

SERVIÇO SOCIAL

06/12/2015

PROVAS	QUESTÕES
CONHECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA	01 a 15
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS	16 a 50

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO AUTORIZADO

LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

1. Este caderno consta de 50 questões objetivas, cada questão apresenta quatro alternativas de resposta, das quais apenas uma é a correta. Preencha no cartão-resposta a letra correspondente à resposta assinalada na prova.
2. Quando for permitido abrir o caderno, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se houver algum defeito dessa natureza, peça ao aplicador de prova para entregar-lhe outro exemplar.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro, durante o seu preenchimento. Ao recebê-lo, verifique se seus dados estão impressos corretamente; se for constatado algum erro, notifique ao aplicador de prova.
4. No cartão-resposta, as respostas devem ser marcadas com caneta esferográfica de tinta na cor PRETA, preenchendo-se integralmente o alvéolo, rigorosamente dentro dos seus limites e sem rasuras.
5. Esta prova tem a duração de quatro horas, incluindo o tempo destinado à coleta de impressão digital, à leitura das instruções e à transcrição das respostas para o cartão-resposta.
6. Você só poderá retirar-se definitivamente da sala e do prédio após terem decorridas duas horas de prova, e somente será permitido levar o caderno de prova a partir das 16 horas e 30 minutos, desde que permaneça na sala até esse horário.
7. AO TERMINAR, DEVOLVA O CARTÃO-RESPOSTA AO APLICADOR DE PROVA.

OBSERVAÇÃO: Quando apenas três candidatos permanecerem na sala para terminar a prova, estes deverão aguardar até que o último a entregue e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual aporão suas respectivas assinaturas.

— QUESTÃO 01 —

Segundo Polignano, “A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los.” O autor, em *História das políticas de saúde no Brasil*, explica ainda que:

- (A) a conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) não tem sido, ao longo dos anos, resultante do poder de luta e de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros, uma vez que os movimentos sociais no Brasil sempre foram muito incipientes.
- (B) a dualidade entre medicina preventiva e curativa nem sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos.
- (C) a saúde sempre ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população; porém, sempre foi deixada na periferia do sistema no que se refere à destinação de recursos financeiros para o setor.
- (D) a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional.

— QUESTÃO 02 —

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País. Com relação à sua organização e ao seu funcionamento, a normatização do Ministério da Saúde define o seguinte:

- (A) a equipe mínima deve ser composta de um médico, um enfermeiro e, no máximo, 12 agentes comunitários de saúde.
- (B) a carga horária semanal será de quarenta horas para todos os profissionais da equipe, exceto para os médicos.
- (C) os parâmetros de cobertura populacional para unidade básica de saúde (UBS) não são preestabelecidos por se tratar de assunto a ser definido pelos próprios gestores que desejarem organizar esse serviço.
- (D) cada unidade básica de saúde da família, em grandes centros urbanos, deve obedecer ao parâmetro recomendado por uma UBS de, no máximo, vinte mil habitantes, localizada dentro do território.

— QUESTÃO 03 —

A 15ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu recentemente, em Brasília, sob o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Os municípios e estados se prepararam para ela realizando suas conferências de saúde municipais e estaduais. O que foi aprovado nesta conferência comporá a agenda dos próximos anos e definirá o campo de atuação do controle social na saúde, ajudando a promover mudanças e melhorando o Sistema Único de Saúde (SUS). No âmbito nacional, as conferências de saúde acontecem a cada

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

— QUESTÃO 04 —

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação que, de acordo com o Decreto n. 7508/2011, pactuarão, entre outros, aspectos administrativos e financeiros da gestão compartilhada, diretrizes acerca da organização de redes de atenção à saúde e sobre as Regiões de Saúde. As instâncias a que o enunciado se refere são:

- (A) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Fundo Nacional de Saúde (FNS).
- (B) Conselho Estadual de Saúde (CES) e Comissão Intergestores Regional (CIR).
- (C) Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- (D) Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

— QUESTÃO 05 —

A Lei Complementar n. 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Com base nessa lei, os percentuais mínimos, das receitas brutas correntes dos Municípios e Estados, destinados obrigatoriamente à saúde, são, respectivamente, de

- (A) 20% e 10%.
- (B) 15% e 12%.
- (C) 13% e 15%.
- (D) 17% e 13%.

— QUESTÃO 06 —

A Lei Complementar n. 141/2012 dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Estabelece ainda critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Para fins de apuração de valores estabelecidos na referida lei, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde:

- (A) merenda escolar e outros programas de alimentação, executados em unidades do SUS.
- (B) pagamentos de aposentadorias e pensões dos servidores da saúde.
- (C) limpeza urbana e remoção de resíduos realizadas para preservação do meio ambiente.
- (D) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

— QUESTÃO 07 —

Antes do término de seus mandatos, os secretários municipais de saúde precisam revisar sua gestão e verificar se estão devidamente registrados todos os atos administrativos desenvolvidos durante seu mandato. Algumas obrigações precisam ser cumpridas antes do encerramento de suas gestões. Para os efeitos de transição, o gestor da saúde e sua equipe deverão considerar que precisam ser disponibilizadas ao novo gestor todas as informações imprescindíveis, que servirão para uma prestação de contas de sua gestão e para subsidiar o novo secretário, orientando sua atuação na área da saúde. Dentre os documentos importantes para tal transição, destacam-se os instrumentos de gestão preconizados no PlanejaSUS (Sistema de Planejamento do SUS). São eles:

- (A) Relatório de Auditoria Municipal, Demonstrativo Financeiro e Relatório de Gestão.
- (B) Código Sanitário Municipal, Plano Plurianual e Plano Orçamentário Anual.
- (C) Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão.
- (D) Quadro de Metas Municipal, Plano Municipal de Saúde e Relatório Financeiro.

— QUESTÃO 08 —

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, bem como sua resolutividade. A portaria ministerial que criou os NASF determina que:

- (A) eles sejam constituídos por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada, servindo de porta de entrada para a população que necessita de atendimento especializado.
- (B) por não se constituírem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, os NASF não integram a rede básica de serviços.
- (C) por serem espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica, nem todas as atividades dos NASF podem ser desenvolvidas nas unidades básicas de saúde, pois muitas dessas atividades necessitam de locais e equipamentos especiais.
- (D) eles devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

— QUESTÃO 09 —

O uso do coeficiente de mortalidade infantil como medida do estado geral de saúde de uma comunidade é baseado no pressuposto de que ele é particularmente sensível a mudanças socioeconômicas e a intervenções na saúde. O conhecimento desse coeficiente é importante para planejadores em saúde e gestores. A redução dessa taxa é um dos objetivos descritos nas Metas de Desenvolvimento para o Milênio. Para o cálculo desse indicador utilizam-se:

- (A) o número de óbitos de crianças menores de 5 anos / o número de crianças nascidas no período analisado, multiplicado por mil.
- (B) o número de óbitos de crianças menores de 1 ano / o número de crianças nascidas no período analisado, multiplicado por mil.
- (C) o número de óbitos de crianças menores de 1 ano / o número de crianças nascidas vivas no período analisado, multiplicado por mil.
- (D) o número de óbitos de crianças menores de 5 anos / o número de crianças nascidas vivas no período analisado, multiplicado por mil.

— QUESTÃO 10 —

Os acidentes e as violências configuram-se como um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas acidentais (devidas ao trânsito, ao trabalho, as quedas, aos envenenamentos, afogamentos e a outros tipos de acidentes) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). No Brasil (2008), as causas externas foram a terceira causa de mortalidade na população. Em resposta a essa realidade, algumas iniciativas foram desenvolvidas na tentativa de reduzir a morbimortalidade. Dentre elas, encontram-se:

- (A) a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente e a criação do Comitê de Mortalidade Materna no Ministério da Saúde.
- (B) o Código de Trânsito Brasileiro e a Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade no Sistema Único da Saúde.
- (C) o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes e a criação do Comitê de Mortalidade Materna no Ministério da Saúde.
- (D) o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil e o Código de Trânsito Brasileiro.

— QUESTÃO 11 —

Os níveis de prevenção, segundo Leavell e Clark (1976), se configuram em primário, secundário e terciário. Posteriormente, outros autores agregaram a esses níveis de prevenção o primordial. Esses níveis correspondem a procedimentos e intervenções que podem ser inseridos nas diferentes fases do desenvolvimento de uma doença. Ações de prevenção primordial podem ser desenvolvidas a partir

- (A) de medidas que inibam os riscos ambientais, econômicos, sociais e comportamentais.
- (B) da redução da prevalência através de recursos que encurtem a duração da doença.
- (C) da proteção da saúde por esforços pessoais e comunitários, tais como a imunização.
- (D) de medidas que amenizem o impacto das doenças existentes nos indivíduos.

— QUESTÃO 12 —

A Promoção da Saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e inter-setorial. Objetiva à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Constituem-se eixos operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2015:

- (A) a territorialização, a cultura da paz e os determinantes sociais de saúde.
- (B) a participação, o controle social, a educação e a formação.
- (C) os determinantes sociais e de saúde e a vigilância em saúde.
- (D) a gestão em saúde e o enfrentamento das violências.

— QUESTÃO 13 —

Em um município brasileiro, realizou-se um estudo sobre a condição de saúde bucal dos idosos moradores das instituições de longa permanência da localidade. Os examinadores utilizaram um formulário da Organização Mundial de Saúde para a coleta dos dados e fizeram uma única visita aos moradores do lugar. Esse tipo de estudo epidemiológico se configura como um estudo do tipo:

- (A) caso controle.
- (B) coorte.
- (C) transversal.
- (D) ecológico.

— QUESTÃO 14 —

A complexidade da clínica em saúde, em alguns momentos, produz nos profissionais o reconhecimento da sua incapacidade na resolução dos problemas do usuário, dentro do seu conhecimento específico. Na Política Nacional de Humanização (PNH) são apresentados os recursos da Clínica Ampliada e do Projeto Terapêutico Singular (PTS), os quais possibilitam a construção compartilhada de diagnósticos e de terapêuticas. O PTS tem como momentos constituintes a

- (A) definição de hipóteses diagnósticas, a definição de metas de curto, médio e longo prazo, a divisão de tarefas e responsabilização e a reavaliação da progressão do PTS.
- (B) compreensão holística do processo saúde-doença, a ampliação do objeto de trabalho, a transformação dos instrumentos de trabalho e o suporte para os profissionais de saúde.
- (C) definição de hipóteses diagnósticas, a definição da equipe de referência e apoio matricial, a inclusão da escuta qualificada no processo de trabalho e a gestão participativa.
- (D) abordagem multidisciplinar, o rearranjo da organização e gestão dos serviços, o uso da avaliação de riscos no acolhimento da demanda e a busca de resultados eficientes.

— QUESTÃO 15 —

O genograma ou a árvore familiar é um instrumento no qual é possível, por meio da representação gráfica espacial de todos os seus membros, elaborar a imagem familiar. A ESF Estrela Azul confeccionou um genograma da família R. V. com as seguintes informações: caso índice feminino, viúva, sessenta e cinco anos, hipertensa e diabética. Reside com dois filhos, desempregados e alcoólatras, sendo que tem uma relação conflituosa com a sogra. Seus pais já são falecidos em decorrência de um acidente de trânsito. A causa de morte do esposo foi a doença etílica e suas consequências. Na história familiar do marido há vários casos de parentes com a mesma condição de saúde. Com base no histórico relatado, como deve ser a representação gráfica dessa família?

- (A) Os filhos são representados por quadrados abaixo da mãe e uma linha contínua envolve a família que reside junta.
- (B) O caso índice será representado por um quadrado e uma linha pontilhada envolvendo os filhos.
- (C) O caso índice será representado por um círculo com uma cruz e, no seu interior, serão descritas a idade e o sexo.
- (D) Os progenitores são representados com um triângulo e o símbolo dos filhos aparece ao lado da mãe.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 16 —

Para Guerra (2007), um projeto profissional constitui uma guia para a ação, estabelecendo finalidades ou resultados ideais para o exercício profissional e as formas de concretizá-los. Entretanto, para uma profissão social se orientar por um projeto crítico, significa, em princípio,

- (A) uma possibilidade (o que não quer dizer efetividade) de os profissionais tomarem consciência dos fundamentos (objetivos e subjetivos) sobre os quais a prática profissional se desenvolve.
- (B) a necessidade de se estabelecer ações comuns e coerentes com as determinações apresentadas pela própria profissão, em consonância com a matriz teórica assumida em sua gênese.
- (C) a obrigatoriedade de os profissionais seguirem os elementos constitutivos e os componentes estabelecidos nesses projetos como forma de afirmação da profissão.
- (D) a prescrição dos profissionais acompanharem e direcionarem suas ações nesses projetos de caráter progressista e revolucionário em que a profissão se insere.

— QUESTÃO 17 —

Iamamoto (2009), ao discutir o Serviço Social na cena contemporânea, sinaliza alguns desafios profissionais e acadêmicos que se apresentam na atualidade, dentre os quais destacam-se:

- (A) a exigência de rigorosa formação teórico-metodológica; a defesa intransigente dos direitos dos usuários dos serviços; o sólido conhecimento da matriz teórica positivista; o cultivo de uma atitude coerente com a perspectiva teórica assumida; a articulação entre a teoria e a prática.
- (B) a construção de uma unidade teórica que atenda tanto as exigências institucionais como as demandas dos usuários; o sólido conhecimento da trajetória sócio-histórica do Serviço Social; a consolidação do projeto de intervenção profissional sinalizado pela instituição empregadora.
- (C) a articulação entre as dimensões constitutivas da profissão; o rigoroso acompanhamento da qualidade acadêmica da formação universitária; a preocupação com os usuários que se encontram em situações de vulnerabilidade; a compreensão da ajuda com vistas à superação da pobreza.
- (D) a exigência de rigorosa formação teórico-metodológica; o rigoroso acompanhamento da qualidade acadêmica da formação universitária; a articulação com entidades, forças políticas e movimentos dos trabalhadores; a afirmação do horizonte social e ético-político do projeto profissional; o cultivo de uma atitude crítica.

— QUESTÃO 18 —

Na década de 1980, havia no Brasil a disputa de dois projetos societários denominados “democracia de massas” e “democracia restrita”, com reflexos diretos na política de saúde. No que se refere à saúde, o segundo projeto defendia a

- (A) restrição dos atendimentos aos trabalhadores formais (registrados).
- (B) responsabilização maior dos estados e municípios.
- (C) mercantilização e a ampliação do assistencialismo.
- (D) articulação entre a rede privada e a rede pública.

— QUESTÃO 19 —

Segundo os “Parâmetros para a atuação do assistente social na saúde” (2009), as ações profissionais predominantes no atendimento direto ao usuário são as seguintes:

- (A) ações individuais, ações socioassistenciais e ações educativas grupais.
- (B) ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas.
- (C) ações motivacionais, ações socioculturais e ações de articulação interdisciplinar.
- (D) ações socioassistenciais, ações políticas e ações operativas de cunho interdisciplinar.

— QUESTÃO 20 —

Para Yazbek (2009), o contexto atual interpela a profissão sob vários aspectos. Do ponto de vista dos referentes teórico-metodológicos, permanecem como tensões e ambiguidades o seguinte aspecto:

- (A) apesar da ruptura com o conservadorismo, há uma tendência clara e objetiva que se constitui a partir dos primeiros objetivos políticos e sociais, orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador, contrários aos ideários liberal e marxista.
- (B) apontam para o conservadorismo católico, que caracterizou os anos iniciais do Serviço Social brasileiro, especialmente a partir dos anos 1940, a ser tecnificado ao entrar em contato com o Serviço Social norte-americano e suas propostas de trabalho de caso-grupo-comunidade.
- (C) apesar da ruptura com o histórico conservadorismo e da legitimidade alcançada pelo pensamento marxista, ampliam-se as interferências de outras correntes, particularmente no âmbito da influência do pensamento pós-moderno e neoconservador.
- (D) assinalam a reafirmação das bases teóricas e metodológicas, centrada na tradição da matriz positivista e em sua apreensão manipuladora, instrumental e imediata do ser social, restringindo a visão de teoria ao âmbito do verificável, da experimentação e da fragmentação.

— QUESTÃO 21 —

Guerra (2007), ao discutir as estratégias de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional do assistente social, concebe a instituição como

- (A) *complexo singular*, ratificando a perspectiva dialética adotada pelo projeto ético-político de que se deve partir do singular para explicar a totalidade social e suas contradições.
- (B) *totalidade*, evidenciando para o profissional que ações grupais devem ser consideradas no planejamento estratégico para que a totalidade seja plenamente atingida.
- (C) *campo de mediações*, resultando daí a possibilidade de o assistente social perceber que as situações singulares só se explicam a partir das determinações da sociedade burguesa.
- (D) *campo de contradições*, derivando daí a compreensão das contradições vivenciadas no cotidiano e, conseqüentemente, a superação dessas contradições no âmbito da sociedade burguesa.

— QUESTÃO 22 —

O projeto ético-político do Serviço Social encontra-se num momento crucial de sua trajetória, que é expressão também da própria trajetória da profissão. Nesse sentido, para Teixeira e Braz (2009),

- (A) a efetivação do projeto ético-político do Serviço Social se altera conforme o contexto sócio-histórico profissional, tanto em consideração aos seus determinantes políticos, sociais, culturais e econômicos quanto aos direcionamentos apresentados nas instituições empregadoras.
- (B) a reafirmação do projeto ético-político do Serviço Social depende, não exclusivamente, tanto das respostas políticas que as vanguardas profissionais darão aos desafios atuais quanto das ações dos profissionais nas diversas áreas de atuação.
- (C) o projeto ético-político do Serviço Social tem potencialidades que o diferenciam das demais profissões; contudo, não conseguiu superar a perspectiva conservadora dos assistentes sociais em seus diferentes espaços sócio-ocupacionais.
- (D) o projeto ético-político do Serviço Social expressa visões diferenciadas e ecléticas da profissão em que foram construídas, a partir das ações dos assistentes sociais em suas diversas áreas de atuação.

— QUESTÃO 23 —

Apesar dos avanços apontados por Bravo (2006), o Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional, ocasionada, principalmente,

- (A) pela fidelidade ao projeto privatista de saúde.
- (B) pelo não cumprimento dos preceitos do Código de Ética Profissional.
- (C) pela vinculação ao Serviço Social de cunho tradicional.
- (D) pela desarticulação com o Movimento de Reforma Sanitária.

— QUESTÃO 24 —

Atualmente, as políticas do Estado não só excluem a maioria da população, mas rompem com os direitos conquistados constitucionalmente, dificultando a universalização e, principalmente, o controle social. Nesse sentido, depara-se com entraves e complicadores entre o trabalho profissional e as necessidades da população, mas não impeditivos. Dentre eles, destacam-se:

- (A) focalização e fragmentação das políticas sociais, bem como sucateamento, privatização e precarização dos serviços públicos.
- (B) focalização das políticas sociais e das políticas de ajuste fiscal, e, contraditoriamente, ganhos nos direitos constitucionais.
- (C) focalização e centralização das políticas sociais que estabelece como prioridade no SUS o atendimento aos idosos.
- (D) focalização e pulverização das políticas sociais, estabelecendo como prioridade de atendimento a população mais vulnerável.

— QUESTÃO 25 —

O controle social, ao ser analisado numa perspectiva gramsciana, é considerado um espaço contraditório, cujo exercício enfrenta limites. Dentre esses limites, destaca-se

- (A) a falta de recursos financeiros para a realização de suas atribuições primordiais.
- (B) a fragilidade no nível de organização dos movimentos populares e sindicais.
- (C) o excessivo controle das associações classistas que determinam suas ações.
- (D) a disparidade entre a representação da sociedade civil e do Estado.

— QUESTÃO 26 —

As ações na área da saúde vêm sendo implantadas numa conjuntura extremamente desfavorável à efetivação de alguns princípios garantidos pelo SUS. Um exemplo dessas contradições pode ser observado entre a garantia da saúde como dever de Estado e a implantação das organizações sociais de direito privado, o que denota uma tensão permanente entre dois projetos em disputas, que são os seguintes:

- (A) o projeto de efetivação do SUS e o projeto reformista.
- (B) o projeto ético-político do Serviço Social e o projeto conservador.
- (C) o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista.
- (D) o projeto de reforma sanitária e o projeto ético-político do Serviço Social.

— QUESTÃO 27 —

O controle social constitui importante campo de atuação do assistente social. De acordo com Correa (2012), representa um desafio para o profissional que atua junto ao controle social:

- (A) contribuir para a preservação da autonomia, evitando a influência de conselhos de outras políticas.
- (B) entender de sua área de atuação local articulada às determinações macroestruturais.
- (C) compreender seu papel enquanto representante das classes subalternas nos conselhos.
- (D) manter a neutralidade nas situações que exigem mediação na correlação de forças existentes.

— QUESTÃO 28 —

A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, sobretudo no que se refere à proteção social e ao atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora (CFESS, 2009). Na particularidade da política de saúde, destacam-se:

- (A) a descentralização político-administrativa; a integralidade das ações; a seletividade das ações aos mais vulneráveis economicamente e a participação popular.
- (B) a universalização; a concepção de direito social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada, com ênfase à participação social.
- (C) a concepção ampliada de saúde; o projeto privatista; o projeto de reforma sanitária; a redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas e a equidade.
- (D) a prestação de serviços de saúde a quem dele precisar; o efetivo financiamento do Estado; a ênfase aos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS.

— QUESTÃO 29 —

Duriguetto (2012), ao abordar a relação entre conselhos de direitos à noção de cidadania e de democracia, assevera que esses conselhos

- (A) têm se associado a partidos políticos, perdendo com isso sua legitimidade junto à população a qual representa.
- (B) foram fortemente combatidos no período da ditadura militar por representarem espaços de participação popular.
- (C) constituem espaços democráticos de direito, sendo legitimados pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.
- (D) vêm sendo associados às ideias de expansão da democracia e da cidadania e como meio de enfrentamento da desigualdade social.

— QUESTÃO 30 —

A residência multiprofissional em saúde traz muitas inovações em relação às experiências anteriores de residência em saúde (Silva; Ramos, 2013). Dentre elas, destacam-se:

- (A) o recorte interdisciplinar e a influência dos movimentos sociais na construção inicial da política, bem como a valorização e o compromisso com o ensino em serviço.
- (B) a perspectiva interdisciplinar e o atendimento à população usuária do SUS, bem como o estabelecimento de normas e regras anteriormente desprezadas.
- (C) a construção de normas e rotinas para o SUS, as quais possibilitaram minimizar os problemas apresentados pela política de saúde, e o estabelecimento do ensino em serviço.
- (D) o estabelecimento de ações de caráter coletivo e o fortalecimento do controle social em saúde, bem como as ações de educação permanente em saúde.

— QUESTÃO 31 —

Um dos espaços ocupacionais do assistente social são os conselhos de direito. Estão entre as ações do assistente social a

- (A) participação em instâncias governamentais, representando o conselho, para a defesa dos interesses dos usuários.
- (B) capacitação de conselheiros para o exercício de suas funções, contribuindo para o reforço da dimensão política dos conselhos.
- (C) candidatura à conselheiro representando os usuários, visando qualificar o atendimento e assegurar seus direitos.
- (D) avaliação dos planos, programas e projetos do conselho, objetivando analisar sua viabilidade financeira.

— QUESTÃO 32 —

Segundo Mendes (2013), a implantação da residência multiprofissional em saúde trouxe novas possibilidades e imensos desafios aos profissionais que atuam no cotidiano de execução da política de saúde. No que tange à sobrecarga de trabalho, esta é caracterizada pela

- (A) ausência de uma política de educação permanente em saúde em consonância com o SUS.
- (B) nova requisição e demandas aos profissionais da saúde, entre as quais a preceptoria, a tutoria, a coordenação de área, a coordenação geral e a docência das disciplinas.
- (C) conjuntura sinalizada em que evidencia a emergência de dois projetos de saúde em disputa, decorrendo em problemas de acesso aos serviços de saúde.
- (D) emergência de acordos individuais e coletivos que se contrapõem aos pressupostos dos direitos à saúde.

— QUESTÃO 33 —

Martinelli (2011), ao discutir o alcance do olhar do profissional eticamente comprometido, defende que sua atuação deve transcender “os muros do hospital”, recorrendo aos núcleos de apoio na família e na comunidade, posto que é

- (A) na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação.
- (B) na comunidade que soluções para os problemas enfrentados dentro das unidades de saúde poderão ser alcançadas.
- (C) imprescindível a ida do profissional às comunidades em que vivem os usuários a fim de se conhecer sua realidade *in loco*.
- (D) na articulação entre comunidade e unidade de saúde que se apresentam as possibilidades de superação das contradições vividas por essa política.

— QUESTÃO 34 —

A residência multiprofissional é instituída e regulamentada no bojo das inovações trazidas pelo SUS, no ano de 2005, enquanto a pós-graduação *latu senso* abrange diversas profissões da saúde (Silva; Ramos, 2013). Nesse sentido, a residência multiprofissional em saúde precisa ser compreendida como

- (A) uma oportunidade de trabalho aos recém-formados das diferentes profissões da saúde na perspectiva de educação permanente.
- (B) um espaço de formação de educação em saúde que atenda aos pacientes do SUS, posto que os trabalhadores não conseguem suprir as demandas apresentadas à saúde.
- (C) uma oportunidade de trabalho que favorece o contato com as diferentes áreas do conhecimento, possibilitando vivenciar a tensão entre os projetos em disputa que se apresentam no cotidiano dos serviços de saúde.
- (D) um cenário que possibilita a reflexão crítica das práticas em saúde, visando à superação dos modelos estritamente médico-assistenciais.

— QUESTÃO 35 —

As condições que circunscrevem o trabalho do assistente social, analisado a partir da teoria social crítica, expressam a dinâmica das relações sociais vigentes na sociedade. Essa perspectiva permite à categoria profissional

- (A) elencar suas prioridades de ação, atendendo aos diferentes interesses de classe sociais.
- (B) conceber a execução das políticas sociais como uma forma de se promover a transformação da sociedade.
- (C) estabelecer estratégias político-profissionais no sentido de reforçar interesses das classes subalternas.
- (D) elaborar ações baseadas no planejamento estratégico, as quais possibilitarão a inclusão de algumas demandas da classe trabalhadora.

— QUESTÃO 36 —

Sodré (2010) tece críticas à lógica dos atendimentos hospitalares, que trazem consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao concebido dentro da grande fábrica. Tais críticas decorrem

- (A) das rotinas moldadas e padronizadas, em que a proposta institucional hospitalar passa a ser seriada e dividida por especialidades, contabilizadas por uma série de atendimentos sequenciais.
- (B) das atividades desenvolvidas pelos profissionais e das rotinas mantidas pelas instituições; entretanto, na realidade hospitalar, é a única possível e necessária ao bom funcionamento do hospital.
- (C) das formas de prestação de serviços aos funcionários frente aos benefícios repassados e da terceirização dos serviços essenciais ao atendimento da saúde.
- (D) das rotinas dispensadas à população usuária de forma seriada e linear e das ações prestadas pelos profissionais de saúde, respeitando direitos e princípios garantidos pelo SUS.

— QUESTÃO 37 —

O projeto ético-político do Serviço Social, que se configurou em sua estrutura básica, no trânsito das décadas de 1980 e 1990, vincula-se

- (A) a um partido político, que resguarde os interesses das classes subalternas e assegure a garantia de direitos sociais.
- (B) a um projeto societário, que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero.
- (C) a um projeto neoliberal, que defende o enxugamento do Estado e a ampliação dos direitos sociais.
- (D) a um segmento profissional, que extrapole os interesses imediatistas individuais e interceda em favor das classes subalternas.

— QUESTÃO 38 —

Segundo Martinelli (2011), na área da saúde, as várias dimensões da ética são imprescindíveis no âmbito da terapêutica dos cuidados, posto que preserva o respeito ético pela vida humana. Ao trabalhar nessa perspectiva do cuidado ético, da humanização da prática, faz-se

- (A) um uso consciente dos conhecimentos, sentimentos, valores, na busca da qualidade do atendimento de nossos atos profissionais.
- (B) uma atribuição privativa do assistente social, garantida em seu artigo 5º, em consonância com a lei de regulamentação profissional, com vistas à qualidade do atendimento.
- (C) um uso de medidas de intervenção qualificadas e apropriadas a partir dos protocolos de saúde, determinados pelas definições descritas no Ministério da Saúde.
- (D) uma atribuição e competência que reconhece o sujeito como passível de direitos e deveres restrito ao âmbito da instituição em que ele se insere.

— QUESTÃO 39 —

A década de 1990 foi marcada por campanhas dos meios políticos e intelectuais, com o apoio da mídia, a favor de reformas do Estado. Esse processo teve repercussão direta na Seguridade Social de forma geral e no Sistema Único de Saúde, em particular, devido à

- (A) adequação aos preceitos inseridos na Constituição Federal de 1988.
- (B) participação dos movimentos sociais em defesa da saúde pública.
- (C) estruturação do Estado de bem-estar social com ampliação dos direitos sociais.
- (D) defesa das privatizações e da maior interferência por parte do mercado.

— QUESTÃO 40 —

Segundo o CFESS (2010), ao compreender o SUS como uma estratégia, o projeto de reforma sanitária tem como base o Estado Democrático de Direito, tendo como principal proposta a

- (A) interdisciplinaridade nas ações como premissa da atuação profissional.
- (B) garantia intransigente dos direitos dos usuários dos serviços de saúde.
- (C) defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais.
- (D) universalidade e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas.

— QUESTÃO 41 —

Ao discutir a relação entre trabalho, serviço social e questão social, Iamamoto (2009) afirma que:

- (A) a questão social, quando trabalhada por assistentes sociais comprometidos, pode ser superada no âmbito do sistema capitalista de produção, possibilitando às classes subalternas o atendimento de suas demandas.
- (B) os assistentes sociais trabalham de forma corporativa, pois objetivam amenizar as demandas postas pela questão social em razão da pouca efetividade das políticas públicas.
- (C) o trabalho exercido por assistentes sociais é realizado de maneira autônoma em relação aos interesses de diferentes classes sociais, pois visa à superação das expressões da questão social.
- (D) os assistentes sociais trabalham na tensão entre a produção da desigualdade, da rebeldia e do conformismo, situados num terreno movido por interesses sociais distintos.

— QUESTÃO 42 —

Na saúde, os avanços conquistados pela profissão no exercício profissional são considerados insuficientes, pois o Serviço Social chega à década de 1990 desarticulado do Movimento de Reforma Sanitária. Entretanto, a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de reforma sanitária, uma vez que este tem relação direta com o projeto ético-político do Serviço Social (CFESS, 2010). De acordo com o exposto, cabe ao assistente social:

- (A) assumir uma postura de neutralidade política – tão valorizada pelo cientificismo e pela tecnocracia moderna – em que se apropria da relação técnica e da relação política como excludentes, possibilitando o não envolvimento do profissional nas ações cotidianas.
- (B) contribuir com as demandas apresentadas pela classe trabalhadora na defesa dos direitos do SUS, bem como a serviço de um poder dominante, veiculando e reproduzindo a política e proposta deste poder instituído, definindo, assim, uma opção e um compromisso eminentemente político-ideológico.
- (C) identificar a realidade em que os usuários estão inseridos, bem como as prioridades das ações estabelecidas pelo empregador para melhor adequar às necessidades das demandas as ações já estabelecidas e determinadas socialmente.
- (D) formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde com vistas à efetivação do direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político tem de, necessariamente, estar articulado com o projeto de reforma sanitária.

— QUESTÃO 43 —

O capital financeiro, ao subordinar toda a sociedade, aprofunda desigualdades de toda a natureza que se expressam por meio das múltiplas manifestações da questão social. Sob a ótica do capital, o atendimento dessas demandas deve se dar por meio

- (A) dos partidos políticos.
- (B) das políticas públicas.
- (C) de ações filantrópicas.
- (D) de organismos internacionais.

— QUESTÃO 44 —

De acordo com CFESS (2010), para explicitar os parâmetros de atuação profissional na área da saúde, é importante caracterizar o entendimento da ação profissional que

- (A) se converge na defesa dos direitos dos usuários a partir da mediação entre a classe trabalhadora e o empregador, com vistas à superação das desigualdades sociais e do ciclo de pobreza que comumente objetiva o indivíduo.
- (B) se estrutura sustentada no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais é destinada, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas.
- (C) se institucionaliza a partir da priorização em demasia à promoção individual dos usuários, posto que deve-se levar em consideração suas angústias, dores, sofrimentos, bem como a realidade apresentada nos diferentes espaços sócio-ocupacionais.
- (D) se constitui a partir da prática assistencial em saúde, em que individualiza e instrumentaliza os usuários nas demandas apresentadas, conscientizando-os na capacitação para o trabalho e para o desenvolvimento de atitudes integradoras e ajustadoras.

— QUESTÃO 45 —

Os elementos constitutivos do projeto ético-político do Serviço Social têm em sua base os componentes que lhes dão materialidade. Esses componentes são os seguintes:

- (A) as contradições postas pela sociedade capitalista; a dimensão jurídico-política da profissão; as classes trabalhadoras.
- (B) as organizações da classe trabalhadora; a realidade social; a produção acadêmica de conhecimento.
- (C) a questão social, objeto de intervenção da profissão; as instâncias organizadas da categoria profissional; a fundamentação teórico-metodológica.
- (D) a produção de conhecimentos no interior do Serviço Social; as instâncias político-organizativas da profissão; a dimensão jurídico-política da profissão.

— QUESTÃO 46 —

Lima (2012) ressalta que a integralidade – enquanto valor construído nas lutas por democratização da saúde – tem ressonância em outras políticas, possibilitando a busca pelo trabalho interdisciplinar e intersetorial. Para tanto, torna-se imprescindível ao profissional da saúde a existência de espaços de ensino-aprendizagem, em que o cotidiano e a reflexão estejam em contínuo diálogo. No caso do Serviço Social, a integralidade deve

- (A) estar presente em todo o processo formativo, visto que, diante do cotidiano da saúde, faz-se imperativo e necessário como única política a recorrer.
- (B) assumir centralidade no compromisso ético-político na perspectiva da democratização da saúde, em detrimento das competências teórico-metodológica e técnico-operativa, priorizando o atendimento individual e assistencial.
- (C) comparecer na formação como um valor inquietante do caminho do pensamento e das respostas profissionais na saúde, dada a voracidade com que se generaliza a lógica do mercado sobre um bem público: a saúde.
- (D) ser situada no contexto mais amplo de desenvolvimento de nosso país, contribuindo para a superação da dependência da assistência em saúde.

— QUESTÃO 47 —

Segundo Barroco (2009), a ética na sociabilidade burguesa frente ao seu princípio liberal está fundamentada

- (A) na lógica de que a liberdade de cada indivíduo é o limite para a liberdade do outro, em face das condições objetivas favorecedoras da reprodução do modo de vida mercantil, valorizador da posse material, individualista e subjetiva de objetos de consumo.
- (B) na ação moral, com normatização de deveres e valores, através das bases filosóficas e teóricas que fundamentam uma ação ético-política em defesa e respeito dos indivíduos no processo de sociabilidade humana.
- (C) na consciência moral, ou moralidade objetivada das exigências do ato moral, pertencente à sociabilidade humana primária, pressupondo decisões e valores que legitimam a relação entre o indivíduo e a sociedade.
- (D) na materialidade e organicidade dos sujeitos profissionais; é o pertencimento a um projeto profissional que possa responder aos seus ideais, projeções profissionais e societárias, enquanto cidadãos e categorias organizadas.

— QUESTÃO 48 —

Diante do processo de implementação do SUS, Costa (2000) observou a persistência de situações que historicamente fazem parte das dificuldades do sistema e, ao mesmo tempo, a emergência de novas problemáticas. Nesse contexto, emerge um conjunto de requisições expressivas da tensão entre as ações tradicionais e as proposições do SUS e que também rebatem na atuação do serviço social. Tais requisições estão assim agrupadas:

- (A) as derivadas do histórico déficit da oferta dos serviços (com ênfase às ações curativas); as que dizem respeito à gestão do sistema; as que respondem pelas necessidades de adaptação dos usuários e profissionais à estrutura do SUS.
- (B) as tensões do processo de educação permanente em saúde de caráter preventivo; as que perfazem o modelo de saúde pautado no sanitarismo campanhista; as tangenciadas pelas demandas do próprio sistema de saúde no Brasil.
- (C) as tensões pautadas nos atendimentos médico-assistencial em saúde; as derivadas do histórico déficit da oferta dos serviços (com ênfase nas ações curativas); as requisições advindas do processo sócio-histórico do atendimento com vistas à promoção individual.
- (D) as derivadas da promoção em saúde; as construídas pelo movimento de reforma sanitária; as novas estratégias de reorganização dos serviços frente à histórica questão da demanda reprimida e da própria natureza das políticas de saúde no Brasil.

— QUESTÃO 49 —

Quais os instrumentos de trabalho necessários, evidenciados por Vasconcelos (2002), aos profissionais que têm como objetivo dar respostas às demandas apresentadas pela maioria da população como sujeitos de direitos?

- (A) A clareza e a coerência da prática social no Serviço Social enquanto ação desenvolvida pelo coletivo de cidadãos e condição natural de expressão, relação e sobrevivência no mundo.
- (B) A clareza e a segurança da perspectiva teórica e ética, e da preparação política, objetivando compreender, desocultar e se definir perante a complexidade da realidade.
- (C) A compreensão e a aplicação dos instrumentais técnico-operativos exigidos pelos espaços sócio-ocupacionais como pressupostos fundamentais ao desenvolvimento do trabalho profissional.
- (D) A compreensão e a adaptação das dimensões constitutivas do Serviço Social e do aporte legal que sustenta a atuação, visando responder às exigências institucionais.

— QUESTÃO 50 —

Ao discutir a atuação dos assistentes sociais inseridos na área da saúde, Costa (2000) percebeu que as ações profissionais estavam concentradas em eixos de inserção do trabalho, que relacionavam-se com atividades advindas das demandas apresentadas no cotidiano. O conjunto dessas atividades era operacionalizado por núcleo de objetivação, expressos por:

- (A) levantamento de dados para o conhecimento da realidade; grupos de encontro; grupos de convivência social; grupos de crescimento; movimentos de cultura popular e convivência comunitária.
- (B) interpretação de normas e rotinas; procedimentos de natureza educativa; agenciamento de medidas e iniciativas de caráter individual; prática assistencial em saúde; prática voltada ao desenvolvimento de convivência; socialização de informações.
- (C) veiculação de informação; prática voltada ao desenvolvimento de convivência; educação popular; educação permanente em saúde; prática assistencial em saúde.
- (D) levantamento de dados para o conhecimento da realidade; interpretação de normas e rotinas; procedimentos de natureza educativa; agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial; desenvolvimento de atividades de apoio pedagógico e técnico-político.