

# PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE - 2020

## Áreas de Concentração:

- Atenção em Saúde da Mulher e da Criança e
- Atenção em Oncologia.

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

## INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

- Além deste CADERNO DE QUESTÕES, você deverá ter recebido a FOLHA DE RESPOSTAS com o seu nome e o número de inscrição. Confira se seus dados estão corretos e, em caso afirmativo, assine a Folha 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 na Folha de Respostas.
- O tempo disponível para esta prova, incluindo o preenchimento da Folha de Respostas, é de **quatro horas**.
- Reserve os quinze minutos finais para preencher a Folha 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 a FOLHA 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** Em relação aos princípios constitucionais do SUS, assinale a opção correta.

- (A) 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) 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) 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) 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.

**02** 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 de número

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

**03** Considerando o Art. 2º da Lei Federal 8142/90, afirma-se:

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.

Nessas condições,

- (A) apenas I é verdadeira.
- (B) apenas II é verdadeira.
- (C) apenas III é verdadeira.
- (D) todas são verdadeiras.

**04** Considerando a Constituição Federal 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.

Assinale a alternativa com a sequência correta.

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

**05** 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) 30% da receita do governo federal, 20% do estadual, 20% do Distrito Federal e 10% do municipal.
- (B) a União aplica 30% do Produto Interno Bruto (PIB), os estados e o Distrito Federal, 12% de sua receita, e os municípios, 15%.
- (C) 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; os municípios, no mínimo, 15%.
- (D) 10% da receita do governo federal, 20% do estadual, 20% do Distrito Federal e 30% do municipal.

**06** 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.

**07** O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal (CF) de 1988 e regulamentado pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990. A respeito dessa legislação, assinale a opção correta.

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

(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.

**08** O Pacto pela Saúde é um compromisso público, assumido pelos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS, com o propósito de estabelecer ajustes e acordos em torno de prioridades e responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados.

Considerando os termos do Pacto pela Saúde, definidos na Portaria nº 399/GM/2006, é correto afirmar:

- (A) O Pacto pela Saúde tem previstas revisões mensais, com ênfase na definição de prioridades específicas dos gestores em cada esfera, que serão expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão.
- (B) O Pacto em Defesa do SUS envolve ações simples e objetivas, no sentido de reforçar o SUS como política de governo e de defender os princípios da ética e da bioética, inscritos na Constituição Federal.
- (C) O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na articulação intersetorial; nos objetivos e resultados dos indicadores pactuados, bem como nos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.
- (D) O Pacto pela Saúde representa um exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

**09** Com relação aos princípios da Política de Humanização do SUS, analise as assertivas a seguir.

- I A Política Nacional de Humanização deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS.
- II As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde.
- III Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das

pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades.

- IV** Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Estão corretas:

- (A) somente I, III e IV.
- (B) somente I e IV.
- (C) somente II e III.
- (D) todas.

**10** De acordo com a Lei Federal nº 8080 de 19/09/90, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros,

- (A) alimentação, segurança, moradia e educação.
- (B) alimentação, segurança, moradia e saneamento básico.
- (C) alimentação, moradia, saneamento básico e educação.
- (D) saneamento básico, segurança, moradia e educação.

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

**11** Segundo Netto (2006), o projeto profissional, denominado projeto ético-político, foi engendrado numa determinada conjuntura econômica, política e social que favoreceu uma mudança expressiva no Serviço Social brasileiro. Como principais componentes que propiciaram a construção daquele projeto, podemos considerar

- (A) os espaços de pós-graduação que engendraram uma massa crítica com interlocução fecunda com as Ciências Sociais; a incorporação de matrizes teóricas e metodológicas compatíveis com a ruptura com o conservadorismo profissional, inspirada na tradição marxista; o redimensionamento do ensino para a construção de um novo perfil profissional.
- (B) a formação de massa crítica considerável produzida pelas vanguardas profissionais extraídas da militância política com a esquerda brasileira nos anos de 1970 a 1980; a incorporação do materialismo histórico dialético para as análises dos processos sociais subsidiadas no campo

da tradição marxista; a reconfiguração do currículo mínimo de 1982 para a construção das Diretrizes Curriculares da ABEPSS de 1996.

- (C) a construção de uma massa crítica que se reconfigurou nos espaços de pós-graduação, a partir de uma leitura marxista que rompia com as teorias sistêmicas; a incorporação do pluralismo no que se refere ao debate ideológico-político no campo das idéias, reconhecendo o marxismo como a teoria que melhor explica a realidade; a reformulação do conceito de cidadania e direitos sociais que requalificou a prática profissional.
- (D) os espaços de pós-graduação que produziram vanguardas profissionais que consolidaram o Serviço Social como área de produção de conhecimento a partir da concentração de cursos de Mestrados e Doutorados; a capilaridade do campo da tradição marxista que promoveu a ruptura com a herança conservadora; o redimensionamento do ensino que promoveu a incorporação do debate ético.

**12** Iamamoto (2009) ressalta que, para tornarmos o projeto ético-político um guia efetivo para o exercício profissional, faz-se necessário

- (A) articular as suas dimensões valorativas com a alienação do trabalho.
- (B) esforçar-se para integrar o “dever ser” que postula com as atuais expressões da “questão social”.
- (C) elucidar o significado social do Serviço Social no desempenho da relativa autonomia junto às instituições.
- (D) articular as suas dimensões organizativas, acadêmicas e legais com a realidade do trabalho cotidiano.

**13** De acordo Barroco (2010), o *ethos* profissional é um modo de ser constituído na relação complexa entre as necessidades socioeconômicas e ideoculturais e as possibilidades de escolha inseridas nas ações ético-morais, o que aponta para sua

- (A) legitimidade, diversidade e individualidade.
- (B) diversidade, mutabilidade e contraditoriedade.
- (C) diversidade, individualidade e contraditoriedade.
- (D) mutabilidade, legitimidade e particularidade.

**14** De acordo com as análises de Netto (2006), pode-se indicar que os projetos profissionais são constituídos de alguns componentes, dentre os quais destacam-se

- (A) normas comportamentais na relação entre usuários, entidade empregadora e demais profissionais, Código de Ética, referenciais teórico-metodológicos, ético-político e técnico-operativos, sua utilidade social, parâmetros de atuação, imagem ideal da profissão, valores que a legitimam socialmente, recursos político organizativos, dimensões políticas, confronto de ideias e segmentos profissionais.
- (B) referencial crítico-dialético, saberes e técnicas interventivos, concepção de sociedade e de mundo, valores que a legitimam socialmente, imagem da profissão como constructo social, normas e condicionantes ao comportamento dos profissionais na relação com as entidades empregadoras, com os usuários e com os demais profissionais, dimensão ética, além de aspectos imperativos e indicativos.
- (C) a autoimagem da profissão, seus valores que a legitimam socialmente, seus objetivos e funções sociais, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas para o comportamento dos profissionais na sua relação com os usuários, com outros profissionais e com as instituições empregadoras além de requisitos teóricos, práticos e institucionais.
- (D) objetivos e funções sociais, imagem da profissão como constructo social, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, referencial crítico-dialético, padronização de comportamentos dos

profissionais, referenciais ideopolíticos e ideoteóricos, pluralismo de ideias, dimensões organizativas, elementos éticos, direção político profissional além de aspectos imperativos e indicativos.

**15** Para Barroco (2010) é necessário compreender o *ethos* profissional como um modo de ser construído a partir das necessidades sociais inscritas nas demandas postas historicamente à profissão e nas respostas ético-morais dadas por ela nas várias dimensões que compõem a ética profissional, a saber:

- (A) a dimensão teleológica, o modo de investigar e intervir (*ethos*) da profissão e a normatização objetivada no Código de Ética Profissional, com suas normas, direitos e deveres.
- (B) a dimensão teológica, o modo de investigar e intervir (*ethos*) da profissão e a normatização objetivada no Código de Ética Profissional, com suas normas, direitos e deveres.
- (C) a dimensão gnosiológica, o modo de ser (*ethos*) da profissão e a normatização objetivada no Código de Ética Profissional, com suas normas, direitos, deveres e sanções.
- (D) a dimensão filosófica, o modo de ser (*ethos*) da profissão e a normatização objetivada no Código de Ética Profissional, com suas normas, direitos, deveres e sanções.

**16** Acerca das problematizações que envolvem a dimensão técnico-operativa, considerada como o espaço de trânsito entre o projeto profissional e a formulação de respostas inovadoras às demandas que se impõem no cotidiano dos assistentes sociais, Mioto e Lima (2009) identificam nas ações profissionais, inerentes a essa dimensão, três processos interventivos que se expressam em

- (A) (i) político-organizativos, com ações que privilegiam discussões destinadas a esfera pública, dinamizando e instrumentalizando a participação dos sujeitos, sempre respeitando o potencial político e o tempo dos envolvidos; (ii) de gestão e planejamento, com ações profissionais desenvolvidas com enfoque no planejamento institucional como instrumento de gestão e gerência de políticas e serviços, construindo práticas efetivas de intersetorialidade e

sistematizando as ações profissionais; (iii) socioassistenciais, com ações profissionais desenvolvidas diretamente com usuários nos diferentes campos de intervenção a partir de demandas singulares, visando respondê-las numa perspectiva de construção da autonomia do indivíduo nas relações institucionais e sociais.

- (B)** (i) político-organizativos, com ações destinadas ao engajamento em movimentos sociais onde se trabalha e se discute a dimensão política da profissão e dos demais sujeitos envolvidos nos processos de organização comunitária; (ii) de gestão e planejamento, com ações profissionais que se articulam aos interesses institucionais no que se refere a elaboração de planos, programas e projetos como instrumentos de gestão, objetivando a interdisciplinaridade entre a equipe gestora com eficiência e eficácia; (iii) socioassistenciais, com ações profissionais voltadas para práticas socioeducativas referenciadas nas dinâmicas institucionais e que são realizadas nos atendimentos diretos à população usuária, buscando o atendimento de seus reais interesses e demandas.
- (C)** (i) político-organizativos, com ações destinadas a vinculação partidária no intuito de fortalecer a consciência de classe dos trabalhadores e de seus extratos mais empobrecidos, objetivando um enfrentamento orgânico às expressões da questão social; (ii) de gestão e planejamento, com ações profissionais voltadas para a organização da dinâmica institucional realizando a gestão dos conflitos, através de instrumentos de gerência, com competência teórico metodológica, ético-política e técnico-operativa; (iii) socioassistenciais, com ações profissionais de caráter terapêutico e sócio emergencial direcionadas ao público alvo a partir de levantamento de demandas nos espaços sócio ocupacionais para a construção de estratégias e respostas político-profissionais que dialoguem com as necessidades dos usuários.
- (D)** (i) político-organizativos, com ações voltadas para os processos reflexivos e críticos de tomada de consciência política respeitando os valores e as concepções

de mundo e sociedade dos usuários; (ii) de gestão e planejamento, com ações direcionadas a captação de recursos externos que possibilite o gerenciamento da dinâmica institucional, construindo planos, programas ou projetos que viabilizem a otimização da intersectorialidade nas políticas sociais; (iii) socioassistenciais com ações profissionais que viabilizem os direitos sociais para os usuários bem como estabeleçam uma relação de empatia e confiança, considerando que são ações de caráter direto, ou seja, de atendimento imediato das demandas.

**17** A partir dos estudos de Mito e Lima (2009), na cena contemporânea, existem três grandes desafios postos a serem enfrentados no que se refere a dimensionar as ações profissionais no contexto das construções teóricas da profissão. São eles:

- (A)** (i) a articulação entre projetos profissionais e projetos societários que envolve o reconhecimento das contradições sociais presentes na realidade social que requer um profissional crítico e comprometido para proceder às transformações sociais necessárias rumo à construção de outra ordem societária; (ii) o rompimento com o Serviço Social de bases conservadoras vinculado a perspectivas pragmáticas com práticas profissionais rotineiras e burocratizadas; (iii) o rompimento com a ilusão de que a apropriação dos conteúdos das disciplinas de Fundamentos da Vida Social e Fundamentos Sócio-Históricos da Sociedade Brasileira, combinada com a apropriação dos instrumentos técnico-operativos, é suficiente para o próprio Assistente Social realizar as mediações necessárias ao seu processo de trabalho.
- (B)** (i) a articulação entre a dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, referente ao trabalho profissional considerando seu debate subsidiado no projeto ético-político e sua vinculação com as transformações societárias; (ii) o rompimento com a dicotomia da relação teoria e prática, reconhecendo que é uma relação de unidade no diverso e portanto considerando as contradições na dimensão macrosocietária e ao terreno sócio histórico; (iii) o rompimento com a

ilusão de que a apropriação dos conteúdos das disciplinas de Fundamentos da Vida Social e Fundamentos Sócio-Históricos da Sociedade Brasileira, combinada com a apropriação dos instrumentos técnico-operativos, é suficiente para o próprio Assistente Social realizar as mediações necessárias ao seu processo de trabalho.

- (C)** (i) a articulação entre a dimensão macrossocietária, referente ao reconhecimento do terreno sócio-histórico sobre o qual a profissão se movimenta, e a dimensão profissional que compreende as respostas técnico-profissionais dos Assistentes Sociais; (ii) o rompimento com as clássicas dicotomias entre a dimensão teórico-metodológica e a dimensão técnico-operativa; (iii) o rompimento com a ilusão de que a apropriação dos conteúdos das disciplinas de Fundamentos da Vida Social e Fundamentos Sócio-Históricos da Sociedade Brasileira, combinada com a apropriação dos instrumentos técnico-operativos, é suficiente para o próprio Assistente Social realizar as mediações necessárias ao seu processo de trabalho.
- (D)** (i) a articulação entre o contexto societário e as contradições inerentes ao padrão de sociabilidade burguesa, desenvolvendo no assistente social sua capacidade crítico-interventiva de proposição na realidade social e de enfrentamento das múltiplas expressões da questão social; (ii) o rompimento com perspectivas subsidiadas em referenciais funcionalistas que forneceram subsídios para a profissão na sua gênese; (iii) o rompimento com a ilusão de que a apropriação dos conteúdos das disciplinas de Fundamentos da Vida Social e Fundamentos Sócio-Históricos da Sociedade Brasileira, combinada com a apropriação dos instrumentos técnico-operativos, é suficiente para o próprio Assistente Social realizar as mediações necessárias ao seu processo de trabalho.

**18** Considerando os avanços teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativo, no bojo do projeto profissional, Mioto (2009) traz reflexões acerca dos estudos socioeconômicos no Serviço Social considerando que eles expressam um conjunto de

- (A)** variáveis referentes a aspectos sociológicos, econômicos, educativos, trabalhistas, dentre outras, que possibilitem ajudar a identificar um indivíduo em um determinado grupo socioeconômico e que exigem a construção de encaminhamentos para a resolução da questão apresentada, a partir de parecer elaborado em conjunto com os profissionais envolvidos.
- (B)** procedimentos, atos, atividades realizados de forma responsável e consciente que contém tanto uma dimensão operativa quanto uma dimensão ética, sendo considerado como o processo de conhecimento, análise e interpretação de uma determinada situação social com finalidade imediata de emissão de um parecer sobre uma situação, da qual o sujeito demandante da ação/usuário depende para acessar benefícios, serviços e/ou resolver litígios.
- (C)** procedimentos exclusivamente relacionados à dimensão técnico-operativa que possibilita o conhecimento da realidade experienciada pelos usuários e que objetiva sua compreensão e intervenção sob a ótica da equidade e justiça social, assegurando a perspectiva de universalidade no que se refere ao acesso aos bens e serviços constitutivos dos programas e das políticas sociais.
- (D)** ações profissionais que, de forma ética e técnica, seja utilizado para tratar, através de pareceres sociais, das múltiplas expressões da questão social, respondendo desta forma, as requisições sociais e institucionais no âmbito das desigualdades sociais, da negação dos direitos sociais, das vulnerabilidades sociais, de gênero, raça, privações, e acesso às políticas públicas, entre outras situações que estejam no âmbito dos serviços sociais públicos e/ou privados.

**19** De acordo com Yamamoto (2009), todos os desafios profissionais e acadêmicos a seguir são inerentes ao Serviço Social contemporâneo, **exceto**:

- (A) rigor na formação teórico-metodológica para desvelamento das particularidades do capitalismo financeiro no Brasil e suas implicações no âmbito das políticas públicas e da profissão.
- (B) articulação com os movimentos dos trabalhadores no campo e na cidade em defesa do trabalho e dos direitos civis, políticos e sociais.
- (C) manutenção de atitude crítica na defesa das condições de trabalho e da qualidade dos serviços prestados.
- (D) acompanhamento da expansão do ensino superior privado e da graduação à distância no país e seus desdobramentos para o aumento do mercado de trabalho.

**20** Considerando Yazbek (2009) e as principais matrizes do conhecimento e da ação do Serviço Social brasileiro, analise as assertivas:

- I a combinação da doutrina social da Igreja Católica com o suporte técnico-científico positivista a partir dos anos 1940 confirmou o conservadorismo na trajetória profissional.
- II o questionamento ao referencial positivista deu-se a partir dos anos 1970 no bojo das mudanças econômicas, políticas e sociais que levaram à crítica do Serviço Social tradicional.
- III dentre as inspirações teóricas encontradas nas vertentes do Movimento de Reconceituação tem-se: o funcionalismo, a psicanálise e o marxismo.

Conclui-se que somente

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

**21** A respeito das tendências históricas e teórico-metodológicas do debate profissional dos anos 1980 a 2000, segundo Yazbek (2009),

- (A) o conservadorismo foi superado na cultura do Serviço Social nos anos 1980 e 1990, apesar da reestruturação dos mecanismos de acumulação do capitalismo globalizado.

- (B) a “crise” dos modelos analíticos, observada nos anos 1990, favoreceu a vitalidade do marxismo como paradigma de análise e compreensão da realidade.
- (C) a maturidade profissional foi alcançada com democratização da convivência de distintos posicionamentos teórico-metodológicos e ideológicos desde os anos 1980.
- (D) os assistentes sociais ultrapassam a condição de executores das políticas sociais antes da promulgação da Constituição Federal de 1988, dada a organização política da categoria.

**22** Mota (2017) valoriza o exercício da relativa autonomia técnica e teórico-política profissional para identificar aspectos da realidade que podem ser tensionados pela ação do Serviço Social.

No raciocínio da autora isso significa, por exemplo,

- (A) identificar iniciativas que acatem a sociabilidade dominante e a mercantilização do atendimento das necessidades humanas.
- (B) identificar mediações pedagógicas, éticas e formativas que contribuam para a formação de consciência crítica da população usuária.
- (C) reconhecer lutas sociais que tornem mais concreto a compreensão da classe trabalhadora como revolucionária no processo histórico.
- (D) reconhecer as mais diversas expressões da pobreza para delimitar o acesso aos direitos diante da conjuntura regressiva.

**23** A Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993, estabelece como dever do assistente social, na sua relação com os usuários,

- (A) pronunciar-se em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população.
- (B) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor.
- (C) aprimorar-se profissionalmente de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios do código de ética profissional.
- (D) devolver as informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários, no sentido de que estes possam usá-los para o fortalecimento dos seus interesses.

**24** De acordo com a Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993 em seu Art. 15, é vedado o uso da expressão Serviço Social por quaisquer pessoas de direito público ou privado que não desenvolvam atividades previstas nos artigos 4º e 5º dessa lei. O artigo 5º dessa lei está relacionado com a opção:

- (A) Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.
- (B) 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.
- (C) Dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação.
- (D) Proceder ao planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social.

**25** Ao debater o projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária, Bravo e Matos (2008) questionam porque o Serviço Social na área de saúde transforma-se no principal campo de absorção profissional. Sobre a inserção de assistente sociais na área da saúde, considere as seguintes assertivas:

- I o novo conceito de saúde, elaborado em 1948 e difundido por organismos internacionais, ao focar os aspectos biopsicossociais ampliou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, com exceção do assistente social.
- II há uma ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar que buscava suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis e ampliar a abordagem em saúde com conteúdos preventivos e educativos.
- III a atuação de assistentes sociais se deu na dimensão educativa com intervenção normativa no modo de vida, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.
- IV a inserção de assistentes sociais irá ocorrer nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios.

Analisando tais assertivas,

- (A) apenas I é falsa.
- (B) todas são falsas.
- (C) apenas II é falsa.
- (D) apenas III é falsa.

**26** O CFESS (2010) faz uma reflexão sobre as atribuições e competências de assistentes sociais na saúde com base na Lei de Regulamentação da Profissão. A esse respeito, considere as assertivas:

A intervenção orientada por essa perspectiva pressupõe

- I uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.
- II uma leitura crítica da realidade e capacidade de identificação das condições materiais de vida das respostas existentes no âmbito do Estado e da sociedade civil.
- III reconhecimento e fortalecimento dos espaços e formas de luta e organização dos trabalhadores em defesa de seus direitos.
- IV formulação e construção coletiva, em conjunto com os trabalhadores, de estratégias políticas e formulação de formas de conciliação com o Estado, com vistas a garantir os recursos financeiros, materiais, técnicos e humanos necessários aos serviços.

Em relação às assertivas apresentadas, considerando V como verdadeira e F como falsa, a sequência correta é:

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

**27** De acordo com o CFESS (2010), a falta de conhecimento das competências dos assistentes sociais tem historicamente requisitado aos profissionais diversas ações que não são atribuições dos mesmos. A atribuição e a competência legítima de assistentes sociais na saúde são:

- (A) Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) 32, medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órgãos, próteses e

meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes.

- (B) Marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes.
- (C) Convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos; emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais.
- (D) Construção do perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica.

**28** Sobre a Seguridade Social, Boschetti (2009) afirma que historicamente, o acesso ao trabalho sempre foi condição para garantir o acesso à seguridade social. Assim, é **incorreto** afirmar que

- (A) a seguridade social brasileira, instituída com a Constituição Federal de 1988, restringiu a previdência aos trabalhadores contribuintes, universalizou a saúde e limitou a assistência social a quem dela necessitar.
- (B) os trabalhadores desempregados não têm acesso a muitos direitos da seguridade social, sobretudo a previdência, visto que essa se move pela lógica do contrato, ou do seguro social.
- (C) a organização social do trabalho, apesar de constituir-se de forma articulada em cada país, em decorrência de questões estruturais, como o grau de desenvolvimento do capitalismo e de questões conjunturais, amplia a organização da classe trabalhadora e seu acesso a direitos.
- (D) no contexto de desigualdades sociais, pobreza estrutural e fortes relações informais de trabalho, esse modelo, que fica entre o seguro e a assistência, deixa sem acesso aos direitos da seguridade social uma parcela enorme da população.

**29** Em Boschetti (2009), tem-se uma análise sobre o permanente e gradual processo de desmonte da Seguridade Social. Com base nos argumentos da autora, é **incorreto** afirmar que

- (A) por meio da Desvinculação de Receitas da União (DRU), parte do Orçamento da Seguridade Social é retida pelo Orçamento Fiscal da União.
- (B) os recursos da Seguridade Social vêm contribuindo para a promoção de políticas públicas cada vez mais universais.
- (C) sinaliza a intrínseca relação da Seguridade Social e a política econômica.
- (D) parte dos recursos da Seguridade Social é canalizada para a esfera financeira e geração do superávit primário.

**30** Segundo a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 205, a educação é um direito de todos e dever do Estado e da família. Dessa forma, a Carta Magna prevê que tal ensino seja ministrado com base em alguns princípios. Considere os seguintes itens:

- I igualdade de condições para o acesso na escola e sua permanência.
- II liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber.
- III pluralismo de ideias e de concepções pedagógicas, e coexistência de instituições públicas e privadas de ensino.
- IV gratuidade do ensino público em estabelecimentos não-oficiais.

A Educação deverá seguir os princípios contidos em

- (A) I, II e III.
- (B) I, II e IV.
- (C) I, III e IV.
- (D) II, III e IV.

**31** A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) aponta para ações articuladas nas três esferas de governo, tendo na esfera federal a sua coordenação e normas gerais. No que se refere à coordenação e à execução de programas, é competência dos municípios

- (A) cofinanciar, por meio de transferência automática, o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito local.
- (B) estimular e apoiar técnica e financeiramente as associações e consórcios municipais na prestação de serviços de assistência social.
- (C) cofinanciar o aprimoramento da gestão, os serviços, os programas e os projetos de assistência social em âmbito local.
- (D) destinar recursos financeiros para custeio do pagamento dos benefícios eventuais, mediante critérios estabelecidos pelo Conselho Estadual de Assistência Social.

**32** Dentre os serviços de proteção social especial de alta complexidade, definidos pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), **não** encontramos:

- (A) Casa de Passagem.
- (B) Família Acolhedora.
- (C) Atendimento Integral Institucional.
- (D) Medidas socioeducativas em meio-aberto (Prestação de Serviços à Comunidade – PSC e Liberdade Assistida – LA).

**33** Ao analisar a trajetória da Política de Saúde no Brasil e suas determinações sócio-históricas, Bravo (2008) destaca o período de organização em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

Em relação a esses subsetores, sabe-se:

- (A) O subsetor de saúde pública predominou até meados de 1920 atuando na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, especialmente, para as do campo. A medicina previdenciária surgiu na década de 1960, com a criação da Previdência Social, que buscavam unificar os institutos para ampliar o número de categorias.
- (B) O subsetor de saúde pública predominou até meados de 1960, atuando na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. A medicina previdenciária surgiu na década de 1930,

com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que buscavam estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de antecipar as reivindicações destas categorias.

- (C) O subsetor de saúde pública foi predominante até meados de 1990 e centralizou-se na ampliação de condições sanitárias para as populações urbanas e do campo, com a defesa da Reforma Sanitária. A medicina previdenciária, que surgiu na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de garantir as reivindicações destas categorias.
- (D) O subsetor de saúde pública predominou até meados de 1980, atuando na criação do Movimento de Reforma Sanitária. A medicina previdenciária surgiu na década de 1960, com a criação da Previdência Social, que buscavam unificar os institutos para ampliar o número de categorias.

**34** A partir das reflexões de Bravo (2008) sobre o Movimento de Reforma Sanitária, a afirmação **incorreta** é:

- (A) O direito à saúde expressa as proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas que confrontavam com interesses empresariais ou de setores governamentais.
- (B) O debate sobre a saúde se amplia e passa assumir uma dimensão política estreitamente vinculada à democracia.
- (C) A questão da Saúde não ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se somente o Sistema Único como resultado da Reforma Sanitária.
- (D) A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias.

**35** A forma correta do Artigo 8º da Lei 8.080/1990 é:

- (A) As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.
- (B) As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação suplementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade decrescente.
- (C) As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade decrescente.
- (D) As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação suplementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

**36** A Lei 13.427, de 30 de março de 2017, altera legislação anterior e traz como novo princípio a organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. A lei que recebeu este novo princípio a partir da alteração de seu artigo 7º, pela Lei 13.427/17, foi a Lei

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

**37** Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), ao analisarem a configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), apontam as disputas entre projetos distintos e antagônicos existentes na sociedade brasileira e identificam os projetos em disputa no campo da saúde: o Projeto da Reforma Sanitária, o Projeto Privatista e o Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada.

Com isso, esses projetos

- (A) superam o processo de desenvolvimento do sistema capitalista em sua fase neoliberal, com ampliação do papel do Estado na sociedade, a partir diminuição de direitos para a classe trabalhadora, políticas públicas compensatórias focalizadas e participação cada vez maior do mercado em todos os aspectos da vida social.
- (B) inscrevem-se no processo de desenvolvimento do próprio sistema capitalista em sua fase neoliberal, com redução do papel do Estado na sociedade, diminuição de direitos para a classe trabalhadora, políticas públicas compensatórias focalizadas e participação cada vez maior do mercado em todos os aspectos da vida social.
- (C) promovem articulação entre o setor público e privado, próprio do sistema capitalista, com ampliação do papel do Estado na sociedade, a partir diminuição de direitos para a classe trabalhadora, políticas públicas compensatórias focalizadas e participação cada vez menor do mercado.
- (D) valorizam o processo de desenvolvimento do sistema capitalista em sua fase neoliberal, com ampliação do papel do Estado na sociedade, a partir da ampliação de direitos para a classe trabalhadora, políticas públicas compensatórias e participação cada vez menor do mercado.

**38** No governo Temer, a política de saúde experimentou o avanço dos processos de contrarreforma e de privatização não clássica. Como mostram Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), nessa direção, esteve o Projeto de Plano de Saúde Acessível – sistematizado no ofício nº 60 da Secretaria de Atenção à Saúde, encaminhado à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 18 de janeiro de 2017. Nesse documento, integram as propostas para o Plano de Saúde Acessível:

- I Plano Simplificado: cobertura para atenção primária, não incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina (CFM) e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade. Entretanto, nessa proposta há previsão para exames ambulatoriais de alta complexidade, para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e hospital dia, após prévia avaliação realizada por médico da família escolhido pelo beneficiário.
- II Plano Ambulatorial + hospitalar: cobertura de toda atenção primária, atenção especializada, de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família escolhido pelo beneficiário. Caberá a tal médico encaminhar o paciente para a rede especializada, se avaliar como necessário. Quando há indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. É importante sinalizar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular. Bem como a criação de dupla autorização pela operadora, o que é vedado pela legislação, dificultando o acesso após uma única autorização.
- III Plano em Regime Misto de Pagamento: oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento, de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados,

assegurando o Rol de Procedimentos da ANS. Nessa modalidade as operadoras seriam livres para cobrar um fator moderador (coparticipação) de 30%.

Dentre essas três propostas, há equívocos em sua explicação

- (A) apenas na I.
- (B) apenas na I e na III.
- (C) apenas na II.
- (D) em todas elas.

**39** Com base na Lei nº 8.142/1990, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências, tem-se:

- (A) A representação dos trabalhadores da saúde nos Conselhos de Saúde e em Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.
- (B) Conselho de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde.
- (C) A Conferência de Saúde em caráter permanente e deliberativo, consiste em órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde.
- (D) O SUS contará, em cada esfera de governo, com as seguintes instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde.

**40** Horst e Mito (2017) elencam elementos que caracterizam o trabalho com famílias na história do Serviço Social e, em sua análise, apontam como necessidade

- (A) desenvolver investigações que demonstrem como se implicam os processos de regulação da vida familiar e os processos de articulação e delegação de responsabilidades às famílias.
- (B) focar nas características psicológicas para resgatar e fortalecer os vínculos familiares, em detrimento do entendimento da realidade de negligência que essas famílias sofrem por parte do Estado.
- (C) reforçar fortalecimento dos papéis socialmente construídos, numa busca pela responsabilização Da família pelos cuidados e retorno ao modelo típico de família nuclear.

(D) naturalizar o trabalho desenvolvido na família e pela família, o que permitirá os deslizamentos de responsabilidades, especialmente no campo do cuidado, dos serviços para as unidades familiares.

41 De acordo com o Estatuto do Idoso, a prevenção e a manutenção da saúde da pessoa idosa serão efetivadas por meio das estratégias a seguir, **exceto**:

- (A) Reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.
- (B) Cadastramento da população idosa em base territorial e atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios.
- (C) Disponibilização de unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social.
- (D) Atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e que esteja impossibilitada de se locomover, exclusivo para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural.

42 Sobre negligência e maus tratos à criança e adolescente, a opção **incorreta** é:

- (A) Define-se o abuso ou maus tratos à criança ou adolescente pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa.
- (B) “Síndrome do bebê sacudido” é uma forma especial de mau tratamento e consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de seis meses de idade, é sacudida por um adulto.
- (C) Negligência consiste em ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência, salvo se a família não tiver condições financeiras para prover esse cuidado.

(D) Ao constatar negligência e/ou maus tratos na criança ou adolescente, o profissional de saúde deve notificar ao Conselho Tutelar, estabelecendo uma parceria fundamental para a proteção da criança e o apoio à família.

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). Dos Princípios e Diretrizes Relacionados à Educação, conforme o art. 17, constitui-se princípios da educação, no âmbito da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer,

- (A) a implementação, nas Comissões Estaduais de Integração Ensino-Serviço (CIES), de projetos educativos voltados à prevenção e ao controle do câncer em todas as suas dimensões assistenciais, de gestão e que envolvam a ciência, a tecnologia e a inovação em saúde.
- (B) o fomento a formação e a especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção à Saúde nos diferentes níveis de atenção, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- (C) o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção terciária e quaternárias à saúde, apenas, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
- (D) o fomento à formação e à especialização de recursos humanos, assim como a qualificação da assistência por meio da educação permanente dos profissionais envolvidos com o controle do câncer nas redes de atenção primária à saúde, apenas, conforme os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Espaço reservado para rascunho

**44** Com base na Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até

- (A) 15 (quinze) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.
- (B) 30 (trinta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.
- (C) 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.
- (D) 90 (noventa) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

**45** Conforme Fuziwara (2013), no que se refere a infância na história e os desafios em se efetivar direitos humanos, avalie as afirmações a seguir:

- I A literatura especializada tem possibilitado maior divulgação da realidade vivida pela criança e pelo adolescente.
- II As discussões sobre a violação dos direitos da criança articulam as determinações macrossocietárias.
- III Para problematizarmos a realidade vivida pelas crianças e adolescentes exige-se um olhar subjetivo.
- IV Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 rompemos com a passividade da sociedade em relação as violações.
- V A mídia ao focar os “pobres abandonados” e os “infratores” contribui com o rompimento da postura justificadora das violações e da lógica menorista do Código de Menores.

Está correto apenas o que se afirma em

- (A) I.
- (B) II, III, IV.
- (C) II, IV, V.
- (D) IV.

## LÍNGUA PORTUGUESA

### Texto 1

Noia verde  
 (por Isabela Caban)

Você tem passado mais de duas horas por dia planejando a sua alimentação? Investiga o cardápio do restaurante antes de sair para comer fora e desiste do programa, caso não encontre uma opção “adequada”?  
 5 Leva sua própria marmita para a festa? Sente orgulho de sua força de vontade e critica quem não resiste a um pedaço de bolo?

Se as respostas forem “sim”, cuidado, 10 pode ser sinal de ortorexia - o transtorno alimentar que vem aparecendo com mais e mais frequência nos consultórios psiquiátricos. Significa obsessão por comer saudável. A “ortorexia nervosa é uma patologia da 15 contemporaneidade, mas pouco explorada, com menos estudos desenvolvidos do que a anorexia e a bulimia. Aqui, não há muita preocupação com o peso ou as calorias ingeridas, mas sim uma busca pela 20 alimentação pura”, define o psiquiatra Bruno Palazzo Nazar, professor da Pós-Graduação da UFRJ, especialista em transtornos alimentares.

Além de carregar sintomas como 25 isolamento na vida social e sentimento de superioridade, os ortoréxicos costumam investir tempo na leitura de rótulos para descobrir a origem de tudo que vão ingerir, conversam sobre comida, cortam glúten, 30 lactose, sal, açúcar e gordura do cardápio, são ansiosos, muitas vezes depressivos e se sentem extremamente culpados e obrigados a sair do script. (...)

A doença foi descrita de maneira 35 inédita pelo médico americano Steve Bratman, em 1997, com sintomas comuns entre seus pacientes – a crença de que determinados alimentos seriam capazes de causar, prevenir ou tratar enfermidades e, por isso, a razão de 40 seguir um regime rígido. Nasceu então o termo ortorexia, junção das palavras gregas “orexis” (apetite) e “orthós” (correto). (...)

Fragmento extraído de matéria publicada na revista ELA, de OGLOBO, de 30 de junho de 2019, páginas 30-32

Observe o título do texto – “Noia verde” - para responder às questões 46 e 47:

**46** O vocábulo sublinhado expressa ideia de sentimento

- (A) obsessivo.
- (B) recalcado.
- (C) de aversão.
- (D) de premonição.

**47** Na expressão “noia verde”, observa-se o emprego de uma linguagem

- (A) irônica.
- (B) objetiva.
- (C) figurada.
- (D) humorística.

Para responder às questões 48 e 49, leia o seguinte trecho:

“Você tem passado mais de duas horas por dia planejando a sua alimentação? Investiga o cardápio do restaurante antes de sair para comer fora e desiste do programa, caso não encontre uma opção “adequada”? Leva sua própria marmita para a festa? Sente orgulho de sua força de vontade e critica quem não resiste a um pedaço de bolo?” (linhas 1-8)

**48** As formas verbais sublinhadas se encontram no presente do indicativo e, nesse contexto, estão expressando uma

- (A) ação futura.
- (B) ação habitual.
- (C) verdade científica.
- (D) ação no momento da fala.

**49** O trecho em análise evidencia um movimento de

- (A) exposição de ideias.
- (B) síntese de fatos.
- (C) avaliação de fatos.
- (D) progressão textual.

Leia o fragmento a seguir para responder às questões **50**, **51** e **52**:

A “ortorexia nervosa é uma patologia da contemporaneidade, mas pouco explorada, com menos estudos desenvolvidos do que a anorexia e a bulimia. Aqui, não há muita preocupação com o peso ou as calorias ingeridas, mas sim uma busca pela alimentação pura”, ... (linhas 14-20)

**50** “Ortorexia”, “bulimia” e “anorexia”, de um lado e “patologia”, de outro, configuram, respectivamente, um caso de

- (A) meronímia / holonímia.
- (B) sinonímia / antonímia.
- (C) hiponímia / hiperonímia.
- (D) homonímia / paronímia.

**51** “Aqui, não há muita preocupação com o peso ou as calorias ingeridas, mas sim uma busca pela alimentação pura” (linhas 17- 20).

A relação semântica que se depreende do conectivo sublinhado no enunciado em tela é de

- (A) retificação.
- (B) adversidade.
- (C) finalidade.
- (D) consequência.

**52** Compare os enunciados I e II e aponte a opção correta.

<p>I - A doença foi descrita de maneira inédita pelo médico americano Steve Bratman, em 1997, ... (linhas 34-36)</p>	<p>II – O médico americano Steve Bratman, em 1997, descreveu a doença de maneira inédita.</p>
--	---

- (A) Os enunciados I e II transmitem conteúdos semânticos complementares, mas com diferença estrutural: voz ativa (em I) e voz passiva (em II).
- (B) Os enunciados I e II transmitem o mesmo conteúdo semântico, mas com diferença de foco: na doença (em I) e no agente (em II).
- (C) Os enunciados I e II transmitem conteúdos semânticos controversos, embora tenham o mesmo foco: a doença (em I e II).
- (D) Os enunciados I e II transmitem conteúdos semânticos paralelos, sem diferença de foco: a doença (em I e em II).

Texto 2

### **Pesquisa associa anorexia a mutações genéticas**

Um estudo que analisou DNA de 60 mil pessoas em vários países descobriu que a anorexia nervosa não é apenas um distúrbio psiquiátrico. A origem do problema pode ser 5 genética. A descoberta pode ajudar em tratamentos mais eficazes.

“-Jornal da Band” – 18/07/2019 - Acesso em 19/07/2019

**53** A construção do enunciado acima configura uma estrutura

- (A) narrativa.
- (B) descritiva.
- (C) expositiva.
- (D) argumentativa.

**54** A locução sublinhada em “A origem do problema pode ser genética” (linhas 4-5) veicula ideia de

- (A) possibilidade.
- (B) obrigatoriedade.
- (C) expectativa.
- (D) necessidade.

**55** A expressão “A descoberta” (linha 5) tem função coesiva e retoma o enunciado:

- (A) a origem do problema pode ser psicológica.
- (B) o estudo analisou DNA de 60 mil pessoas.
- (C) o estudo pode ajudar em tratamentos mais eficazes.
- (D) a anorexia nervosa não é apenas um distúrbio psiquiátrico.

## LÍNGUA ESPANHOLA

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

### **El mercurio, una amenaza persistente para el medio ambiente y la salud**

Publicado 17/10/2018 Última modificación 14/11/2019

[...]

#### **¿Por qué es un problema el mercurio?**

El mercurio está presente de forma natural en el medio ambiente, pero por lo general los minerales lo contienen de forma segura y no presenta ningún riesgo significativo. El problema surge con la actividad humana, que libera al medio ambiente grandes cantidades de mercurio que puede seguir circulando libremente durante miles de años. La preocupación primordial viene dada por el mercurio en el agua y los sedimentos, pues se encuentra en una forma muy tóxica que los animales pueden ingerir fácilmente, y de esta manera llega a la cadena alimentaria humana. La Organización Mundial de la Salud ha identificado diez sustancias químicas que constituyen un problema grave para la salud pública, y cuatro de ellos son metales pesados: el cadmio, el mercurio, el plomo y el arsénico.

[...]

#### **¿Cómo se usa el mercurio y cuáles son las principales fuentes de las emisiones de mercurio?**

Los usos actuales del mercurio varían de unos lugares del mundo a otros. En Europa, el uso del mercurio está muy limitado y en los próximos años se centrará principalmente en los empastes dentales, pues el uso industrial del mercurio está prohibido. En otras partes del mundo el mercurio se sigue utilizando mucho en actividades industriales y en la extracción de oro a pequeña escala.

Una de las fuentes más destacadas de contaminación por mercurio de Europa y de todo el mundo es la quema de combustibles sólidos, como el carbón, el lignito, la turba y la madera, tanto a escala industrial como en entornos domésticos. Al arder, dichos combustibles liberan al medio ambiente las pequeñas cantidades de mercurio que contienen. Estas pequeñas cantidades son la principal fuente de emisiones de mercurio en

Europa y se producen en actividades como la generación de energía, la fabricación de cemento o la producción de metales.

#### **¿Cómo se exponen las personas a la contaminación por mercurio y cómo afecta esta a su salud?**

La vía más importante de exposición humana al mercurio es el consumo de pescado y marisco. El mercurio que ingieren los animales marinos permanece en sus organismos y se acumula con el tiempo. Los grandes depredadores marinos suelen presentar concentraciones de mercurio más elevadas, pues consumen animales más pequeños que ya han ingerido mercurio. Por tanto, comer depredadores grandes, como el atún o el pez espada, supone una ingesta de mercurio mayor que comer pescado pequeño, que se encuentra en un nivel inferior de la cadena alimentaria.

Los efectos en la salud dependen de la cantidad, pero la mayor preocupación es el efecto del mercurio en el feto y en los niños pequeños. Si la madre consume pescado o marisco, la exposición al mercurio se puede producir en el útero. Esta exposición puede ser considerable y tener efectos de por vida en el cerebro y el sistema nervioso en desarrollo del bebé, susceptibles de afectar a la memoria, el lenguaje, la atención y otras capacidades. Se calcula que solo en Europa nacen cada año más de 1,8 millones de niños con niveles de mercurio que superan los límites de seguridad recomendados.

#### **¿Qué se está haciendo en Europa y en el mundo para resolver el problema del mercurio?**

A lo largo de la historia, Europa ha usado y emitido mercurio en cantidades importantes, pero los notables esfuerzos legislativos realizados durante los últimos cuarenta años han reducido considerablemente su uso y sus emisiones al medio ambiente. En el resto del mundo, el uso del mercurio y las emisiones de este metal han ido aumentando a medida que avanzaban el desarrollo económico y la industrialización. Como principales fuentes de las emisiones cabe citar la combustión del carbón y la extracción artesanal de oro a pequeña escala.

En octubre de 2013 se adoptó un primer acuerdo global internacional para abordar el problema del mercurio, el Convenio de Minamata. Este Convenio fue ratificado por 98 partes y entró en vigor en 2017. Si bien aún es demasiado pronto para evaluar su impacto,

constituye un importante paso hacia la acción global concertada para reducir la contaminación por mercurio.

**¿Cuáles son las tendencias actuales y las perspectivas de futuro en la producción y las emisiones de mercurio?**

En Europa ya no se extrae mercurio, y en los próximos años la demanda seguirá disminuyendo. Las emisiones de mercurio en Europa procederán en gran parte de la combustión, principalmente de combustibles sólidos como el carbón, la turba, el lignito y la madera.

La mayor fuente global de mercurio es la extracción de oro a pequeña escala. Esta actividad la realizan particulares o pequeños grupos de personas que extraen el oro de manera relativamente sencilla y a bajo coste, por lo general en entornos no regulados. Se estima que más de un tercio de las emisiones globales de mercurio corresponde a esta fuente, por lo que centrarse en este ámbito introduciendo tecnologías alternativas más seguras podría reducir considerablemente su uso y sus emisiones globales.

Pese a las reducciones en el uso y las emisiones de mercurio conseguidas en regiones como Europa y América del Norte, es probable que los niveles de mercurio de nuestro medio ambiente sigan siendo elevados durante mucho tiempo, debido a la larga vida de este metal en el medio ambiente y a que en otras regiones las emisiones siguen creciendo. Además, estas emisiones pueden recorrer largas distancias. De hecho, alrededor de la mitad del mercurio que se deposita en Europa procede de fuera del continente.

[...]

**Ian Marnane**

Experto en uso sostenible de los recursos e industria

Agencia Europea de Medio Ambiente

Disponible en: <https://www.eea.europa.eu/es/articles/el-mercurio-una-amenaza-persistente>. Acceso en 12 de diciembre de 2019.

**56** Según Ian Marnane, el mercurio constituye un problema para la salud por causa de

- (A) la alta presencia de ese material pesado en la naturaleza.
- (B) la actividad humana que lo libera en grandes cantidades.
- (C) el consumo elevado de materia animal en nuestra sociedad.

(D) el intenso tráfico de barcos que circulan por los océanos.

**57** En relación con el uso y la emisión del mercurio hoy en día, el experto señala que en Europa se

- (A) usa en actividades industriales de todo tipo y en la extracción de oro en pequeña escala.
- (B) limita el uso en la realización de empastes dentales y en la fabricación de cemento.
- (C) prohíbe producir metales quemando combustibles sólidos y hacer empastes dentales.
- (D) encuentra en productos odontológicos y en la quema de combustibles sólidos.

**58** Los animales más contaminados por mercurio son los

- (A) pescados grandes.
- (B) pescados pequeños.
- (C) pequeños mariscos.
- (D) atunes jóvenes.

**59** Según el entrevistado, el uso y la emisión de mercurio

- (A) aumenta en Europa y disminuye en el resto del mundo.
- (B) se mantiene en los mismos niveles en todo el mundo industrializado.
- (C) disminuye en Europa y aumenta en otros países del planeta.
- (D) se reduce en la medida que aumenta el nivel de industrialización.

**60** En relación con la emisión de mercurio, la extracción de oro a pequeña escala tiene

- (A) un peso considerable.
- (B) una incidencia mínima.
- (C) una responsabilidad nula.
- (D) un alto coste económico.

## LÍNGUA INGLESA

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

### Integrative medicine: Different techniques, one goal

*By Mayo Clinic Staff*

Approximately 30% of Americans adults report using health care approaches not typically associated with conventional medicine, according to the National Center for Health Statistics.

Doctors are also following evidence-based alternative therapies, often combining them with mainstream therapies to treat disease and maintain health — an approach called integrative medicine.

#### What are some examples of integrative approaches?

Exactly what's considered integrative medicine changes constantly as treatments are studied and move into everyday practice. To understand many nonconventional therapies available, it helps to look at how they're classified by the National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH):

**Natural products:** Dietary supplements and herbal remedies are considered natural products because they contain ingredients found in nature. Herbal products and supplements come in many forms, such as teas, oils, syrups, powders, tablets and capsules.

**Mind-body techniques** strengthen how your mind and your body work together. Practitioners believe these must be in harmony for you to stay healthy. Examples of mind-body techniques include meditation, prayer, relaxation, yoga, music and animal-assisted therapy. The goal of Energy therapies, which include acupuncture, qi gong, healing touch and reiki therapies, is to unblock or re-balance your energy force

**Other integrative approaches** to integrative health focus on a system, rather than just a single practice or remedy. These systems center on a philosophy, such as the power of nature or the presence of energy in your body. Examples of these approaches include

ayurveda from India and traditional Chinese medicine.

**Naturopathy** focuses on non-invasive treatments to help your body do its own healing. It uses several practices, such as massage, acupuncture, herbal remedies, exercise and lifestyle counselling.

#### What does the research say about integrative medicine?

In general, there has been a lack of research because large, carefully controlled medical studies are costly. Trials for conventional therapies are often funded by big companies that develop and sell drugs. As a consequence, fewer resources are available to support trials of integrative approaches.

#### Work with your doctor

Work with your conventional medical doctor to make informed decisions about integrative medicine. Even if your doctor can't recommend a specific practitioner, he or she can help you understand possible risks and benefits before you try a treatment.

Available in: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/complementary-alternative-medicine/in-depth/alternative-medicine/art-20045267>. Access: 14 Nov 2019. Adapted.

**Glossary:** *approaches:* abordagens; *mainstream:* tradicional; convencional; *strengthen:* fortalecerem; *single:* única; *lack:* falta; *funded:* financiadas

**56** According to the National Center for Health Statistics, 30% represents the approximate percentage of

- (A) health care approaches not typically associated with conventional medicine.
- (B) National Centers for Health Statistics in America.
- (C) American adults following non-conventional health care approaches.
- (D) Americans using health care approaches associated with conventional medicine.

**57** Integrative medicine is a combination of

- (A) different alternative approaches.
- (B) conventional therapies and alternative therapies.
- (C) alternative therapies and non-conventional medicine.
- (D) various evidence-based mainstream therapies.

**58** *Acupuncture, qi gong, healing touch* and *reiki* are used in the text as examples of therapies which are aimed at

- (A) re-balancing ingredients found in nature.
- (B) blocking harmony to stay healthy.
- (C) unblocking or re-balancing people's energy force.
- (D) strengthening health focus on a system.

**59** The fact that "fewer resources are available to support trials of integrative approaches" is mentioned in the text as one of the reasons to explain

- (A) the evidence that carefully controlled medical studies are costly.
- (B) the high cost of controlled medical studies about conventional medicine.
- (C) the fact that trials for conventional therapies are often funded by big companies.
- (D) the lack of research about integrative medicine.

**60** Concerning the possibility of using integrative medicine, the text suggests that we should

- (A) consult our conventional doctor in order to make an informed decision.
- (B) ignore the possible risks and benefits before we try a treatment.
- (C) only try a treatment if the doctor recommends a specific practitioner.
- (D) discuss the risks and benefits with a doctor before trying a conventional treatment.

