

# RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2022-2023

5

## PROVA DE SERVIÇO SOCIAL

### INSTRUÇÕES

01. Antes de ler as instruções, verifique se o **Nº DE INSCRIÇÃO** é o mesmo no **CARTÃO DE CONFIRMAÇÃO** e na **FOLHA DE RESPOSTAS**. Verifique também se a Área está correta.
02. Esta prova compõe-se de 50 (cinquenta) questões de escolha múltipla.
03. Cada questão apresenta 04 (quatro) opções e apenas uma resposta correta.
04. A maneira correta de marcar a resposta encontra-se indicada na folha de respostas. **Utilize a caneta azul ou preta**. Assine a folha de respostas **NA ÁREA CORRETA**. **NÃO rasure a folha de respostas**.
05. A prova terá a duração de **02 horas**.
06. Ao ser dado o sinal para o início da prova, abra o caderno e **verifique se ele está completo**.
07. Os últimos 03 (três) candidatos a terminar a prova só poderão retirar-se da sala juntos.
08. **OS FISCAIS, ALÉM DE NÃO CONHECEREM O CONTEÚDO DA PROVA, NÃO ESTÃO AUTORIZADOS A RESPONDER OU ESCLARECER DÚVIDAS SOBRE AS QUESTÕES.**
09. **ATENÇÃO: EM HIPÓTESE ALGUMA HAVERÁ SUBSTITUIÇÃO DO CARTÃO DE REPOSTAS, MESMO EM CASO DE MARCAÇÃO INCORRETA.**

**QUESTÕES 01 A 20 – Políticas Públicas em Saúde, SUS.**

01. As Redes de Atenção à Saúde apresentam três elementos constitutivos, são eles:

- a) a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde;
- b) os usuários, os profissionais e os gestores do Sistema Único de Saúde;
- c) a atenção primária à saúde, a atenção secundária e a atenção terciária;
- d) a estrutura logística e de governança, a avaliação/monitoramento e o financiamento.

02. A Atenção Domiciliar (AD) é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Pode-se afirmar que é diretriz da AD:

- a) ser estruturada de acordo com os princípios de prioridade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva exclusiva da Atenção Primária à Saúde – APS;
- b) estar incorporada ao sistema de regulação da APS, desarticulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;
- c) adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, ampliando a divisão da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais;
- d) estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

03. Considerando a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436/ 2017), é uma responsabilidade comum a todas as esferas de governo:

- a) apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica;
- b) apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;
- c) programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população;
- d) articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica.

04. Quanto às Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerando a infraestrutura, ambiência e funcionamento, pode-se afirmar, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que estas deverão:

- a) considerar a previsão de espaços físicos e ambientes adequados para a formação exclusivamente de estudantes e trabalhadores de nível superior multiprofissional em saúde;
- b) garantir o atendimento qualificado dos indivíduos, famílias e comunidade restritamente do território adscrito da unidade;
- c) assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas;
- d) ter um ambiente adequado, sendo recomendado contemplar entre outros: conforto térmico, acústico e recepção com grades para facilitar a comunicação privativa e a segurança dos profissionais que ali atuam.

05. No debate sobre promoção da saúde, especial destaque deve ser dado às políticas públicas saudáveis. O processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores, pode ser definido como:

- a) interdisciplinaridade;
- b) **intersetorialidade;**
- c) institucionalidade;
- d) integralidade.

7

a) 06. A pandemia por COVID-19 é um desafio para a ciência e sociedade que exigiu planos de gerenciamento de risco em níveis nacional, estadual, municipal e local. Na Atenção Primária à Saúde - APS o fortalecimento da atuação no território, foi central na atuação oportuna para o controle da pandemia, estabelecida em quatro eixos:

- a) infraestrutura das unidades; formação e educação permanente dos profissionais; mapeamento de problemas de saúde; e financiamento;
- b) ações de promoção da Saúde; transporte sanitário; material e equipamentos de segurança; e atendimento aos usuários acometidos pela COVID-19;
- c) vigilância sanitária ao território; educação em saúde para usuários; atendimento as urgências e emergências sanitárias; e retaguarda a ações coordenadas no território;
- d) **vigilância em saúde nos territórios; atenção aos usuários com COVID-19; suporte social a grupos vulneráveis; e continuidade das ações próprias da APS.**

07. Sob a influência do ideário da Conferência de Alma Ata e, a partir da Constituição de 1988 - Saúde como direito de cidadania, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), a construção de um novo modelo assistencial foi materializado na Atenção Primária à Saúde - APS, pelo Programa Saúde da Família. A singularidade deste modelo, em relação as experiências em outros países, é:

- a) a territorialização;
- b) a vigilância em saúde;
- c) **o agente comunitário de saúde na equipe;**
- d) a responsabilidade sanitária.

08. Ao comparar a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2011 e 2017, pode-se verificar mudanças relativas aos princípios, diretrizes e conceitos centrais da Atenção Básica ou APS. Na PNAB 2017 desaparece dos princípios enunciados a:

- a) equidade;
- b) descentralização;
- c) **humanização;**
- d) participação social.

09. Nas propostas dos Governos Temer e Bolsonaro para o Sistema Único de Saúde, pode-se identificar como características comuns:

- a) **financiamento reduzido e privatização;**

- b) participação da sociedade civil nos colegiados;
- c) ampliação da estratégia saúde da família nos grandes centros;
- d) recuperação da farmácia popular.

10. A contrarreforma da Saúde, iniciada no governo Temer e implementada no governo Bolsonaro, pode ser caracterizada por medidas que desresponsabiliza o Estado pela garantia do direito à saúde, a integralidade e universalidade, entre elas:

- a) a aquisição de aparelhos de Eletro-Convulso Terapia (ECT), 12 por unidades de públicas de saúde;
- b) o reconhecimento de práticas manicomiais como integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) do SUS;
- c) a exclusão do HIV/AIDS da nomenclatura do DDCCI como forma de ocultar a visibilidade da doença e a extinção do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ISTs;
- d) a municipalização da Política de Atenção à Saúde Indígena.

11. O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É de competência exclusiva da Comissão Intergestores Tripartite a pactuação de:

- a) diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos referentes a contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- b) responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- c) referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção a saúde para o atendimento da integralidade da assistência;
- d) critérios para o planejamento das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão.

12. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em Xangai (em 2016), com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, coloca um desafio de forte articulação intersetorial da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando quatro pilares:

- a) mobilização social; alimentação saudável; exercício físico; e financiamento;
- b) cidades saudáveis; bom governo; alfabetização em saúde; e mobilização social;
- c) exercício físico; atenção integral a saúde; escolarização; e cultura;
- d) prevenção do tabagismo; da violência; controle de doenças transmissíveis; e educação em saúde.

13. Estudos sobre o perfil sanitário da população brasileira, analisados no período de existência do SUS (1990 e 2015) aponta que ocorreram importantes mudanças (positivas) na saúde/doença da população e na redução da desigualdade, observados nos indicadores de saúde entre Estados da Federação, como verificado:

- a) no aumento das taxas de mortalidade por causas externas, violência e na redução da expectativa de vida;
- b) na redução das demandas por atendimento especializado e no aumento das mortes por AVC;
- c) na queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e causas evitáveis de morte, no aumento da expectativa de vida e em anos de vida saudáveis;
- d) na ampliação do acesso aos serviços de alta complexidade e mortalidade neonatal.

14. Desde sua criação em 1988, a expansão do SUS não foi acompanhada do aporte de recursos requeridos para implementar plenamente o seu desenho constitucional. Esse subfinanciamento crônico levam a persistentes desigualdades regionais e sociais. Estas desigualdades são agravadas por medidas político-econômicas desfavoráveis, como:

- a) Política Nacional de Atenção Básica - PNAB – Portaria nº 2488/2011;
- b) Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC95);
- c) Política de Assistência Farmacêutica – “Farmácia Popular”;
- d) Normas operacionais Básica/1996.

15. A conquista da participação social na gestão SUS é fundamental para sustentabilidade e continuidade de um sistema de saúde universal, igualitário e equânime. São consideradas instâncias colegiadas do SUS:

- a) conferências e conselhos de saúde, em cada esfera de gestão do SUS;
- b) conselhos de saúde no âmbito municipal e estadual;
- c) conselhos de saúde nas esferas municipais e conferências nacionais de saúde;
- d) conselhos de saúde em todas as esferas de gestão do SUS .

16. Não faz parte do rol das competências do SUS, nos termos da lei:

- a) executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, com exceção da área de saúde do trabalhador;
- b) fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- c) participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- d) colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

17. Segundo previsto no artigo 6º da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, **NÃO** se inclui no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a:

- a) execução de ações: de vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- b) participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- c) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- d) colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

18. **ANULADA** A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 institui o Programa Previne Brasil e estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Para efeitos de cálculo ponderado **NÃO** considera:

- a) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada na ESF e na equipe de Atenção Primária (EAP);
- b) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada na ESF e na EAP;
- c) a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- d) a população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e no Programa Auxílio Brasil.

19. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou, em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata. A conferência colocou a meta de “saúde para todos no ano 2000” e recomendou alguns pontos considerados essenciais para atingir tal objetivo, **excetuando-se**:

- a) promoção de suprimento de alimentos e nutrição adequada;
- b) distribuição de insumos básicos;
- c) abastecimento de água e saneamento básico;
- d) educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle.

20. Para MEDINA, Maria Guadalupe, et al.(2020) o enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, e deve considerar outras ações, **EXCETO:**

- a) a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação;
- b) as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção);
- c) parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade;
- d) dotar o sistema de recursos medicamentosos para oferecer a atenção preventiva adequada e oportuna.

#### QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Para ABRAMIDES (2021) No Brasil, os anos 90 espelham, portanto, a implantação do neoliberalismo sendo que na contracorrente, na direção de ruptura com o conservadorismo, construímos:

- a) o Novo Código de Ética com seus fundamentos ontológicos (1993), a Nova Lei de Regulamentação da profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares (1996);
- b) o Novo Código de Ética com seus fundamentos conservadores (1993), a Nova Lei de Regulamentação da profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares (1986);
- c) o Novo Código de Ética com seus fundamentos ontológicos (1993), a Nova Lei de Regulamentação da profissão (1989) e as Diretrizes Curriculares (1986);
- d) o Novo Código de Ética com seus fundamentos ontológicos (1993), a Nova Lei de Regulamentação da profissão (1993) e as Diretrizes Curriculares (1994).

22. A lei 10.216 (06 de abril de 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. No art. 6º, que trata da internação psiquiátrica, esta somente será realizada mediante:

- a) parecer do juiz;
- b) laudo médico;
- c) parecer da equipe interdisciplinar;
- d) relatório descritivo médico.

23. Na lei 10.741 (01 de outubro de 2003), em seu artigo art. 55, as entidades de atendimento governamentais que descumprirem as determinações desta lei ficarão sujeitas, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes ou prepostos, às seguintes penalidades, observado o devido processo legal:

- a) afastamento provisório de seus dirigentes e equipe de trabalhadores;
- b) fechamento provisório da instituição;
- c) interdição provisória da instituição;
- d) afastamento provisório de seus dirigentes.

24. Com base na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013), no seu art. 2º tem os seguintes objetivos específicos:

- a) qualificar os trabalhadores da saúde para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
- b) qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
- c) oferecer a qualificação dos trabalhadores com base no cuidado integral à saúde da população LGBT;
- d) propor integração da rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT.

25. BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. (2006) Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. O trabalho do Serviço Social tem como eixo central:

- a) a busca criativa e incessante de produção de conhecimento sobre a Reforma Sanitária e Serviço Social;

- 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) a construção de uma base de fundamentação sobre os princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social;
- d) o diálogo entre os principais fundamentos da Reforma Sanitária.

26. No Código de Ética Profissional (1993), capítulo II: das Relações Com as Instituições Empregadoras e Outras, em seu artigo art. 7º, constitui direito do assistente ter livre acesso à:

- a) população usuária;
- b) documentação da instituição empregadora;
- c) equipe da instituição empregadora;
- d) chefias imediatas e equipamentos parceiros.

27. Com base na obra de FORTI, V. COELHO. M. Contribuição crítica ao projeto ético-político do serviço social considerações sobre fundamentos e cotidiano institucional. (2015). A dimensão ético-política é responsável por:

- a) administrar na categoria o debate da ética profissional;
- b) fortalecer o debate da moral e da ética;
- c) impregnar de sentido, e dar direção social à ação profissional;
- d) debater à ação profissional.

28. GIOVANELLA. L. Atenção básica ou Atenção Primária à Saúde? (2018), a concepção de atenção primária à saúde em Alma-Ata contempla três componentes essenciais:

- a) acesso parcial do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social – três componentes caros ao SUS;
- b) acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e convivência social;
- c) acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social – três componentes caros ao SUS;
- d) acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se as singularidades e participação social – três componentes caros ao SUS.

29. Com base em BEHRING, Elaine. Política Social no contexto de crise capitalista. In.: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. (2009), a fórmula neoliberal para sair da crise pode ser resumida em uma proposição básica:

- a) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos;
- b) uma reforma fiscal, aumentando os impostos sobre os rendimentos mais baixos;
- c) uma disciplina orçamentária flexível;
- d) um Estado que fortalece os sindicatos; movimentos sociais.

30. ~~ANULADA~~ Com base em NETTO, José Paulo. (1991). Ditadura e Serviço Social. É no marco dos Seminários de Sumaré e Teresópolis que ressoam as formulações da vertente, denominada:

- ~~a) intenção de ruptura;~~
- ~~b) modernização conservadora;~~
- ~~e) reatualização do conservadorismo;~~
- ~~d) autocracia burguesa e Renovação do Serviço Social.~~



31. De acordo com BARROCO (2009), o primeiro Código de Ética Profissional do Serviço Social a romper com o histórico conservadorismo dos códigos brasileiros foi o de:

- a) 1947;
- b) 1975;
- c) 1993;
- d) 1986.

32. Com relação à guarda de crianças e adolescentes, a Lei 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – considera-se que:

- a) a guarda obriga a prestação de assistência material, moral e educacional à criança ou adolescente, conferindo a seu detentor o direito de opor-se a terceiros e não se opor aos pais;
- b) a guarda destina-se a regularizar a posse de fato, não podendo ser deferida, liminar ou incidentalmente, nos procedimentos de tutela e adoção;
- c) excepcionalmente, deferir-se-á a guarda, fora dos casos de tutela e adoção, para atender a situações peculiares ou suprir a falta eventual dos pais ou responsável, podendo ser deferido o direito de representação para a prática de atos determinados;
- d) a guarda confere à criança ou adolescente a condição de dependente, para todos os fins e efeitos de direito, com exceção dos previdenciários.

33. Como medida que visa o combate à exploração do trabalho infantil, a Lei 8.742/1993 - Lei Orgânica de Assistência Social, instituiu-se o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), que consiste em:

- a) apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, articulando os serviços socioassistenciais com as diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos;
- b) transferências de renda, trabalho social com famílias e oferta de serviços socioeducativos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho;
- c) ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos Cras, por meio do trabalho social com famílias em situação de vulnerabilidade social, com o objetivo de prevenir o rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária;
- d) contribuir para a retirada de crianças e adolescentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos em situação de trabalho, inclusive na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

34. A Lei 11.340/2006 que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, estabelece como uma de suas medidas integradas de prevenção o (a):

- a) encaminhamento à assistência judiciária, quando for o caso, inclusive para eventual ajuizamento da ação de separação judicial, de divórcio, de anulação de casamento ou de dissolução de união estável perante o juízo competente;
- b) contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual;
- c) destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher;
- d) acompanhamento a ofendida para assegurar a retirada de seus pertences do local da ocorrência ou do domicílio familiar.

35. A Lei 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência - estabelece em seu artigo 94 o “auxílio-inclusão”, destinado a pessoa com deficiência:



- a) leve ou moderada que receba o benefício de prestação continuada ou tenha recebido, nos últimos 5 (cinco) anos, e que exerça atividade remunerada que a enquadre como segurado obrigatório do RGPS;
- b) moderada ou grave que receba o benefício de prestação continuada ou tenha recebido, nos últimos 5 (cinco) anos, e que exerça atividade remunerada que a enquadre como segurado obrigatório do RGPS;
- c) leve, moderada ou grave que receba o benefício de prestação continuada ou tenha recebido, nos últimos 5 (cinco) anos, e que exerça atividade remunerada que a enquadre como segurado obrigatório do RGPS;
- d) moderada ou grave que receba o benefício de prestação continuada ou tenha recebido, nos últimos 2 (dois) anos, e que exerça atividade remunerada que não a enquadre como segurado obrigatório do RGPS.

36. De acordo com o artigo 5º da Lei 8.662/1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social, se configura como uma atribuição privativa desse profissional:

- a) a elaboração, coordenação, execução e avaliação de planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- b) o planejamento, a organização e a administração de benefícios e Serviços Sociais;
- c) o treinamento, a avaliação e a supervisão direta de estagiários de Serviço Social e de estagiários de outras áreas do campo multiprofissional;
- d) a coordenação de seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social.

37. De acordo com MENEZES (2021), o uso do termo *treinamento*, para designar as atividades do residente não se faz adequado, pois:

- a) o residente é um profissional em processo de formação por prazo determinado que buscará aprimorar seus conhecimentos a partir da construção de uma relação dialógica entre teoria e prática;
- b) o residente é um profissional em processo de formação por prazo determinado que buscará aprimorar seus conhecimentos a partir da construção de uma relação em que deve ser priorizada a prática;
- c) o residente é considerado um estagiário com graduação, inserido no campo para se especializar;
- d) o residente ainda não está qualificado para atuar no Sistema Único de Saúde como profissional.

38. KILDUFF (2021), ao retratar a questão do registro das atividades realizadas em grupo pela/o assistente social, chama à atenção sobre as características desse registro que:

- a) deve abarcar dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos são referentes ao tema discutido, data, horário, duração e quantidade de pessoas. Enquanto os dados qualitativos configuram-se com informações sobre o envolvimento dos participantes na discussão do tema, os pontos polêmicos apresentados e a avaliação da intervenção;
- b) deve abarcar dados quantitativos e qualitativos. No entanto devem ser registros rápidos, descritivos, empiristas, sem necessidade de mediação com a teoria;
- c) caso surja uma mensagem significativa verbalizada por algum membro, a mesma não deve ser registrada na ficha e ou prontuário do usuário ou família, somente no livro da equipe;
- d) é necessário focar no resgate das questões microestruturais e subjetivas das situações vivenciadas pelos usuários.

39. HORST e MIOTO (2017) apontam que a família sempre foi instância central na configuração da proteção brasileira e referência na estruturação das políticas setoriais, como saúde, educação e previdência. Tal centralidade da família, tanto como principal instância de provisão de bem-estar como de referência para a política social, define o caráter familista das sociedades latino-americanas. No Brasil vem sendo considerado um padrão cultural e político secular que tem se expressado no campo da legislação (solidariedade obrigatória) e na configuração da política social. Dessa forma, enfatizam que a contraditória relação entre política social no capitalismo dependente, agravada pela crise atual, e a centralidade nas famílias da classe trabalhadora se configura como uma confluência perversa que sempre acarretará:

- a) na compreensão por parte do Estado das situações vivenciadas pelos indivíduos e suas famílias como expressões da “questão social”;
- b) na transformação das bases de produção e reprodução das relações sociais;
- c) na sobrecarga e culpabilização das famílias e, principalmente, das mulheres;
- d) na devida responsabilização do Estado como a instância responsável pela garantia de direitos e pela oferta de atenção pública.

40. De acordo com NETTO (2012), constitui-se como uma das faces contemporâneas mais evidentes da barbárie atual no enfrentamento da “questão social”:

- a) a articulação inorgânica de repressão às “classes perigosas” e assistencialização minimalista das políticas sociais
- b) a articulação inorgânica de repressão às “classes perigosas” e no caráter familista das políticas sociais
- c) a articulação orgânica de repressão às “classes subalternas” e assistencialização minimalista das políticas sociais
- d) a articulação orgânica de repressão às “classes perigosas” e assistencialização minimalista das políticas sociais

14

41. Com base no texto da autora ANDREAZZI (2013), a lei federal responsável cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) para administrar instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, o que inclui hospitais universitários federais e hospitais das três esferas de governo é:

- a) 12.550 de 15/12/2011;
- b) 12.551 de 15/12/2010;
- c) 12.500 de 15/12/2011;
- d) 12.555 de 15/12/2011.

42. A partir do avanço técnico, informacional e digital, constata-se que a partir do advento dos *Smartphones*, *IPads*, *Ip hones*, algoritmos, inteligência artificial, internet das coisas, 5G, impressão 3D, entre outros, estava em curso importantes mudanças no mundo do trabalho. As grandes empresas plataformizadas são cada vez mais uberizadas em seu “modo de ser”, sob o aparente comando dos algoritmos, há programas rigorosamente controlados pelas grandes corporações para intensificar os tempos, os ritmos e movimentos da força de trabalho. Com o advento da Indústria 4.0 e a explosão do trabalho digital, *on line*, intermitente, uberizado, entre outros, estamos ingressando numa nova era de “desantropomorfização do trabalho”. O que para Antunes (2021) significa:

- a) enfatizar que trabalhadores e trabalhadoras adentraram em uma fase de redução ainda maior da dimensão humana no trabalho;
- b) dizer que a consequência mais perversa do trabalho uberizado se encontra na transfiguração que opera junto ao trabalho assalariado;
- c) mencionar que antes da pandemia já eram identificados altos índices de informalidade, de precarização e de desemprego;
- d) afirmar que trabalhadores e trabalhadoras presenciavam, a proliferação de uma miríade de trabalhos intermitentes, ocasionais, flexíveis, além de uma taxa explosiva de desemprego.

43. No artigo 198 da Constituição Federal de 1988 encontra-se a seguinte afirmação: “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado por diretrizes”. Assinale a alternativa que **NÃO** guarda correspondência com as diretrizes do SUS.

- a) descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

- b) ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- c) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- d) participação da comunidade.

44. A Portaria Nº 1.820, de 03 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, prevê a participação da população usuária dos serviços de saúde em conselhos, conferências de saúde, bem como o direito de representar e ser representado em todos os espaços de participação e de controle social do SUS. Os órgãos de saúde, como exemplo, os conselhos de saúde, deverão informar as pessoas sobre a rede SUS mediante os diversos meios de comunicação, bem como nos serviços de saúde que compõem essa rede de participação popular. A alternativa que **NÃO** corresponde ao elenco de responsabilidades dos conselhos de saúde sobre informar a população:

- a) otimizar o financiamento;
- b) formas de participação;
- c) composição do conselho de saúde;
- d) data, local e pauta das reuniões.

45. A desigualdade de raça é estruturante da desigualdade social brasileira. O racismo e o racismo institucional são práticas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, como, por exemplo, na morosidade da implementação de políticas públicas. Nesse sentido, podemos afirmar que o racismo é o principal determinante social em saúde para população negra, uma vez que:

- a) compreende a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população negra;
- b) identifica a precocidade dos óbitos, bem como das altas taxas de mortalidade materna e infantil;
- c) **incide negativamente sobre todos os fatores que compõem o conceito de saúde;**
- d) aponta a necessidade de promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais.

46. **ANULADA** No contexto atual de desregulamentação do trabalho e das profissões, ao Serviço Social são demandas novas e antigas questões decorrentes da desigualdade social em suas múltiplas faces e dimensões, identificando-se, em algumas situações, tratar-se de “demandas inadequadas” por exigirem do Serviço Social a subordinação dos objetivos, princípios e valores da profissão aos da instituição. Esse é um contexto que favorece a retomada de requisições históricas dirigidas ao Serviço Social, de enquadramento, disciplinarização e controle das classes e grupos subalternos, que reforçam a perspectiva do/a assistente social como profissional da coerção e do consenso, como analisou Yamamoto em 1982. Raquel Raichelis (2020) aponta como possibilidades de superação e enfrentamento das requisições impostas, às quais os/as assistentes sociais não estão obrigados/as a se submeter à utilização dos seguintes instrumentos:

- a) ampliar e multiplicar os fóruns, grupos de estudo, seminários, como mecanismos estratégicos nessa construção coletiva;
- b) resgatar o sentido de pertencimento de classe e as alianças com forças coletivas de resistência;
- e) resgatar o sentido de pertencimento de classe e as alianças com forças coletivas de resistência;
- d) lei de regulamentação profissional, código de ética de assistentes sociais, as resoluções do conjunto CFESS-CRESS, as notas técnicas e orientações.

47. Netto (2001) lembra que o desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a questão social. Diferentes estágios capitalistas produzem diferentes manifestações da questão social. Não se trata de uma seqüela adjetiva ou transitória do regime do capital, sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante. Neste sentido, conforme o autor mencionado acima, a questão social é:

- a) forjada pelo desemprego;
- b) decorrente da incapacidade social de se produzir riquezas;

- c) originária da polarização entre ricos e pobres;
- d) constitutiva do desenvolvimento do capitalismo.

48. A universalidade do direito – um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária – é um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto privatista da saúde. Os valores solidários, coletivos e universais que pautaram a formulação da Seguridade Social inscrita na Constituição de 1988 estão sendo substituídos pelos valores individualistas, corporativos, focalistas, que fortalecem a consolidação do projeto voltado para o mercado, que tem por suporte a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. Essa nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões. Pode-se afirmar que **NÃO** compromete o trabalho do/a assistente social:

- a) no fortalecimento do projeto ético-político profissional no cotidiano do trabalho do assistente social;
- b) nas condições de trabalho, na formação profissional e nas influências teóricas;
- c) na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais;
- d) na ampliação do trabalho precarizado os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

49. Encontra-se em Menezes (2021) a afirmação de que a “prática determina até onde pode se desenvolver o conhecimento”; o que implica na compreensão de que essa prática, especificamente, a prática profissional do/a assistente social, possui três dimensões que a compõe e de forma dialética a constitui. Essas dimensões articuladas vão construir uma prática profissional, que é a manifestação da competência profissional concatenada ao Projeto Ético-Político da profissão, do qual faz parte: os valores, os objetivos as funções e os requisitos teóricos, institucionais e práticos, para o exercício da profissão, bem como, as normas para com as demais profissões e instituições. A alternativa que denomina as três dimensões corretamente é:

- a) interventiva, teórico-metodológica e profissional.
- b) ético-política, histórica do Serviço Social e técnico-operativa.
- c) social, profissional e ético-política.
- d) teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa.

50. O fato de parte de a categoria ter feito a opção como referência pelo projeto Ético-Político do Serviço Social brasileiro oportunizou a construção de condições para que seja superada a lógica de inserção dos profissionais e da operacionalização das ações baseada em atenção individualizada, burocrática, repetitiva, acrítica, “humanizadora” de relações pessoais. Ações calcadas na orientação, no encaminhamento, no aconselhamento, no acolhimento, na humanização das relações pessoais. Assim, pode-se afirmar que compete ao Serviço Social:

- a) resgata o exercício de uma consciência social: consciência do direito do cidadão e do dever do Estado;
- b) apreender nas suas relações e conexões, explicitar e dar respostas às diferentes expressões da questão social presentes na área da saúde, para além do sofrimento físico e psíquico;
- c) fortalece o caráter público das ações e serviços da seguridade social e dos direitos sociais e a responsabilidade do Estado, definida na Constituição Federal;
- d) fortalecer a realização de uma prática na saúde que garanta a atenção prestada pelos assistentes sociais à questão social e não às suas diferentes expressões de forma fragmentada;