

EDITAL n. 01/2019

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2020**  
**COREMU/UFG**

# **SERVIÇO SOCIAL**

**17/11/2019**

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

**SÓ ABRA ESTE CADERNO QUANDO FOR AUTORIZADO**

**ATENÇÃO:** Transcreva no espaço designado da sua FICHA DE IDENTIFICAÇÃO, com sua caligrafia usual, considerando as letras maiúsculas e minúsculas, a seguinte frase:

**Cada qual sabe amar a seu modo.**

## **LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES**

1. Quando for permitido abrir o caderno de provas, verifique se ele está completo ou se apresenta imperfeições gráficas que possam gerar dúvidas. Se isso ocorrer, solicite outro exemplar ao aplicador de provas.
2. Este caderno contém **50** questões de múltipla escolha. Cada questão apresenta quatro alternativas de respostas, das quais apenas **uma** é a correta.
3. O cartão-resposta é personalizado e não será substituído em caso de erro no preenchimento. Ao recebê-lo, confira se seus dados estão impressos corretamente. Se houver erro, notifique-o ao aplicador de prova.
4. Preencha, integralmente, um alvéolo por questão, rigorosamente dentro de seus limites e sem rasuras, utilizando caneta de tinta **AZUL** ou **PRETA**, fabricada em material transparente. A questão deixada em branco, com emenda, corretivo, rasura ou com mais de uma marcação, terá pontuação zero.
5. Estas provas terão **quatro horas** de duração, incluídos, nesse tempo, os avisos, a coleta de impressão digital e a transcrição das respostas para o cartão-resposta.
6. Iniciada a prova, você somente poderá retirar-se do ambiente de realização da prova após decorridas **três horas** de seu início e mediante autorização do aplicador de prova.
7. Os três últimos candidatos, ao terminarem a prova, deverão permanecer no recinto, sendo liberados após a entrega do material utilizado por todos eles, e terão seus nomes registrados em Relatório de Sala, no qual irão colocar suas respectivas assinaturas.

**— QUESTÃO 01 —**

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que visa promover a saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora. Dentre as ações deste componente estão as de vigilância da situação de saúde do trabalhador, cujas atividades são a análise da situação de saúde proveniente de vigilância de ambientes e processos de trabalho, a busca ativa de casos e a investigação

- (A) da relação da doença ou do agravo com o trabalho, o monitoramento dos fatores de risco, os inquéritos epidemiológicos e os estudos da situação de saúde a partir dos territórios.
- (B) de casos, os estudos da situação de saúde a partir dos territórios, o levantamento das condições socioeconômicas dos trabalhadores e o controle das condições estruturais dos ambientes de trabalho.
- (C) da relação da doença ou do agravo com o trabalho, a análise do impacto das condições psicológicas dos trabalhadores no desempenho laboral, os inquéritos epidemiológicos e o controle das condições estruturais dos ambientes de trabalho.
- (D) de casos, o monitoramento dos fatores de risco, o levantamento das condições socioeconômicas dos trabalhadores e a análise do impacto das condições psicológicas dos trabalhadores no desempenho laboral.

**— QUESTÃO 02 —**

A investigação epidemiológica de campo de casos, surtos, epidemias ou de outras formas de emergência em saúde é uma atividade obrigatória de todo sistema local de vigilância em saúde. Nessa atividade,

- (A) é importante detectar e controlar as possíveis ameaças à saúde da população em geral, para qualquer doença ou agravo, a fim de se impedir a ocorrência de casos.
- (B) é necessário utilizar o rigor metodológico científico durante seu planejamento e execução para a confiabilidade das informações obtidas.
- (C) a execução primária das ações é de responsabilidade de cada respectiva unidade técnica que, no contexto estudado, pode ser apoiada pelos demais setores relacionados e níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (D) o objetivo é garantir a obtenção, mesmo que de forma incompleta, por meio de fontes primárias e secundárias, das informações necessárias referentes a diferentes situações de saúde.

**— QUESTÃO 03 —**

A política nacional de promoção da saúde (Pnps) baseia-se no conceito ampliado de saúde e apresenta sua promoção como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, com responsabilidades para os três entes federados. Dentre outros, são valor e princípio fundamentais no processo de concretização da Pnps, respectivamente:

- (A) a intersetorialidade e a justiça.
- (B) o respeito às diversidades e a participação social.
- (C) o empoderamento e a inclusão social.
- (D) a autonomia e a corresponsabilidade.

**— QUESTÃO 04 —**

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre

- (A) clínica e política, entre equipe multiprofissional e usuários e entre atenção e gestão.
- (B) produção de saúde e produção de subjetividade, entre os modos de produção e de circulação de poder e entre clínica e política.
- (C) atenção e gestão, entre clínica e política e entre produção de saúde e produção de subjetividade.
- (D) equipe multiprofissional e usuários, entre os modos de produção e de circulação de poder e entre atenção e gestão.

**— QUESTÃO 05 —**

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia utilizada para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário assistência efetiva e eficiente. Um dos objetivos da RAS é:

- (A) garantir a integralidade do cuidado por meio de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de densidade tecnológica leve e integradas por meio de sistemas de apoio técnico.
- (B) formar relações verticais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção primária à saúde (APS), pela centralidade da assistência aos usuários e pelo cuidado multiprofissional em saúde.
- (C) promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.
- (D) garantir a continuidade da assistência ao usuário e, por conseguinte, a integralidade e qualidade do cuidado, fundamentando-se na compreensão da necessidade de investimento na atenção secundária.

**— QUESTÃO 06 —**

O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde. Neste contexto, considera-se como um dos objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:

- (A) contribuir para o controle da natalidade, da morbidade e da mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- (B) promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- (C) reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina, organizando em municípios polos de microrregiões, redes de referência e contrarreferência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama.
- (D) fortalecer a participação e o controle social, promovendo a integração do movimento de mulheres feministas na definição, implementação e aperfeiçoamento das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

**— QUESTÃO 07 —**

No contexto da evolução histórica das políticas de saúde no Brasil, o ano de 1985 foi marcado pelo movimento das Diretas Já e pelo fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais, inclusive na área de saúde, que culminaram com a criação

- (A) das associações dos secretários de saúde estaduais (Conass) ou municipais (Conasems) e com uma mobilização nacional durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (Suds).
- (B) da Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (Sucam) para executar atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o departamento nacional de endemias rurais (Deneru) e a campanha de erradicação da malária.
- (C) do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp) ligado ao Inamps que propôs a reversão gradual do modelo médico-assistencial por meio do aumento da produtividade do sistema e da melhoria da qualidade da atenção.
- (D) do instituto nacional de previdência social (Inps), que reuniu os institutos de aposentadorias e pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (Samdu) e a superintendência dos serviços de reabilitação da previdência social.

**— QUESTÃO 08 —**

O projeto terapêutico singular (PTS) é entendido como um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas e elaboradas por uma equipe interdisciplinar, com o objetivo de assistir a um sujeito individual ou coletivo, com alguma demanda de cuidado em saúde. O PTS contém quatro momentos sequenciais, que são, respectivamente:

- (A) definição de metas, diagnóstico, reavaliação e divisão de responsabilidade.
- (B) divisão de responsabilidades, definição de metas, diagnóstico e reavaliação.
- (C) reavaliação, diagnóstico, divisão de responsabilidades e definição de metas.
- (D) diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

**— QUESTÃO 09 —**

Para que as políticas destinadas à redução das desigualdades em saúde sejam coerentes, é necessário que o estilo de governança adotado deixe claro qual é o papel de cada setor e ator envolvidos no processo. Para tanto é recomendado adotar como princípios para uma boa governança:

- (A) solidariedade, liderança política, universalidade, compromisso e participação da sociedade.
- (B) isonomia, redução das iniquidades, orçamento integrado e monitoramento de processos.
- (C) legitimidade, direção e visão estratégicas, desempenho satisfatório, responsabilidade e igualitarismo.
- (D) coerência, resolução de conflitos, equidade, desenvolvimento integrado e transparência.

**— QUESTÃO 10 —**

A complexidade das ações de saúde e a necessidade de direcionar a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) exigem que os gestores do setor busquem um novo posicionamento em relação ao processo de planejamento. Com esse intuito, foi criado o Sistema de Planejamento do SUS, que possui como instrumentos básicos:

- (A) o plano de saúde, a programação anual de saúde e o relatório anual de gestão.
- (B) o diagnóstico de saúde, a definição de metas e a avaliação dos resultados.
- (C) a programação anual de saúde, a avaliação dos resultados e o plano de saúde.
- (D) o relatório anual de gestão, o diagnóstico de saúde e a definição de metas.

**— QUESTÃO 11 —**

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, o Plano de Saúde é definido como um instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem alcançados, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Nesta perspectiva, são indicados, como eixos orientadores para a análise situacional e para a formulação de objetivos, diretrizes e metas dos Planos de Saúde:

- (A) as condições socioeconômicas da população, o perfil epidemiológico das doenças e o perfil educacional dos usuários.
- (B) a análise da execução da programação física e orçamentária, o resultado das ações executadas e a avaliação dos processos de trabalho.
- (C) o estabelecimento das metas, a definição das ações a serem desenvolvidas e a definição dos recursos orçamentários.
- (D) as condições de saúde da população, os determinantes e condicionantes de saúde e a gestão em saúde.

**— QUESTÃO 12 —**

Frente a desafios complexos e plurais que envolvem a assistência à criança e com vistas à qualificação das estratégias e ações voltadas à saúde dessa população, em agosto de 2015, foi instituída no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc). Os princípios que orientam esta política afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade,

- (A) a proteção da saúde da criança, a promoção do aleitamento materno e a individualização dos cuidados durante a gestação.
- (B) a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa.
- (C) a organização das ações a partir das necessidades das crianças, a redução de riscos e a corresponsabilização de familiares.
- (D) a gestão interfederativa, a organização dos serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e a qualificação de gestores e trabalhadores.

**— QUESTÃO 13 —**

As mudanças no padrão de morbimortalidade indicam que as principais causas das doenças são preveníveis. A prevenção possui quatro níveis que apontam fatores ou condições que têm um conhecido papel na causalidade das doenças. Todos eles são importantes, entretanto, dois deles possuem maior impacto sobre a saúde das populações, a saber, os níveis

- (A) primordial e primário.
- (B) secundário e terciário.
- (C) primordial e secundário.
- (D) primário e terciário.

**— QUESTÃO 14 —**

A Lei n. 8.080/1990, do Ministério da Saúde, orienta a implantação, no âmbito do Sistema Único de Saúde, do atendimento e da internação domiciliar. Essas modalidades de assistência

- (A) podem ser realizadas por indicação de qualquer um dos membros da equipe multiprofissional de saúde, mediante concordância do paciente e de sua família.
- (B) preveem, principalmente, a execução de procedimentos de enfermagem, assistência psicológica e social.
- (C) são realizadas por equipes multidisciplinares que atuam nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.
- (D) são direcionadas, preferencialmente, para a população em extremos de idade, ou seja, para crianças e idosos.

**— QUESTÃO 15 —**

A política nacional de atenção básica tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da estratégia de saúde da família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades

- (A) regionais.
- (B) locoregionais.
- (C) estaduais.
- (D) federais.

**— RASCUNHO —**

**— QUESTÃO 16 —**

Mota (2017), ao refletir sobre a conjuntura em curso no início do século XXI, enfatiza que as melhorias das condições de vida da população brasileira, dentre outras, fizeram novos consumidores, mas não uma geração de novos sujeitos políticos. Com isso, no campo político-profissional e intelectual do Serviço Social, deve-se:

- (A) identificar como a profissão se insere nessas relações sociais em seu significado, sua finalidade e sua direção social.
- (B) reconhecer o significado social da profissão em sua apropriação das dimensões constitutivas que a sustentam.
- (C) identificar quais práticas e ideologias a hegemonia às avessas produziu junto às classes subalternas.
- (D) reconhecer as desigualdades e as tendências regressivas que contrapõem as conquistas da classe trabalhadora.

**— QUESTÃO 17 —**

Discutir as ações da equipe multiprofissional nos cuidados em saúde mental parece um desafio longe de ser esgotado, tendo a compreensão de que a construção da interdisciplinaridade constitui tarefa de todos os atores envolvidos na política de saúde. Nesta lógica, Ribeiro e Farias (Costa; Ribeiro, 2017) destacam que a

- (A) perspectiva desinstitucionalizante que se assumiu no âmbito da Reforma Psiquiátrica, emergida na década de 1970, pressupõe ações interdisciplinares no âmbito das unidades básicas de saúde.
- (B) efetivação da perspectiva interdisciplinar no processo de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos têm o assistente social como uma profissão fundamental nessa construção.
- (C) atuação interdisciplinar é exigência para a efetivação de um modelo alternativo às internações psiquiátricas, o qual envolve a construção de redes e a possibilidade de ressocialização do doente mental.
- (D) configuração do modelo interdisciplinar é uma estratégia nos diferentes níveis de complexidade que passam o Sistema Único de Saúde (SUS) frente às demandas apresentadas.

**— QUESTÃO 18 —**

Segundo Santos, Silva e Estalino (Senna et al., 2012), pensar o serviço social na área da saúde em tempos de seguridade social implica em

- (A) conhecer as políticas sociais, em especial as de seguridade social com todas as suas adversidades e consequências advindas das lutas históricas.
- (B) conhecer a seguridade social, sua organização e as relações interpessoais no interior das políticas que a mesma abarca, com vistas à garantia dos direitos dos usuários.
- (C) reconhecer a política de saúde como partícipe do tripe da seguridade social, em seu processo de lutas e construções sociais no enfrentamento dos usuários.
- (D) ir além do espaço institucionalmente posto, entendendo o processo de saúde-doença como resultante de variáveis econômicas, sociais, culturais, políticas, enfim, como resultados das determinações históricas.

**— QUESTÃO 19 —**

Para Silva e Mendes (Silva et al., 2013), diferentemente da transdisciplinaridade, a interdisciplinaridade pressupõe que cada uma das áreas exerça seu potencial de contribuição, preservando a integralidade de seus métodos e conceitos. Nesse sentido, esta ação interdisciplinar requer:

- (A) o respeito à autonomia e à criatividade de cada uma das profissões envolvidas, cujo relacionamento deve tender à horizontalidade.
- (B) a relação entre teoria e prática na construção de críticas transformadoras à formação integral na perspectiva da totalidade.
- (C) a relação entre compreensão e respeito que transcende o âmbito de cada profissão na busca de uma nova visão da realidade.
- (D) o respeito à autonomia de cada uma das profissões para além da troca de informação sobre objetivos, conteúdos e procedimentos.

**— QUESTÃO 20 —**

Para Bravo (Bravo; Correia, 2012), pela via do controle social, os conselhos podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais, os quais, em vez de controlar, passam a ser controlados, à medida que os conselheiros

- (A) se envolvem nas discussões, em um contexto marcado por forte assimetria de poder, assim como pela concentração de conhecimentos nas mãos da burocracia.
- (B) desenvolvem as negociações como troca ou barganha, com peso de culpa, por vezes, acompanhadas de justificativas, como se a negociação não fizesse parte da ação política.
- (C) agem de maneira ambígua, ora privilegiando uma participação individual, ora desenvolvendo ações coletivas na articulação do processo político da democracia representativa.
- (D) sentem-se pressionados a aprovar prestações de contas pouco transparentes, sob o argumento dos prejuízos ao município ou estado com a sua não aprovação.

**— QUESTÃO 21 —**

No processo histórico dos debates sobre a residência destacam-se os seminários nacionais como espaço importante de discussão sobre a formação e a política de saúde. O I Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, ocorrido em 2005, teve como eixos (Cfess, 2017):

- (A) estratégias para a construção de multidisciplinaridade, visando atender ao preceito da integralidade; construção de diretrizes nacionais para as residências multiprofissionais; composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (Cnrms); e criação do sistema nacional das residências multiprofissionais.
- (B) construção de alternativas que permitissem acompanhar as ações dos residentes; garantia da formação em serviço com qualidade; criação da Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu) para o acompanhamento das residências multiprofissionais; e configuração do sistema nacional das residências multiprofissionais.
- (C) construção de normativas legais; instrumentalização das ações desenvolvidas junto às residências multiprofissionais; definição das atribuições dos tutores, preceptores e residentes; e garantia de financiamento para os sujeitos que compõem as residências multiprofissionais.
- (D) estratégias para a garantia da formação em serviço com qualidade; identificação dos problemas apresentados pelas residências multiprofissionais; construção de normativas legais para dirimir lacunas existentes; definição das atribuições dos sujeitos envolvidos.

**— QUESTÃO 22 —**

Segundo Granemann (Bravo et al., 2008), a contrarreforma estatal permitiu à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, aprofundando a transformação do Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital. Ao definir de modo rebaixado as atividades exclusivas do Estado, esta ação permitiu a entrega

- (A) dos hospitais universitários pela via das privatizações no Projeto de Empresas Públicas.
- (B) das estatais ao mercado pela via das privatizações no Projeto Fundação Estatal.
- (C) dos hospitais estaduais às organizações sociais pela via das privatizações.
- (D) das universidades públicas às empresas educacionais pela via das privatizações.

**— QUESTÃO 23 —**

No caso do serviço social, Yazbek (2009) enfatiza que um primeiro suporte teórico-metodológico necessário à qualificação técnica de sua prática e à sua modernização vai ser buscado na matriz positivista, em sua apreensão manipuladora, instrumental e imediata do ser social. Este horizonte analítico aborda:

- (A) as relações sociais no plano das realidades sociais e consequente reprodução de um denominado modo de vida que envolve o cotidiano em sua sociabilidade em sociedade.
- (B) a reprodução das relações sociais na totalidade do processo social e do relacionamento contraditório entre as classes fundamentais presentes na realidade social.
- (C) as relações sociais dos indivíduos no plano de suas vivências imediatas como fatos e dados que se apresentam em sua objetividade e imediaticidade.
- (D) a reprodução das realidades sociais que atingem a totalidade da vida cotidiana, expressando-se tanto no trabalho, na família, na escola, no poder como na profissão.

**— QUESTÃO 24 —**

A prática interdisciplinar vai ao encontro das necessidades de saúde dos usuários na medida em que busca romper com uma ação compartimentada e fragmentada. No entanto, Silva e Mendes (Silva et al., 2013) pontuam que a existência de equipes multiprofissionais não é suficiente à prática interdisciplinar, pois esta necessita da

- (A) real interação entre conhecimento racional e conhecimento sensível, pela integração entre saberes tão diferentes e, ao mesmo tempo, indissociáveis na produção de sentido da vida e da relação entre indivíduos.
- (B) decisiva atitude de superação de toda e qualquer visão fragmentada e/ou dicotômica que ainda mantemos de nós mesmos, do mundo e da realidade em nível de método na perspectiva do objetivo comum.
- (C) factual possibilidade da correlação entre o conhecimento científico e a complexidade do mundo vivido, para a medida do humano na produção da ciência, visando à superação da dicotomia entre teoria e prática.
- (D) efetiva interlocução entre os saberes, que passa pela existência de espaços e, para tanto, com reuniões de equipe, discussões de casos, colegiados e, também, pela real capacidade de se fazer ouvir nesses espaços.

**— QUESTÃO 25 —**

Os conselhos de saúde são constituídos em nível federal, estadual e municipal, de composição paritária entre representantes de usuários do sistema, de profissionais e de gestores, se tornando um espaço privilegiado de trabalho dos assistentes sociais. Neste sentido, Lobato (Senna et al., 2012) afirma que os conselhos

- (A) constituem mecanismos deliberativos de controle social, independente das políticas que os representam, possibilitando a resolução dos problemas suscitados frente às políticas sociais.
- (B) são instâncias obrigatórias em todos os níveis de governo e têm o objetivo de democratizar o Estado, ampliando a participação da sociedade civil na formulação, implementação e controle das políticas de saúde.
- (C) são instâncias participativas das políticas sociais que expressam o movimento contraditório da sociedade capitalista, podendo recair tanto na legitimação do poder dominante quanto na ampliação da democracia.
- (D) constituem-se em mecanismos de participação institucionalizada de legitimação das políticas de saúde, expressando um espaço contraditório dos interesses dos diversos segmentos sociais.

**— QUESTÃO 26 —**

Cisne (2018) analisa o feminismo ancorada na teoria marxista, a qual, em sua opinião, se coaduna com o projeto ético político do serviço social. Que estratégia comum é encontrada pela autora nas duas perspectivas para justificar essa opção?

- (A) A contradição de classe.
- (B) A consciência coletiva.
- (C) A luta por liberdade.
- (D) A questão social.

**— QUESTÃO 27 —**

Em face da atualidade, Boschetti (2015) sinaliza alguns traços contemporâneos do conservadorismo no âmbito da formação profissional, refletido pelo circunscrito “fazer profissional”. Debolar esses traços conservadores requer

- (A) contrapor ações que reiteram a tolerância contra as minorias sociais, a ideologia repressiva, o culto à violência policial decorrente de formação superficial.
- (B) recusar a formação tecnicista e pragmática que decorre no trabalho profissional imediatista e policialesco por meio de práticas de mediação de conflitos e conformistas.
- (C) contrapor a focalização, a seletividade, a integração, o assistencialismo, o individualismo, a competitividade e o quantitativismo, fruto de uma formação aligeirada.
- (D) recusar a formação aligeirada, acrítica e tecnicista, e defender a formação na perspectiva de totalidade sem nenhuma concessão ao possibilismo e ao reformismo.

**— QUESTÃO 28 —**

Residentes de serviço social ingressam nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde por meio de um exame de seleção, são matriculados e recebem uma bolsa de trabalho tornando-se, conforme o Cfess (2017):

- (A) profissionais em formação que participarão de um programa de pós-graduação com carga horária que envolve aulas teóricas e práticas, supervisionados por um docente da instituição.
- (B) profissionais em treinamento no serviço que privilegiam o aprendizado pela prática, tendo a obrigatoriedade de uma reflexão teórica, supervisionados por um docente da instituição.
- (C) trabalhadores em formação que participarão de um programa de pós-graduação com carga horária que envolve aulas teóricas e práticas, supervisionados por outro trabalhador da instituição.
- (D) trabalhadores em treinamento que privilegiam o aspecto político-pedagógico no serviço, conforme as atividades teóricas e teórico-práticas, sendo supervisionados por outro trabalhador da instituição.

**— QUESTÃO 29 —**

Matos (2017) ressalta que a saúde tem diferentes concepções políticas que se materializam em distintos serviços e direitos. Mesmo que o Projeto Ético-político do Serviço Social e o Projeto de Reforma Sanitária sejam distintos, ambos têm como convergência uma clara

- (A) pertinência de posicionamento em defesa do direito à saúde pública, pautada nos princípios da universalidade e integralidade, assegurados pelo SUS.
- (B) concepção de mundo e de homem, com uma nítida vinculação a um projeto societário não capitalista, apontando para o socialismo como alternativa.
- (C) coerência na construção de uma prática que garanta um Estado participativo, formulador de políticas sociais equânimes, universais, não discriminatórias.
- (D) relação de conflito entre os interesses do capital, que se revela no desempenho do projeto privatista, e os interesses da classe trabalhadora.

**— QUESTÃO 30 —**

Para efetivação do SUS, diante dos preceitos da reforma sanitária, faz-se necessário uma interface com a política de assistência social. Os assistentes sociais dominam esta interface, mas, para além disto, também atuam em diferentes frentes no âmbito do SUS, como no planejamento, na gestão e na educação em saúde. Segundo Costa (Matos, 2013) existe um “elo invisível” do SUS que se concretiza no trabalho do serviço social que implica

- (A) na garantia de direitos e na participação da comunidade.
- (B) no conhecimento da realidade concreta da política de saúde.
- (C) na garantia da implantação do SUS como direito universal.
- (D) no debate e no enfrentamento da mercantilização da saúde.

**— QUESTÃO 31 —**

Mota (2017) defende, a partir da teoria social crítica de inspiração marxista, a necessidade de exercitar a relativa autonomia e de reafirmar a capacidade de análise da experiência profissional cotidiana, identificando

- (A) aspectos da realidade que foram ou poderiam ser tencionados pela ação do serviço social.
- (B) brechas institucionais que poderiam se tornar espaços de atuação do serviço social.
- (C) aliados dentro da instituição que poderiam se tornar parceiros profissionais do serviço social.
- (D) interesses antagônicos que poderiam ser conciliados e passíveis de intervenção do serviço social.

**— QUESTÃO 32 —**

No início dos anos de 1980, a teoria social de Marx inicia sua efetiva interlocução com o serviço social. Segundo Yazbek (2009), como matriz teórico-metodológica, essa teoria

- (A) situa a atividade humana como eixo fundante do ser social, dotado de determinações essenciais, instituindo-lhe dimensão ontológica.
- (B) tem como ponto de partida aceitar fatos e acontecimentos como horizonte analítico, apropriando-se também da visão de mundo do sujeito como classe trabalhadora.
- (C) parte da posição de que a natureza relacional do ser social não é percebida em sua imediaticidade, apreendendo-a a partir de mediações.
- (D) requer busca contínua, ao ponto de partida em sua dinamicidade, de modo que a centralidade do ser social seja compreendida em sua síntese.

**— QUESTÃO 33 —**

Para Lessa (Costa; Ribeiro, 2017), durante toda a década de 1990, viveu-se sob forte tensão de projetos distintos para a saúde: de um lado, o projeto emergido do Movimento da Reforma Sanitária, que defende a construção de um modelo de atenção público, universal e equânime (o SUS); e de outro, o projeto de mercantilização da saúde, tensão que assume nuances variadas e complexas. Os projetos abordados tratam do período de

- (A) concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo, com restrição da ação do Estado na regulação da vida social, adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase na estabilização da moeda e privatização de empresas estatais.
- (B) reforma do Estado com a minimização das políticas sociais, dos cortes de verbas na saúde, da reorganização do sistema de saúde e da universalização dos serviços, o que levou à queda da qualidade dos serviços, ampliando as dificuldades no acesso a esses bens.
- (C) reforma institucional orientada para a redução do tamanho e da capacidade do Estado, ajuste macroeconômico, das políticas de estabilização monetária e da privatização das empresas estatais, tendo início uma reforma do Estado na contramão da reforma democrática.
- (D) adoção de políticas que visem minimizar o tamanho do Estado, dos cortes de verba para saúde, da revitalização da competição de mercado e da limitação na provisão estatal de serviços, delimitando as funções do Estado, ampliando as dificuldades no acesso a esses bens.

**— QUESTÃO 34 —**

O controle social foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado na política de saúde pela Lei n. 8.142/1990, garantindo a criação de espaços com participação popular e descentralização na definição da política de saúde. Dentre os espaços de controle social, destacam-se os conselhos que, segundo Correia (2009), na perspectiva das classes subalternas, envolve:

- (A) o monitoramento e a fiscalização dos movimentos sociais a fim de se estabelecer uma pauta única de reivindicações que os agreguem em torno de interesses comuns.
- (B) a possibilidade dessas classes estabelecer, com as diferentes classes sociais, consensos para a elaboração e fiscalização da política de saúde.
- (C) a capacidade dessas classes, em luta na sociedade civil, de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos seus interesses.
- (D) a habilidade de negociação com as classes dominantes para regulamentar a política de saúde e mediar interesses conflituosos.

**— QUESTÃO 35 —**

Um dos princípios do Código de Ética Profissional do Assistente Social (1993) se refere ao empenho na luta pela eliminação de qualquer forma de discriminação, incentivando o respeito à diversidade e à participação dos segmentos socialmente discriminados. O Conselho Federal de Serviço Social (Cfess) lançou resoluções relacionadas a esse princípio, sendo uma delas a Resolução n. 615, de 8 de setembro de 2011, que dispõe sobre

- (A) o direito à livre orientação sexual e à livre identidade de gênero, no sentido de assegurar o pleno exercício da cidadania.
- (B) a defesa intransigente de travestis e transexuais nos espaços sócio-ocupacionais, sem serem discriminados por sua identidade sexual.
- (C) a adoção de condutas profissionais que incentivem a construção de uma nova ordem social, sem exploração de classe, gênero ou etnia.
- (D) a inclusão e o uso do nome social da assistente social travesti e do assistente social transexual nos documentos de identidade profissional.

**— QUESTÃO 36 —**

No tocante ao projeto ético-político do serviço social, Matos (2017) afirma que, pelas suas origens, houve a preocupação com a sistematização de um projeto advindo da organização político-profissional, mas que não se circunscreve apenas aos órgãos representativos da categoria. Assim, esse projeto aponta para

- (A) a intencionalidade dos valores democráticos e das perspectivas profissionais com viés construído socialmente ao longo do processo sócio-histórico.
- (B) a construção de forma propositiva de um exercício profissional comprometido com a justiça social e a liberdade como valores centrais.
- (C) a dimensão política de forma transformadora frente aos diferentes projetos societários estabelecidos quanto subjetivação da objetividade.
- (D) o trabalho profissional frente às complexas relações mediadas em suas formas de vida social, criando objetivações da realidade pautada na democracia.

**— QUESTÃO 37 —**

Para as residências multiprofissionais existe uma política nacional estabelecida que define tanto os parâmetros de funcionamento como prevê a avaliação dos programas, com impacto direto no seu credenciamento, certificação e ampliação de vagas. Silva e Mendes (Silva et al., 2013) colocam que, nessa perspectiva, os espaços privilegiados para intervir na política que rege a carga horária e as demais normativas das residências multiprofissionais são:

- (A) as Comissões Nacionais de Residência Multiprofissional em Saúde.
- (B) as Coordenações de Programas de Residências Multiprofissionais das Instituições.
- (C) os Congressos Nacionais de Residências Multiprofissionais em Saúde.
- (D) os fóruns coletivos de participação política em torno da residência multiprofissional.

**— QUESTÃO 38 —**

O serviço social é uma profissão que se particulariza na divisão sociotécnica do trabalho pelo seu trato com a questão social. Neste sentido, Veloso (Duarte et al., 2014), ao citar Iamamoto (1998), evidencia que a prática profissional deve ser tomada como trabalho e o exercício profissional, inscrito em processos de trabalho. Para esse autor, todo processo de trabalho é composto de um conjunto de três elementos, quais sejam:

- (A) a matéria-prima ou objeto sobre o qual incide o trabalho; os meios e os instrumentos de trabalho que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto; e a própria atividade de trabalho, a qual se direciona a um fim e tem por resultado um produto.
- (B) a contraposição ao projeto reformista da burguesia; o aspecto instrumental-operativo das respostas diante da questão social; e o trabalho como a condição de existência do ser social em suas particularidades expressas na sociedade capitalista.
- (C) o trabalho alienado desenvolvido para responder às necessidades empreendidas; as respostas profissionais diante das expressões da questão social; e o trabalho ontológico expresso pelo caráter teleológico de sua ação transformadora.
- (D) o reconhecimento enquanto classe trabalhadora; as múltiplas determinações das ações dos sujeitos circunscritas tanto na dinâmica da concreção do trabalho quanto nos dilemas decorrentes; e a realidade social como fruto de contradições da (re)produção social.

**— QUESTÃO 39 —**

O processo de consolidação do projeto ético-político pode ser circunscrito à década de 1990, que explicita a maturidade profissional do serviço social por meio de um escopo significativo de centros de formação, amplificando a produção de conhecimentos. Nessa época, segundo Teixeira (2009), pode-se atestar também a maturidade:

- (A) político-organizativa que se expressa nas rupturas com o seu tradicional conservadorismo.
- (B) ideopolítica que se expressa pela democratização de posicionamentos teórico-metodológicos.
- (C) político-organizativa da categoria através de suas entidades e de seus fóruns deliberativos.
- (D) ideopolítica da intervenção dos assistentes sociais, por meio de seus organismos representativos.

**— QUESTÃO 40 —**

Löwy (2015), ao explicitar sobre o conservadorismo na Europa, enfatiza que é a primeira vez, desde os anos de 1930, que a extrema-direita alcança tal influência na política, destacando tanto pela sua variedade quanto por pontos comuns. E, mesmo diante da complexidade da realidade destas formações políticas, traça uma tipologia da extrema-direita europeia atual, que se distingui por três tipos diferentes, a saber:

- (A) partidos de caráter diretamente facista e/ou neonazistas, partidos semifascistas e partidos de extrema-direita.
- (B) partidos de extrema-direita, partidos da social-democracia e partidos de centro-esquerda.
- (C) partidos da social-democracia, partidos xenofóbicos e misóginos e partidos de esquerda.
- (D) partidos fascistas clássicos, partidos fascistas e partidos de centro-esquerda.

**— QUESTÃO 41 —**

O Conselho Federal de Serviço Social (2017) aponta desafios a serem superados no âmbito da formação em saúde na modalidade de residências. Dentre eles, destaca-se a

- (A) necessidade de se instituir uma política de fixação dos profissionais egressos dos programas de residência no sistema público de saúde, cumprindo efetivamente sua proposta.
- (B) premência da elaboração de uma agenda única, defendendo melhores condições de trabalho que envolva todas as profissões representadas nas residências multiprofissionais em saúde.
- (C) exigência da construção de práticas baseadas na integralidade, universalidade, equidade e focalização, a fim de se enfatizar o caráter democrático dessa modalidade de formação.
- (D) urgência de se inserir nas disciplinas teóricas conteúdo relacionado à defesa do projeto de reforma sanitária e a reafirmação do projeto ético-político do serviço social.

**— QUESTÃO 42 —**

Bravo e Matos (Bravo et al., 2007) argumentam que, na década de 1990, o serviço social não passava ao largo das tensões estabelecidas entre o projeto privatista na saúde e o projeto de reforma sanitária, enfrentando, por isso, vários desafios. Em relação a esses argumentos, os autores ressaltam que um dos desafios se expressa quando o profissional

- (A) se capacita por meio de cursos que não guardam relação direta com a área da saúde, em geral de gerenciamento de recursos humanos, tornando sua prática meramente técnica.
- (B) se dispõe a compor equipes multiprofissionais que não se alinham aos objetivos presentes no projeto ético-político, o que concorre para o afastamento dos preceitos presentes no seu código de ética profissional.
- (C) se distancia, no cotidiano de seu trabalho profissional, do objetivo da profissão, que na área da saúde passa pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo de saúde-doença.
- (D) se vale da alta demanda institucional, para justificar sua atuação sem o embasamento de um projeto de intervenção crítico e alinhado ao projeto de reforma sanitária.

**— QUESTÃO 43 —**

Iamamoto (2009), ao discutir a questão social na atualidade, defende, como hipótese, que há em sua raiz as políticas governamentais favorecedoras da esfera financeira e do grande capital produtivo. Esse processo redimensiona a questão social na cena contemporânea, radicalizando suas múltiplas manifestações que

- (A) se impõem como expressão da pobreza que não encontra respaldo dos movimentos sociais organizados.
- (B) se afirmam como produto das injustiças sociais, passando a exigir maior intervenção do Estado neoliberal.
- (C) se reestruturam e se aproximam da pobreza extrema, que é sua mais legítima representação.
- (D) se tornam objeto de ações filantrópicas e de benemerência e de programas focalizados de combate à pobreza.

**— QUESTÃO 44 —**

O projeto ético-político do serviço social envolve uma série de componentes distintos. Como um dos componentes que engendraram o projeto ético-político do serviço social

- (A) está a teoria pós-moderna, que influenciou as bases latino-americanas da profissão.
- (B) está a consolidação da produção de conhecimento nos espaços da pós-graduação.
- (C) estão os determinantes microssociais, os quais demonstraram os limites profissionais.
- (D) estão os paradigmas da modernidade, com fundamentação neopositivista.

**— QUESTÃO 45 —**

As discussões sobre gênero constituem um dos focos do trabalho do assistente social e de suas preocupações de pesquisa. Há no serviço social uma compreensão geral de que o gênero

- (A) trata das relações de poder na vida social, nas quais posições assimétricas são atribuídas ao masculino e ao feminino.
- (B) diz respeito à orientação sexual de cada indivíduo, que é biológica e culturalmente determinada.
- (C) corresponde aos estudos feministas sobre o domínio do sexo masculino sobre o sexo feminino.
- (D) equivale à identidade sexual de homens e mulheres que se reconhecem de maneira oposta ao seu sexo biológico.

**— QUESTÃO 46 —**

O conservadorismo encontra condições favoráveis para se desenvolver em momentos de crise social, compreendendo as expressões da questão social como consequências de uma desagregação moral. As profissões não são imunes a essa invasão. Na particularidade do serviço social, há, por vezes, uma apropriação da intolerância e do racismo institucional tanto na formação quanto no exercício profissional. Nesse caso, parte da categoria (Barroco, 2015)

- (A) assume estratégias presentes na ofensiva direitista atual, respondendo a um conjunto de prescrições.
- (B) envolve-se em apelos irracionalistas que apontam para soluções pragmáticas.
- (C) envolve-se em ações que perfazem intervenções policiais, bem como a defesa dos direitos.
- (D) assume como bússola reatualizações da herança conservadora e desenvolvimentista.

**— QUESTÃO 47 —**

Iamamoto (2009) enfatiza que o capital financeiro – ao subordinar a sociedade aos seus ditames – aprofunda desigualdades de toda a natureza e torna paradoxalmente invisível o trabalho vivo que cria a riqueza e os sujeitos que o realizam. Nesse contexto, a “questão social” é mais do que pobreza e desigualdade, pois ela expressa a

- (A) banalização do humano, resultante de indiferença frente à esfera das necessidades das grandes maioria e dos direitos a elas atinentes.
- (B) mediocrização do humano diante das novas determinações históricas, revelando as nuances sociais, econômicas e políticas deste contexto.
- (C) vulgarização do humano, que implica nas determinações conjunturais e na potencialização das contradições imanentes ao sistema capitalista.
- (D) supereexploração do humano em detrimento do controle do lucro, ilustrada nas relações sociais e no modo de configuração destas na sociedade.

**— QUESTÃO 48 —**

Bravo e Matos (Bravo et al., 2007) evidenciam que, para trabalho na área da saúde, não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático. Na particularidade do serviço social, tal construção deve ter como eixo central tanto a articulação dos princípios dos projetos de reforma sanitária e ético-político quanto a

- (A) defesa intransigente dos direitos humanos e à recusa do arbítrio e do autoritarismo.
- (B) busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão.
- (C) articulação com outras categorias profissionais e à defesa de um projeto democrático.
- (D) construção e efetivação de espaços que garantam a participação da população e à defesa dos direitos à saúde.

**— QUESTÃO 49 —**

Na saúde, a grande bandeira continua sendo a implementação do projeto de reforma sanitária. Tendo esse projeto relação direta com o projeto profissional dos assistentes sociais, compreende-se que cabe ao serviço social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do SUS – formular estratégias que busquem, conforme o Cfess (2009),

- (A) viabilizar condições que fomentem o acesso à saúde, tornando matéria-prima do exercício profissional dos assistentes sociais e implicando no fortalecimento da política de saúde universal, na perspectiva do direito social, voltado ao projeto de reforma sanitária.
- (B) promover a reflexão crítica dos usuários nos processos de saúde, politizando suas ações e consolidando o papel dos assistentes sociais diante da democratização do acesso à saúde, em conformidade com o projeto de reforma sanitária.
- (C) reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético-político profissional deve, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária.
- (D) fortalecer as capacidades individuais e também coletivas de luta em torno da defesa da saúde pública, considerando que o trabalho do assistente social se direciona para o revigoramento do protagonismo dos sujeitos no processo saúde-doença.

**— QUESTÃO 50 —**

Segundo Yazbek (2009) na gênese do Serviço Social denota-se sua estreita relação com o ideário católico, imprimindo à profissão:

- (A) perspectiva de cunho religioso e humanista, com viés higienista na intervenção da questão social.
- (B) perspectiva conservadora católica, que em contato com o Positivismo imprimia a tecnicificação.
- (C) caráter conservador baseado no neotomismo e focando no reajuste da família desestruturada.
- (D) caráter de apostolado fundado em uma abordagem da questão social como um problema moral.