

PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE - 2018

Áreas de Concentração:

- **Atenção em Saúde da Mulher e da Criança;**
- **Atenção em Oncologia;**
- **Atenção em Terapia Intensiva e**
- **Saúde do Idoso.**

Prova a ser realizada pelos candidatos graduados em **SERVIÇO SOCIAL**

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- Além deste CADERNO DE QUESTÕES, você deverá ter recebido o CARTÃO DE RESPOSTAS com o seu nome e o número de inscrição. Confira se seus dados estão corretos e, em caso afirmativo, assine o cartão e leia atentamente as instruções para seu preenchimento. Em seguida, verifique se este caderno contém enunciadas 60 (sessenta) questões.
 - 01 a 10 – Sistema Único de Saúde
 - 11 a 45 – Conhecimentos Específicos
 - 46 a 55 – Língua Portuguesa
 - 56 a 60 – Língua Estrangeira
- Cada questão proposta apresenta quatro opções de resposta, sendo apenas uma delas a correta. A questão que tiver sem opção assinalada receberá pontuação zero, assim como a que apresentar mais de uma opção assinalada, mesmo que dentre elas se encontre a correta.
- Não é permitido usar qualquer tipo de aparelho que permita intercomunicação, nem material que sirva para consulta.
- Não é permitido copiar as opções assinaladas no Cartão de Respostas.
- O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento do Cartão de Respostas, é de **quatro horas**.
- Reserve os quinze minutos finais para preencher o Cartão de Respostas, usando, exclusivamente, caneta esferográfica de corpo transparente de ponta média com tinta azul ou preta (preferencialmente, com tinta azul).
- Certifique-se de ter assinado a lista de presença.
- Quando terminar, entregue ao fiscal o CADERNO DE QUESTÕES e o CARTÃO DE RESPOSTAS, que poderá ser invalidado se você não o assinar.

**APÓS O AVISO PARA INÍCIO DA PROVA, VOCÊ
DEVERÁ PERMANECER NO LOCAL DE REALIZAÇÃO
DA MESMA POR, NO MÍNIMO, 90 (NOVENTA) MINUTOS.**



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

01 Tendo em vista a nova Política Nacional da Atenção Básica, leia as assertivas I, II e III, a seguir.

- I O texto proposto reduz a população adscrita por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família de quatro mil pessoas localizadas dentro do seu território para 1.500 a 3.000, garantindo os princípios e diretrizes da AB.
- II Para a atualização da PNAB, o texto reforça e garante a continuidade do uso dos sistemas de informação em saúde da estratégia e-SUS AB, colocando como responsabilidades dos entes federados desenvolver, disponibilizar e implantar essas ferramentas e o prontuário eletrônico. A diretriz está em conformidade com o plano de informatização das UBS, uma das prioridades do Ministério da Saúde.
- III Não havia período definido para implantação de equipes depois da publicação do credenciamento em Portaria. A proposta define o prazo máximo de quatro meses para que o gestor municipal implante a equipe de saúde.

- (A) Somente a assertiva I é verdadeira.
- (B) As assertivas I e II são verdadeiras.
- (C) As assertivas II e III são verdadeiras
- (D) Somente a assertiva III é verdadeira.

02 Em relação aos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar:

- (A) O princípio da UNIVERSALIDADE considera a saúde como um “direito de todos e dever do Estado” se colocando como um direito fundamental de todo e qualquer cidadão.
- (B) O princípio da EQUIDADE confere ao Estado o dever do “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” em relação ao acesso que todo e qualquer cidadão tem direito.
- (C) A INTEGRALIDADE está relacionada com o mandamento constitucional de que “saúde é direito de todos”, previsto no artigo 196 da Constituição. Busca-se aqui preservar o postulado da isonomia, visto que a própria Constituição, em Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, artigo 5º, institui que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”.
- (D) Segundo o princípio da PARTICIPAÇÃO SOCIAL o Sistema Único de Saúde está presente nos três entes federativos - União, Estados, Distrito Federal e Municípios - de forma que, o que é da alçada de abrangência nacional será de responsabilidade do Governo Federal, o que está relacionado à competência de um Estado deve estar sob responsabilidade do Governo Estadual, e a mesma definição ocorre com um Município.

03 A Lei que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências é a seguinte:

- (A) 7.508/11.
- (B) 8.069/90.
- (C) 8.080/90.
- (D) 8.142/90.

04 Analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta. De acordo com o Art. 2º da lei Federal 8142/90 os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde.

- (A) Apenas I é verdadeira.
- (B) Todas são verdadeiras.
- (C) Apenas II é verdadeira.
- (D) Apenas III é verdadeira.

05 De acordo com a Constituição da República Federal do Brasil de 1988, analise as afirmações a seguir assinalando (V) para as VERDADEIRAS e (F) para as FALSAS:

- () São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
- () A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- () A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.
- () As instituições privadas não poderão participar de forma complementar do Sistema Único de saúde, segundo diretrizes deste, nem mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Marque a opção que apresenta a sequência CORRETA.

- (A) V – V – V – V
- (B) F – F – V – F
- (C) V – V – V – F
- (D) F – F – F – V

06 A Emenda Constitucional (EC) 29, regulamentada pela Lei Complementar n.º 141, de 16 de janeiro de 2012, atribui percentuais mínimos de investimento nos níveis federal, estadual e municipal, nas seguintes proporções:

- (A) 10% da receita do governo federal, 20% do estadual, 20% do Distrito Federal e 30% do municipal.
- (B) 30% da receita do governo federal, 20% do estadual, 20% do Distrito Federal e 10% do municipal.
- (C) a União aplica 30% do Produto Interno Bruto (PIB), os estados e o Distrito Federal, 12% de sua receita, e os municípios, 15%.
- (D) a União aplica o valor empenhado no ano anterior mais, no mínimo, a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB); os estados e o Distrito Federal, no mínimo, 12% de sua receita, e os municípios, no mínimo, 15%.

07 "Distribuição percentual dos óbitos de crianças menores de um ano de idade, por faixa etária, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado", refere-se à definição do indicador:

- (A) Taxa de Mortalidade Infantil.
- (B) Razão de Mortalidade infantil.
- (C) Coeficiente de Mortalidade em menor de um ano.
- (D) Mortalidade proporcional por idade em menores de um ano de idade.

08 De acordo com a Lei Federal 8080/90, não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade:

- (A) lucrativa.
- (B) assistencial.
- (C) organizacional.
- (D) filantrópica.

09 De acordo com o Estatuto do Idoso, previsto na Lei N° 10.741, de 1 de Outubro De 2003:

- (A) caberá ao promotor de justiça conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.
- (B) as transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o promotor de justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.

(C) ao familiar do idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

(D) os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objetos de notificação compulsória exclusiva dos profissionais que atuem nos órgãos policiais e judiciais competentes.

10 Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (CF) e regulamentado pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990. A respeito dessa legislação, é correto afirmar:

(A) A CF estabelece os princípios, as diretrizes e as competências do SUS e define o papel específico de cada esfera de governo no SUS.

(B) Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino somente poderão integrar-se ao SUS mediante celebração de convênio cujo objeto seja a realização de atividades de ensino, pesquisa e extensão.

(C) A legislação básica do SUS define que para ter saúde é preciso possuir acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer e educação, pois a saúde se expressa como um retrato das condições de vida.

(D) O sistema de saúde brasileiro compreende uma forma de gestão cooperada entre as três esferas de governo e permite a destinação de recursos públicos do sistema de saúde estadual para auxílio ou subvenções de instituições privadas com fins lucrativos.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

11 Behring e Boschetti (2007) apresentam um debate sobre a questão do método e as abordagens/correntes da política social, tendo em vista que as concepções da política social supõem sempre uma perspectiva teórico-metodológica. Sendo assim, leia as afirmações sobre as grandes matrizes do pensamento social apresentadas pelas autoras.

I Na perspectiva funcionalista o sujeito que pesquisa deve se colocar diante de seu objeto numa perspectiva de exterioridade, tal como os físicos, químicos e biólogos.

II No idealismo o sujeito se sobrepõe ao objeto, por se tratar de uma perspectiva metodológica de interpretar e pensar a sociedade superdimensionando o papel do sujeito, o qual concebe a realidade como resultado do pensamento.

III Na tradição marxista, o método crítico-dialético traz uma solução complexa e inovadora do ponto de vista da relação sujeito-objeto, posto

que sujeito e objeto são historicamente situadas e em relação, de forma que não há nenhuma perspectiva de neutralidade.

É correto afirmar que.

- (A) Somente as afirmações I e III são verdadeiras
- (B) Apenas a afirmação II é verdadeira.
- (C) Apenas a afirmação III é verdadeira.
- (D) Todas as afirmativas são verdadeiras.

12 Behring e Boschetti (2007) destacam que, com a hegemonia neoliberal, a tendência tem sido à de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo, segundo as autoras, o trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, a saber:

- (A) a seletividade, a flexibilidade e a equidade.
- (B) a privatização, a focalização e a descentralização.
- (C) a privatização, a mercantilização e filantropização.
- (D) a focalização, a universalidade e a justiça social.

13 De acordo com Behring e Boschetti (2007), o orçamento da seguridade social, assim como das demais políticas sociais, não pode ser compreendido sem referência à estruturação da carga tributária brasileira e de seu significado no âmbito da política macroeconômica. Nesse sentido, as autoras apontam que o Brasil tem uma carga tributária regressiva. A opção que melhor caracteriza essa carga tributária em nosso país é:

- (A) Os impostos e contribuições terminam por incidir principalmente sobre os trabalhadores.
- (B) Os impostos e contribuições terminam por incidir principalmente sobre os empresários.
- (C) Ocorre uma alta tributação sobre a renda que terminam por incidir principalmente sobre os empresários.
- (D) Ocorre uma alta tributação sobre o patrimônio com menor tributação ocorre sobre a folha de salário.

14 A concepção de Seguridade Social significou um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988. A proteção social está inserida no capítulo "Da Ordem Social" e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Taís avanços podem ser reconhecidos:

- (A) nos princípios da uniformidade e equivalência dos benefícios que garantem a diferenciação dos regimes urbanos e rurais na Previdência Social.

- (B) no princípio da universalidade que assegura o direito a assistência social, organizada por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
- (C) no princípio da universalidade que assegura a saúde como direito universal e é organizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (D) no princípio da seletividade e distributividade que garantem o direito a saúde aos que dela necessitarem por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

15 Bravo (2013) afirma que a concepção de saúde e suas práticas modificam-se a partir da dinâmica das relações sociais. Ao tratar sobre a saúde no capitalismo e os principais marcos e características da atenção à saúde nos países centrais nos séculos XVIII, XIX e XX, destaca as seguintes tendências:

- (A) a medicina social que vinculava a questão da saúde às condições de vida; o modelo unifatorial de doença com enfoque biológico e individual; o flexnerianismo, com causa da enfermidade individual e terapêutica hospitalar; a concepção de causalidade múltipla, considerando os fatores biológicos e sociais.
- (B) a Medicina do Estado na Alemanha, centrada no controle do nível de saúde da população; a Medicina Urbana na França, com métodos de vigilância e hospitalização; Medicina da Força de Trabalho na Inglaterra com controle da saúde e do corpo da classe trabalhadora.
- (C) a medicina Integral que instalou o confronto entre o caráter fragmentário do trabalho médico e a concepção biopsicossocial; a medicina preventiva, com uma leitura liberal dos problemas, com os custos; a medicina comunitária, com caráter ideológico e uma nova forma de prestar serviços a categorias excluídas do cuidado médico.
- (D) a saúde pública, com enfoque em campanhas sanitárias; a medicina previdenciária, com atendimento das demandas individuais; o modelo privatista voltado para o setor privado; a Reforma Sanitária, com luta pelo direito à saúde.

16 Com o Movimento de Reforma Sanitária, a saúde passa a assumir uma dimensão política, estreitamente vinculada à democracia. Segundo Bravo (2007), após a Constituinte de 1988 os setores progressistas comprometidos com a Reforma Sanitária passam a:

- (A) ampliar o espaço de atuação das entidades representativas dos profissionais e sindicatos médicos favorecendo o desdobramento da prática política, com articulação com os movimentos populares e avançando no âmbito parlamentar.
- (B) defender diretamente a vinculação com o setor privado em face das demandas que se multiplicaram em decorrência do nível de pauperização das classes trabalhadoras.
- (C) ampliar a proposta racionalizadora, que supunha a saúde como direito de cidadania e implicaria a responsabilidade do Estado sobre o sistema de saúde, mediante novos modelos de gestão.
- (D) perder espaços na coalização não governante e no interior dos aparelhos institucionais, com retrocesso político que repercutiu na saúde, tanto no aspecto econômico e quanto no político.

17 Na análise da política de saúde na atualidade, Menezes (2014) identifica:

- (A) a subordinação da política social ao capital financeiro, ampliação da concepção de seguridade social, influência da lógica de mercado no uso do fundo público, falta de articulação com os movimentos sociais, ampliação dos novos modelos de gestão.
- (B) a lógica de valorização do capital financeiro; a falta de viabilização da concepção de seguridade social, o subfinanciamento e distorções nos gastos público, não observância das deliberações dos conselhos e conferências; avanço da privatização.
- (C) a ampliação das parcerias público-privadas, viabilização da concepção ampliada de saúde, subfinanciamento, avanços e recuos nas experiências de controle social e participação social, vinculação das políticas sociais ao mercado.
- (D) a articulação com o capital financeiro, defesa do acesso universal a saúde, influência da lógica privatista, falta de articulação com os movimentos sociais, ampliação dos novos modelos de gestão.

18 No campo da saúde, os Conselhos representaram um importante avanço, mas, na conjuntura de fragilização das lutas sociais, segundo Menezes (2014), constata-se que:

- (A) a repolitização da sociedade civil tem se dado por meio de ações que contribuem para o apassivamento dos movimentos sociais

populares e da valorização da participação popular colaboracionista.

- (B) as entidades da sociedade civil conseguiram uma defesa da seguridade social, e da saúde em particular, com destaque aos movimentos sociais, sindical, partidos políticos e o movimento sanitário.
- (C) o surgimento de novas frentes no campo sindical, movimentos sociais e partidos com caráter classista, que não resistiram ao processo de cooptação.
- (D) a ampliação da participação via conselhos nos espaços dos novos modelos de gestão como as Organizações Sociais, EBSEH, Fundações.

19 A partir de uma perspectiva crítica na análise sobre o Serviço Social, nas suas particularidades que são reconhecidas, apropriadas e desenvolvidas, o exercício profissional é reconhecido como:

- (A) evolução da caridade que se constitui como uma estratégia do processo de descristianização da sociedade brasileira no resgate da moral e dos bons costumes.
- (B) dotado de autonomia relativa que exerce criticamente suas funções nos espaços sócio ocupacionais a partir das determinações das políticas sociais.
- (C) partícipe do trabalho coletivo, mas como trabalho especializado inserido na divisão social e técnica do trabalho e com uma natureza interventiva.
- (D) permeado pela coerção e consenso que até a cena contemporânea guarda traços severos do neoconservadorismo, imprimindo esta característica na sua prática social.

20 Conforme análise da literatura do Serviço Social, a questão social é nas suas expressões compreendida como o objeto de trabalho de Assistentes Sociais. Partindo desse pressuposto, é correto afirmar que está colocada a necessidade de enfrentamento do profissional a partir de:

- (A) sua mobilidade institucional para nas "brechologias" utilizar tais oportunidades para o atendimento dos usuários do serviço social que não apresentam capacidade organizativa para encaminhar suas reivindicações.
- (B) sua capacidade intelectual, sua dimensão investigativa, com particularidades crítica reflexiva e propositiva nos espaços sócio institucionais, compreendendo-os como locus de tensionamentos, demonstrando capacidade de negociação de seus projeto de trabalho como uma das formas de criar uma visibilidade ao exercício profissional.
- (C) sua potencialidade transformadora junto aos heterogêneos movimentos sociais, lutando por uma sociedade anticapitalista em conformidade com o Movimento de Reconceituação.

- (D) seu conhecimento técnico, pois como profissão interventiva, é necessário conhecer a realidade social nas suas múltiplas contradições e atuar em sintonia com o projeto ético político.

21 A partir do Movimento de Reconceituação e sua expressão brasileira no processo de renovação, sobretudo na sua vertente crítica, as vanguardas da profissão, entre o final da década de 1980 e início da década de 1990, constroem um projeto profissional crítico, ou seja, o projeto ético-político. Os projetos profissionais, assim constituídos, são:

- (A) produtos históricos dos tensionamentos entre os sujeitos profissionais, na disputa entre marxismo e conservadorismo e que constroem nesta pluralidade uma direção social estratégica na profissão, vinculada às propostas das políticas sociais, exercendo sua autonomia relativa, a partir do estabelecimento de regras, valores e condutas morais.
- (B) desdobramentos de extratos profissionais que, coletiva e individualmente, expressam sua autoimagem, seu significado sócio-histórico, seus confrontos de ideias, seus objetivos nas relações com as instituições empregadoras e com valores articulados ao contexto de transformações macrosociedades.
- (C) estratégias de enfrentamento dos agentes profissionais ao projeto capitalista, pois projetos profissionais se vinculam a projetos societários e que tem no horizonte a perspectiva de transformação da realidade social, capitaneada pelos assistentes sociais como segmentos das classes trabalhadoras.
- (D) estruturas dinâmicas que se renovam e contêm a autoimagem da profissão, seus valores e objetivos, requisitos teóricos, práticos e institucionais, normas e comportamentos profissionais, estabelecendo a base de suas relações com os usuários, com as outras profissões e com as organizações públicas e privadas.

22 A compreensão da relação entre teoria e prática, fundamental para o trabalho profissional, sempre esteve no debate não exclusivo da gênese da profissão, e na atualidade ele se revigora. Nesse sentido, podemos depreender que:

- (A) a teoria é o movimento de apreensão ideal do movimento do objeto e por isso ela é dinâmica, transitória e mutável, se configurando como uma unidade no diverso, considerando que a prática precede a teoria, e é naquela onde se encontram os elementos concretos para análise do real em suas contradições.
- (B) a teoria e a prática são elementos distintos, pois se referem a movimentos da realidade social de forma pulverizada, ou seja, a teoria

é aplicável na prática sem necessidade de mediações sócio-históricas, uma vez que elas constituem a mesma totalidade.

- (C) a prática assume uma importância mais relevante do que a teoria porque ela existe antes de pensarmos sobre os elementos concretos que a compõem, pois não é o homem como ser social que determina sua consciência, mas a realidade que a molda.
- (D) a prática não tem possibilidades de ser apreendida pela teoria uma vez que além de suas contradições, ela é possuidora de uma dinâmica singular, logo a teoria está sempre defasada em relação a compreensão dos fenômenos sociais que compõe os espaços sócio-ocupacionais.

23 As atribuições e competências de assistentes sociais são regulamentadas na Lei 8.662/93. Constituem, respectivamente, competências e atribuições privativas de assistentes sociais:

- (A) realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades / e realizar entrevistas, reuniões, relatórios e visitas domiciliares.
- (B) encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, a grupos e à população / realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social.
- (C) coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área da saúde / dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social.
- (D) prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias interdisciplinares / prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade.

24 De acordo com o Código de Ética Profissional, Lei 8.662/93, constitui dever de assistentes sociais manter o sigilo profissional. Nos termos do código, o sigilo é importante porque:

- (A) resguarda o profissional de envolvimento em situações vexatórias, de acordo com o decoro do trabalho.
- (B) protege o usuário em tudo aquilo de que o assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício profissional.
- (C) resguarda a instituição de processos disciplinares em decorrência do uso de informações sigilosas dos profissionais.

(D) permite o assistente social desempenhar suas funções com segurança, eficiência e continuidade.

25 O Código de Ética Profissional, em vigência desde 1993:

(A) não garante ao assistente social, sob quaisquer circunstâncias, o direito de manter o sigilo profissional.

(B) veda ao assistente social a possibilidade de devolver aos usuários as informações colhidas em estudos e pesquisas.

(C) determina como direito do assistente social participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades.

(D) prescreve ao assistente social o dever de denunciar ao Conselho Regional as instituições públicas ou privadas em que as condições de trabalho não sejam dignas.

26 O projeto ético-político que norteia o trabalho profissional de assistentes sociais aponta para:

(A) uso do arbítrio e do autoritarismo como uma forma de defesa dos direitos humanos.

(B) garantia do pluralismo através da supremacia da teoria marxista.

(C) o reconhecimento da liberdade como valor ético central.

(D) posicionamento em favor da equidade que assegure seletividade e maior acesso à bens e serviços.

27 Na análise sobre o Serviço Social e a Reforma Sanitária, Bravo (2007) enfatiza que:

(A) a saúde comunitária foi a ação mais desenvolvida pelos assistentes sociais, pois permitia uma ação global na discussão dos determinantes das condições de saúde como também abrir a comunidade viabilizando a participação na gestão popular.

(B) o Serviço social na saúde recebe influências da modernização, assumindo ações curativas, na assistência médica previdenciária, enfatizando técnicas de intervenção, burocratização das atividades, psicologização das relações sociais e concessão de benefícios concebidos como doação e não como direito.

(C) o Serviço social não conseguiu acompanhar o movimento desenvolvido pelos sanitaristas, pois os assistentes sociais progressistas estavam voltados para a revisão crítica de seus fundamentos no espaço da universidade, com contribuição residual aos profissionais que estavam nas instituições.

(D) a saúde coletiva foi caracterizada como um espaço de intervenção profissional, tantos pelas instituições quanto pelos assistentes

sociais, pois permitia um maior engajamento no movimento sanitário.

28 Em uma grande pesquisa realizada sobre o Serviço Social nos serviços de saúde, Vasconcelos (2007) indica a fratura e desconexão entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais e as possibilidades de prática postas na realidade, além de elaborar a seguinte hipótese:

(A) os assistentes sociais têm uma postura política favorável aos usuários, mas não têm tido condições objetivas de captar as possibilidades de ação contidas nessa realidade, visto as dificuldades de apropriação do referencial teórico que possibilite a ruptura com práticas conservadoras.

(B) os assistentes sociais têm uma postura política de controle dos usuários e reafirmam as demandas institucionais, devido às precárias condições de trabalho.

(C) os assistentes sociais têm uma postura política de ruptura com as práticas conservadoras, que se ampliam para além do movimento institucional e atingem os movimentos sociais e os órgãos de representação.

(D) Os assistentes sociais têm uma postura política de defesa dos usuários e, como estratégia para ampliação de direitos, direcionam suas ações para o apoio, informações, aconselhamentos, orientações e encaminhamentos.

29 Bravo e Matos (2006) ressaltam que o debate sobre a formação generalista e as tendências de estudos do serviço social na área da saúde deve considerar:

(A) a particularidade de demandas de cada clínica, que exige do assistente social a produção de conhecimento nas diferentes áreas de especialização da prática médica.

(B) a necessidade dos serviços de saúde que requisitam um conjunto de funções que historicamente é dirigido a profissão na divisão social e técnica do trabalho coletivo em saúde.

(C) a defesa do conceito ampliado de saúde, que exige que o assistente social responda as demandas subjetivas dos sujeitos a partir da construção de práticas terapêuticas.

(D) as atribuições e competências previstas na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas bases de formação profissional, presente nas Diretrizes Curriculares (1996).

30 A análise de Matos (2003) sobre a relação entre os princípios da Reforma Sanitária e o Projeto ético-político do Serviço Social afirma que:

- (A) não há penetração dos princípios da Reforma Sanitária no projeto ético-político do serviço social, pois os assistentes sociais não participaram efetivamente do movimento de reforma sanitária.
- (B) não há articulação entre os princípios, devido ao recuo da Reforma Sanitária na contrarreforma e o avanço do projeto ético político no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais na saúde.
- (C) não há negação dos princípios da Reforma Sanitária, já que o Serviço Social vem desenvolvendo práticas conservadoras no campo da saúde.
- (D) há uma penetração dos princípios da reforma sanitária e do projeto ético-político profissional nas produções dos assistentes sociais na área da saúde, havendo, no entanto, limites entre a intenção e a efetivação no cotidiano.

31 Segundo os Parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na política de saúde (CFESS, 2010), o trabalho de assistentes sociais na política de saúde, atua de forma articulada, dentro de uma concepção de totalidade, nos seguintes eixos:

- (A) atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional.
- (B) atendimento aos trabalhadores, individual ou em grupo, na pesquisa, no assessoramento e na mobilização dos trabalhadores; na defesa do movimento de Reforma Sanitária sustentada nas categorias de controle social dos trabalhadores; assessoria, qualificação e formação profissional.
- (C) ênfase nas determinações sociais e culturais no trato com usuários e familiares; mobilização, participação e controle social dos usuários; investigação, planejamento e gestão; defesa do movimento de Reforma Sanitária sustentada nas categorias de trabalho e reprodução social da vida.
- (D) atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; controle social dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos; assessoria, qualificação e formação profissional.

32 Vasconcelos e Baltar (2014), ao abordar a formação em saúde voltada para o SUS nos Hospitais Universitários (HUs), observam que:

- (A) os princípios socializantes e emancipatórios da Reforma Sanitária e do SUS têm sido ampliado pela presença das residências multiprofissionais nos Hospitais Universitários.

- (B) os aspectos e emancipatórios da Reforma Sanitária e do SUS têm sido ampliado a medida em que passam a estar vinculados com as necessidades do mercado privado de saúde.
- (C) os aspectos socializantes e emancipatórios da Reforma Sanitária e do SUS não estão sendo apropriados e a maioria dos profissionais não se reconhece como sujeitos do SUS.
- (D) os princípios socializantes e emancipatórios da Reforma Sanitária e do SUS têm sido questionado pelas propostas nas diretrizes de formação dos trabalhadores da saúde.

33 Sobre os desafios da residência multiprofissional e a interdisciplinaridade, Mendes (2013) destaca:

- (A) a ruptura com o modelo assistencial de hegemonia médica é um desafio histórico do SUS e a residência multiprofissional representa uma estratégia para assegurar a construção de práticas assistências coerentes com a concepção ampliada de saúde.
- (B) a interdisciplinaridade depende de políticas indutoras, afeitas ao escopo da gestão dos serviços e da política de saúde, pois as relações interprofissionais se baseiam em relações de poder.
- (C) a inserção de profissionais das diferentes áreas num programa de residência rompe com as lacunas do processo de formação em saúde, mediante construção de práticas interdisciplinares.
- (D) as residências multiprofissionais significam uma ruptura com práticas institucionais cristalizadas e as relações de poder construídas historicamente ao longo de décadas.

34 As possibilidades de atuação interdisciplinar de assistentes sociais na saúde, segundo Silva e Mendes (2013), devem:

- (A) incorporar novas práticas assistenciais, ampliando assim suas atribuições e competências para além do campo social.
- (B) ocupar os espaços de reuniões de equipe, rounds, discussões de caso, colegiados, respeitando, no entanto, a condução das profissões da área médica.
- (C) contribuir para a leitura das expressões da questão social junto a equipe de saúde, à medida que incorpora novas perspectivas terapêuticas de atenção ao usuário.
- (D) contribuir para o desvelamento das relações sociais contraditórias que se expressam nas condições de vida e de trabalho dos usuários dos serviços de saúde.

35 A avaliação socioeconômica dos usuários tem por objetivo:

- (A) elaborar protocolos que definem o fluxo de encaminhamentos para os diversos serviços.
- (B) funcionar como critério de elegibilidade e/ou seletividade estrutural, ainda que considerando os limites institucionais.
- (C) ser um meio que possibilite a mobilização dos mesmos para a garantia de direitos e não um instrumento que impeça o acesso aos serviços.
- (D) subsidiar utilização no exercício profissional de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias.

36 Os instrumentos e técnicas são inerentes à profissão desde sua gênese e tanto guardam traços conservadores como também são redirecionados pela proposta progressista da profissão. Sob influência dessas diferentes perspectivas, Ramos (2013) aponta que a entrevista social:

- (A) pode ser restrita ao preenchimento da ficha social, ou pode ser um instrumento de investigação da realidade do usuário, captando as informações que a equipe não consegue obter.
- (B) pode contribuir para um processo de burocratização das ações profissionais ou pode ser um instrumento de conhecimento da realidade do usuário, construção de estratégias de atendimento, acesso às informações e pesquisa.
- (C) pode ser uma ação mecanicista e sem reflexões, ou um espaço de escuta terapêutica que permita abordar os aspectos subjetivos das demandas apresentadas.
- (D) pode ser tratada como inquérito ao usuário, ou como um instrumento de análise de pesquisa, voltado para as demandas institucionais.

37 Mioto (2009) menciona que Esping-Andersen (1991), ao analisar os sistemas de proteção social dos diferentes modelos de Estados de Bem-Estar Social, trabalha com dois conceitos-chave, o de desfamíliação e o de familismo. Tendo em vista esses dois conceitos, indique a opção **INCORRETA**.

- (A) O familismo está presente apenas nos países que construíram sistemas de proteção social tardiamente, nesses o Estado passa a assumir a responsabilidade pelo bem-estar das famílias.
- (B) A desfamíliação refere-se ao grau de abrandamento da responsabilidade familiar em relação à provisão de bem-estar social, seja através do Estado ou do mercado.
- (C) O processo de desfamíliação pressupõe a diminuição dos encargos familiares e a independência da família.

(D) O familismo está presente nos sistemas de proteção social em que as políticas sociais considera ou insiste em que as famílias devem assumir a principal responsabilidade pelo bem-estar de seus membros.

38 Mioto (2009) menciona que a proteção social no Brasil configurou-se ao longo de sua história por um caráter fortemente familista. Com base na obra da autora, marque a opção que **NÃO** corresponde a um dos processos e/ou elementos que abalaram/tencionaram essa tendência familista historicamente construída no âmbito das políticas sociais no país.

- (A) a eclosão dos novos movimentos sociais, da estrutura sindical e do reordenamento dos partidos políticos no período pós-ditatorial.
- (B) a instauração da democracia e o resgate da dívida social, tendo em conta tanto a desigualdade histórica e estrutural da sociedade da sociedade brasileira.
- (C) a ofensiva neoliberal, que a partir dos anos 1990 no país vem transferindo a responsabilidade pelo bem-estar social às famílias por meio dos processos de privatização, mercantilização e assistencialização das políticas sociais.
- (D) o movimento em direção ao alargamento da concepção de cidadania, conseqüentemente na luta pela ampliação e universalização dos direitos sociais.

39 Guimarães (2017), ao analisar a abordagem familiar e comunitária, aponta as expressões conservadoras no trabalho em saúde que:

- (A) possibilitam a articulação coletiva para o enfrentamento das necessidades sociais, já que em um cenário de contenção de acesso aos recursos terapêuticos, a terapia comunitária traz para o campo psíquico o enfrentamento das expressões da questão social.
- (B) promovem o reconhecimento da centralidade da família nas políticas sociais e sua função protetiva por meio do cuidado, exigindo a responsabilização do Estado na oferta de políticas sociais.
- (C) propiciam aos profissionais de saúde importantes instrumentos de abordagem, que auxiliam na ampliação da análise das famílias para além das relações (intra) familiares.
- (D) privilegiam o enfoque individual, com esvaziamento político das demandas coletivas, que se estabelece como proposta mediadora, centrada na subjetivação, no autocuidado e na responsabilização individual.

40 Em “a teoria crítica da família”, a repressão ao exercício da sexualidade feminina, na literatura marxista, é consequência de um determinado momento de institucionalização da família monogâmica que se explica a partir da:

- (A) dimensão alienante e do moralismo atribuído às religiões cristãs.
- (B) proteção e da perpetuação da propriedade privada.
- (C) ausência de normatização estatal sobre as relações conjugais burguesas.
- (D) necessidade humana de criar limites e preservar o matrimônio.

41 O Sistema Único de Saúde, dando cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º 258, de 6/11/1997) e o artigo 128 do Código Penal que autoriza o aborto nos casos de gravidez, resultante de violência sexual, dentre outras medidas, prevê:

- (A) interrupção da gravidez até 20 semanas de idade gestacional e prevenção profilática de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV.
- (B) interrupção da gravidez até 15 semanas de idade gestacional e apoio psiquiátrico.
- (C) apoio laboratorial para auxiliar no diagnóstico e no rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis e interrupção da gravidez até 25 semanas de idade gestacional.
- (D) coleta de material para identificação do agressor por meio do exame de DNA que deverá ficar arquivado no serviço, em condições adequadas, à disposição da Justiça e a interrupção da gravidez até 10 semanas de idade gestacional.

42 O objetivo geral das diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde é:

- (A) fomentar o debate com gestores e profissionais de saúde sobre a importância do cuidado integral, do direito à saúde de adolescentes e jovens e da abordagem dos determinantes de saúde que impactam nessa população, refletidos nos instrumentos de gestão do SUS (planos de saúde, planos diretores de regionalização); nos de investimento e nos termos de compromisso de gestão.
- (B) fortalecer junto às três esferas de gestão do SUS o processo de elaboração, de execução e de avaliação das estratégias norteadas pelas Diretrizes para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, articuladas com outras políticas de atenção à saúde.
- (C) sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e

políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens.

- (D) cooperar tecnicamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão do SUS para a integralidade do cuidado ao crescimento e desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e de jovens para a elaboração de estratégias, passíveis de acompanhamento e avaliação, articuladas com as áreas e programas de interface do setor saúde.

43 A portaria nº 874 de 16 de maio de 2013, institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com os princípios e diretrizes relacionados ao cuidado integral, conforme o artigo 13, fazem parte do cuidado integral:

- (A) a prevenção, a detecção precoce, a diagnóstico, o tratamento e os cuidados paliativos, que devem ser oferecidos de forma oportuna, permitindo a continuidade do cuidado.
- (B) a promoção de práticas corporais e atividades físicas, tais como a ginástica, caminhadas e jogos esportivos e populares.
- (C) o fortalecimento de políticas públicas que visem desenvolver ao máximo a saúde potencial de cada cidadão, incluindo políticas que tenham como objeto a criação de ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento de habilidades individuais e sociais ao autocuidado.
- (D) a promoção de hábitos alimentares saudáveis como aleitamento materno, exclusivo até os 6 (seis meses de vida, e o aumento de consumo de frutas, legumes e verduras, incluindo-se as ações educativas e intervenções ambientais e organizacionais.

44 O prazo para o início do tratamento com neoplasia maligna, após o fechamento do diagnóstico, segundo o que dispõe a Lei nº 12.734 de 22 de novembro de 2012 é:

- (A) imediato.
- (B) até 10 dias.
- (C) até 30 dias.
- (D) até 60 dias.

45 Segundo Guerra (2009), a Investigação e a Intervenção constituem dimensões da formação e do exercício profissional do Assistente Social. Indique as potencialidades, ou seja, as possibilidades que a pesquisa apresenta no exercício profissional do Assistente Social.

- (A) A pesquisa abre possibilidades de ampliar o conhecimento no nível teórico, portanto, ela é útil ao Serviço Social nesta dimensão.
- (B) A pesquisa possibilita o desenvolvimento de competências profissionais nos níveis teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.
- (C) A pesquisa, no nível das competências técnico-operativas, pouco contribui para a ampliação da capacidade de ação do Assistente Social.
- (D) A pesquisa amplia a possibilidade de desenvolvimento de competências profissionais no nível teórico metodológico e no nível político.

O cirurgião sul-africano de 45 anos venceu nessa corrida os americanos, que também estavam a caminho de conseguir essa façanha.

E, em parte, o feito do sul-africano se tornou possível graças à definição médico-jurídica da morte distinta em ambas as margens do Atlântico.

Coração branco

Na África do Sul, um paciente é considerado morto quando os médicos o declaram como tal. Nos Estados Unidos, em compensação, o coração deve deixar de bater de maneira efetiva, o que reduz as possibilidades de êxito de um transplante.

Christiaan Barnard poderia, inclusive, ter realizado a operação semanas antes, já que havia um doador mestiço compatível, mas essa operação era impossível no contexto do apartheid. Teria, com certeza, sido interpretado como um novo ato demoníaco do regime sul-africano racista.

Fonte: <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/ha-50-anos-medico-fazia-1-transplante-de-coracao-sob-criticas-por-tentar-ser-deus.ghtml>

LÍNGUA PORTUGUESA

HÁ 50 ANOS, MÉDICO FAZIA 1º TRANSPLANTE DE CORAÇÃO SOB CRÍTICAS POR 'TENTAR SER DEUS'

Cirurgião Christiaan Barnard foi o primeiro a fazer a cirurgia no mundo em 3 de dezembro de 1967, na África do Sul.

Na madrugada de 3 de dezembro de 1967, o cirurgião Christiaan Barnard realizou com êxito o primeiro transplante de coração na África do Sul. A façanha valeu a ele o reconhecimento de seus pares, e também o ódio de quem o criticou por agir como se fosse Deus.

"Não havíamos imaginado nem um só segundo que esse sucesso fosse gerar tanta indignação pública", contou a enfermeira Dene Friedmann, que na sala de cirurgias com azulejos cor verde água acompanhou há 50 anos a operação pioneira.

"O professor Barnard recebeu cartas muito críticas, cartas horríveis, que o chamavam de 'carneiro'", recordou Friedmann. (...)

Na ocasião, a revista francesa Paris Match também abraçou a polêmica com a manchete "A batalha do coração. Os cirurgiões têm esse direito?".

No imaginário coletivo, o coração não é um órgão como os demais e sua carga simbólica é muito maior. "Naquela época, havia muitas questões éticas a resolver", explicou a enfermeira.

Mas a comunidade científica celebrou a proeza técnica e também muitos cidadãos aplaudiram o feito. "Um êxito mais importante que a exploração espacial" e "Ouvimos este batimento de coração no mundo inteiro" foram alguns dos comentários positivos. (...)

46 Segundo o texto, o primeiro transplante de coração exitoso foi realizado na África do Sul – e não nos Estados Unidos - porque

- (A) na África do Sul, havia muitos doadores mestiços, brancos e negros.
- (B) no país do *apartheid*, ser pioneiro na medicina provaria que o país não era racista.
- (C) nos Estados Unidos, não quiseram enfrentar a crítica decorrente do procedimento.
- (D) nos Estados Unidos, não foi possível retirar o coração do doador antes que ele parasse de bater.

47 A questão ética enfrentada pelo dr. Barnard dizia respeito

- (A) à interferência humana na vida e na morte.
- (B) ao racismo sul-africano na escolha do doador do coração.
- (C) à disputa do pioneirismo no transplante do coração com os Estados Unidos.
- (D) ao fato de o primeiro transplante ter sido realizado em um regime de *apartheid*.

48 Para se chegar à compreensão/interpretação de textos, geralmente é necessário ativar conhecimentos de mundo compartilhados culturalmente, como ocorre no entendimento da expressão sublinhada no trecho “E, em parte, o feito do sul-africano se tornou possível graças à definição médico-jurídica da morte distinta em ambas as margens do Atlântico” (linhas 35-36), que se refere

- (A) à França e à África do Sul.
- (B) às Américas do Sul e do Norte.
- (C) aos Estados Unidos e ao Brasil.
- (D) aos Estados Unidos e à África do Sul.

Leia o fragmento seguinte para responder às questões **49** e **50**.

“Na madrugada de 3 de dezembro de 1967, o cirurgião Christiaan Barnard realizou com êxito o primeiro transplante de coração na África do Sul. A façanha valeu a ele o reconhecimento de seus pares, e também o ódio de quem o criticou por agir como se fosse Deus.” (linhas 1-6)

49 Esse fragmento tem estrutura do tipo

- (A) descritivo.
- (B) narrativo.
- (C) dissertativo.
- (D) enumerativo.

50 O primeiro período do trecho é retomado por

- (A) coesão gramatical pela expressão “a ele”.
- (B) coesão lexical pela expressão “a façanha”.
- (C) coesão estrutural pela expressão “o reconhecimento”.
- (D) coesão temporal pela expressão “na madrugada”.

51 “Mas a comunidade científica celebrou a proeza técnica e também muitos cidadãos aplaudiram o feito”. (linhas 24-26) O conector sublinhado

- (A) revela uma contradição no estabelecimento da coerência.
- (B) aponta para a evolução de argumentos de mesma base discursiva.
- (C) reforça a mudança de perspectiva na progressão das ideias.
- (D) indica um desvio da norma gramatical na introdução de parágrafo com conjunção.

52 Na frase “Na África do Sul, um paciente é considerado morto quando os médicos o declaram como tal” (linhas 38-40), a palavra sublinhada significa, nesse caso,

- (A) ideal.
- (B) morto.
- (C) doador.
- (D) paciente.

53 A preposição “de” inicia um termo de valor adverbial em:

- (A) “...o chamavam de 'carneiro'...” (linhas 14-15)
- (B) “A façanha valeu a ele o reconhecimento de seus pares...” (linhas 3-5)
- (C) “...o coração deve deixar de bater de maneira efetiva.” (linhas 40-41)
- (D) “...também estavam a caminho de conseguir essa façanha...” (linhas 31-32)

54 “Nos Estados Unidos, em compensação, o coração deve deixar de bater de maneira efetiva, o que reduz as possibilidades de êxito de um transplante”. (linhas 40-43)

No contexto em tela, a expressão sublinhada poderia ser substituída por:

- (A) por isso.
- (B) dessa forma.
- (C) por outro lado.
- (D) em virtude disso.

55 “Christiaan Barnard poderia, inclusive, ter realizado a operação semanas antes, já que havia um doador mestiço compatível, mas essa operação era impossível no contexto do apartheid. Teria, com certeza, sido interpretado como um novo ato demoníaco do regime sul-africano racista”. (linhas 44-49)

Nesse último parágrafo, o tempo das formas verbais “poderia ter realizado” e “teria sido interpretado” indica um fato

- (A) real.
- (B) concluído.
- (C) prolongado.
- (D) hipotético.

LÍNGUA ESPANHOLA

Lee el siguiente texto y escoge la opción correcta en las cuestiones formuladas seguidamente:

Atención: Brasil está en alerta por fiebre amarilla y tenés que vacunarte si viajás

Hay mas de 20 muertos. Seis personas fallecieron en lo que va de enero. La OMS incluyó a San Pablo en las ciudades riesgosas

Brasil registró 35 casos y 20 muertes confirmadas por fiebre amarilla desde julio de 2017 hasta el 14 de enero de este año, informó el Ministerio de Salud, que se negó a hablar de un nuevo brote en el país y aseguró que tiene vacunas para inmunizar a toda la población.

Del total de fallecimientos, 11 se notificaron en Sao Paulo, 7 en Minas Gerais y otro más en Río de Janeiro, los tres estados más poblados del país por ese orden y ubicados en la región sureste del país.

También hubo otra muerte en Brasilia, la capital del país, mientras que otros "óbitos están sobre investigación y considerados como sospechosos", señaló el secretario ejecutivo del Ministerio de Salud, Antônio Nardi, en una rueda de prensa.

Del total de muertes, seis fueron registradas en este 2018.

En cuanto a los casos confirmados, 20 fueron en Sao Paulo, 11 en Minas Gerais, tres en Río de Janeiro y uno en Brasilia, mientras que 290 fueron descartados y 145 todavía están siendo investigados.

"Estamos seguros de que la estrategia adoptada será suficiente para contener el avance de la enfermedad como hicimos también el año pasado", comentó a Efe el ministro de Salud, Ricardo Barros, en una conversación telefónica posterior a la divulgación de los datos.

El Ministerio de Salud contabiliza los nuevos casos desde julio pasado, poco antes de declarar el fin de la emergencia sanitaria provocada por un brote de fiebre amarilla que afectó entonces a toda la región sureste y causó, entre diciembre de 2016 y mediados de 2017, unas 260 muertes y cerca de 800 casos confirmados.

No obstante, a pesar de la alarma generada este año en algunos estados como Sao Paulo y Río de Janeiro, donde se han visto largas finales para obtener la vacuna, la cartera se negó a hablar de un nuevo brote y se limitó a decir que se trata de "un aumento de incidencia de la circulación viral".

"En este momento no estamos hablando de un brote, estamos hablando de un aumento de incidencia contenido en esos estados", subrayó Nardi.

Preguntado sobre el estoque total de vacunas que tiene Brasil, el secretario afirmó que el número de dosis es "suficiente" para inmunizar "a toda la población brasileña en caso necesario, de forma fraccionada".

Según datos oficiales, la población de Brasil supera en la actualidad los 200 millones de habitantes.

Igualmente, recordó que ahora "no hay necesidad de una campaña nacional" y que "todos los análisis" apuntan a que los nuevos casos de fiebre amarilla registrados desde julio se tratan del tipo silvestre, transmitida por las especies de mosquito *Haemagogus* y *Sabethes*, presentes en zonas boscosas.

En cuanto a la del tipo urbana, transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, el vector del dengue, el zika y el chikunguña, no se tienen casos en Brasil desde 1942.

Ante el riesgo de una expansión mayor, algunos estados como el de Sao Paulo han anticipado para el próximo 29 de enero la campaña de vacunación fraccionada que estaba prevista para el 3 de febrero y que se iba a hacer extensible a Río de Janeiro y Bahía con la intención de inmunizar a cerca de 20 millones de personas.

"Toda vez que se confirme la muerte de monos por fiebre amarilla realizaremos la vacunación de toda la población del entorno", apuntó el ministro Barros.

La estrategia de vacunar de manera fraccionada consiste en aplicar dosis menores de la vacuna estándar, las cuales garantizan la protección durante al menos dos años.

De acuerdo con Nardi, se ha optado por la estrategia del fraccionamiento para, en un corto espacio de tiempo, "conseguir un mayor número de población inmunizada, conteniendo así la expansión del virus".

El estado de Sao Paulo fue incluido hoy por la Organización Mundial de la Salud en la lista de regiones que sólo recomienda visitar a personas ya vacunadas contra fiebre amarilla.

La secretaria regional de salud de Sao Paulo señaló que desde enero de 2017 se han registrado 21 muertes en todo el estado, pero no precisó el número exacto de fallecidos desde julio pasado hasta las primeras semanas de 2018.

Los Andes. Disponible em <https://losandes.com.ar/article/view?slug=atencion-brasil-esta-en-alerta-por-fiebre-amarilla-y-tenes-que-vacunarte-si-viajas> (Acesso em 12 de janeiro de 2018).

56 El titular de esta noticia de Agencias difundida por un periódico argentino alerta a su lector tratándolo de

- (A) tú.
- (B) vos.
- (C) usted.
- (D) señor.

57 En el texto de la bajada o copete de la noticia, que se encuentra situada debajo del titular, se informa de que seis personas murieron por causa de la fiebre amarilla en Brasil

- (A) antes de empezar el mes de enero.
- (B) durante todo el mes de enero.
- (C) después de acabarse enero.
- (D) entre los primeros días de enero.

58 La expresión “aumento de incidencia de la circulación viral” es una fórmula empleada por

- (A) los periodistas para explicar la emergencia sanitaria en Brasil.
- (B) el secretario para evitar hablar de brote de fiebre amarilla
- (C) el ministro para expresarse correctamente antes los medios.
- (D) los enfermos de fiebre amarilla para referirse a su situación.

59 El Ministerio de Sanidad optó por un modelo de vacunación para intentar detener la expansión del virus. Se trata de la vacunación

- (A) obligatoria.
- (B) animal.
- (C) completa
- (D) fraccionada.

60 En el fragmento: “La estrategia de vacunar de manera fraccionada consiste en aplicar dosis menores de la vacuna estándar, las cuales garantizan la protección durante al menos dos años”, el pronombre relativo “las cuales” se refiere a

- (A) “La estrategia de vacunar”.
- (B) “al menos dos años”
- (C) “dosis menores de la vacuna estándar”
- (D) “toda la población del entorno”

LÍNGUA INGLESA

Read the text below and answer the questions which follow it.

The Basic Principles of Medical Ethics: the case of reproductive technology

Bioethicists often refer to the four basic principles of health care ethics when evaluating the merits and difficulties of medical procedures. Ideally, for any medical practice to be considered "ethical", it must respect all four of these principles: autonomy, justice, beneficence, and non-maleficence. The use of reproductive technology raises questions in each of these areas.

- **Autonomy**

Requires that the patient have autonomy of thought, intention, and action when making decisions concerning health care procedures. Therefore, the decision-making process must be free of coercion. In order for a patient to make a fully informed decision, she/he must understand all risks and benefits of the procedure and the likelihood of success. Because ARTs (assistive reproductive technologies) are highly technical and may involve high emotions, it is difficult to expect patients to be operating under fully-informed consent.

- **Justice**

The idea that the difficulties and benefits of new or experimental treatments must be distributed equally among all groups in society. It requires that procedures follow existing laws and are fair to all players involved. The health care provider must consider four main areas when evaluating justice: fair distribution of scarce resources, competing needs, rights and obligations, and potential conflicts with established legislation. Reproductive technologies create ethical dilemmas because treatment is not equally available to all people.

- **Beneficence**

It requires that the procedure be provided with the intention of doing good for the patient involved. Beneficence also demands that health care providers develop and maintain skills and knowledge, continually update training, consider individual circumstances of all patients, and strive for net benefit.

- **Non-maleficence**

It requires that a procedure does not harm the patient involved or others in society. Infertility specialists, understandably presuppose that they are doing no harm or at least minimizing harm by pursuing the greater good. However, because ARTs have limited success rates and uncertain results, the emotional state of the patient may be impacted negatively. In some cases, it is difficult for doctors to successfully apply the do no harm principle.

Adapted from: <<https://web.stanford.edu/class/siw198q/websites/reprotech/New%20Ways%20of%20Making%20Babies/EthicVoc.htm>>. Access. 10 Jan. 2018.

Glossary

<i>raises</i>	- levanta
<i>fair</i>	- justo/a
<i>strive</i>	- esforçam-se
<i>pursuing</i>	- buscando
<i>rates</i>	- taxas

56 The four basic principles of medical ethics discussed in the text apply to

- (A) all medical practices.
- (B) to any unethical medical practice.
- (C) medical practices performed by bioethicists.
- (D) only to ARTs (assistive reproductive technologies).

57 The principle of “autonomy” (paragraph 2) refers to the

- (A) health care provider’s decisions.
- (B) patient’s decision-making process.
- (C) risks and benefits of ARTs procedures.
- (D) fully informed decisions made by doctors.

58 “*fair distribution of scarce resources, competing needs, rights and obligations, and potential conflicts with established legislation*” (paragraph 3) are aspects which, according to the text,

- (A) must be considered when evaluating justice.
- (B) result from ethical dilemmas in ARTs treatments.
- (C) should not be taken into account by the health care provider.
- (D) characterize the practices in assistive reproductive technologies.

59 The non-maleficence principle (paragraph 5) is difficult to be applied in the case of assistive reproductive technologies (ARTs) because

- (A) ARTs do not harm the patient involved or others in society.
- (B) the patient’s emotional state impacts negatively on the success of ARTs.
- (C) ARTs specialists believe they are doing great harm by pursuing the greater good.
- (D) ARTs may have a negative impact on the patients’ emotional state due to their limited success rates and uncertain results.

60 “*Likelihood*”, in “[...]she/he must understand all risks and benefits of the procedure and the *likelihood* of success”, can be replaced by

- (A) benefits.
- (B) meaning.
- (C) probability.
- (D) certainty.

