

SERVIÇO SOCIAL

13/11/2016

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

SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO FOR 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 —

Em 1904, no centro da cidade do Rio de Janeiro, houve manifestações populares em resistência à proposta do sanitarista Oswaldo Cruz. Historicamente tal ocorrência ficou conhecida como “revolta da vacina” e expressou

- (A) repúdio ao governo federal pelo uso da força e da autoridade como instrumentos preferenciais de ação no combate à epidemia de varíola.
- (B) rejeição à celebração de convênio com a Fundação Rockefeller para intensificar as atividades de combate ao mal amarílico.
- (C) contestação à obrigatoriedade da desinfecção terminal dos casos de morte por doenças contagiosas, a critério da autoridade sanitária.
- (D) repúdio à exclusão dos operários ao acesso às ações em saúde, carregando o estigma social de portadores de moléstias infecto-contagiosas.

— QUESTÃO 02 —

Sob a égide da ditadura militar (1964-1985), o modelo de saúde adotado não promoveu a melhoria da qualidade de vida da população, nem respondeu aos principais problemas de saúde coletiva, como endemias, epidemias e indicadores de saúde, por priorizar ações consideradas

- (A) focalizadas.
- (B) curativas.
- (C) campanhistas.
- (D) emergenciais.

— QUESTÃO 03 —

No processo de redemocratização da sociedade brasileira, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) como expressão da luta dos trabalhadores organizados, com destaque para o Movimento de Reforma Sanitária, que teve como marco histórico a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e, posteriormente, a Constituição de 1988. A criação do SUS

- (A) extingue a participação em caráter suplementar da iniciativa privada, das organizações beneficentes, filantrópicas e sem fins lucrativos na área da saúde.
- (B) garante subsídios estatais para campanhas sanitárias, programas especiais (materno-infantil, tuberculose, endemias rurais, hanseníase e psiquiatria) para os indigentes, pobres e trabalhadores de baixa renda.
- (C) preserva o modelo médico privatista/curativo que se torna hegemônico, propiciando a capitalização da medicina e do produtor privado de serviços de saúde.
- (D) rompe com o caráter excludente do atendimento que colocava à margem a população sem carteira assinada e contribuição previdenciária.

— QUESTÃO 04 —

As ações e os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) devem desenvolver suas ações de acordo com as diretrizes previstas na Constituição Federal e nos princípios dos SUS. Ao organizar suas atividades obedecendo a um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, está-se desenvolvendo o princípio da

- (A) integralidade.
- (B) universalidade.
- (C) autonomia.
- (D) equidade.

— QUESTÃO 05 —

No vocabulário do SUS, o princípio da equidade está relacionada com a ideia de

- (A) articulação social.
- (B) organização social.
- (C) justiça social.
- (D) participação social.

— QUESTÃO 06 —

O controle social, no âmbito do SUS, efetiva-se mediante a participação da comunidade, ou seja, é um eixo privilegiado, por onde a sociedade civil organizada participa na formulação, decisão e no acompanhamento da política de saúde. O exercício do controle social no SUS foi regulamentado pela Lei n. 8.142/1990, que define, como instâncias colegiadas, o Conselho de Saúde e

- (A) o Fórum de Saúde.
- (B) a Assembleia de Saúde.
- (C) a Comissão de Saúde.
- (D) a Conferência de Saúde.

— QUESTÃO 07 —

A violência é um fenômeno complexo e atual que afeta toda a sociedade, em suas diversas manifestações, por vezes negligenciada no atendimento à saúde. A Lei n. 10.741/2003, em seu art. 19, citada em BRASIL, MS (2009), prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória ao Conselho Municipal ou Estadual dos Direitos do Idoso, à Delegacias de Polícia e

- (A) ao Conselho Municipal de Saúde.
- (B) ao Poder Judiciário.
- (C) ao Ministério Público.
- (D) à Comissão Municipal de Direitos Humanos.

— QUESTÃO 08 —

Entre outras medidas, a Portaria n. 2488/2011 reafirma a importância do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe como uma das estratégias para superar a fragmentação das ações e dos serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. Essa forma de trabalho envolve a interação de diferentes categorias, com diversidade de conhecimentos e habilidades, de modo que:

- (A) o aporte das Ciências Sociais e de uma análise subjetiva traga um ressignificado para a relação da equipe de saúde com os usuários, na execução de práticas profissionais.
- (B) o cuidado do usuário seja o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.
- (C) o processo de trabalho seja centrado em procedimentos, profissionais, harmonia, sem promover a supremacia de alguns saberes sobre outros.
- (D) o fortalecimento das práticas profissionais estabelecidas pelo modelo de matriz disciplinar e pedagógica flexneriano seja buscado.

— QUESTÃO 09 —

O Decreto federal n. 7508/2011 regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde—SUS— o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Para o planejamento eficaz, considera-se que

- (A) esse trabalho deve ser realizado, em âmbito estadual, de maneira centralizada, com base nas necessidades dos indicadores epidemiológicos e levando em conta o estabelecimento de metas de saúde.
- (B) os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.
- (C) as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional são da competência da Comissão Intergestores Tripartite.
- (D) os entes públicos federal, estadual, municipal e a iniciativa privada, devem apresentar propostas compatíveis com a atuação do SUS.

— QUESTÃO 10 —

Conforme Matos & Godoy (2013), no Brasil, a mortalidade entre a população jovem, nos grandes e médios centros urbanos, sobretudo, na faixa etária entre 15 e 29 anos, atinge alto índice. Sendo mediada por aspecto individual e social, seu enfrentamento constitui um grande desafio para as autoridades sanitárias. Entre suas causas, as mortes estão associadas

- (A) a eventos neoplásicos.
- (B) à inatividade física.
- (C) à obesidade mórbida.
- (D) à violência urbana.

— QUESTÃO 11 —

O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. Um paciente portador de doença crônica em estado agudizado deverá ter sua porta de entrada no SUS via

- (A) atenção primária.
- (B) atenção de urgência e emergência.
- (C) atenção psicossocial.
- (D) ambulatórios especializados.

— QUESTÃO 12 —

É o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. A descrição refere-se à vigilância

- (A) epidemiológica.
- (B) sanitária.
- (C) do ambiente.
- (D) da saúde do trabalhador.

— QUESTÃO 13 —

Leia a descrição a seguir.

É a elevação do número de casos de uma doença ou agravo em que os casos se restringem a uma área geográfica pequena e bem delimitada ou a uma população institucionalizada (creches, quartéis, escolas).

A descrição refere-se

- (A) à pandemia.
- (B) à endemia.
- (C) ao surto.
- (D) à epidemia.

— QUESTÃO 14 —

O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de dados que sirvam para subsidiar o processo de produção de informação para a ação. A qualidade da informação depende, sobretudo, da adequada coleta de dados do local onde ocorre o evento. Na vigilância epidemiológica,

- (A) as ações independem dos dados demográficos da população estudada.
- (B) os dados socioeconômicos caracterizam a dinâmica populacional e vinculam fatores condicionantes da doença ou agravo sob vigilância.
- (C) os dados de morbidade permitem analisar a gravidade de uma doença, especificamente, o seu grau de letalidade.
- (D) os dados de mortalidade favorecem a detecção imediata ou precoce de problemas sanitários emergentes.

— QUESTÃO 15 —

O sistema nacional de Vigilância Sanitária é constituído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pelas Vigilâncias Sanitárias Estaduais e do Distrito Federal e pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais. A implantação deste último se deve ao processo de descentralização que vem ocorrendo no setor de saúde brasileiro. O Sistema Nacional de Vigilância engloba atividades de acordo com a complexidade das atividades. Desse modo, as ações de

- (A) vigilância sanitária estão incluídas na Lei n. 8080/90, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), e portanto fazem parte deste sistema.
- (B) fiscalização sanitária em portos, aeroportos deverão ser realizadas pelas Vigilâncias Sanitárias Municipais naqueles municípios onde eles estão localizados.
- (C) vigilância sanitária municipal estão restritas às atividades de baixa complexidade nas quais o risco sanitário é considerado mínimo.
- (D) vigilância sanitária devem ocorrer independente das ações de vigilância epidemiológica, facilitando assim a atuação dos dois segmentos.

— RASCUNHO —

— QUESTÃO 16 —

O término da Segunda Guerra Mundial e a expansão do capitalismo em nível internacional favoreceram a ampliação do serviço social, que passou a ser influenciado por preceitos norte-americanos. Em relação a essa influência, sabe-se que:

- (A) os postulados adotados pela profissão passaram a ter uma nítida tendência neotomista fundamentada na defesa do bem comum e da valorização da pessoa humana.
- (B) a profissão vinculou-se a um projeto de classe, associado a valores coletivos que atendiam as necessidades concretas da classe trabalhadora na direção da construção de uma nova sociabilidade.
- (C) as análises de cunho mais psicológico relacionadas à população cliente foram gradativamente substituindo os julgamentos morais presentes na profissão, anteriormente fortemente vinculados à igreja católica.
- (D) a ação profissional foi sendo substituída por posturas mais modernas, o que determinou a adoção de metodologias baseadas no materialismo histórico e dialético.

— QUESTÃO 17 —

Para Yazbek (2009), o ponto de partida de como se constituem e se desenvolvem os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos do serviço social brasileiro consiste na análise do processo de incorporação, pela profissão,

- (A) de ideias e conteúdos doutrinários do pensamento social da igreja católica, e das principais matrizes teórico metodológicas acerca do conhecimento social na sociedade burguesa.
- (B) de ideias e ações pautadas no método funcionalista, e da compreensão sobre os valores e comportamentos de seus clientes na perspectiva de sua integração à sociedade.
- (C) de referenciais orientadores do pensamento e da ação na doutrina social da igreja católica, e da compreensão do método teórico-crítico marxista.
- (D) de referenciais orientadores do pensamento social crítico marxista, e da compreensão das contradições do método positivista na realidade social.

— QUESTÃO 18 —

Numa perspectiva liberal, o serviço social é analisado por meio da chamada prática profissional. Segundo Yamamoto (2009), essa prática é tida como uma relação singular entre o assistente social e o usuário de seus serviços e está desvinculada da questão social e das políticas sociais. Nessa perspectiva, a autora tece uma crítica, afirmando ser essa uma

- (A) avaliação precipitada da profissão, que tende a influenciar a categoria profissional negativamente em razão de sua característica politicista.
- (B) análise superficial e contraditória que, embora se baseie nos pressupostos teórico-metodológicos da profissão, valoriza o tecnicismo.
- (C) visão a-histórica e focalista, que tende a subestimar o rigor teórico-metodológico da análise da sociedade e da profissão, desqualificada como teoricista.
- (D) perspectiva já superada no âmbito da profissão, que apresenta uma característica do serviço social tradicional, superado pelo movimento de reconceitualização.

— QUESTÃO 19 —

Yazbek (2009) enfatiza que os assistentes sociais vêm contribuindo, nas últimas décadas, para a construção de uma cultura do direito e da cidadania, destacando, ainda, a maturidade na produção de conhecimento. Entretanto, do ponto de vista dos fundamentos teórico-metodológicos permanecem algumas tensões e ambiguidades, que se expressam:

- (A) pela ruptura com o histórico conservadorismo e a legitimidade do pensamento marxista, ao mesmo tempo em que ampliam as interferências de outras correntes, com destaque da influência do pensamento pós-moderno e neoconservador.
- (B) pela apropriação da teoria social crítica marxista, que remete a profissão em sua inserção na sociedade de classes, ao mesmo tempo em que convivem com a pluralidade expressa no código de ética profissional dos assistentes sociais.
- (C) pela ruptura com a vertente modernizadora, caracterizada pela incorporação de abordagens fenomenológicas, ao mesmo tempo em que convivem com a aproximação ao marxismo sem o recurso ao pensamento de Marx.
- (D) pela apropriação de uma metodologia dialógica, adaptando-se à visão do indivíduo e da comunidade, a partir dos movimentos sociais, ao mesmo tempo em que assume a mediação do desenvolvimento social no enfrentamento das desigualdades.

— QUESTÃO 20 —

A possibilidade de imprimir uma direção social ao exercício profissional decorre da relativa autonomia de que dispõe o assistente social, resguardada pela legislação profissional. Nesse contexto, segundo Lamamoto (2009), constitui-se em desafio para o serviço social

- (A) o cultivo de uma atitude crítica e ofensiva na defesa das condições de trabalho e da qualidade dos atendimentos, potenciando a autonomia profissional.
- (B) a adoção de técnicas de intervenção mais condizentes com as demandas do mercado, mas que resguarda a autonomia profissional.
- (C) o atendimento das demandas institucionais associadas à manutenção da autonomia profissional, que deve ser relativizada sempre que possível.
- (D) a radicalização da formação profissional que inviabiliza a possibilidade de uma intervenção mais adequada às demandas do mercado de trabalho.

— QUESTÃO 21 —

Segundo Netto (BRAVO & MOTA *et.al.*, 2007) são imprescindíveis as articulações coerentes entre as dimensões de um projeto profissional para sua hegemonia, o que não suprime, no interior da profissão, as divergências e contradições. Para tanto, exige-se do profissional:

- (A) gestão democrática e participativa; investigação teórico-prática; intensidade política; trabalho, entre outras.
- (B) socialização de informações; processos de debate e elaboração; formação continuada; mobilização social; ação pluralista, entre outras.
- (C) socialização de informações; debates; associativismo; desenvolvimento de convivência; gestão democrática e participativa, entre outras.
- (D) recursos político-organizativos; processos de debate e elaboração, investigações teórico-práticas, entre outras.

— QUESTÃO 22 —

O projeto político econômico neoliberal foi consolidado no Brasil nos anos 1990. Contraditoriamente, foi nesta década que o projeto ético-político do serviço social também se consolidou. Para Teixeira (2009), isso ocorreu por duas razões principais:

- (A) primeiro, porque houve uma nítida negação do modelo político-econômico neoliberal que representava o oposto do que defendia a categoria profissional, o que a fortaleceu; segundo, porque houve reformulação curricular com inserção de disciplinas relacionadas ao materialismo histórico e dialético, o que possibilitou maior politização da categoria.
- (B) primeiro, porque os assistentes sociais resistiram à ditadura militar e resgataram projetos iniciados na década de 1960, que expressavam o movimento de reconceituação do serviço social; segundo, porque houve significativos avanços teórico-metodológicos que alcançaram todo o meio profissional.
- (C) primeiro, porque o processo de renovação do serviço social brasileiro teve prosseguimento nos meios profissionais; segundo, porque os movimentos sociais das classes trabalhadoras brasileiras conseguiram galgar níveis de organização e de mobilização que envolveram amplos segmentos da sociedade.
- (D) primeiro, porque foi possível identificar brechas dentro do modelo econômico neoliberal que favorecia a participação política da categoria profissional em movimentos de sociais; segundo, porque houve a abertura de novos postos de trabalho, o que significou fortalecimento da categoria.

— QUESTÃO 23 —

Segundo Bravo e Mota *et.al.* (2007), dentre os principais componentes, a partir da quebra do quase monopólio do conservadorismo no serviço social, que se conjugaram para propiciar a construção do projeto ético-político, destacam-se:

- (A) aspectos internos ao serviço social, como a criação dos fundamentos históricos, teóricos e metodológicos na formação profissional; aspectos externos ao serviço social, como a conquista de garantias na saúde como profissional da área.
- (B) aspectos internos ao serviço social, como a apropriação da visão pluralista, garantido na formação profissional; aspectos externos ao serviço social, como a efetivação da democratização na sociedade brasileira.
- (C) fatores intrínsecos ao serviço social, como a transição imanente a profissão frente à apropriação da teoria positivista e de seus desdobramentos; fatores extrínsecos ao serviço social, como o diálogo com outras áreas do saber.
- (D) fatores intrínsecos ao serviço social, como a requalificação da prática profissional, graças à acumulação da massa crítica e ao redimensionamento da formação; fatores extrínsecos ao serviço social, como a conquista de direitos cívicos e sociais.

— QUESTÃO 24 —

No que se refere à relação serviço social e questão social, lamamoto (2009) defende ser necessário

- (A) desenvolver ações voltadas a atenuar os conflitos decorrentes de interesses divergentes entre capital e trabalho, fundamentadas em parâmetros teórico-metodológicos consistentes, que respondam às demandas cotidianas postas ao serviço social em suas diferentes expressões.
- (B) decifrar as multifacetadas refrações da questão social no cotidiano da vida social, abrangendo suas manifestações universais, particulares e singulares, a objetividade e a subjetividade, os momentos econômicos, sociais, éticos, políticos e ideoculturais, que são a matéria do trabalho do assistente social.
- (C) compreender as dimensões sociais, políticas e econômicas da questão social, considerando suas contradições e, dentro delas, as demandas apresentadas pelos usuários em seus aspectos subjetivos e imediatos que possam ser respondidos por meio das ações propostas no projeto profissional do assistente social.
- (D) avançar em direção a uma perspectiva mais ampla da questão social, compreendendo suas expressões e manifestações na perspectiva da totalidade, com vistas a superar as ações pontuais propostas pelo projeto ético-político de serviço social.

— QUESTÃO 25 —

De acordo com Netto (1996), quais são as perspectivas imediatas para o serviço social diante da conjuntura sinalizada pelo capitalismo tardio?

- (A) Denota-se que, nessa sociedade marcada pelo *ethos* burguês, o movimento pós-moderno é muito heterogêneo e, especialmente no campo de suas inclinações políticas, a dominância dos influxos da tradição marxista contribui fundamentalmente para a valorização da teoria do serviço social.
- (B) Diante das características estruturais da sociedade brasileira e sua modalidade de inserção no sistema capitalista contemporâneo, independente dos rumos políticos imediatos, verifica-se que a demanda do serviço social, como possibilidade objetiva, tende a se dilatar.
- (C) Denota-se que, o fortalecimento de antigas identidades sociais (classistas), bem como a automização e a pulverização imediata da vida social e suas novas sensibilidades produzidas pelas tecnologias, rebatem diretamente na identidade do serviço social e na forma de compreender a demanda apresentada.
- (D) Diante das oligarquias financeiras globais que se movimentam de maneira crescentemente articuladas, encontrando canais para executar seu projeto de classe, verifica-se uma fragilidade na formação profissional em serviço social, posto que a categoria não possui uma visão crítica da realidade.

— QUESTÃO 26 —

Com base na Lei de Regulamentação da Profissão, o assistente social deve ter competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto social-histórico em que se situa sua intervenção. Estão entre essas competências,

- (A) a identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.
- (B) a capacitação para reconhecer diferentes demandas postas pelos usuários das políticas públicas, com vistas ao seu pleno atendimento e a possibilidade de superação da questão social.
- (C) a apreensão das diversas correntes teóricas presentes nas ciências sociais, objetivando fundamentar com coerência o projeto profissional e possibilitar uma atuação pautada em princípios éticos.
- (D) o reconhecimento dos distintos atores sociais presentes nos espaços socioocupacionais do assistente social, com a pretensão de se estabelecer alianças e viabilizar a transformação social.

— QUESTÃO 27 —

As estratégias para o enfrentamento da questão social nas últimas décadas têm sido tensionadas por projetos sociais distintos, com claras implicações nas condições e relações de trabalho do assistente social. São eles:

- (A) o primeiro de tendência democrática e participativa, embasado no controle da sociedade civil; o segundo, de caráter universalista, com defesa intransigente dos direitos sociais.
- (B) o primeiro de perfil positivista e desenvolvimentista, alicerçado no atendimento das necessidades do sujeito; o segundo, universalista, defende a democratização das políticas públicas.
- (C) o primeiro de caráter universalista e democrático, fundado nos princípios da participação e do controle popular; o segundo, de cunho neoliberal, subordina os direitos sociais à lógica orçamentária.
- (D) o primeiro, de contorno autoritário e antidemocrático, embasado na centralização das decisões; o segundo, com delineamento liberal, submete às políticas sociais ao Estado mínimo.

— QUESTÃO 28 —

No âmbito da política de saúde, as propostas dos organismos internacionais vêm servindo para mercantilizar a saúde e torná-la refém do complexo médico industrial e dos processos privatizantes, imputando uma contradição do ponto de vista ético: investimento público no setor privado versus universalização de direitos. Nesse contexto, de acordo com Prazeres (2016):

- (A) as demandas ao serviço social exigem a construção, a desconstrução e a reconstrução de novas competências profissionais, pautadas nas dimensões constitutivas da profissão.
- (B) o serviço social junto a outras categorias profissionais precisam qualificar e unificar seus discursos, com vistas a encontrar uma intersecção plausível para o enfrentamento das contradições apresentadas.
- (C) as demandas ao serviço social requerem um profissional qualificado teórica e tecnicamente para o enfrentamento das contradições de modo que possa tornar-se um mediador das problemáticas entre o Estado e os subalternos.
- (D) o serviço social, como profissão inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, necessita fortalecer as mediações institucionais-organizativas e as contradições emergentes desse processo.

— QUESTÃO 29 —

Segundo Vasconcelos (2002), quais são as repercussões, tanto para a instituição como para os usuários, quando as demandas prioritárias por democratização de informações e controle social na área da saúde são negligenciadas, consciente e/ou inconscientemente pelo assistente social?

- (A) Para a instituição, repercussão positiva por contar com usuários eficientes e mobilizadores; para os usuários repercussões negativas por não viabilizar seus projetos individuais.
- (B) Para a instituição, repercussão negativa por contar com usuários insatisfeitos que prejudicam a política de humanização em saúde; para os usuários repercussões positivas por acalmarem seus anseios.
- (C) Para a instituição, repercussão negativa pelo aumento dos custos em seu orçamento estabelecido; para os usuários repercussões positivas por garantir seus direitos e seus projetos de efetivação da educação em saúde.
- (D) Para a instituição, repercussão positiva por contar com usuários menos resistentes e questionadores; para os usuários repercussões negativas por não encontrar canais que qualifiquem seus lamentos, indignações e forma de resistências.

— QUESTÃO 30 —

Ao longo das últimas décadas, o projeto de Reforma Sanitária vem perdendo a disputa para o projeto voltado para o mercado, ou seja, o projeto privatista de saúde. A nova configuração da política de saúde, representada pela hegemonia do projeto privatista, tem impactado o trabalho do assistente social em diversas dimensões, dentre elas:

- (A) no recuo da organização política da categoria e na diminuição de postos de trabalho.
- (B) na relação com os conselhos de saúde e na exigência de qualificação especializada.
- (C) na precarização das condições de trabalho e na ampliação da demanda.
- (D) na ampliação das atribuições profissionais e na intervenção em questões subjetivas.

— QUESTÃO 31 —

Historicamente, a saúde e a assistência social foram e permanecem sendo campos de atuação do assistente social. Na particularidade da política de saúde, as ações profissionais estão comprometidas com a defesa da vida, reafirmando o projeto profissional e a defesa do SUS. Nesse contexto, de acordo com Zucco e Senna (SENNA; ZUCCO; LIMA, 2012), o assistente social

- (A) atua, imediata e pontualmente, sobre os efeitos do adoecer, ao mesmo tempo em que implementa ações articuladas a outras políticas sociais, com vistas a gerar uma prática e uma cultura de promoção e de defesa à saúde.
- (B) tem o dever de socialização de informações, bem como a possibilidade de desencadear ações na garantia dos direitos sociais, em específico os direitos à saúde, na perspectiva da cidadania.
- (C) intervém na realidade objetiva das condições de vida da população usuária do SUS, diante de seu processo de produção e reprodução material os quais estão inseridos enquanto trabalhador.
- (D) observa em seu fazer profissional a forma como as relações sociais se organizam, bem como as expressões singulares dos sujeitos se apresentam diante do processo de saúde-doença, em suas convergências e divergências.

— QUESTÃO 32 —

Um dos argumentos para a redução de direitos sociais é a crise fiscal do Estado, o que justifica a transformação das políticas sociais em ações pontuais e compensatórias, direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. Segundo Behring e Boschetti (2006), o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais de forma geral, e para a política de saúde em particular é:

- (A) a focalização, a uniformidade e a descentralização.
- (B) a seletividade, a equivalência e a focalização.
- (C) a universalidade, a privatização e a redutibilidade.
- (D) a privatização, a focalização e a descentralização.

— QUESTÃO 33 —

Silva e Mendes (SILVA & RAMOS, 2013) afirmam que os princípios do SUS, para além dos marcos legais, possibilitaram a superação do inoperante e restritivo modelo hospitalocêntrico e biomédico historicamente constituído na política de saúde brasileira. As antinomias da política de saúde contemporânea apontam alguns desafios, dentre os quais:

- (A) as ações precisam centrar-se tanto nas necessidades de saúde dos usuários, como nos recursos financeiros da instituição; atribuindo à interdisciplinaridade uma das soluções para o enfrentamento destes desafios.
- (B) a interdisciplinaridade no SUS tenta se construir sobre o terreno árido do déficit crônico de pessoal na saúde, o qual se acirra pela política de sucateamento em curso no setor.
- (C) a interdisciplinaridade no SUS possibilita maior abrangência no atendimento, na medida em que distribui os profissionais às diversas demandas emergentes e, possibilita diminuir a espera por atendimento.
- (D) as ações precisam pautar-se na perspectiva da interdisciplinaridade, enquanto função precípua no SUS, decorrendo tanto na diminuição da precarização do trabalho, como na garantia dos direitos à saúde para a população.

— QUESTÃO 34 —

No âmbito dos marcos legais e normativos relacionados à saúde e ao serviço social, é ressaltada a importância de reconhecer os usuários da saúde como sujeitos de direitos, em um contexto de cidadania e de democracia. Conforme assevera Martinelli (2011) sobre esse aspecto, cabe ao assistente social

- (A) democratizar o atendimento institucional, mantendo sua fidelidade ao projeto ético-político em detrimento da articulação com as demais categorias profissionais.
- (B) assumir este compromisso, que somente pode ser alcançado por meio de práticas interdisciplinares, pautadas em um horizonte ético de humanização e de respeito à vida.
- (C) assumir com os usuários todos os espaços de participação e de controle social juntamente com as categorias que aderirem a essa proposta.
- (D) adotar uma postura ética em defesa dessa democratização e da humanização por meio de articulação com todos os assistentes sociais da unidade de saúde.

— QUESTÃO 35 —

Segundo Silva e Mendes (SILVA & RAMOS, 2013), interdisciplinaridade é um termo polissêmico, posta hoje *na ordem do dia*, sendo muitas vezes alardeada como solução para a desconstrução de uma política de saúde fragmentária e compartimentalizada. Para tanto, faz-se imperativo

- (A) qualificar a interdisciplinaridade como algo que vai muito além da inserção de profissionais das diversas áreas do conhecimento nas instituições de saúde.
- (B) demarcar o significado de interdisciplinaridade na particularidade dos espaços sócio-ocupacionais em que o assistente social está inserido.
- (C) considerar a interdisciplinaridade como algo inerente à formação dos profissionais e das instituições de saúde no contexto do SUS.
- (D) determinar o significado de interdisciplinaridade como potencial de contribuição ao assistente social na análise da política de saúde no contexto atual.

— QUESTÃO 36 —

Segundo Sodré (2010), a principal estratégia de operacionalização da saúde coletiva foi o modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF), que

- (A) rompeu com a lógica fordista, assumindo a perspectiva da acumulação flexível nas políticas de saúde pública em seu formato gerido unicamente pelo Estado parceiro das empresas de saúde.
- (B) retomou o debate que propunha menos operários que “apertassem somente parafusos”, mas inseria uma leitura de que as políticas de saúde são de fato políticas sobre a vida, por isso de natureza interdisciplinar.
- (C) rompeu com a produção em série, assumindo a retomada das proposições a partir das demandas, admitindo a conciliação possível no diálogo entre o atendimento das solicitações do Estado a agenda dos movimentos sociais.
- (D) retomou a possibilidade da discussão sobre a interdisciplinaridade no interior da categoria de assistentes sociais, bem como abriu o debate para a política de humanização em saúde.

— QUESTÃO 37 —

De acordo com os Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde (CFESS, 2009), a assessoria é uma ação possível de ser assumida pelo assistente social na área da saúde. Dentre as principais ações a serem realizadas neste âmbito de intervenção, está

- (A) coordenar programas e projetos relacionados à residência, bem como realizar tutoria e preceptoria de assistentes sociais, contribuindo com usuários, a instituição e as equipes profissionais no sentido de qualificar o serviço.
- (B) organizar palestras, seminários e disciplinas relacionadas à residência, realizar tutoria e preceptoria tanto de assistentes sociais quanto de outros profissionais no que tange a matérias do serviço social.
- (C) garantir o acesso ao maior número de assistentes sociais nos programas de residência em saúde e assessorá-los por meio de preceptoria, tutoria e coordenação de ações realizadas por esses profissionais.
- (D) participar ativamente dos programas de residência, desenvolvendo ações de preceptoria, coordenação, assessoria ou tutoria, contribuindo para qualificação profissional da equipe de saúde e dos assistentes sociais, em particular.

— QUESTÃO 38 —

A Constituição Federal em 1988 assegura à população o direito à saúde universal e integral, por meio de políticas públicas. Entre as decorrências desse processo está à necessidade de reorientação da formação de recursos humanos para o SUS, voltadas para a promoção da saúde. Segundo Mendes (SILVA & RAMOS, 2013), a residência multiprofissional

- (A) pode deslocar o foco de atenção das patologias para as áreas de cuidados, buscando promover a integralidade na atenção à saúde e gestando uma interlocução entre os diversos gestores de saúde.
- (B) pode transformar-se em uma estratégia fundamental para a formação profissional em saúde, valorizando os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS no atendimento da população usuária e suas patologias.
- (C) pode ser uma importante contribuição ao propiciar a vivência intensiva nos serviços e propor um eixo integrador entre as diferentes áreas profissionais, promovendo a reflexão sobre o cotidiano.
- (D) pode contribuir incisivamente como uma política pública de saúde que venha subsidiar o déficit de recursos humanos na área, garantindo os princípios e diretrizes expressas no SUS.

— QUESTÃO 39 —

De acordo com Mendes (SILVA & RAMOS, 2013), a residência multiprofissional em saúde trouxe novas possibilidades, mas também imensos desafios para os profissionais que atuam no cotidiano de execução das políticas de saúde, entre eles:

- (A) a implantação de programas numa conjuntura extremamente desfavorável, marcados pelo sucateamento, precarização e privatização dos serviços públicos de saúde, decorrendo, por exemplo, na sobrecarga de trabalho.
- (B) a implantação de programas que coadunem com os princípios construídos a partir do Movimento de Reforma Sanitária, bem como a garantia de formação profissional aos trabalhadores e residentes inseridos nos processos de trabalho em saúde.
- (C) a implantação de programas que incorporem as diretrizes específicas das instituições formadoras comprometidas com seu projeto hegemônico, derivando, por exemplo, na garantia universal do acesso aos bens e serviços.
- (D) a implantação de programas que tenham como norte a ruptura com a naturalização da miséria e a individualização dos problemas sociais, privilegiando direcionamentos que possibilitem a garantia dos direitos à saúde.

— QUESTÃO 40 —

Conforme Mendes (SILVA & RAMOS, 2013), no que se refere à autonomia dos assistentes sociais no planejamento e gestão de seu processo de trabalho, estes profissionais constituem sujeitos privilegiados para avaliar a organização de seu trabalho, bem como estão habilitados para inserir a residência de forma qualificada. Nesse sentido, a residência deve ser:

- (A) compreendida como meio possível de definir a prática profissional do assistente social, ao mesmo tempo em que possibilita visitar as dimensões constitutivas do serviço social.
- (B) apreendida frente à atuação profissional do assistente social, estabelecendo seus princípios e diretrizes garantidos no Código de Ética e na Lei de Regulação profissional.
- (C) compreendida como forma de garantir as dimensões constitutivas do serviço social, quais sejam: teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.
- (D) apreendida também em sua potencialidade para repensar práticas profissionais cristalizadas e provocar uma reflexão sobre a forma como os serviços estão estruturados, propondo mudanças.

— QUESTÃO 41 —

Soares (BRAVO & MENEZES, 2012), ao discutir a racionalidade da contrarreforma na política de saúde e sua relação com o serviço social, afirma que a necessidade de respostas emergenciais nessa área tornou-se hegemônica. Em relação a essas respostas, a autora declara:

- (A) deve haver uma inovação na forma como instituições e profissionais respondem às demandas dos usuários com a elaboração de projetos flexíveis e criativos que dependam menos de recursos estatais e mais do terceiro setor.
- (B) devem ser garantidas tanto no Estado, quanto na iniciativa privada, para que seja dada vazão às demandas, não sobrecarregando a unidade de saúde, nem os profissionais.
- (C) devem ser refletidas mais profundamente, buscando ultrapassar o imediatismo, do contrário, ao invés de mobilizar usuários e profissionais em torno do direito à saúde, os tornam mais passivos.
- (D) exigem a requisição de recursos governamentais, para que cada vez mais se viabilize o atendimento das demandas dos usuários de maneira célere e se cumpram os objetivos profissionais e institucionais.

— QUESTÃO 42 —

A partir da sua pesquisa acerca dos referenciais teóricos e da intervenção profissional do serviço social nos Conselhos de Direitos no município de Juiz de Fora/MG, Duriguetto (BRAVO & MENEZES, 2012) defende, como possibilidade interventiva, trabalhar nos sujeitos a busca da construção de estratégias para o encaminhamento de suas demandas. Um dos caminhos apontados pela autora é:

- (A) incitar os sujeitos a ocuparem cargos estratégicos nas administrações públicas como forma de viabilizar suas demandas.
- (B) estimular esses sujeitos à participação em movimentos sociais ou estimulá-los a criá-los quando inexistentes, bem como estimulá-los a ocupar os espaços nos conselhos.
- (C) instigar a participação dos sujeitos em partidos políticos e em cargos parlamentares, como forma de interferir na legislação e garantir direitos ainda não conquistados.
- (D) encorajar esses sujeitos a realizarem mobilizações nas instituições a fim de elegerem representantes que possam intermediar suas demandas junto aos gestores.

— QUESTÃO 43 —

Segundo Correia (BRAVO & MOTA *et.al.*, 2007), a temática do controle social tomou vulto no Brasil, principalmente com a institucionalização dos mecanismos de participação da população nas políticas públicas inseridos na Constituição de 1988, com destaque aos Conselhos e Conferências. Essa participação

- (A) foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido de atender, cada vez mais, os interesses da maioria da população.
- (B) foi compreendida como um projeto travado na área da saúde, garantindo a luta contra a ditadura militar frente à efervescência política que caracterizou o final da década de 1970, com o Movimento de Reforma Sanitária.
- (C) foi fecundada contra a ditadura com vistas à mudança da perspectiva de saúde pautada no modelo médico-assistencial privatista para a formação do Sistema Único Descentralizado de Saúde.
- (D) foi engendrada na perspectiva de garantia dos mínimos sociais a toda população brasileira com vistas à efetivação dos direitos sociais, a partir da implementação da política de Seguridade Social.

— QUESTÃO 44 —

No processo de descentralização da política de saúde, a criação dos Conselhos de Saúde é uma exigência legal para o repasse de recursos. Nesse processo, denotam-se tensões que expressam os interesses de classe – seja do lado dos gestores ou do lado dos usuários – que limitam a efetivação dos direitos. Assim, Correia (BRAVO & MOTA *et al.*, 2007) explicita que:

- (A) do lado dos gestores: pela socialização de informações enviesada, pela utilização de referenciais teóricos diferentes de suas análises, entre outros; do lado dos usuários: se dá pela confluência dos movimentos sociais com o Estado e pelas contradições das lutas políticas entre as classes sociais.
- (B) do lado dos gestores: se dá, pela não-transparência e manipulação das informações, artifícios no manuseio de recursos, entre outros; do lado dos usuários: decorre, sobretudo, pela fragilidade política das entidades representadas, pela não articulação e organicidade e pelo corporativismo.
- (C) do lado dos gestores: decorre no controle social autoritário e divergente com ausência de interlocução; do lado dos usuários: pela luta constante no ressurgimento dos movimentos sociais contrários aos governos autoritários.
- (D) do lado dos gestores: advém de ações contraditórias que se interagem entre os diferentes sujeitos inseridos no processo; do lado dos usuários: expressos pelos na pseudodicotomia entre Estado e sociedade civil.

— QUESTÃO 45 —

Bravo e Menezes (2012), ao analisarem o Conselho Nacional de Saúde, embasa-se na concepção gramsciana. Segundo essa concepção, os conselhos se constituem

- (A) em uma arena de conflitos em que diferentes projetos estão em disputa pela hegemonia.
- (B) em um espaço consensual, onde os diferentes interesses sociais convergem para o interesse de todos.
- (C) como espaços de cooptação da sociedade civil por parte do poder público.
- (D) em uma instância política e representativa da sociedade civil.

— QUESTÃO 46 —

Na década de 1980, o serviço social recebia influências da conjuntura política da época e passava por um processo interno de revisão que envolvia a disputa pela nova direção a ser dada à profissão. Na análise de Bravo (2006), esses fatores contribuíram para que o serviço social

- (A) não participasse dos movimentos dos usuários da saúde, dificultando sua interlocução com suas lutas.
- (B) fizesse adesão a um projeto privatista de saúde e somente no final da década de 1990 se articulasse ao processo de luta pela reforma sanitária.
- (C) fosse contrário à luta pela reforma sanitária, permanecendo fechada em seus muros internos em defesa de sua autonomia profissional.
- (D) não estabelecesse um nexo direto com outros debates que buscavam a construção de práticas democráticas, como o movimento pela reforma sanitária.

— QUESTÃO 47 —

Reflexões de diferentes autores sobre o trabalho do assistente social na saúde têm reiterado a necessidade do serviço social ter como eixo central

- (A) o resgate de uma intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e o reforço de projetos que privilegiem as especialidades presentes na área médica, tais como o serviço social clínico.
- (B) a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da Reforma Sanitária e ético-político do serviço social.
- (C) o investimento em capacitações específicas da área da saúde a fim de que cada vez mais esse profissional se especialize na gestão, na execução e no planejamento e possa compor equipes dirigentes de unidades de saúde.
- (D) a defesa de projetos que não privilegiem apenas parte dos atores envolvidos na política de saúde, que supere posições radicais e se volte a implementação de ações capazes de conciliar interesses divergentes.

— QUESTÃO 48 —

Ao adentrar nos anos de 1990, identificaram-se dois projetos políticos em disputa na área da saúde: o projeto privatista e o projeto de reforma sanitária. Para Bravo e Matos (BRAVO & MOTA *et.al.*, 2007), esses projetos apresentam diferentes requisições para o serviço social, tais como:

- (A) o projeto privatista vem requisitando seleção socioeconômica e ação fiscalizatória aos usuários, atuação psicossocial de aconselhamento, dentre outras; o projeto de reforma sanitária requisita ações na busca da democratização do acesso aos serviços de saúde.
- (B) o projeto privatista vem requisitando seleção socioeconômica e atendimento humanizado com ênfase a interação da instituição de saúde para conter os gastos; o projeto de reforma sanitária demanda ações interdisciplinares e participativas.
- (C) o projeto privatista solicita práticas individuais e coletivas articulado ao mercado de forma complementar, através dos planos de saúde; o projeto de reforma sanitária demanda a construção de práticas democráticas a partir das necessidades dos usuários.
- (D) o projeto privatista solicita ações que primem pela contenção de gastos e a isenção de ações com responsabilidade do poder central; o projeto de reforma sanitária requisita a socialização de informações com predomínio de práticas individuais.

— QUESTÃO 49 —

Bravo e Matos (BRAVO & MOTA *et.al.*, 2007) evidenciam avanços do serviço social na área da saúde na década de 1980, os quais, contudo, chegaram à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração na prática institucional, desarticulados do Movimento de Reforma Sanitária. Nesse sentido,

- (A) a ação profissional do assistente social promoverá a socialização de informações, o desenvolvimento de convivência, a prática assistencial e a garantia de mínimos básicos ao tratamento de saúde dos usuários do SUS.
- (B) o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a compreensão de respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários, bem como as demandas e solicitações expressas pela instituição empregadora.
- (C) o trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios do projeto de reforma sanitária e do projeto ético-político do serviço social.
- (D) a ação profissional do assistente social deve ter como eixo a defesa dos direitos de saúde dos usuários, mediando os princípios dos dois projetos em disputas, quais sejam: projeto privatista e projeto de reforma sanitária.

— QUESTÃO 50 —

Segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2009), o Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). As principais propostas da Reforma Sanitária são

- (A) a defesa da universalização das políticas e a garantia dos direitos sociais.
- (B) a concepção focalista de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços.
- (C) a articulação da democracia representativa e a participação social.
- (D) a garantia dos direitos e o novo modelo assistencial pautado na integralidade.