



## PROCESSO DE SELEÇÃO PARA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

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

### INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

✍ Além deste caderno, você deverá ter recebido o cartão destinado às respostas das questões formuladas na prova; caso não tenha recebido o cartão, peça-o ao fiscal. Em seguida, verifique se este caderno contém enunciadas **oitenta** questões.

- 1 a 10 - SUS
- 11 a 65 - Conhecimentos Específicos
- 66 a 75 - Língua Portuguesa
- 76 a 80 - Língua Estrangeira

- ✍ As questões de língua estrangeira, de números 76 a 80, encontram-se ao final da prova e você deverá respondê-las conforme a sua opção no ato de inscrição no Concurso.
- ✍ Verifique se o número do seu documento de identificação e seu nome conferem com os que aparecem no **CARTÃO DE RESPOSTAS**; em caso afirmativo, assine-o e leia atentamente as instruções para seu preenchimento; caso contrário, notifique imediatamente ao fiscal.
- ✍ Cada questão proposta apresenta cinco alternativas de resposta, sendo apenas uma delas a correta. No cartão de respostas, atribuir-se-á pontuação zero a toda questão com mais de uma alternativa assinalada, ainda que dentre elas se encontre a correta.
- ✍ Não é permitido portar ou fazer uso de aparelhos de recebimento central de mensagens (*paggers*), aparelho de telefonia celular, qualquer tipo de aparelho que permita intercomunicação, nem material que sirva para consulta.
- ✍ Não é permitido copiar as alternativas 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, NOVENTA MINUTOS.





## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

**01** Dentre as ações e serviços indicados abaixo, aquela que foge à competência da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) é a seguinte:

- (A) vigilância epidemiológica
- (B) vigilância sanitária
- (C) alimentação e nutrição
- (D) saúde do idoso
- (E) saúde do trabalhador

**02** Assinale a alternativa que **NÃO** representa outra procedência considerada fonte de recurso, conforme o que descreve a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com relação ao financiamento dos recursos.

- (A) doações e donativos.
- (B) alienações patrimoniais e rendimentos capitais.
- (C) taxas e multas.
- (D) emolumentos e preços públicos.
- (E) monopólios de rede de assessoramento.

**03** Analisando o capítulo que faz referência ao planejamento e orçamento tratados no âmbito da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, é **CORRETO** afirmar que:

- (A) os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível do SUS, prevendo-se seu financiamento na respectiva proposta orçamentária.
- (B) a transferência de recursos para o financiamento de ações que não estão previstas nos planos de saúde não poderão ser financiadas com a transferência de recursos.
- (C) os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao SUS mediante convênio, no entanto sua autonomia fica comprometida.
- (D) só terão preservada a gratuidade das ações e serviços de saúde os serviços públicos e privados contratados, ressaltando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades filantrópicas.
- (E) a permissão para a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa só será permitida mediante convênio com o Ministério da Saúde.

**04** Considerado o fato de que “a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente”, é **INCORRETO** afirmar que:

- (A) a integralidade permite identificar os sujeitos considerando a totalidade de suas necessidades.
- (B) o atendimento integral não extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência à saúde, pois é um referencial de ações individualizadas.
- (C) dentro da concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças.
- (D) uma educação em saúde nos moldes da integralidade inclui políticas públicas e ambientes apropriados não só para tratamentos clínicos e curativos, como também para o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania.
- (E) construção do processo educativo em saúde que atenda ao princípio da integralidade, como eixo norteador das ações de saúde, requer a participação ativa da população na leitura e reflexão crítica de sua realidade.

**05** “A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas.” Assim sendo, tal estratégia:

- I. nem sempre pode ser considerada uma estratégia para a garantia do direito à saúde.
- II. tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão.
- III. permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas.
- IV. demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre a qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Dentre as propostas relacionadas, são corretas apenas as indicadas na seguinte alternativa:

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

**06** A partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu o papel, definido na legislação, de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores de saúde do Brasil. O seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde é responsável pela proposição e formulação de algumas das políticas relacionadas a seguir:

- I. formação, desenvolvimento e educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade.
- II. capacitação de profissionais de outras áreas, dos movimentos sociais e da população para fornecer a articulação intersectorial e incentivar a participação e o controle social no setor da saúde.
- III. interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para a formação da consciência sanitária.
- IV. promoção da interiorização do trabalho em saúde objetivando a melhoria da qualidade de vida das populações ribeirinhas.

São corretas apenas as políticas indicadas na alternativa:

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

**07** O conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, é denominado Pacto:

- (A) pela Vida.
- (B) em Defesa da Reforma Sanitária.
- (C) de Desenvolvimento do SUS.
- (D) de Responsabilização pelo SUS.
- (E) da Saúde.

**08** O Sistema Único de Saúde objetiva:

- (A) a definição de instâncias de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde.
- (B) a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- (C) o acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais.
- (D) a organização e coordenação do sistema de informação de saúde.
- (E) a elaboração de normas técnicas e o estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde.

**09** Os instrumentos básicos do sistema de planejamento do SUS, regulamentado pelas Portarias nºs 3.085 e 3.332, de dezembro de 2006, são:

- (A) Plano de Saúde e Planos Plurianuais.
- (B) Plano de Gestão e Relatório de Avaliação.
- (C) Plano de Gestão e Planos Plurianuais.
- (D) Plano de Saúde e Relatório de Avaliação
- (E) Plano de Saúde e Relatório Anual de Gestão.

**10** Ao se operar processos de acolhimento no cotidiano dos serviços de saúde, objetiva-se:

- (A) a descentralização das ações e serviços de saúde no cotidiano das relações entre as diferentes esferas administrativas.
- (B) um melhor relacionamento entre profissionais e usuários, possibilitando a ampliação da cidadania e participação popular.
- (C) a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar estes últimos em seus problemas e demandas.
- (D) a diminuição no tempo das filas com o intuito de proporcionar melhor atendimento aos usuários e a ampliação dos processos de informação intrainstitucionais.
- (E) a humanização das relações entre profissionais e usuários, fortalecendo os laços entre uns e outros.

### CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

**11** Com base no texto “O silencioso desmonte da nação” de Werneck Vianna (2001), a expressão *seguridade social* implica uma visão:

- (A) holística da realidade social: caracteriza-se como uma forma de sintetizar unidades em totalidades organizadas.
- (B) transcendental da vida cotidiana: recorre à metafísica para a superação de problemas individuais.
- (C) filosófica e sem restrições: abrange amplas possibilidades de parcerias público-privadas.
- (D) inovadora plasmada por um tripé de medidas provisórias: sintetiza a legislação brasileira posterior ao período da redemocratização.
- (E) sistêmica da política social: cria um conjunto de ações, como dever do Estado e como direito do cidadão.

**12** Para Werneck Vianna (2001), há três mitos sobre política social implantados pela retórica neoliberal, que são:

- (A) democracia, tecnocracia, burocracia.
- (B) repartição, capitalização, universalidade.
- (C) eficácia, eficiência, efetividade.
- (D) tecnicismo, naturalismo, maniqueísmo.
- (E) globalização de mercados, desnacionalização do capital, extinção da seguridade.

**13** Considerando as análises de Werneck Vianna (2001), a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde, na Constituição de 1988:

- I. formam o tripé da seguridade social.
- II. foram institucionalizadas no mesmo ministério.
- III. foram regulamentadas por leis distintas.
- IV. tiveram suas receitas estipuladas conjuntamente.

Estão corretas as alternativas:

- (A) todas
- (B) apenas I, II e III
- (C) apenas I, III e IV
- (D) apenas II e IV
- (E) apenas I e III

**14** Segundo Bravo e Mattos (2001), a reatualização do modelo médico assistencial privatista tem como principais tendências:

- I. incentivar a presença de novos sujeitos sociais na definição da política social
- II. conter os gastos com racionalização da oferta
- III. descentralizar com isenção de responsabilidade do poder central

Está correta a afirmação contida em:

- (A) apenas I e II.
- (B) apenas II e III.
- (C) apenas I.
- (D) todos os itens.
- (E) nenhum dos itens.

**15** Observando a relação entre reforma sanitária e ofensiva neoliberal, Bravo e Mattos (2001) apresentam os impactos da contrarreforma do Estado na Saúde indicados a seguir, com **EXCEÇÃO** de:

- (A) orientação focal.
- (B) tendência à universalização integral dos serviços.
- (C) priorização da atenção básica desarticulada da atenção secundária e terciária.
- (D) divisão do SUS em dois sistemas: o hospitalar e o básico.
- (E) organização dos serviços em dois subsistemas: o SUS para os pobres e outro sistema para os consumidores.

**16** No panorama sobre a política de saúde no Brasil nos anos 1990, são enumerados por Bravo e Mattos (2001) quatro momentos:

- I. O primeiro situa-se na era Collor e compreende os dois primeiros anos da década de 1990. É marcado pelo aprofundamento do retrocesso já iniciado após o giro conservador do governo Sarney e pelo boicote sistemático e contundente à implantação do SUS.
- II. O segundo situa-se no governo Itamar com duas diferenciações. A primeira compreende a gestão de Jamil Haddad, que implicou um freio ao sucateamento do setor de saúde, mas com proposições para o SUS, e a segunda refere-se à gestão de Henrique Santillo, marcada pela ausência de iniciativas no avanço do SUS.
- III. O terceiro compreende os dois primeiros anos do governo FHC, em que o descaso governamental foi evidente, observando-se uma cruzada solitária de Adib Jatene para aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).
- IV. O quarto compreende o segundo mandato do governo Lula, em que, pela primeira vez, apresenta-se oficialmente e de forma sistematizada uma outra proposta de saúde, que é contrária ao SUS. Trata-se da gestão do médico sanitário José Gomes Temporão, que viabilizou nos bastidores políticos do Ministério, dentre outras ações, a extinção da CPMF.

Estão corretas as afirmativas contidas em:

- (A) todos os itens.
- (B) apenas I, II e a III.
- (C) apenas I, III e a IV.
- (D) apenas a II e a IV.
- (E) apenas a I e a III.

**17** Pereira (2001) destaca três importantes incompatibilidades entre direitos individuais e direitos sociais:

- I. Direitos individuais representam a garantia do *status quo*, ou seja, são avessos à mudança, ao passo que direitos sociais são favoráveis.
- II. Direitos individuais (também chamados de fundamentais) são garantia de uma sociedade burguesa separada do Estado; já os sociais representam a via por meio

da qual a sociedade penetra no Estado, procurando conhecê-lo, controlá-lo e interferir na sua estrutura administrativa, nos seus processos de legitimação e regulação, nas suas prioridades e objetivos.

- III. Os direitos sociais dão origem a uma arena de conflitos onde os antagonismos se mostram muito mais exacerbados do que a dos direitos individuais.

São verdadeiras as afirmativas contidas em:

- (A) apenas I e II.
- (B) apenas II e III.
- (C) apenas I e III.
- (D) todos os itens.
- (E) nenhum dos itens.

**18** A descentralização da saúde tem redesenhado os contornos da política setorial no Brasil, constituindo-se num dos itens básicos da reforma do setor, como asseveram Souza, Monnerat e Senna (2001). Dentre as alternativas a seguir, todas contêm informações que correspondem ao referido processo de descentralização, **EXCETO**:

- (A) A descentralização, ao lado de outros princípios reformistas, reestruturou o perfil da oferta dos serviços de saúde, redefinindo a distribuição das funções a serem desempenhadas em cada esfera de governo.
- (B) A descentralização assume um caráter altamente positivo, constituindo-se, ao lado da universalização e da participação popular, num dos pilares básicos da reforma do setor de saúde.
- (C) A descentralização de corte municipalizante contribuiu para a definição clara das competências e atribuições dos estados, conseguindo responder às desigualdades regionais.
- (D) A descentralização foi reafirmada como meio de reduzir as desigualdades sociais e promover a equidade no acesso aos serviços sociais.
- (E) A descentralização foi recorrentemente concebida como transferência de competência e atribuições de outras esferas para os municípios.

**19** Para Behring e Boschetti (2007), a origem da política social está relacionada ao enfrentamento da questão social. A alternativa que faz comentário **INCORRETO** a respeito dessa afirmativa é a seguinte:

- (A) As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.
- (B) A luta de classes irrompe contundente em todas as suas formas, expondo a questão social: a luta dos trabalhadores com greves e manifestações em torno da jornada de trabalho e também do valor da força de trabalho.
- (C) O deslocamento do problema da desigualdade e da exploração como questão social passa a ocorrer, no âmbito estatal e no direito formal, com a discussão sobre a igualdade de oportunidades, em detrimento da igualdade de condições.
- (D) O estabelecimento da jornada de trabalho resulta de concessão do capitalismo, considerando-se para tanto o tempo decorrido entre a subsunção dos trabalhadores ao capital e à Revolução Industrial.
- (E) A luta em torno da jornada de trabalho e as respostas das classes e do Estado são as primeiras expressões contundentes da questão social, já repleta naquele momento de ricas e múltiplas determinações.

**20** Segundo Behring e Boschetti (2007), a política social no Brasil traz marcas das particularidades históricas da formação do capitalismo no país. Os termos do processo histórico descrito pelas autoras são:

- (A) modernização conservadora, desenvolvimento desigual e combinado, transição clássica, autonomia.
- (B) modernização conservadora, desenvolvimento humano, transição não clássica, heteronomia.

- (C) modernização liberal, desenvolvimento desigual e combinado, transição não clássica, autonomia.
- (D) modernização liberal, desenvolvimento central e democrático, transição clássica, heteronomia.
- (E) modernização conservadora, desenvolvimento desigual e combinado, transição não clássica, heteronomia.

**21** Dentre as opções seguintes, aquela em que se relacionam, em sua totalidade, os elementos constituintes da contrarreforma da década de 1990, de acordo com Behring e Boschetti (2007), é a seguinte:

- (A) ênfase nas privatizações, fortalecimento dos sindicatos, total desprezo por conquistas consolidadas na Constituição Federal de 1988.
- (B) surgimento do Plano Real, alteração no viés ideológico de conceitos como solidariedade e reforma, índices de emprego crescentes.
- (C) edificação do neoliberalismo, especulação do mercado financeiro, construção de uma subjetividade antipública.
- (D) privatizações, aumento significativo dos gastos sociais, redução da dívida externa e interna.
- (E) desobrigação das empresas em relação à compra de insumos no Brasil, balança comercial favorável, processo de desprofissionalização e voluntariado.

**22** Para Behring e Boschetti (2007), na contrarreforma do Estado, tem-se a clara separação entre a formulação e a execução das políticas públicas. Dentre as alternativas a seguir, todas caracterizam essa separação, **EXCETO**:

- (A) conjugação entre política econômica e política social.
- (B) fortalecimento do tecnicismo no desenho da seguridade social.
- (C) crescimento de dispositivos verticais com a adoção de medidas provisórias.
- (D) ausência de negociação política e debates com movimentos sociais.
- (E) fragmentação e silencioso desmonte da seguridade social.

**23** Todas as expressões abaixo são princípios constitucionais no âmbito da seguridade social, com **EXCEÇÃO** de:

- (A) focalização / privatização.
- (B) universalidade / seletividade.
- (C) diversidade / irredutibilidade.
- (D) uniformidade / equivalência.
- (E) democracia / descentralização.

**24** Em artigo intitulado *Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988*, Lobato (2009) identifica a persistência de alguns problemas para a efetivação das políticas públicas que podem comprometer o modelo constitucional de cidadania no Brasil. Entre os problemas elencados pela autora estão:

- (A) a ênfase em políticas centradas na pobreza em prejuízo da universalização; a permanência de severas restrições aos gastos sociais e os baixos efeitos simbólicos sobre os benefícios da solidariedade social, da baixa qualidade dos serviços prestados.
- (B) o permanente processo de subfinanciamento da área social; a baixa qualidade dos serviços sociais disponibilizados e o reconhecimento da produção social acerca dos problemas sociais e da estreita relação que guardam entre si.
- (C) a persistência de elevados graus de iniquidade no acesso e utilização de serviços sociais; a ênfase em benefícios sociais voltados aos mais pobres e a participação conjunta dos distintos níveis de governo na condução de diversas políticas sociais.
- (D) a construção de sistemas nacionais de política social, como os de saúde e de assistência social, com importante componente de participação e controle social e com participação inédita dos três níveis de governo.
- (E) a excessiva autonomia dos entes subnacionais; a frágil integração institucional tanto entre níveis de governo quanto entre as diversas áreas governamentais e a expansão de burocracias descentralizadas e unificadas.

**25** Falar em famílias em pleno século XXI significa falar em realidades diferenciadas, que abrangem mudanças e padrões de relacionamentos difusos, tornando cada vez mais difícil definir os contornos que delimitam esse fenômeno. Por isso, a visão de “famílias enredadas” nessas tramas de relacionamentos e configurações é fundamental para nosso cotidiano profissional. Aponte a autora que, em *Famílias: redes, laços e políticas públicas* (ACOSTA; FALLER VITALE, 2006), apresenta importantes reflexões acerca dessas questões.

- (A) Maria do Carmo Brant de Carvalho
- (B) Regina T. Miotto
- (C) Cynthia A. Sarti
- (D) Maria Amália Faller Vitale
- (E) Ana Rojas Acosta

**26** Hoje, o direito a um acompanhante é garantido para crianças e idosos. Por isso, não se pode negar que a dimensão do cuidado é extremamente presente no cotidiano da saúde. Jorge Lyra *et alli* (2006) refletem acerca da necessidade de construção de uma noção de cuidado atenta ao conceito de gênero que rompa a dicotomia entre pai provedor e mãe cuidadora – o que possibilitaria, na história da humanidade, uma mudança:

- (A) drástica, ao construir novas formas de ensinamento para que homens e mulheres pudessem exercer novos papéis nos quais o cuidado aparece de forma secundária.
- (B) paradigmática, ao construir novos conceitos e categorias para se pensar a dimensão do cuidado no cotidiano de mulheres e homens.
- (C) real, ao enfatizar novos modelos comportamentais que possibilitem que a dimensão do cuidado possa ser exercida de forma plena.
- (D) revolucionária, ao fazer com que o eixo do cuidado com os filhos começasse a fazer parte da subjetividade masculina.
- (E) radical, ao promover mudanças substantivas nas relações entre pais e mães e seus filhos.

**27** Ao se discutir família, é praticamente impossível não pensar no papel dos avós. Maria Amália Faller Vitalle (2006) traz importantes reflexões nesse sentido ao se perguntar qual o papel dos avós nas famílias de hoje. Em suas reflexões, a autora afirma que, na verdade, o chamado “ninho vazio”:

- (A) continua a expressar muito bem a realidade familiar atual, pois há, nas casas, apesar de uma maior convivência entre os entes familiares, um ninho vazio onde os avós não se reconhecem e deixam de exercer seus papéis.
- (B) não expressa tão bem a realidade familiar atual, pois há, nas casas, uma convivência intergeracional ocasionada pelas mudanças sociais em curso que fazem com que os idosos sejam os principais mantenedores de suas famílias.
- (C) não expressa tão bem a realidade familiar atual, pois há, nas casas, um ninho pleno com filhos adultos, eventuais netos ou pessoas mais idosas, fazendo coexistir no mesmo espaço os papéis de pais, avós e mesmo bisavós.
- (D) não expressa tão bem a realidade familiar atual, pois os idosos reconstruem, nos locais onde estejam – seja em quartos que habitem sozinhos ou em instituições totais –, ninhos onde convivem com outros de sua geração.
- (E) ainda expressa muito bem a realidade familiar atual, pois os idosos estão cada vez mais abandonados em instituições, fazendo com que não possam exercer plenamente seus papéis de pais, avós e mesmo bisavós.

**28** Os estudos sobre realidade familiar constituem importante tarefa para o profissional de serviço social. Como contribuição para esses estudos, Cynthia Sarti (2006) define família basicamente como:

- (A) uma rede, o que contraria a visão comum da família como núcleo. Por isso, é importante desfazer a confusão entre família e unidade doméstica, levando em conta a rede de relações em que estão envolvidos recursos afetivos e materiais, com os quais as famílias contam.
- (B) um núcleo, onde as pessoas constroem suas vidas e relações. Por isso, é importante pensar nessa configuração na

hora de construir estratégias que envolvam todos os integrantes desse núcleo.

- (C) uma rede que nos envolve a todos, determinando obrigações e reciprocidades. Por isso, seria importante pensar em estratégias de aprimorar esses relacionamentos, que também geram conflitos.
- (D) um núcleo que congrega obrigações e reciprocidades. Por isso, a importância de construir estratégias de apoio para os momentos de desestruturação e conflitos em que os indivíduos possam se envolver.
- (E) uma rede de relações onde indivíduos diferentes constroem suas identidades e prestam apoio aos mais necessitados. Por isso, a importância de construir estratégias de apoio aos indivíduos para que a família como um todo se fortaleça.

**29** Ao refletir os avanços do Programa Saúde da Família, Regina Marsiglia (2006) ressalta que esse Programa e as equipes nele envolvidas precisam pensar sobre alguns aspectos, dentre os quais destaca como essenciais:

- (A) primeiro, a tendência das políticas de tomarem a família como unidade de trabalho (que vai aparecer, na área da saúde, na desospitalização, na redução do tempo de internação e no tratamento domiciliar); segundo, a falta de preparo dos profissionais para lidar com as diferentes realidades familiares (que se mostram dicotomizadas, desestruturadas e completamente vulnerabilizadas).
- (B) primeiro, a tendência das várias políticas sociais de retomarem a família como unidade de trabalho (que aparece nas várias tentativas de adequação das realidades familiares às necessidades institucionais para liberação de leitos); segundo, a visão de famílias (afinal, é necessário ver se os profissionais da saúde estão preparados para lidar com tamanha diversidade).
- (C) primeiro, a tendência das políticas sociais de retomarem a família como unidade de trabalho (que aparece, na prática, no incentivo aos familiares, principalmente às mulheres, de atuarem como as únicas cuidadoras, reafirmando seu papel familiar); segundo, a visão de famílias

(que aparece de forma tradicional, fazendo com que os profissionais utilizem como parâmetro suas próprias noções de família).

- (D) primeiro, a tendência das várias políticas sociais de retomarem a família como unidade de trabalho (o que vai gerar, na área da saúde, os processos de desospitalização, redução do tempo de internação e tratamento domiciliar); segundo, a visão de famílias (que toma como universo de investigação as realidades das camadas médias, não atentando para a diversidade do cotidiano familiar).
- (E) primeiro, a tendência das várias políticas sociais de retomarem a família como unidade de trabalho (que aparece, na área da saúde, na desospitalização, redução do tempo de internação e tratamento domiciliar); segundo, a visão de famílias (devendo-se questionar se os profissionais da saúde estão preparados para lidar com tamanha diversidade e se conhecem as mudanças por que passam historicamente as famílias).

**30** Para Denise Blanes (2006), “formular sistemas é também eleger e propor indicadores sociais de desempenho dos programas”, devendo-se entender por indicador:

- (A) o valor social que expressa a correlação entre objetivos e metas de um programa e seu desempenho, isto é, processos e resultados.
- (B) o parâmetro que expressa a correlação entre objetivos e metas de um programa e seu desempenho, isto é, processos e resultados.
- (C) o valor que expressa a correlação entre as metas de um programa e seu monitoramento, isto é, a adequação aos objetivos propostos.
- (D) o parâmetro que expressa a avaliação de um programa ou política, isto é, processos e resultados.
- (E) o parâmetro que expressa a correlação entre os objetivos de um programa e seu resultado, isto é, processos e monitoramentos.

**31** A importância dos indicadores para Denise Blanes (2006) vai além de:

- (A) gerar informação e medir e avaliar os avanços de programas e/ou políticas sociais: trata-se, sobretudo, de um instrumento que possibilita o exercício de poder ao controlar as informações disponíveis.
- (B) medir, monitorar e avaliar os avanços de um dado processo: trata-se, prioritariamente, de um instrumento de participação que deve ser apropriado pelos gestores dos programas.
- (C) medir e avaliar os avanços de um dado processo: trata-se, antes, de um instrumento que deve ser apropriado pelos usuários, gestores e movimentos organizados da sociedade civil.
- (D) gerar informação e medir e avaliar os avanços de um dado processo: trata-se, principalmente, de um instrumento que deve ser apropriado pelos usuários dos programas para que não sejam alienados.
- (E) gerar informação e medir e avaliar os avanços de um dado processo: trata-se, especialmente, de um instrumento de poder que deve ser apropriado pelos usuários dos programas.

**32** Em suas considerações acerca da articulação entre famílias e políticas públicas, Brant de Carvalho (2006) aponta que a família, independentemente das alterações e mudanças sofridas, continua sendo importante agente de proteção social. Contudo, adverte que:

- (A) não se pode exaurir o potencial protetivo das famílias sem oferecer algo em troca. No caso da saúde, é necessário trazer a família para o cotidiano hospitalar.
- (B) não se deve buscar o potencial protetivo das famílias, pois estas não devem ser vistas como parceiras. No caso da saúde, é necessário produzir saúde para que a família possa ser saudável.
- (C) não se pode exaurir o potencial protetivo sem oferecer apoio. No caso da saúde, não basta alçar a família à categoria de parceira; é necessário produzir saúde para e com a família.
- (D) não se pode exaurir o potencial protetivo das famílias, pois estas não devem ser vistas como parceiras e sim como beneficiárias. No caso da saúde, é

necessário garantir o acesso e o controle social.

- (E) não se deve buscar o potencial protetivo das famílias, pois estas não devem ser vistas como parceiras e sim como usuárias de direitos adquiridos. No caso da saúde, é necessário produzir saúde para e com a família.

**33** Sawaia (2006), em seu artigo sobre família e afetividade, considera fundamental levar-se em conta a afetividade como estratégia de ação emancipadora, defendendo que se eleja o valor afeto na ação social com famílias pobres – o que significa que, no trabalho com esse grupo, devemos:

- (A) buscar atender as demandas concretas para que se sintam um pouco melhor em sua situação de pobreza.
- (B) proporcionar a alegria contínua para que todos possam conviver melhor em sociedade, mantendo a família unida a qualquer custo.
- (C) olhar a família que sofre e não a família de risco ou a família incapaz.
- (D) ocultar a dor que por vezes está presente, investindo nos aspectos positivos do viver em família.
- (E) Investir, mesmo que de forma unilateral, em uma de suas necessidades, tendo por meta a felicidade ainda que momentânea do grupo atendido.

**34** Segundo Dowbor (2006), a viabilidade da sociedade contemporânea depende da possibilidade da família participar do processo de reconstrução econômica, social, trabalhista, cultural etc. Nesse sentido, temos, enquanto cidadãos, algumas tarefas a cumprir, dentre as quais se pode destacar:

- (A) a reorganização do tempo para viver de maneira agradável e inteligente e o resgate da harmonia familiar, evitando situações de conflito no grupo.
- (B) a reorganização do tempo para viver de maneira agradável e inteligente e a diminuição da participação das mulheres no mercado de trabalho.
- (C) a reorganização do tempo para viver de maneira agradável e inteligente e o resgate do imenso fosso social que o processo capitalista está gerando entre ricos e pobres.

- (D) a reestruturação da ordem política e econômica vigente no plano do discurso e a reorganização do nosso espaço urbano para ser mais caloroso para aqueles que o utilizam.

- (E) a ampliação de possibilidades para o convívio, o lazer, a cultura, a família e a manutenção do sistema econômico.

**35** Constitui um dos **princípios** fundamentais do Código de Ética Profissional do Assistente Social (Resolução CFESS, n. 273, de 13 de março de 1993):

- (A) a opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero.
- (B) o livre exercício das atividades inerentes à profissão, em qualquer instituição ou área.
- (C) a participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, na formulação, avaliação, monitoramento e implementação de programas sociais.
- (D) a inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional em qualquer situação e qualquer momento.
- (E) o desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional, bem como a instituição onde desenvolve sua prática profissional e/ou seus usuários.

**36** Segundo o Código de Ética Profissional, no item relativo aos Direitos e Responsabilidades Gerais, um dos **deveres** de deveres do assistente social é:

- (A) utilizar o número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão.
- (B) praticar e ser conivente com condutas antiéticas, crimes ou contravenções penais na prestação de serviços profissionais.
- (C) defender o aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política.
- (D) acatar determinação institucional que fira os princípios e diretrizes desse Código.
- (E) posicionar-se em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos serviços.

**37** O capítulo II do Código de Ética do Assistente Social trata das relações com as instituições empregadoras e outras. Em seu artigo oitavo, estão previstos os deveres do assistente social em relação a esse tema. A opção que aponta um desses **deveres** é a seguinte:

- (A) emprestar seu nome e registro profissional a firmas, organizações ou empresas para simulação do exercício efetivo do Serviço Social.
- (B) utilizar recursos institucionais (humanos e/ou financeiros) para fins partidários, eleitorais e clientelistas.
- (C) intervir na prestação de serviços que estejam sendo efetuados por outro profissional, salvo: a) a pedido deste; b) em caso de urgência, seguido da imediata comunicação ao profissional; c) quando se tratar de trabalho multiprofissional e a intervenção fizer parte da metodologia adotada.
- (D) empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais.
- (E) participar em sociedades científicas e entidades representativas e de organização da categoria que tenham por finalidade, respectivamente, a produção de conhecimento, a defesa e a fiscalização do exercício profissional.

**38** Em conformidade com o Capítulo V do seu Código de Ética Profissional, a quebra do sigilo profissional do assistente social será possível quando:

- (A) ele estiver atuando em trabalho multidisciplinar, de forma ampla, ou seja, abrangendo todos os dados e profissionais envolvidos.
- (B) tratar-se de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízo aos interesses do usuário, de terceiros e da coletividade.
- (C) a manutenção do sigilo gerar insegurança para o usuário, a instituição e/ou terceiros que possam estar envolvidos com a situação em pauta.
- (D) for importante para o desenvolvimento dos trabalhos e dos objetivos da instituição onde o assistente social desenvolve sua prática profissional.
- (E) envolver risco de vida para o usuário ou a terceiros envolvidos.

**39** É **dever** do assistente social na sua relação com os usuários:

- (A) exercer sua autoridade de maneira ilimitada, podendo mesmo, caso necessário, cercear o direito do usuário de participar e decidir livremente sobre seus interesses.
- (B) bloquear o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas instituições, através de atitudes que venham a coagir e/ou desrespeitar aqueles que buscam o atendimento a seus direitos.
- (C) ter acesso a informações institucionais que se relacionem aos programas e políticas sociais e sejam necessárias ao pleno exercício das atribuições profissionais.
- (D) denunciar falhas nos regulamentos, normas e programas da instituição em que trabalha, quando os mesmos estiverem ferindo os princípios e diretrizes do Código.
- (E) garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios do Código.

**40** Segundo o Código de Ética do Serviço Social, Capítulo III, que trata das relações com assistentes sociais e outros profissionais, são considerados **deveres** do assistente social, no desenvolvimento das ações em saúde:

- I. ser solidário com outros profissionais, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos contidos no Código; repassar ao seu substituto as informações necessárias à continuidade do trabalho.
- II. mobilizar sua autoridade funcional, ao ocupar uma chefia, para a liberação de carga horária de subordinado para estudos e pesquisas que visem o aprimoramento profissional, bem como para representação ou delegação de entidade de organização da categoria e outras, proporcionando igual oportunidade a todos.
- III. incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar; respeitar as

normas e princípios éticos das outras profissões; fazer, quando oportuno, crítica pública a colega e a outros profissionais sempre de maneira objetiva, construtiva e comprovável, assumindo inteira responsabilidade.

- IV. intervir na prestação de serviços que estejam sendo efetuados por outro profissional, salvo: a) a pedido deste; b) em caso de urgência, seguido da imediata comunicação ao profissional; c) quando se tratar de trabalho multiprofissional e a intervenção fizer parte da metodologia adotada.

Está correto apenas o que se afirma em:

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

**41** De acordo com Bravo (2006), é possível afirmar sobre a política de saúde no Brasil dos anos 1930 que:

- (A) priorizava as ações curativas, de caráter individual, centradas no modelo biologicista e vinculadas à medicina previdenciária.
- (B) representava a resposta hegemônica do Estado brasileiro à chamada questão social, em substituição ao modelo Beveridgiano instituído pela Lei Elói Chaves, de 1923.
- (C) pautava-se pela adoção de ações focalizadas nos mais pobres, com predomínio do binômio repressão-assistência, sendo a atenção à saúde ampliada, burocratizada e modernizada.
- (D) enfatizava as ações de caráter preventivo, voltadas à coletividade, sobretudo através das chamadas campanhas sanitárias.
- (E) tinha como principal referência organizacional os institutos de aposentadorias e pensões (IAPS), organizados por empresas e financiados pela União, pelos empregadores e pelos empregados.

**42** A unificação dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPS) no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), criado em 1966, se deu de forma a responder a duas tendências centrais, a saber:

- (A) a demanda crescente por proteção social e o fortalecimento das empresas de medicina de grupo.
- (B) o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político.
- (C) as disputas corporativas dos IAPS e o conseqüente aumento de gastos com assistência médica.
- (D) o assalariamento do trabalho médico e o predomínio do modelo assistencial de base flexneriana.
- (E) o reconhecimento da saúde como direito universal e a adoção de experiências municipais exitosas em torno da participação social em saúde.

**43** Segundo Bravo (2006), o modelo de privilegiamento do produtor privado em saúde desenvolvido no período da Ditadura Militar brasileira foi marcado pelos seguintes aspectos, **EXCETUANDO-SE** apenas:

- (A) a articulação do Estado com os interesses do capital internacional, através das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares.
- (B) a extensão da cobertura previdenciária, de forma a abranger a quase totalidade da população urbana.
- (C) a criação de serviços de combate a endemias, com financiamento de fundações norte-americanas, tais como a Fundação Rockefeller.
- (D) a ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada.
- (E) a interferência estatal na previdência social, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde.

**44** Entre os sujeitos sociais que participaram ativamente do processo de construção do projeto de Reforma Sanitária brasileira que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), Bravo (2006) destaca:

- (A) os movimentos sociais urbanos e o chamado movimento sanitário.
- (B) os profissionais de saúde e as organizações sindicais como a Federação Brasileira de Hospitais.
- (C) a categoria de Serviço Social e os partidos políticos de oposição.
- (D) o CEBES e a ABRAMGE.
- (E) representantes da indústria farmacêutica e empresários médicos.

**45** Ao analisar os rumos da política de saúde brasileira nos anos 1990, Bravo (2006) identifica algumas questões centrais que comprometem a possibilidade de avanço do SUS, entre as quais:

- (A) a substituição do mecanismo de financiamento através da remuneração por produção pela modalidade *per capita*.
- (B) a adoção do princípio da integralidade que, na prática, implicou a prioridade da assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde.
- (C) o desrespeito ao princípio da equidade na alocação de recursos públicos, pela não unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal.
- (D) a ênfase em políticas e programas focalizados nos mais pobres, a exemplo do Saúde da Família, de forma a garantir a equidade no acesso aos serviços sanitários.
- (E) a descentralização da atenção à saúde, de forma a aproximar o cidadão comum dos centros decisórios em torno da alocação de recursos.

**46** O conceito de controle social empregado por Correia (2006) implica:

- (A) a atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas, no sentido de controlá-las para que atendam às demandas sociais e aos interesses das classes subalternas.

- (B) a possibilidade de exercício da cidadania, em que grupos sociais com diferentes interesses convergem, através de pactuações e consensos, para a construção de um projeto comum.
- (C) o exercício do poder estatal sobre a sociedade civil, de forma a implantar o projeto hegemônico de dominação da classe burguesa sobre as demais classes sociais, mas aparentando expressar a vontade geral.
- (D) a incompatibilidade com os princípios da democracia representativa, uma vez que as instâncias de controle social são ocupadas por grupos com interesses diversos e baixa capacidade de vocalização dos segmentos que representam.
- (E) o reconhecimento das instâncias de controle social como espaços de cooptação dos movimentos sociais pelo poder público, sendo recomendada a retirada desses sujeitos sociais de tais espaços.

**47** De acordo com Correia (2006), um dos limites ao exercício do controle social na área da saúde é:

- (A) o baixo capital político de grande parte dos conselheiros de saúde.
- (B) a paridade instituída no âmbito dos conselhos de saúde.
- (C) a ausência de articulação intersetorial das instâncias de controle social.
- (D) a sobrecarga de trabalho imputada a alguns segmentos sociais.
- (E) a ingerência política na escolha dos conselheiros.

**48** Segundo Correia (2006), entre as recomendações dos organismos multilaterais para o setor de saúde no Brasil que sofreram forte resistência por parte do Conselho Nacional de Saúde está:

- (A) a focalização da atenção à saúde através da implantação do Programa Saúde da Família.
- (B) a descentralização da atenção à saúde para os entes subnacionais de governo, haja vista a baixa capacidade político-institucional desses entes para garantir o direito à saúde.

- (C) a busca de eficiência na alocação dos gastos em saúde, sob a perspectiva de garantia de uma cesta básica para o setor.
- (D) o enxugamento da máquina estatal através da construção de ações conjuntas entre os diversos setores, reduzindo, desse modo, a duplicidade de intervenções.
- (E) a adoção de experiências de copagamento que quebram o caráter público dos serviços de saúde estatais.

**49** Ao reconstituírem a trajetória histórica do Serviço Social na área da saúde, Bravo e Mattos (2006) constataram que houve, no Brasil, uma expansão da profissão a partir de 1945 e a saúde tornou-se, progressivamente, o principal campo de absorção profissional dos assistentes sociais. Dentre os fatores que contribuíram para a ampliação profissional nessa conjuntura, os autores destacam:

- (A) a busca por referenciais teóricos que subsidiassem a análise da realidade brasileira, uma vez que até então a profissão “importava” as teorias norte-americanas.
- (B) a superação do julgamento moral que marcava a intervenção profissional nos seus primórdios, substituindo-o por uma análise mais científica, de cunho psicológico.
- (C) a intenção de ruptura com o conservadorismo que originou o Serviço Social como profissão, com respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas em torno da temática do desenvolvimento.
- (D) o conceito de saúde elaborado em 1948 e difundido pela Organização Mundial da Saúde, enfocando os aspectos biopsicossociais, o que determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor.
- (E) a criação de programas prioritários para determinados segmentos da população, em que os assistentes sociais eram chamados a atuar na área de educação sanitária, baseada na metodologia de educação como liberdade de Paulo Freire.

**50** Sobre a atuação do Serviço Social na saúde no pós-1964, é possível afirmar, com base em Bravo e Matos (2006), que:

- (A) a principal área de atuação do assistente social eram os centros de saúde, onde os serviços básicos eram a higiene pré-natal, infantil e pré-escolar, o controle da tuberculose, o combate à verminose e a educação sanitária.
- (B) o Serviço Social na saúde recebeu as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais da época, sedimentando sua atuação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária.
- (C) a profissão deu início a seu processo de reconceituação, com forte influência de abordagens marxistas de cunho estruturalista, o que propiciou a chamada “fuga das instituições” e a expansão de práticas de mobilização e organização nas comunidades pobres.
- (D) o assistente social foi chamado a intervir na mediação entre a crescente demanda por saúde e seu caráter excludente e seletivo, o que contribuiu para a construção de um projeto político-profissional de defesa da cidadania regulada.
- (E) a modernização conservadora implantada no país exigiu a renovação do Serviço Social, em face das novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora, o que exigiu que os assistentes sociais viabilizassem trabalhos de educação sanitária junto às comunidades pobres.

**51** Bravo e Matos (2006) argumentam que, a despeito dos avanços conquistados pela profissão na área da saúde nos anos 1980, o Serviço Social chegou à década seguinte com uma ainda incipiente alteração de sua prática institucional. São expressões dessa fragilidade:

- (A) os trabalhos do Serviço Social na área de saúde apresentados nos congressos nacionais da categoria, que carecem de maior embasamento teórico-metodológico e se pautam, via de regra, por posições de adesão aos programas governamentais.
- (B) as dificuldades da maioria dos assistentes sociais da saúde em realizar

um trabalho que, no cotidiano profissional, esteja norteado pelo projeto ético-político da profissão bem como pelos princípios da reforma sanitária brasileira.

- (C) a desarticulação da categoria profissional em relação ao movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma ocupação da máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão e a insuficiente produção teórica sobre as chamadas demandas postas à prática em saúde.
- (D) os entraves de ordem político-financeira para efetivação dos princípios em que o projeto ético-político da profissão e o da reforma sanitária convergem: democratização do acesso aos serviços de saúde, atendimento humanizado, interdisciplinaridade e estímulo à participação cidadã.
- (E) o privilegiamento de processos interventivos pautados em abordagens “psicologizantes” que reduz a ação profissional às questões subjetivas vividas pelos usuários dos serviços de saúde e o fortalecimento, em diversos fóruns da categoria, do chamado Serviço Social Clínico.

**52** Nogueira e Mioto (2006), ao analisarem a inserção do Serviço Social na saúde, identificam possíveis nexos entre a ação profissional e as diretrizes do SUS. Para essas autoras, um dos processos que abre a possibilidade para a construção de um novo estatuto ao Serviço Social no campo da saúde é:

- (A) a incorporação da noção de promoção da saúde como uma prioridade para a área.
- (B) a adoção dos determinantes sociais como eixos estruturantes dos processos saúde-doença.
- (C) a qualificação dos profissionais de Serviço Social no âmbito da gestão das ações de saúde.
- (D) o reconhecimento da necessidade de desenvolvimento de ações intersetoriais.
- (E) a implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida.

**53** Na avaliação de Nogueira e Mioto (2006), todas as alternativas apresentam impedimentos à plena realização do controle social no campo da saúde, **EXCETO**:

- (A) a ausência de uma cultura de controle social.
- (B) as deficiências na representação dos diversos segmentos sociais.
- (C) a dificuldade dos conselheiros em manejar as informações em saúde.
- (D) a articulação institucional entre os conselhos de políticas públicas.
- (E) a falta de autonomia dos conselheiros frente ao poder executivo.

**54** Costa (2006) identifica algumas particularidades do processo de trabalho na área da saúde pública vis-à-vis com as características gerais do trabalho no capitalismo. Uma dessas particularidades é:

- (A) o reconhecimento de que o trabalho em saúde é imediatamente consumido com a finalidade de gerar valor, sendo objeto de mercantilização e de potencialização de mais-valia em outras esferas produtivas.
- (B) a participação do usuário como uma exigência central do trabalho em saúde, haja vista que, no interior do processo de produção dos serviços de saúde, há uma tendência ao afastamento entre quem produz e quem consome o serviço.
- (C) a adoção de novas formas de organização do processo de trabalho, em função da hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema de saúde.
- (D) a progressiva substituição da força de trabalho humano pelas inovações tecnológicas rapidamente incorporadas aos processos de trabalho em saúde, com destaque para a centralidade adquirida pela informação e comunicação em saúde.
- (E) o fato de que nesse tipo de serviço, em função da relação direta que estabelece com o usuário, o trabalhador necessita imprimir uma direção ao seu trabalho que requer capacidade e relativa autonomia para “autogoverná-lo” bem como aos resultados esperados.

**55** Ao analisar o trabalho do assistente social no âmbito dos serviços públicos de saúde na cidade de Natal (RN), Costa (2006) identificou a existência de uma contradição entre:

- (A) a formação profissional, marcada por excessivo grau de generalidade, e as demandas postas pelo mercado de trabalho em saúde, cada vez mais pautado pelo trabalho especializado.
- (B) a assimilação do discurso do projeto ético-político da profissão e o avanço do conservadorismo de grande parte das práticas profissionais do Serviço Social na saúde, expressa na persistência de ações burocratizadas e subalternizadas em relação às demais profissões.
- (C) a crescente demanda por serviços de saúde e a política de racionalização de gastos públicos, com repercussões desastrosas à efetivação do direito à saúde e à operacionalização do SUS.
- (D) a ampliação do discurso dos assistentes sociais sobre as fragilidades ou indefinições da prática profissional e a existência de um conjunto de demandas reveladoras da utilidade da profissão na dinâmica dos processos coletivos de trabalho nos serviços de saúde.
- (E) o alargamento das ações de diferentes profissões da saúde em direção ao social e a desqualificação no tratamento dado a alguns aspectos relacionados ao social, desvelado a partir da análise do formato de alguns programas de saúde.

**56** Os procedimentos e os instrumentos de trabalho discutidos por Vasconcelos (2002) são:

- (A) reunião e comunicação de óbito.
- (B) trabalho multiprofissional e alta hospitalar.
- (C) ouvidoria e trabalho multiprofissional.
- (D) entrevista e reunião.
- (E) plantão e entrevista.

**57** Vasconcelos (2002) afirma que “se o assistente social tem um papel nos momentos de sofrimento, de dor, de perda, de descontrole, etc., suas ações só atingem a dimensão social (superando a pura, mas importantíssima, minimização do sofrimento) uma vez que estejam articuladas com e/ou

sejam concomitantes a outras ações que, envolvendo ou não diretamente os usuários, **atingam as causas daquele sofrimento**”. Atingir as causas demanda prioritariamente:

- (A) o conhecimento das realidades familiares e da vida dos usuários, possibilitando uma escuta ativa e metódica que favoreça o estabelecimento de um relacionamento horizontal.
- (B) a reorientação da política e dos programas de saúde na direção dos interesses e necessidades dos usuários, modificando rotinas e a qualidade dos serviços prestados.
- (C) a disseminação da informação de modo a tornar o usuário consciente de seus direitos – bem como de seus deveres – e capacitá-lo a exercer plenamente sua cidadania.
- (D) o aprofundamento de estudos que possibilitem um maior conhecimento acerca da realidade dos usuários, especificamente os estudos acerca das relações de gênero, raça/etnia e classe social.
- (E) o conhecimento das realidades familiares obtido a partir de visitas domiciliares e entrevistas de modo a poder reorientar a prática profissional.

**58** Segundo Vasconcelos (2002), aos assistentes sociais que atuam na saúde e têm como objeto a chamada “questão social” cabe:

- (A) mobilizar, conscientizar e direcionar as demandas dos usuários de modo a facilitar sua inserção no cotidiano hospitalar, promovendo de forma harmônica a mediação entre os interesses da instituição e dos usuários.
- (B) promover a capacitação de profissionais e de usuários de modo a favorecer a conscientização de uns e outros e o estabelecimento de uma prática multiprofissional comprometida com os reais interesses da população usuária.
- (C) favorecer a integração dos usuários no cotidiano hospitalar, atuando simultaneamente como agente catalisador da transformação social e do resgate da cidadania plena para usuários e profissionais da área.
- (D) transformar o espaço hospitalar em um ambiente favorável e agradável para o bem-estar da população atendida,

divulgando informações e servindo de mediação entre os usuários e o poder médico.

- (E) organizar, aprofundar, ampliar, desenvolver, facilitar os conhecimentos e informações necessários sobre todos os aspectos da história e da conjuntura relativos à saúde e seus determinantes e à participação social e política dos usuários.

**59** Vasconcelos (2002) afirma, em relação ao trabalho com grupos no serviço social, que esse trabalho:

- (A) é opcional e não representa um grande instrumento profissional.  
(B) não é opcional e representa uma estratégia de controle sobre os usuários.  
(C) não é opcional ou uma escolha ao acaso, mas uma necessidade.  
(D) é opcional e representa uma estratégia de fortalecimento dos usuários.  
(E) não é opcional e possibilita a transformação social.

**60** Vasconcelos (2002), ao analisar as demandas, rotinas e atividades profissionais dirigidas ao Serviço Social na saúde, considera como **demandas implícitas**:

- (A) a preparação para alta hospitalar e orientação aos usuários dos serviços de saúde quanto aos seus direitos sociais e trabalhistas.  
(B) a educação em saúde, prevenção, participação no controle social dos serviços prestados, por organização para efetivar o controle social.  
(C) orientações quanto às rotinas hospitalares e acesso ao diagnóstico e tratamento.  
(D) o acolhimento, a escuta diferenciada e o acompanhamento durante o processo de hospitalização.  
(E) a agilização de altas e transferências para outras unidades de saúde.

**61** Todas as alternativas a seguir apontam competências governamentais para implementação da Política Nacional do Idoso na área da saúde, **EXCETO**:

- (A) incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais (incluindo-se o Distrito Federal) e municipais.  
(B) garantir ao idoso assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde.  
(C) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, casas-lares etc.  
(D) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde.  
(E) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas.

**62** Todas as alternativas a seguir apontam **princípios** que regem a política nacional do idoso, com **EXCEÇÃO** da seguinte:

- (A) o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas.  
(B) o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza.  
(C) a descentralização político-administrativa deve ser a meta a ser alcançada.  
(D) a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.  
(E) o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos.

**63** Para Szymanski (2003), práticas educativas para crianças e jovens podem ser entendidas como:

- (A) reprodução de concepções, valores e tradições de desenvolvimento, bem como atividades esportivas e culturais, de forma linear não dialógica para jovens e adultos.
- (B) apreensão do modo como o adulto se expressa, compreende e interpreta o mundo como sendo a única verdadeira.
- (C) concepção do desenvolvimento humano como unilinear em seu aspecto cognitivo, social e moral.
- (D) ações contínuas e habituais realizadas pelas agências socializadoras, a fim de possibilitar a construção e a apropriação de saberes, práticas e hábitos sociais pelos jovens.
- (E) ações permanentes exercidas pela família e pela comunidade, objetivando inculcar valores, comportamentos e experiências do grupo que são repassadas aos jovens de forma dialógica e contínua.

**64** Segundo Szymanski (2003), a prática dialógica pressupõe a horizontalidade, o respeito e a escuta às urgências de educandos e educadores. Essa prática pretende:

- (A) a construção de um pensar crítico, racional e isento de ameaças à autoridade.
- (B) o estabelecimento de um pensar crítico, com sensibilidade e abertura para compreender o outro dentro dos fundamentos éticos da educação.
- (C) a instauração do diálogo para apreensão da realidade de acordo com o modelo positivista presente na sociedade.
- (D) a instituição de um pensar que tem por paradigma a doutrina católica.
- (E) a transmissão das normas e regras definidas na sociedade através da escuta e do respeito ao outro.

**65** Guimarães e Almeida (2003), ao tecer reflexões sobre o trabalho social com famílias, afirmam que para uma avaliação positiva desse trabalho é necessária a garantia de certas condições listadas a seguir, **EXCETO**:

- (A) inserir técnicos na comunidade de forma efetiva, sendo-lhes permitido conhecê-la e fazerem-se conhecidos.
- (B) planejar entrevistas que contemplem um aprofundamento e assegurem a inserção das famílias nos programas.
- (C) estabelecer um processo de formação contínua voltada para o processo saúde-doença.
- (D) formar sistematicamente profissionais com apoio na tríade grupo, famílias e políticas/direitos sociais.
- (E) proceder a um diálogo constante com grupos e organizações da comunidade.

## Língua Portuguesa

Após a leitura do texto abaixo, responda às perguntas que se seguem:

Durante séculos e até há apenas algumas décadas, a ciência acreditava que, ao nascer, cada um de nós trazia um cérebro pronto, com seu potencial e sua capacidade predeterminados geneticamente. A ideia de que o cérebro está em constante crescimento, até bem pouco tempo, soaria como estapafúrdia e absurda. Mas é exatamente o que hoje os cientistas vêm constatando: o cérebro humano é um órgão em permanente mudança, podendo crescer e ampliar seus recursos durante toda a vida. Assim como a imagem de cada cérebro humano é única - nenhum cérebro é igual a outro (o que confirma os versos de Drummond "Todo ser humano é um estranho / ímpar") -, assim também a cada instante a imagem de nosso cérebro se atualiza, muda. É única em cada momento. Em sua relação com os estímulos externos, sofre variações continuamente.

Conforme afirmam os neurocientistas, e entre eles John J. Ratey, autor do livro *O cérebro: um guia para o usuário*, a palavra que melhor caracteriza o cérebro é plasticidade. A cada momento em que nos lançamos numa nova experiência, em que fazemos novos contatos - com pessoas ou conhecimentos ou informações -, novas conexões neurais são estabelecidas e isso significa uma permanente reformulação no desenho de nosso mapa cerebral. O que nos confirma que, "em termos de cérebro, a realidade nunca é absoluta. O que somos agora, já não seremos amanhã. O cérebro pode ser modelado. Tem a

mesma propriedade da argila, do barro. É a bagagem de experiência de cada dia que vai modelá-lo. Tal como no texto de Guimarães Rosa, ainda não fomos terminados, podemos afinar ou desafinar. [...]"

As últimas descobertas dos neurocientistas confirmam: a crença de que alguns nascem inteligentes e outros burrinhos não recebe qualquer aval da ciência. Apenas 30% da capacidade intelectual de uma pessoa é decorrência de sua herança genética; os outros 70% resultam das experiências a que ela foi exposta e das aprendizagens que construiu durante a vida. Inteligência se constrói. E os cientistas afirmam veementemente a importância do aprendizado e do exercício, porque as conexões neurais serão mais fortes ou mais fracas, dependendo do uso - o que, sem dúvida, aumenta nossa responsabilidade. Tratando-se de conexões neurais, a preguiça parece ser o pior dos pecados. [...]"

Hoje, graças a conhecimentos extraídos em variadas áreas de pesquisa, podemos concluir que o ser humano foi projetado para a ação, para o trabalho. Enquanto a atividade remete à vida, o sedentarismo remete às doenças e à incapacidade física e mental. Os músculos precisam ser exercitados por meio da atividade física; o intestino precisa ser posto a trabalhar por intermédio das fibras presentes na alimentação, nas frutas, legumes, verduras e grãos integrais; o cérebro precisa ser exercitado com atividades intelectuais, jogos, palavras cruzadas e especialmente leitura. A ausência de atividade caracteriza o sedentarismo. Depois de ler muito a respeito de neurociência e de medicina nutricional, extraí esta conclusão: o sedentarismo não é apenas o físico-muscular. Ele deve ser combatido nessas três vertentes: o sedentarismo físico [...], que enferruja os músculos e promove o envelhecimento precoce; o sedentarismo digestivo, consequência do excesso de refinados e da falta de fibras na alimentação, que produz o equivocadamente chamado "intestino preguiçoso" e que, segundo a medicina chinesa, está fortemente associado a um grande número de doenças; o sedentarismo intelectual, a entrega à passividade mental - tanto nas atividades de lazer (passivas) como em tudo o mais -, que leva à deterioração do cérebro precocemente. Se a vida não ofereceu a algumas pessoas uma ocupação profissional na qual elas encontrassem a experiência vital do fluxo; se muitas dessas pessoas não chegaram a descobrir uma forma de lazer que pudesse contrabalançar a falta de sentido da vida; se, ao atingir a terceira idade e/ou a aposentadoria, isso parece uma possibilidade remota, uma imersão na leitura pode tornar a vida dessas pessoas mais agradável e mais rica.

Maria, Luzia de. *O clube do livro: ser leitor - que diferença faz?* São Paulo: Globo, 2009, p. 127 - 147

**66** A argumentação desenvolvida no texto está orientada no sentido de convencer o leitor de que:

- (A) o sedentarismo torna o homem presa fácil de doenças e incapacidade física e mental, por isso todo ser humano foi projetado para estar em ininterrupta atividade.
- (B) todo ser humano nasce com o mesmo potencial de inteligência, mas a preguiça, evidentemente, lhe compromete os músculos, o intestino e até mesmo o cérebro.
- (C) o sedentarismo gera obesidade, prisão de ventre e deterioração precoce do cérebro, tornando as pessoas menos produtivas e mais infelizes.
- (D) pessoas na terceira idade e/ou aposentadas dependem mais que os jovens de uma imersão na leitura para tornar suas vidas mais prazerosas e ricas.
- (E) o cérebro humano está em constante processo de mudança, necessitando apenas, para desenvolver-se, de permanente exercício, especialmente leitura.

**67** No curso de sua exposição, a autora recorre a todas as estratégias argumentativas relacionadas a seguir, com EXCEÇÃO da indicada em:

- (A) ilustração de natureza literária
- (B) argumento de autoridade ou recurso à palavra de especialista
- (C) exemplificação destinada a tornar mais evidente o sentido de uma proposição
- (D) exploração de dados estatísticos
- (E) narração de fato para justificar ponto de vista defendido

**68** Nas relações de causalidade, exploradas pela autora como estratégia de argumentação, trata-se do efeito, e não da causa que o produz, o que se encontra enunciado em:

- (A) sua herança genética (linhas 41-42)
- (B) experiências a que ela foi exposta e aprendizagens que construiu durante a vida (linhas 43-44)
- (C) conexões neurais mais fortes ou mais fracas (linhas 47-48)
- (D) excesso de refinados e falta de fibras na alimentação (linhas 71-72)
- (E) imersão na leitura (linha 87)

**69** Em: “o cérebro humano é um órgão em permanente mudança, podendo crescer e ampliar seus recursos durante toda a vida” (linhas 9-11), o leitor deve interpretar o que se encontra proposto antes e depois da vírgula, respectivamente, como:

- (A) certo / possível
- (B) necessário / duvidoso
- (C) obrigatório / possível
- (D) certo / duvidoso
- (E) necessário / obrigatório

**70** O conector que poderia ser empregado na argumentação para tornar mais evidente o nexos entre o que se diz em: “Inteligência se constrói” (linha 45) e o que foi dito nas frases imediatamente anteriores está destacado entre vírgulas em:

- (A) Inteligência, aliás, se constrói
- (B) Inteligência, inclusive, se constrói
- (C) Inteligência, pois, se constrói
- (D) Inteligência, ademais, se constrói
- (E) Inteligência, não obstante, se constrói

**71** O advérbio em *-mente* foi empregado para expressar uma avaliação pessoal da autora a respeito de fato por ela enunciado em:

- (A) ao nascer, cada um de nós trazia um cérebro pronto, com seu potencial e sua capacidade predeterminados geneticamente (linhas 2-5)
- (B) é exatamente o que hoje os cientistas vêm constatando (linhas 7-9)
- (C) sofre variações continuamente (linha 18)
- (D) que produz o equivocadamente chamado “intestino preguiçoso” (linhas 73-74)
- (E) que leva à deterioração do cérebro precocemente (linhas 79-80)

**72** Dentre os pronomes em destaque, aquele que faz referência a algo que ainda vai ser enunciado no texto encontra-se na alternativa:

- (A) é exatamente o que hoje os cientistas vêm constatando (linhas 7-9)
- (B) e entre eles John J. Ratey (linhas 19-20)
- (C) podendo crescer e ampliar seus recursos durante toda a vida (linhas 10-11)
- (D) que enferruja os músculos e promove o envelhecimento precoce (linhas 69-70)
- (E) isso parece uma possibilidade remota (linhas 86-87)

**73** Na frase: “Assim como a imagem de cada cérebro humano é única - nenhum cérebro é igual a outro (o que confirma os versos de Drummond “Todo ser humano é um estranho / ímpar”) -, assim também a cada instante a imagem de nosso cérebro se atualiza, muda” (linhas 11-16), as idéias correlacionadas por “assim como... assim também” mantêm entre si uma relação de natureza:

- (A) causal
- (B) comparativa
- (C) conclusiva
- (D) contrastiva
- (E) alternativa

**74** Dentre os comentários seguintes, feitos a palavras usadas no texto, constitui evidente equívoco o que se lê em:

- (A) o diminutivo “burrinhos” (linha 39) é uma forma afetiva de dizer, não significando, no texto, o mesmo que “burros pequenos”. 5
- (B) a palavra “sedentarismo” (linha 56) tem o sentido dicionarizado de “qualidade de quem está quase sempre sentado; de quem não exercita o corpo e o conserva inativo”. 10
- (C) o nome “plasticidade” (linha 22) encontra-se explicado pelo próprio texto, não havendo, para compreendê-lo, necessidade de recorrer ao dicionário.
- (D) “argila” e “barro” (linha 32) são nomes destinados a tornar mais concreta, por comparação, uma idéia anteriormente expressa no texto.
- (E) o substantivo “mapa” (linha 28) está empregado em sentido figurado, como metáfora.

**75** A substituição da preposição ou locução prepositiva em destaque pela forma proposta nos parênteses altera fundamentalmente o sentido do enunciado em:

- (A) em termos de cérebro, a realidade nunca é absoluta (linhas 29-30) (no que respeita a)
- (B) das aprendizagens que construiu durante a vida (linhas 43-44) (no curso de)
- (C) graças a conhecimentos extraídos em variadas áreas de pesquisa (linhas 52-53) (por obra de)
- (D) o intestino precisa ser posto a trabalhar por intermédio das fibras (linhas 58-59) (em razão de)
- (E) Depois de ler muito a respeito de neurociência e de medicina nutricional (linha 65-66) (acerca de)

## Língua Espanhola

Abajo encontrarás el resumen de una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud - OMS, texto en que se fundamentan las cuestiones que te proponemos en seguida. Léelo atentamente antes de responder.

La atención primaria de salud, más necesaria que nunca

**Publicación oficial**  
World Health Organization  
**Resumen**

Decididos a reforzar sus sistemas de salud, los países se ven obligados cada vez más a reconocer que la perspectiva de la atención primaria de salud (APS) puede proporcionarles el nuevo y más definido rumbo que necesitan. En el análisis realizado en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008*, se muestra que las reformas de la atención primaria, basada en los principios de acceso universal, equidad y justicia social constituyen una respuesta fundamental a los retos sanitarios que plantea un mundo en rápida evolución y a las crecientes expectativas de los países y de sus ciudadanos en materia de salud y atención sanitaria.

El informe identifica cuatro conjuntos de reformas interrelacionadas de la APS que tienen por objeto lo siguiente: garantizar el acceso universal y la protección social, a fin de mejorar la equidad sanitaria; reorganizar la prestación de servicios en función de las necesidades y expectativas de la población; mejorar la salud de las comunidades mediante unas políticas públicas más idóneas; y renovar el liderazgo sanitario sobre la base de una mayor eficacia de las administraciones y la participación activa de los principales interesados directos.

Se publica este informe transcurridos 30 años desde la Conferencia de Alma-Ata de 1978 sobre atención primaria de salud, en la que se acordó abordar una situación de desigualdad sanitaria "política, social y económicamente inaceptable" en todos los países. Es mucho lo conseguido en este sentido desde entonces: si las tasas de mortalidad en la niñez fueran hoy las mismas que en 1978, en 2006 se habrían registrado 16,2 millones de defunciones

infantiles en lugar de los 9,5 millones que realmente se produjeron. Sin embargo, los progresos en materia de salud han sido extremada e inadmisiblemente desiguales, y muchas poblaciones desfavorecidas se están quedando rezagadas o incluso pierden terreno.

Al mismo tiempo, está cambiando radicalmente la naturaleza de los nuevos problemas sanitarios. La urbanización, la globalización y otros factores aceleran la propagación mundial de las enfermedades transmisibles y aumentan la carga de trastornos crónicos. El cambio climático y la inseguridad alimentaria tendrán grandes repercusiones en la salud en los años venideros, de modo que la articulación de una respuesta eficaz y equitativa entrañará enormes retos.

Ante todo eso, seguir haciendo lo habitual no es una opción viable para los sistemas de salud. Muchos de ellos parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de forma cada vez más fragmentada y sin un sentido claro de la preparación necesaria para afrontar el futuro.

Por fortuna, el actual contexto internacional es favorable a una renovación de la APS. La salud mundial acapara un interés sin precedentes. Se aboga cada vez más por la unidad de acción y abundan los llamamientos en pro de la atención integral y universal y de la salud en todas las políticas. Las expectativas nunca habían sido tan altas.

Aprovechando este impulso, la inversión en reformas de la atención primaria puede transformar los sistemas sanitarios y mejorar la salud de los individuos, las familias y las comunidades en todas partes. Para todos aquellos interesados en conocer la manera de lograr avances sanitarios en el siglo XXI, el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* constituye una lectura indispensable.

© Organización Mundial de la Salud 2010. Reservados todos los derechos

Disponible en:

<http://apps.who.int/bookorders/espanol/detart3.jsp?session=3&codlan=3&codcol=24&codcch=2008>

**76** La lectura del primer párrafo del texto evidencia que los retos sanitarios planteados por un mundo en evolución tienen su solución en:

- (A) el acceso social, la expectativa de los países y los antiguos procedimientos.
- (B) la igualdad, el acceso universal y la justicia social.
- (C) la justicia social, la desigualdad y las ya conocidas perspectivas de salud.
- (D) la creciente expectativa de los países respecto a los procedimientos tradicionales.
- (E) la rapidez de los análisis primarios de salud.

**77** En el segundo párrafo,

- (A) se identifican los cuatro conjuntos de reformas interrelacionadas de la APS.
- (B) se señalan los procedimientos necesarios a la mejoría de la equidad sanitaria.
- (C) se explicita el objeto de las reformas interrelacionadas de la APS.
- (D) se especifican las políticas públicas inadecuadas al liderazgo sanitario.
- (E) se discute la participación activa de los interesados directos en las reformas.

**78** Transcurridos 30 años desde la Conferencia de Alma – Ata de 1978, sobre atención primaria de salud (tercer párrafo),

- (A) todos los países optaron por mantener las poblaciones en la misma situación económica y social.
- (B) se ha logrado aumentar las tasas de mortalidad infantil en relación a las tasas de 1978.
- (C) resulta evidente el éxito de los procedimientos adoptados, que han sido aplicados, de igual manera, a todas las poblaciones desfavorecidas.
- (D) se cuestionan los procedimientos adoptados, una vez que las tasas de mortalidad de la niñez se mantuvieron inalteradas en 2006.
- (E) se ha logrado un gran avance respecto a la salud en el mundo; sin embargo, tal avance no ha favorecido a todas las poblaciones.

**79** La frase: “La urbanización, la globalización y otros factores aceleran la propagación mundial de las enfermedades transmisibles y aumentan la carga de trastornos crónicos” (líneas 48-51)

- (A) señala los elementos causadores de los nuevos problemas sanitarios en el mundo moderno, los retos que requieren de nuevas y eficaces respuestas.
- (B) indica que el mundo se moderniza y la solución para los nuevos retos sanitarios que se presentan es, siempre, inmediata y precisa.
- (C) propone la vuelta a las antiguas prácticas sanitarias como recurso para detener la posible amenaza de nuevas enfermedades.
- (D) celebra la globalización y propone nuevas formas de alimentación, como prevención de enfermedades en los años futuros.
- (E) justifica la propagación mundial de las enfermedades transmisibles por medio del cambio climático que repercute en la salud.

**80** Leído el texto publicado por la Organización Mundial de la Salud (OSM), se concluye que, de acuerdo con el actual contexto internacional, la salud mundial es el blanco de un interés jamás visto,

- (A) y la inversión en reformas de la atención primaria de salud ha proporcionado un deseado impulso sanitario colectivo durante el año de 2008.
- (B) por lo cual se tiende a mantener los antiguos procedimientos respecto a los sistemas sanitarios debido a los avances universales asegurados por ellos.
- (C) de lo que resulta que todos los pueblos del mundo, en el siglo XXI, están informados sobre los nuevos y exitosos procedimientos sanitarios y ya disfrutan ampliamente de sus beneficios.
- (D) lo que hace de éste el momento propicio para las reformas de la atención primaria que podrán transformar los sistemas sanitarios y provocar una mejoría universal de la salud.
- (E) lo que asegura que, en el siglo XXI, las poblaciones accederán a la lectura del informe sobre la salud en el mundo, medida imprescindible para asegurar a todos una buena salud.

## Língua Inglesa

Leia o texto abaixo e responda as perguntas que o seguem, marcando a opção correta.



### Prevention and lifestyles are 'key to healthy future', says CMO

9 December, 2009

Preventing disease and illness is the key to a healthy future generation, the chief medical officer (CMO) for Wales has said. Dr Tony Jewell issued the statement as he published his third annual report on the state of health in Wales.

The report looks at different methods of prevention to guarantee the long-term health of the nation, including immunization, screening and education.

He said that more emphasis is needed to be placed on preventing ill health in the first place.

“With the increase of chronic conditions in an ageing society in Wales, money would be better spent on trying to promote health and prevent people getting chronically ill in the first place instead of being forced to spend increasing amounts on treatment,” he said.

“We need to educate people to make healthy lifestyle choices. It is as much the responsibility of society as a whole to help improve people’s health as it is that of the NHS (National Health Service). We need to make healthy choices the easy choices.”

He added: “Spending more now on health prevention, including health promotion marketing campaigns, will pay both health and financial dividends for future generations”.

Dr Jewell believes overall health in Wales continues to improve but action to address issues like obesity, binge drinking and smoking are needed.

Finally, he observes: “I am still concerned about the longer term impact of our unhealthy lifestyles in respect of the food we eat, what we drink and the relatively low rates of physical activity in all age groups.”

**Wales\***: País de Gales(Grã-Bretanha)

#### Readers' comments (1)

As it is well known, prevention is better than cure. This is the most important principle in health promotion and disease prevention. It should guide all health professionals in their clinical approach. The World Health Organisation states in its guideline on cardiovascular prevention: “Reducing cigarette smoking, body weight, blood pressure, blood cholesterol, and blood glucose all have a beneficial impact on major biological cardiovascular risk factors. Behaviours such as

stopping smoking, taking regular physical activity and eating a healthy diet promote health. Moreover, they have no known harmful effects. Government agencies continue to educate not only the population via informative campaigns, but also health professionals. I believe that we have a duty to contribute to the quality of the public health. So I totally agree with Dr.Jewell and shall add that the current campaign on patient safety would certainly benefit from a strategy that primarily focuses on disease prevention and health promotion.

*Abel, RN (Australia)*

Adapted from: <http://www.nursingtimes.net/whats-new-in-nursing/news-topics/public-health/prevention-and-lifestyles-are-key-to-healthy-future-says-cmo/5009467.article>

**76** According to the text, Dr Tony Jewell defends a strategy which

- (A) focuses on disease prevention and health promotion.
- (B) combats the symptoms associated with bad health habits.
- (C) promotes obesity and chronic diseases.
- (D) increases the influence of the NHS in Wales.
- (E) will be paid by future generations.

**77** Immunization, screening and education are used in Dr Jewell’s report as examples of:

- (A) methods which should be best avoided in the N.H.S.
- (B) health strategies frequently used in Wales.
- (C) procedures which will ensure long-term health in Wales.
- (D) practices which have been eliminated by the CMO.
- (E) habits to be promoted in the educational system in Wales.

**78** In the report, obesity, binge drinking and smoking are referred to as:

- (A) characteristics of an unhealthy lifestyle which have to be combated.
- (B) some habits which have been abolished in Wales.
- (C) unhealthy habits which have to be promoted through education.
- (D) three habits which make people chronically ill in Wales.
- (E) issues which have been successfully addressed by the government.

**79** In the sentence (taken from the text) “*money would be better spent on trying to promote health and prevent people getting chronically ill in the first place **instead of** being forced to spend increasing amounts on treatment,*” the linking expression “*instead of*” establishes an idea of:

- (A) negation
- (B) contrast
- (C) possibility
- (D) certainty
- (E) addition

**80** In the second part of the text, there is a comment from a reader, which indicates:

- (A) a favorable view towards Dr Jewell’s report.
- (B) an unfavorable view regarding Dr Jewell’s report.
- (C) an indifferent attitude towards Dr Jewell’s report.
- (D) a cautious view concerning Dr Jewell’s report.
- (E) a skeptical attitude towards Dr Jewell’s report.