, entre suas definições, o conceito ampliado de saúde. Segundo esse conceito, saúde é:

A) O maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e é somente através das ações de promoção que as condições e recursos fundamentais para a saúde se tornam cada vez mais favoráveis.

B) O bem-estar físico, mental e social, conquistado e garantido por medidas e políticas públicas que culminem em um bem comum para as comunidades.

C) A completa ausência de doença, de sintomatologia semelhante a qualquer patologia ou do uso de medicamentos para o tratamento de sintomas.

D) Direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

12. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Em relação à organização do SUS, existem as Regiões de Saúde, que, para serem instituídas, devem conter, no mínimo, ações e serviços de:

A) atenção primária; transporte intermunicipal; atenção psicossocial; assistência farmacêutica e vigilância em saúde.

B) atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

C) atenção básica; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância à saúde.

D) atenção básica; urgência e emergência; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; assistência farmacêutica e vigilância à saúde.

13. O Estado tem o dever de garantir a saúde da população e o faz por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Quando as ações e serviços ofertados pelo SUS são insuficientes, estados e municípios devem recorrer à participação complementar ou suplementar do setor privado. Sobre o funcionamento dos serviços privados de assistência à saúde, de acordo com a Lei nº 8.080/90, Título III, capítulo I, é correto afirmar:

A) É vetada a participação de pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar ações e pesquisas de planejamento familiar.

B) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada e se caracteriza pela atuação por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

C) O Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área.

D) Não será permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde.

14. O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade delas. Para a organização e desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, algumas ferramentas são utilizadas, dentre as quais o

A) acolhimento individual centrado na enfermidade.

B) projeto terapêutico singular.

C) levantamento ativo de doentes crônicos.

D) atendimento territorial compartilhado.

15. Com a finalidade de possibilitar que qualquer município brasileiro pudesse ser contemplado com a política do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, redefine os parâmetros de vinculação das modalidades de NASF 1 e 2, além de criar a modalidade 3. Elas diferem em relação ao número de equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica vinculadas. Quanto à composição das modalidades do NASF, a legislação estabelece o seguinte:

A) NASF 1: 05 a 09 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas; NASF 2: 01 a 02 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas; NASF 3: 03 a 04 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas.

B) NASF 1: 01 a 02 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas; NASF 2: 03 a 04 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas; NASF 3: 05 a 09 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas.

C) NASF 1: 05 a 09 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas; NASF 2: 03 a 04 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas; NASF 3: 01 a 02 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas.

D) NASF 1: 03 a 04 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas; NASF 2: 05 a 09 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas; NASF 3: 01 a 02 equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas.

16. A Constituição Federal de 1988, na seção II, dispõe sobre a Saúde e descreve as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com a Carta Magna, uma das diretrizes do SUS é:

A) Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

B) Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

C) Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência à mesma.

D) Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde, em todos os setores e níveis de assistência.

17. O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Sobre o SUS, é correto afirmar:

A) Com o princípio da descentralização das ações de saúde, o município é o principal responsável pela saúde pública de sua população.

B) Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde compostos apenas por gestores e profissionais de saúde.

C) A porta de entrada do Sistema Único de Saúde é composta por hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

D) Existe hierarquia entre União, estados e municípios, estando a União no topo desta hierarquia sendo dela a responsabilidade pela saúde da população.

18. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Sobre as instâncias colegiadas, Conferência de Saúde e Conselho de Saúde, é correto afirmar:

A) A Conferência de Saúde se reúne a cada dois anos com a representação dos vários segmentos sociais.

B) A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em ralação ao conjunto dos demais seguimentos.

C) As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão suas organizações definidas pelos secretários de saúde de cada esfera e pelos regimentos aprovado por esses secretários.

D) A distribuição das representações nos Conselhos de Saúde é de 25% de usuários, 25% de profissionais de saúde, 25% de representantes do governo e 25% de prestadores de serviço.

19. Com o Pacto pela Saúde de 2006, estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento. Em 2009, foi acrescido mais um bloco de financiamento pela Portaria nº 837, de 23 de abril. O bloco de financiamento acrescentado foi o de

A) Vigilância em Saúde.

B) Atenção Básica.

C) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

D) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

20. O sistema de informação em saúde é um instrumento essencial para a tomada de decisões e potencial indutor de práticas de vigilância em saúde. É uma ferramenta para a gestão dos serviços, pois orienta a implantação, o acompanhamento e a avaliação dos modelos de atenção à saúde. Sobre os sistemas de informação, é correto afirmar:

A) O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), criado pelo Ministério da Saúde em 1975, para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país, possibilita a realização de análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área.

B) Dados acerca da incidência de casos de AIDS são disponibilizados pelo SINASC, o qual é alimentado semanalmente, e subsidia as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde.

C) O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação, em especial de desnutrição e obesidade, além de outras doenças metabólicas.

D) O objetivo fundamental do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) é possibilitar, aos gestores envolvidos no programa, uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado.

21. O Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) publica posicionamentos que servem para direcionar tanto a prática quanto a prescrição de exercício físico. O último posicionamento para adultos diz respeito à quantidade e à qualidade de exercício físico para a manutenção da aptidão cardiorrespiratória, musculoesquelética e neuromotora. De acordo com o documento, é correto afirmar:

A) Para indivíduos adultos, são recomendados os exercícios físicos com intensidade leve, para evitar ganho de peso.

B) Engajar-se em programas de exercícios físicos, reduzindo o comportamento sedentário contribui parcialmente para a saúde de adultos.

C) Exercícios devem ser realizados em sessão única e contínua por dia, para qualquer faixa etária.

D) É recomendada a prática de exercício físico com frequência de 3 a 5 dias com intensidade moderada a vigorosa.

22. No Caderno de Atenção Básica nº 27, encontram-se as diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Dentre os profissionais que podem compor a equipe do NASF, está o professor de Educação Física, que é responsável por desempenhar as práticas corporais e atividades físicas segundo algumas diretrizes. Uma das diretrizes para a atuação desse profissional é:

A) dispensar o conhecimento do local onde as práticas corporais serão desenvolvidas, já que o Agente Comunitário deverá fornecer essas informação ao professor de Educação Física.

B) primar por intervenções que favoreçam a coletividade mais que os indivíduos, sem excluir a abordagem individual.

C) desenvolver ações pontuais junto às equipes de saúde da família baseadas em casos específicos.

D) apoiar a análise do desempenho do NASF e das equipes de saúde da família nas ações sobre alimentação e nutrição.

23. Muitas medidas são usadas para estimar ou predizer a quantidade de gordura corporal. Entre as mais usadas, está a relação da massa corporal pelo quadrado da estatura, usada por mais de 200 anos, chamada de Índice de Massa Corporal (IMC). Em 2011, surgiu o Índice de Adiposidade Corporal (IAC), que obteve boa associação com percentual de gordura medido por absorciometria de raios-x de dupla energia (DEXA) em indivíduos adultos. Assim como no cálculo do IMC, são necessárias algumas medidas para o cálculo do IAC, dentre as quais estão:

A) massa corporal, estatura e circunferência da cintura.

B) circunferência do quadril e estatura.

C) circunferência da cintura, circunferência do quadril e massa corporal.

D) circunferência da cintura, massa corporal, estatura e circunferência do quadril.

24. No processo de avaliação em escolas, academias de ginástica ou clubes, os resultados obtidos através de medidas antropométricas e baterias de testes, são importantes para que o professor de Educação Física possa desenvolver um programa de exercício físico. A escolha do método de avaliação deve seguir parâmetros rigorosos de validade, fidedignidade e objetividade. A objetividade

A) é o grau de concordância dos resultados do teste entre diferentes avaliadores.

B) é a consistência de resultados de um teste em várias testagens no mesmo avaliado.

C) avalia quão bem o teste mede o que se quer medir em cada indivíduo avaliado.

D) avalia a reprodução fiel e contínua dos resultados obtidos desde o seu primeiro teste.

25. A construção do Código de Ética para a profissão de Educação Física foi desenvolvida por meio do estudo da historicidade de sua existência, da experiência de um grupo de profissionais brasileiros da área e da resposta da comunidade específica de profissionais que atuam com esse conhecimento no Brasil. Esse documento apresenta os princípios e diretrizes pelos quais os profissionais de Educação Física deverão se pautar. Um dos princípios desse código é:

A) Elaboração de programas de atividade do beneficiário em função de suas condições gerais de saúde.

B) Atualização técnica e científica, e aperfeiçoamento moral dos profissionais registrados nos sistemas dos Conselhos Federal e Regional de Educação Física.

C) Autonomia do exercício da profissão, respeitados os preceitos legais e éticos e os princípios da bioética.

D) Prestação do melhor serviço, a um número cada vez maior de pessoas, com competência, responsabilidade e honestidade.

26. Os avanços científicos e tecnológicos na sociedade contemporânea proporcionaram melhoras significativas e indiscutíveis na qualidade de vida das pessoas. Por outro lado, ocasionaram redução significativa no envolvimento com atividade física e esporte, fragilizando os componentes da Aptidão Física Relacionada à Saúde, que estão relacionados ao estado de saúde, seja nos aspectos da prevenção e redução dos riscos das doenças e/ou incapacidades funcionais, ou na disposição para realização das atividades de vida diária das pessoas. São componentes da aptidão física relacionada à saúde:

A) aptidão cardiorrespiratória, agilidade, velocidade, potência muscular e equilíbrio corporal.

B) aptidão cardiorrespiratória, força, resistência muscular, flexibilidade e composição corporal.

C) coordenação, velocidade, potência, equilíbrio e composição corporal.

D) força, flexibilidade, coordenação, agilidade e velocidade.

27. Um dos parâmetros fisiológicos mais usados para avaliar e controlar a intensidade do treinamento é a frequência cardíaca. Na verdade, a frequência cardíaca é um parâmetro de medição fácil e fornece uma boa estimativa do esforço dispendido. Sabendo disso, um professor de Educação Física recebe o usuário VHOL, 27 anos de idade, ativo fisicamente e aparentemente saudável. Com a finalidade de prescrever uma atividade aeróbia, o professor mediu sua frequência cardíaca de repouso (73 batimentos por minuto) e estipulou uma zona alvo de intensidade entre 70% e 85%. Baseado nessas informações, o intervalo de frequência cardíaca para a intensidade desejada, conforme a equação de Karvonen (1957) para zona de treinamento está entre

A) 157 bpm e 169 bpm.

B) 207 bpm e 215 bpm.

C) 170 bpm e 185 bpm.

D) 150 bpm e 175 bpm.

28. O Programa Academia da Saúde foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011, com a publicação da Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, a ser adotada pelos municípios brasileiros. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, e estimular a alimentação e os modos de vida saudáveis e sustentáveis da população. Um objetivo específico da Academia da Saúde é

A) definir recursos orçamentários e financeiros para a implantação do Programa Academia da Saúde.

B) elaborar diretrizes para implantação e funcionamento do Programa Academia da Saúde em âmbito nacional no SUS.

C) contribuir para ampliar e valorizar o uso de espaços públicos de lazer, enfrentamento a violência e auxiliando na melhoria das condições de saúde da população.

D) realizar monitoramento das propostas habilitadas para construção de polos do Programa Academia da Saúde.

29. O interesse em avaliar os níveis de atividade física em diferentes grupos populacionais é crescente, tendo em vista o acúmulo de evidências sobre os riscos associados a baixos níveis de atividade física e sobre os benefícios decorrentes da prática da atividade física de forma suficiente e regular. Neste contexto, o levantamento de dados para traçar o perfil de saúde de uma determinada população é fundamental para iniciar um processo de intervenção. O estudo epidemiológico para o levantamento dos dados iniciais é o

A) estudo experimental, que envolve intervenção direta sobre o problema para que o mesmo seja solucionado parcial ou totalmente.

B) estudo de coorte, que mede a ocorrência de novos casos de uma doença e os fatores que determinam o aparecimento desses casos.

C) estudo de caso controle, que investiga eventos em saúde de baixa incidência ou período de exposição prolongado de doença.

D) estudo transversal, que se caracteriza por investigar a ocorrência de um fenômeno de saúde, em um período de tempo específico.

30. O diabetes *mellitus* pode ser conceituado como uma síndrome metabólica na qual o organismo perde o poder de metabolizar a glicose. Além do tratamento medicamentoso e insulínico, o exercício físico tem sido recomendado como parte do tratamento, em especial para indivíduos diabéticos do tipo II. No entanto, é importante que o professor de Educação Física adote medidas de precaução para que o exercício físico não agrave a situação de saúde do indivíduo diabético. Uma dessas medidas, é a quantificação dos níveis glicêmicos capilares antes e depois da sessão de exercício. No caso, a glicemia capilar

A) deve estar entre 100 mg/dl e 200 mg/dl antes de iniciar os exercícios.

B) deve estar maior ou igual a 100mg/dl e menor do que 240 mg/dl antes de iniciar os exercícios.

C) não deve estar menor do que 80mg/dl ou maior do que 250 mg/dl antes de iniciar os exercícios.

D) não deve estar menor do que 80mg/dl ou maior do que 300 mg/dl antes de iniciar os exercícios.

31. O processo de avaliação física inicia pela anamnese. É nesse momento que o avaliador começa a saber mais a respeito do avaliado e, por isso, é necessário que aproveite esse momento para obter o máximo de informações possíveis para a realização dos testes e para a própria prescrição dos exercícios físicos. Sobre essa temática, analise as informações a seguir:

I	A anamnese é uma ferramenta utilizada pelos profissionais de educação física a fim de colher informações do avaliado, para fins característicos de intervenção na prática de exercícios físicos.
II	A anamnese é uma técnica que somente o profissional de educação física pode realizar, com o intuito de conhecer o avaliado.
III	Quando o profissional de educação física for realizar uma anamnese, ele terá que fazer perguntas ao avaliado de forma clara, para que este possa entender do que se trata.
IV	Na anamnese, o avaliador já consegue obter todas as informações necessárias para a prescrição do exercício, de forma segura e eficiente.

Sobre anamnese, estão corretas as afirmativas

A) I e II.

B) I e III.

C) III e IV.

D) II e IV.

32. Postura pode ser definida como a posição que o corpo adota no espaço, bem como a relação direta de suas partes com a linha do centro de gravidade. Para uma boa postura, é necessária uma harmonia/equilíbrio do sistema neuromusculoesquelético. Sobre essa harmonia, é correto afirmar:

A) Pé valgo**:** é a projeção do tendão calcâneo para dentro da linha média do corpo, observada na visão lateral.

B) Hiperlordose cervical**:** é a acentuação da curvatura da coluna cervical, observada na visão posterior.

C) Geno valgo: é a aproximação dos joelhos em relação ao plano sagital, observada na visão lateral.

D) Pé varo**:** é a projeção do tendão calcâneo para fora da linha média do corpo, observada na visão posterior.

33. O conjunto de ações de um profissional de educação física deve contemplar as particularidades de seu grupo de alunos de modo a fazer com que, além de motivado e participativo, esse grupo tenha a percepção dos valores envolvidos, relacionados a saúde, criando nele uma sensação de que a atividade física será benéfica para a sua saúde. Ao propor educação física para idosos, por exemplo, é interessante que o professor estimule a adoção de mudanças de atitude demonstrando que elas podem levar a mudanças em suas vidas.

Além de promover a prática do exercício físico e de motivar os idosos, para essa prática, o professor de educação física tem como intenção pedagógica promover

A) o aumento de nível de aptidão física e da hipertrofia muscular.

B) a redução da gordura corporal e o aumento de massa magra.

C) o aumento de interesse por diversificados hábitos e práticas saudáveis.

D) a redução de massa magra e o aumento da hipertrofia muscular.

34. A estratégia do trabalho em equipe multiprofissional no setor de saúde pública, implantada nos últimos 15 anos, representa uma nova leitura acerca de práticas, valores, atitudes e conhecimentos de todos os indivíduos envolvidos nessas propostas sociais. O programa amplia as ações a serem realizadas pelos profissionais da saúde e aumenta os limites e as possibilidades de atuação, exigindo novas habilidades e qualificações.

Nesse sentido, a finalidade do trabalho em equipes multiprofissionais na área da saúde é:

A) garantir uma base comum de conhecimentos, valores e práticas que permitam o efetivo trabalho dessas equipes nas unidades básicas de saúde e sua gestão com base no ato médico.

B) diversificar as especialidades médicas e paramédicas, que têm crescido em diferentes graus de complexidade a partir da década de 1990, o que vem possibilitando o acompanhamento da demanda populacional por tratamento e informações de qualidade.

C) dar condições para que, no curto prazo, o Ministério da Saúde e o Sistema Único de Saúde possam reduzir os gastos com o sistema hospitalar, deslocando o foco da visão tradicional da medicina curativa para as intervenções de prevenção de doenças.

D) proporcionar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos.

35. A medida da pressão arterial (PA) é um procedimento simples, fácil de ser executado e deve ser realizada em todas as avaliações de saúde, sendo também indispensável para o profissional de educação física prescrever exercícios físicos. Sobre a PA, é correto afirmar:

A) A variável pressão arterial é importante para detectar qual o exercício e a intensidade mais adequada para o aluno que irá praticar exercícios físicos.

B) O avaliador não precisa estar com o estetoscópio para aferir a pressão arterial do avaliado, pois se ele posicionar o dedo indicador na arterial braquial, já obterá uma medida confiável.

C) O avaliador não precisa perguntar se o avaliado realizou exercício físico nas últimas horas, ou se bebeu algo que possa alterar o valor da pressão arterial.

D) Para aferir a pressão arterial, o avaliado não precisa ficar de repouso, evitando a demora no procedimento.

36. O tratamento medicamentoso, a prescrição e a orientação do exercício físico têm sido utilizados como estratégia anti-hipertensiva, sendo esta medida não-medicamentosa qualificada como estratégia altamente recomendada para a redução da pressão, por sua evidente eficácia.

Para identificar a carga pressórica durante o exercício, que dará ao profissional de Educação Física segurança na prescrição e evolução do treinamento, devem ser realizadas:

A) a contagem do número de passos por meio de um aparelho acoplado aos tênis e a mensuração das dobras cutâneas por meio de um compasso de dobras cutâneas.

B) a mensuração das dobras cutâneas por meio de um compasso de dobras cutâneas e a aferição da pressão arterial por meio de esfigmomanômetro.

C) a aferição da pressão arterial por meio de esfigmomanômetro e o registro da frequência cardíaca por meio de um aparelho de monitoramento contínuo.

D) a aferição da pressão arterial por meio de esfigmomanômetro e a contagem do número de passos por meio de um aparelho acoplado aos tênis.

37. A hipertensão arterial é uma doença que acomete grande parte da população brasileira. Muitos pacientes não sabem que têm essa patologia por não ter o hábito de aferir rotineiramente a pressão arterial na unidade básica de saúde. Contudo, é importante que a população saiba que a hipertensão arterial é uma doença crônica às vezes, assintomática, mas que, progressivamente, causa problemas em certos órgão vitais

Analise as afirmativas a seguir a respeito da hipertensão.

I	A hipertensão primária atinge 90% da população hipertensa.
II	A hipertensão secundária atinge cerca de 90% da população de hipertensos.
III	A hipertensão não causa lesões no Cérebro, Rins e Coração.
IV	A hipertensão atinge cerca de 15% a 20% da população no Brasil.

Estão corretas as afirmativas:

A) III e IV. **C)** II e III.

B) I e II. **D)** I e IV.

38. As diretrizes nacionais e internacionais recomendam que os hipertensos realizem o treinamento aeróbico complementado pelo resistido. O treinamento aeróbico é composto por exercícios que envolvem grandes grupos musculares, contraídos de forma cíclica e contínua, com intensidade de leve a moderada, e longa duração.

Um aluno hipertenso de 35 anos está se exercitando com a orientação de um profissional de Educação Física, na comunidade, e foi orientado a realizar um treino a uma determinada intensidade. Ao longo da atividade, o professor verifica, algumas vezes, a pressão arterial do aluno, tendo encontrado os valores a seguir:

I	O aluno está com a pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente de 240/80 mmhg.
II	O aluno está com a pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente de 230/90 mmhg.
III	O aluno está com a pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente de 120/80 mmhg.
IV	O aluno está com a pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente de 190/95 mmhg.
V	O aluno está com a pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente de 180/90 mmhg.

Durante a sessão de exercício aeróbico, a pressão arterial do aluno não poderia ter alcançado, ou ultrapassado, os valores expressos nos itens

A) III e IV.

B) II e III.

C) I e II.

D) IV e V.

39. A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade. Estima-se que a doença atinja aproximadamente 22% da população brasileira acima de vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente vascular cerebral, 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio, e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano.

O duplo produto serve para estimar o consumo de oxigênio do miocárdio. Sobre essa temática analise as técnicas mostradas nos itens a seguir:

I	A análise do percentual de gordura é feita por meio do aparelho adipômetro.
II	A aferição da pressão arterial diastólica é feita por meio de um aparelho de pressão arterial.
III	O registro da frequência cardíaca é feito por meio de um aparelho de monitoramento contínuo.
IV	A aferição da pressão arterial sistólica é feita por meio de esfigmomanômetro de cava.

Para a adequação do programa de exercício físico, o duplo produto pode ser aferido utilizando-se as técnicas presentes nos itens

A) I e II.

B) I e III.

C) III e IV.

D) II e IV.

40. Volume de ejeção é a quantidade de sangue bombeado pelo ventrículo cardíaco esquerdo, por batimento. O volume sistólico é calculado usando medidas volumétricas de ecocardiograma, e tomando o volume de sangue no ventrículo ao fim da contração (denominado volume sistólico final), e subtraindo o volume logo antes do início da diástole (chamado de volume diastólico final).

Sobre o volume de ejeção, é correto afirmar:

A) O volume de ejeção depende também do mecanismo de Frank-Starling, que é a capacidade de distensão dos ventrículos aumentando sua capacidade de contração.

B) O volume de ejeção depende do retorno venoso, mas não da pressão na parede da veia cava inferior.

C) O mecanismo de Frank-Starling atua principalmente na capacidade de contração das paredes dos ventrículos e contribui para a diminuição do volume de ejeção.

D) A frequência cardíaca atua principalmente na capacidade de contração dos ventrículos, que, por sua vez, não têm relação com o volume de ejeção.

41. Os exercícios aeróbicos típicos são contínuos e prolongados, realizados com movimentos cíclicos. Esta categoria de exercício é a que traz mais benefícios ao sistema cardiovascular, diminuindo a chance de doenças cardiovasculares e melhorando a qualidade e a expectativa de vida de seus praticantes.

Sobre os exercícios aeróbicos, é correto afirmar:

A) Durante o exercício físico aeróbico a frequência cardíaca aumenta pela estimulação do sistema nervoso autônomo simpático.

B) No início do exercício de intensidade alta a extenuante, a frequência cardíaca aumenta por ativação da estimulação do sistema nervoso autônomo parassimpático.

C) Durante o exercício de intensidade baixa, a frequência cardíaca aumenta por ativação da estimulação do sistema nervoso autônomo parassimpático.

D) No início do exercício de intensidade baixa a moderada, a frequência cardíaca não aumenta devido à estimulação do sistema nervoso autônomo parassimpático.

42. O quociente respiratório (QR) quantifica a utilização de substratos como carboidrato, lipídeos e gorduras, pelo organismo. É medido por meio da calorimetria indireta (CI), que mede a produção de energia a partir das trocas gasosas do organismo com o meio ambiente, sendo calculado a partir dos equivalentes calóricos de oxigênio consumido e do gás carbônico produzido.

O quociente respiratório que tem uma predominância de oxidação de carboidratos é de

A) 0,55.

B) 0,90.

C) 0,65.

D) 0,75.

43. O consumo máximo de oxigênio é a capacidade máxima que tem o corpo de um indivíduo de transportar e metabolizar oxigênio durante um exercício físico incremental, e é a variável fisiológica que mais reflete a capacidade aeróbica de um indivíduo.

As variáveis que representam o produto que reflete o consumo de oxigênio são

A) débito cardíaco e volume sistólico.

B) frequência cardíaca e volume sistólico.

C) frequência respiratória e volume sistólico.

D) débito cardíaco e diferença arterio-venosa.

44. Os mecanismos que norteiam a queda pressórica pós-treinamento físico estão relacionados a fatores hemodinâmicos, humorais e neurais. Os efeitos fisiológicos do exercício físico podem ser classificados em agudos imediatos, agudos tardios e crônicos.

Um dos efeitos agudos do exercício físico aeróbico sobre a hipotensão pós-exercício físico, é

A) uma diminuição da pressão arterial sistólica e diastólica após o exercício aeróbico pela diminuição da resistência vascular periférica.

B) uma redução da pressão arterial sistólica, sem alteração da pressão arterial diastólica após o exercício físico.

C) um aumento da pressão arterial diastólica, sem alteração da pressão arterial sistólica.

D) um aumento da pressão arterial sistólica, com pouca ou nenhuma alteração da pressão diastólica.

45. Pesquisa realizada com 6.362 empregados de 14 indústrias de São Paulo, Curitiba e Rio de Janeiro, identificou o perfil de vida ativo de cada funcionário, obtendo os seguintes resultados: 50,7% são sedentários, 38,6% são moderadamente ativos, 8,6% são ativos, e 2,1% são muito ativos.

Considerando o nível de sedentarismo apresentado na pesquisa, a estratégia do profissional de educação física para promover um estilo de vida ativo dos indivíduos fora do local de trabalho seria:

A) organizar eventos esportivos competitivos, com o intuito de medir e comparar o desempenho dos empregados, por meio da prática esportiva.

B) aplicar periodicamente uma bateria de testes físicos, com o objetivo de medir, avaliar e classificar os empregados, conforme o desempenho físico.

C) proferir palestras que estimulem a prática de atividades físicas fora do local de trabalho.

D) ofertar cursos de saúde organizacional para os empregados, em contra-turnos de trabalho.

46. A doença não pode ser compreendida apenas por meio das medições fisiopatológicas, pois quem estabelece o estado da doença é o sofrimento, a dor, enfim os valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que adoece.

Entende-se, então, que as condições da saúde da população brasileira e a qualidade de vida são determinadas por variáveis relacionadas ao comportamento do individuo e ao local de moradia, dentre outros determinantes.

São determinantes de saúde:

A) trabalho, garantia de educação de nível médio e ambiente físico.

B) alimentação e acompanhamento nutricional, habitação e iluminação pública e trabalho e condições do trabalho.

C) alimentação e nutrição, habitação e saneamento básico e trabalho e condições de insalubridade.

D) apoio social, teorias/comportamentos e serviços de saúde.

47. Epidemiologia é a ciência que se propõe a estudar quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença e seus fatores condicionantes e determinantes nas populações humanas**.** No domínio da Epidemiologia, os Indicadores de saúde são construções estatísticas que permitem

A) avaliar o estado de saúde das populações.

B) implantar ações destinadas a melhorar a saúde das populações.

C) planejar, administrar e desenvolver as ações de saúde.

D) propor medidas específicas de prevenção e erradicação de doenças.

48. As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada, e são responsáveis pelo alto índice de alocação de recursos públicos em hospitalizações no Brasil, de modo que o ônus econômico dessas doenças tem crescido exponencialmente nas últimas décadas. Os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares são classificados em modificáveis e não modificáveis.

São exemplos de fatores de risco modificáveis:

A) tabagismo, sedentarismo, obesidade, hipertensão, hereditariedade, diabetes e dislipidemias.

B) tabagismo, sedentarismo, etilismo, estresse, obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemias.

C) etilismo, obesidade, sedentarismo, idade, hipertensão, dislipidemias, sexo, tabagismo, sedentarismo.

D) sexo, tabagismo, sedentarismo, idade, obesidade, hipertensão, diabetes e dislipidemias.

49. Estudos epidemiológicos vêm demonstrando expressiva associação entre estilo de vida ativo, menor possibilidade de morte prematura e melhor qualidade de vida. Como requisito mínimo para a prática de atividade física em grandes populações, podemos colocar em prática a avaliação pré-participação através do questionário PAR-Q, que é composto por 5 perguntas.

É uma ferramenta diagnóstica simples para identificar se o individuo pode ou não realizar exercícios físicos. Há um critério mínimo que indica que o indivíduo deve ser impedido de praticar exercícios físicos e encaminhado a um cardiologista. A evidência surge quando o indivíduo responde

A) NÃO a apenas três perguntas.

B) SIM a todas as perguntas.

C) NÃO a todas as perguntas.

D) SIM a, pelo menos, uma das perguntas.

50. A inatividade física (sedentarismo) é o fator de risco mais prevalente na população, para doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, como hipertensão, Diabetes Mellitus, doenças cardíacas, câncer e obesidade, dentre outras. No contexto da saúde publica, o professor de educação física deve ser capaz de colher essas informações de forma credível e cientifica. Uma das formas de se avaliar essa característica na população por meio de questionário especificamente elaborado para esse fim.

O questionário que o professor de educação física deverá usar para avaliar o nível de atividade física da população é o

A) IPAQ.

B) PAR-Q.

C) CADE-Q.

D) MICRO-Q