



UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
COSEAC - COORDENAÇÃO DE SELEÇÃO ACADÊMICA
FeSaúde – FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE / NITERÓI
CONCURSO PÚBLICO PARA PROVIMENTO DE EMPREGOS DO
QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA FUNDAÇÃO
EDITAL Nº 1/2020



Leia atentamente todas as informações da Capa do Caderno de Questões antes de começar a Prova

Emprego: ASSISTENTE SOCIAL
Consultório na Rua

NÍVEL:
SUPERIOR

CADERNO DE QUESTÕES
Instruções ao candidato
(Parte integrante do Edital – subitem 11.2)

- Ao receber este **Caderno de Questões**, confira se o emprego indicado é aquele para o qual você está concorrendo, se não for notifique imediatamente ao Fiscal. Você será responsável pelas consequências se fizer a Prova para um emprego diferente daquele a que concorre.
- Além deste **Caderno de Questões**, você deverá ter recebido o **Cartão de Respostas**.
- Verifique se constam deste Caderno, de forma legível, **50 questões de múltipla escolha** e espaços para rascunho. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Confira seus dados com os que aparecem no **Cartão de Respostas**. Se eles estiverem corretos, assine o **Cartão de Respostas** e leia atentamente as instruções para seu preenchimento. Caso contrário, notifique imediatamente ao Fiscal.
- Em hipótese alguma haverá substituição do **Caderno de Questões** ou do **Cartão de Respostas** se você cometer erros ou rasuras durante a prova.
- Sob pena de eliminação do concurso, não é permitido fazer uso de instrumentos auxiliares para cálculos ou desenhos, ou portar qualquer material que sirva de consulta ou comunicação.
- Cada questão objetiva apresenta cinco opções de respostas, sendo apenas uma delas a correta. No **Cartão de Respostas**, para cada questão, assinale apenas uma opção, pois será atribuída pontuação zero à questão da Prova que contiver mais de uma ou nenhuma opção assinalada, emenda ou rasura.
- O tempo disponível para você fazer esta Prova, incluindo o preenchimento do **Cartão de Respostas** é, no mínimo, de **uma hora e trinta minutos** e, no máximo, de **quatro horas**.
- Use somente caneta esferográfica de corpo transparente e de ponta média com tinta azul ou preta para preencher o **Cartão de Respostas**. Não é permitido uso de lápis mesmo que para rascunho.
- Terminando a prova, entregue ao Fiscal o **Cartão de Respostas** assinado e com a frase abaixo transcrita, a não entrega implicará a sua eliminação no Concurso.
- Somente será permitido **na última hora** que antecede ao término da Prova levar o **Caderno de Questões**.

FRASE A SER TRANSCRITA PARA O CARTÃO DE RESPOSTAS
NO QUADRO “EXAME GRAFOTÉCNICO”

A felicidade e a saúde são incompatíveis com a ociosidade.

Aristóteles

Tópico: Sistema Único de Saúde – SUS

01 Compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS):

- (A) Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.
- (B) Coordenar os sistemas de vigilância epidemiológica.
- (C) Elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde.
- (D) Definir os sistemas de vigilância sanitária.
- (E) Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano.

02 O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de:

- (A) Decreto do Chefe do Poder Executivo Federal.
- (B) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.
- (C) Portaria do Ministério da Saúde.
- (D) Convênio entre os entes da federação interessados.
- (E) Consórcio entre União, Estados e Municípios.

03 São diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde a serem operacionalizadas na Atenção Básica:

- (A) Universalidade e equidade.
- (B) Resolutividade e integralidade.
- (C) Territorialização e população adstrita.
- (D) Equidade e participação da comunidade.
- (E) Universalidade e integralidade.

04 Analise as afirmações abaixo sobre as Regiões de Saúde previstas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

- I As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite – BIT.
- II Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

III A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

IV Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência e atenção psicossocial.

Estão corretas:

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

05 A descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido, a partir dos indicadores de saúde do sistema, define:

- (A) O mapa de saúde.
- (B) A porta de entrada.
- (C) A rede de atenção à saúde.
- (D) Os serviços especiais de espaço aberto.
- (E) A região de atenção psicossocial.

06 Nos termos de que dispõe a Constituição Federal de 1988, é correto afirmar que:

- I A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à eliminação completa do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
- II A destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos só é permitida desde que autorizada pelo chefe do poder executivo e aprovada pelo congresso nacional.
- III Ao Sistema Único de Saúde compete participar do controle e da fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos.
- IV São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente por instituições públicas, sendo

vedada a realização por terceiros ou por pessoa jurídica de direito privado com fins lucrativos, salvo nos casos com expressa previsão legal.

- V É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei.

Estão corretas somente:

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

07 Com relação ao que dispõe a Lei nº 8.080/1990, assinale a alternativa **INCORRETA**.

- (A) Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (B) Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.
- (C) Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.
- (D) A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito privado.
- (E) Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

08 Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012, aquelas decorrentes de:

- (A) Pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área.
- (B) Gestão do sistema público de saúde e de operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.
- (C) Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).
- (D) Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS.
- (E) Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças.

09 De acordo com a Lei nº 8142, de 1990, 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 Bienal do Ministério da Saúde.
- IV Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Dos itens acima estão corretas somente:

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

10 Assinale a opção em desacordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

- (A) Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com essa portaria, serão denominados Unidade Básica de Saúde.
- (B) É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.
- (C) A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde, e visa a estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e os danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade.
- (D) A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos diferentes, sendo as diretrizes previstas nessa portaria aplicáveis integralmente somente à AB.
- (E) A Atenção Básica será a principal porta de entrada e o centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

Tópico: Conhecimentos Específicos

11 Ao abordarem o tema *políticas familiares*, Abrão e Mioto (2017) reconhecem que:

- (A) Não existe uma política, efetivamente, familiar no Brasil, na medida em que o que se verifica é, em verdade, a existência de um dado padrão de intervenção estatal na questão social, que apenas afeta as famílias.
- (B) A discussão sobre políticas familiares, enquanto uma questão de natureza pública e não privada, ganhou espaço na América Latina graças, em grande medida, ao movimento feminista.
- (C) A grande maioria dos países latino-americanos, ao contrário dos europeus, só introduziu medidas voltadas à regulação das relações familiares nos anos de 1960, no contexto de regimes autoritários.

- (D) A emergência do neoliberalismo promoveu um consenso entre os governos europeus e latino-americanos, quanto às políticas que devem ser trabalhadas dentro e fora da esfera pública.
- (E) Na União Europeia, predominam políticas familiares voltadas a assegurar as funções reprodutivas, particularmente vinculadas à saúde sexual, tendo em vista a necessidade de renovação demográfica.

12 Para Almeida e Alencar (2015), o trabalho do assistente social, em diferentes contextos institucionais, se apoia em uma base comum, acionada a partir do acervo teórico-metodológico e ético-político, que dá suporte à formação e ao exercício profissional. No entanto, como salientam os autores, esse acionamento é também afetado por:

- (A) Mecanismos de regulação do mercado de trabalho profissional, particularmente aqueles associados às novas requisições postas pelas contínuas inovações tecnológicas.
- (B) Tendências de universalização e descentralização das políticas públicas no Brasil pós-1988, alterando o padrão de empregabilidade dos assistentes sociais.
- (C) Movimentos de contrarreforma do Estado, que substituem as antigas práticas caritativas e filantrópicas por intervenções burocratizadas e padronizadas.
- (D) Determinações que incidem sobre o trabalho nos serviços, particularmente, no âmbito das políticas públicas, tais como a condição de assalariamento da profissão.
- (E) Tensões entre projetos societários distintos, ora fortalecendo a luta política dos trabalhadores, ora contribuindo para manutenção da ordem social vigente.

13 De acordo com Bravo e Matos (2006), nos anos 1980, o Serviço Social brasileiro é marcado por dois movimentos importantes:

- (A) A implantação e o êxito ideológico do projeto neoliberal, associados ao fortalecimento do projeto de Reforma Sanitária Flexibilizada.
- (B) O Movimento de Reconceituação da profissão e a descentralização político-administrativa das políticas de saúde e assistência social.
- (C) A defesa da Reforma Sanitária e o processo interno de revisão da profissão, com negação do Serviço Social Tradicional.
- (D) O movimento de ruptura com a política de saúde vigente e a difusão da perspectiva modernizadora no interior da profissão.
- (E) A luta pela redemocratização do país e o fortalecimento da ideologia desenvolvimentista, no trabalho profissional na saúde.

14 A respeito da relação entre Serviço Social e intersetorialidade, Patrícia Cavalcanti et al. (2013) partem da ideia de que:

- (A) Os desafios para concretizar a intersetorialidade são muitos, haja vista tanto a multidimensionalidade dos problemas sociais quanto o padrão homogêneo das respostas institucionais.
- (B) A implantação do Sistema Único de Saúde limitou as possibilidades de construção de ações intersetoriais, na medida em que foi acompanhada de uma profunda precarização do trabalho profissional.
- (C) A intersetorialidade é vista pela equipe multiprofissional como tarefa exclusiva do assistente social, reconhecendo-o como o profissional mais preparado para provocar a articulação entre as diversas políticas públicas.
- (D) A diversidade de noções e concepções de intersetorialidade favorece maior autonomia profissional, no desempenho das ações de saúde, o que pode fortalecer o projeto ético-político do Serviço Social.
- (E) Os arranjos intersetoriais têm que considerar tanto os aspectos ideopolíticos constitutivos das políticas públicas, quanto os conteúdos técnicos presentes nas microestruturas institucionais.

15 Maria Dalva Horácio da Costa (2000), ao analisar o trabalho do assistente social nos serviços de saúde, reconhece que, embora o trabalho desenvolvido na área de saúde pública incorpore as características gerais do trabalho nos marcos do capital, ele possui algumas particularidades. Entre estas particularidades está o fato de que:

- (A) O trabalho nos serviços de saúde pública não é imediatamente consumido com a finalidade de gerar mais valor, apesar de ser objeto de mercantilização e de potencialização de mais-valia em outras esferas produtivas.
- (B) A inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho em saúde encontra-se profundamente enraizada na forma como os estabelecimentos empregadores recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social.
- (C) A cooperação entre os diversos saberes profissionais é fruto da divisão sociotécnica e institucional do processo coletivo de trabalho nos serviços de saúde, sendo uma exigência da expansão dos serviços de saúde desde a implantação do SUS.
- (D) A cultura institucional hospitalocêntrica e a hegemonia do saber/poder médico compõem uma espécie de núcleo de resistência à proposta de reorganização dos processos de cooperação voltados à efetivação do direito à saúde.
- (E) Os usuários dos serviços de saúde são entendidos como consumidores dos efeitos úteis do trabalho no setor e, portanto, incorporam, ainda que de forma não aparente, as relações produtoras de mais-valia típicas das sociedades capitalistas.

16 De acordo com o texto de Baptista (2007), no livro *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*, o Estado brasileiro deu início, nos anos 1930, a um determinado padrão de proteção social baseado em um sistema de estratificação ocupacional, definido como norma legal, atribuindo o *status* de cidadão apenas àqueles trabalhadores com vínculo contributivo formal. O conceito que define esse padrão é o de cidadania:

- (A) Invertida.
- (B) Regulada.
- (C) Social.
- (D) Trabalhista.
- (E) Formal.

17 No balanço sobre a trajetória histórica do SUS, realizado por Telma Menicucci (2014), a autora reconhece avanços e problemas, entre os quais se encontram, respectivamente:

- (A) O reconhecimento da saúde como direito universal e o processo de recentralização decisória, a partir da segunda metade dos anos 1990.
- (B) O mix público e privado, ampliando as possibilidades de escolha e de acesso aos serviços, e o subfinanciamento setorial em âmbito federal.
- (C) A implantação de um arcabouço institucional e decisório, que respeita a lógica federativa e a convivência de um sistema público e outro privado.
- (D) O amplo suporte político dos movimentos sociais ao projeto da Reforma Sanitária e a restrição do número de leitos hospitalares disponíveis ao SUS.
- (E) O aumento da capacidade de regulação estatal sobre o setor privado e a ênfase em ações preventivas e focalizadas, a exemplo da Estratégia Saúde da Família.

18 Tomando por base a análise sobre a relação entre Serviço Social e política social, realizada por Mioto e Nogueira (2013), é possível afirmar que:

- (A) A utilização massiva de novas tecnologias, associada à padronização de procedimentos e controle da produtividade nos serviços, através de ações predeterminadas, permite uma maior transparência e qualidade da oferta de serviços e aumenta as possibilidades de exercício da autonomia profissional.
- (B) O aumento significativo da participação das entidades de cunho privado e filantrópico na prestação de serviços sociais, financiadas pelo Estado, tem pouco impacto sobre o trabalho profissional do assistente social, uma vez que sua condição de trabalhador assalariado é a mesma, tanto no setor público quanto no setor privado.
- (C) A recorrente indistinção entre objetivos institucionais e objetivos profissionais, no âmbito dos serviços sociais, promove uma real sinergia desses objetivos com as proposições constitucionais, marcadas pela lógica da cidadania, e também com o projeto defendido pelo conjunto profissional, expresso no seu código de ética.

- (D) A inserção dos assistentes sociais nas diferentes políticas setoriais favorece sua atuação em equipes multiprofissionais, com clara definição de seu papel específico, no interior das equipes, como decorrência da formação profissional, de sua capacitação teórico-metodológica e de sua habilidade para desenvolver determinadas ações.
- (E) O trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas esferas de formulação, gestão e execução da política social é, indiscutivelmente, peça importante para o processo de institucionalização das políticas públicas, tanto para a afirmação da lógica da garantia dos direitos sociais, como para a consolidação do projeto ético-político da profissão.

19 No artigo *Serviço Social e Saúde – desafios intelectuais e operativos*, Mioto e Nogueira (2009) afirmam que as inovações na política de saúde, advindas do texto constitucional brasileiro de 1988, contribuíram para ampliar o debate sobre a atuação do assistente social no campo da saúde. As autoras destacam três grandes marcos que favoreceram esse debate:

- (A) A ampliação do espaço sócio-ocupacional dos assistentes sociais, o rompimento com a clássica dicotomia entre teoria e prática, e a exigência da proteção social em saúde.
- (B) A adoção do referencial marxista, o reconhecimento da saúde como direito e a produção de conhecimento sobre a ação profissional relativa a seu objeto de trabalho.
- (C) A busca de legitimação social da profissão, o avanço do neoliberalismo e a aproximação entre as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa do trabalho profissional.
- (D) A concepção ampliada de saúde, o movimento de reorganização e atualização das práticas em saúde, e a desqualificação de aspectos relacionados ao social.
- (E) A convergência entre os ideais da Reforma Sanitária e o projeto ético-político da profissão, o reconhecimento do direito universal à saúde, e a busca da integralidade.

20 De acordo com Nascimento (2010), um dos pontos em defesa da intersectorialidade, presente no debate sobre o tema, refere-se:

- (A) Ao reconhecimento da insuficiência das políticas setoriais sozinhas em responderem, de forma efetiva, às demandas da população.
- (B) À pouca ênfase dada à produção de saberes técnicos de forma interdisciplinar, com partilha de ideias e objetivos comuns.
- (C) Ao predomínio das políticas econômicas, em detrimento das sociais, com consequente crescimento da mercantilização dos serviços.
- (D) À necessidade de ruptura com o conhecimento e as práticas setoriais, por sua incapacidade de apreensão da totalidade social.
- (E) Ao desenho de estratégias integradas de intervenção pública e privada, de modo a reduzir a responsabilidade estatal na provisão de serviços sociais.

21 Senna e Garcia (2014) discutem que a concepção de intersectorialidade presente na Estratégia Saúde da Família é:

- (A) Robusta, pois permite superar a dicotomia entre as ações preventivas e as curativas, em direção à integralidade em saúde.
- (B) Genérica, pois a define conceitualmente, mas não fornece instrumental técnico-operativo para seu alcance.
- (C) Restrita, pois a subentende quase que exclusivamente como uma responsabilidade de iniciativa das equipes profissionais.
- (D) Ufanista, pois apenas destaca as potencialidades positivas das ações intersectoriais, sem apontar seus limites.
- (E) Imprecisa, pois não consegue definir do que se trata, deixando sua compreensão a cargo das próprias equipes profissionais.

22 Com base nas reflexões tecidas por Charles Toniolo Souza (2008), a respeito da instrumentalidade do Serviço Social, analise as afirmações abaixo:

- I A linguagem constitui o principal recurso do trabalho profissional do assistente social.
- II Independente do instrumental utilizado pelo assistente social, a dimensão ético-política do trabalho profissional deve ser constantemente refletida e pensada.
- III A definição do instrumental a ser utilizado na intervenção profissional deve estar subordinada aos objetivos institucionais.
- IV A adequação do instrumental empregado pelo assistente social depende exclusivamente de sua capacidade criativa e da compreensão crítica da realidade.

Em relação a estas afirmações, estão corretas:

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

23 Dentre as contribuições do Serviço Social no trabalho com famílias no âmbito da Atenção Básica em Saúde, destacadas por Rita Freitas et al., em artigo no livro intitulado *Serviço Social na Saúde Coletiva: reflexões e práticas* (2012), está:

- (A) O enfrentamento da pobreza e das desigualdades sociais, acolhendo as demandas dos usuários e ajudando-os no acesso aos serviços.
- (B) A identificação de famílias em situação de vulnerabilidade e risco social, associada à condição de pobreza e à desestruturação familiar.
- (C) O respeito às normas legais e institucionais, muitas vezes desconhecidas pelo conjunto de profissionais que compõem a equipe de saúde.
- (D) A contribuição nas ações de promoção da saúde, por meio de processos pedagógicos voltados à adoção de comportamentos saudáveis.
- (E) A possibilidade de ofertar uma leitura mais ampliada do processo saúde-doença, relacionando-o ao contexto histórico-social.

24 Em seu texto, no livro intitulado *Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social* (2015), Solange Teixeira analisa a centralidade conferida às famílias, no desenho de políticas sociais em anos recentes e alerta para alguns de seus riscos para o trabalho social com famílias. Um desses riscos pode ser definido como:

- (A) A promoção de um trabalho social inovador, que ultrapassa a perspectiva normativa, disciplinadora e centrada nos papéis sociais tradicionalmente atribuídos a pais e mães.
- (B) A tendência ao provimento de suporte público às famílias vulneráveis, por meio de ações de cuidado e apoio, prestadas por organizações não governamentais.
- (C) A permanência de julgamentos das famílias pobres como incapazes, incompetentes para criar seus filhos, e responsáveis pelos problemas que seus membros enfrentam.
- (D) A oferta de uma rede de proteção social mista, com primazia da responsabilidade do Estado, na provisão de serviços e na regulação do setor privado.
- (E) A ruptura com o legado das políticas públicas anteriores, fortemente marcadas pela reprivatização do trato da questão social e desresponsabilização do Estado.

25 De acordo com Ana Maria de Vasconcelos (2013), uma das principais formas de organização individual e coletiva do trabalho profissional do assistente social, na área de saúde, é:

- (A) A visita domiciliar.
- (B) O plantão social.
- (C) O parecer social.
- (D) A entrevista social.
- (E) O grupo informativo.

26 O Serviço Social tem vivido uma expansão de áreas de atuação. Para Marilda Iamamoto e Raul de Carvalho (2009), a ampliação do mercado de trabalho e o reforço da legitimidade do Serviço Social são expressões:

- (A) Da necessidade do mercado, pela atuação profissional nos novos campos de atuação de assistentes sociais.
- (B) Do avanço do conservadorismo e da necessidade de controle social das populações usuárias dos serviços.

- (C) Da resposta libertária, das classes populares, na demanda por serviços que atendam às necessidades sociais.
- (D) Da resposta das classes dominantes ao enfrentamento de novas formas de expressão da questão social.
- (E) Do avanço do neoliberalismo sobre a vida das classes subalternizadas, que demandam atuação especializada.

27 Na produção organizada por Bravo, Vasconcelos, Gama & Monnerat (2004), parte-se da compreensão de que cabe ao Serviço Social, numa ação necessariamente articulada com outros segmentos, que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS):

- (A) Formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde, que efetivem o direito social à saúde, em articulação aos princípios da reforma sanitária.
- (B) Seguir as rotinas institucionais, uma vez que tais rotinas já estão desenvolvidas, no sentido de implantar a política de saúde anteriormente prevista.
- (C) Recriar o modelo de assistência à saúde hospitalocêntrico voltado, prioritariamente, para a cura da população usuária dos serviços.
- (D) Observar as rotinas implantadas por outras categorias profissionais e acompanhar seu modus operandi na organização dos serviços prestados.
- (E) Formular estratégias que minimizem os impactos das demandas dos usuários dos serviços, uma vez que os recursos orçamentários são limitados e demandam levantamento de prioridades.

28 Para Behring & Boschetti (2008), o estudo das políticas sociais é constituído por quatro dimensões, que são detalhadas pelas autoras e que estão articuladas “à ideia de que a produção é o núcleo central da vida social e é inseparável do processo de reprodução, no qual se insere a política social”. Essas quatro dimensões são:

- (A) Literatura, história, cultura e economia.
- (B) História, economia, política e cultura.
- (C) Política, religiosidade, história e cultura.
- (D) Tradição popular, economia, história e cultura política.
- (E) Saúde, educação, previdência e assistência.

29 Ao tratar da questão do espaço institucional, a Política Nacional do Idoso define sua abrangência:

- (A) Aos serviços de saúde, asilos, agências previdenciárias, escolas, residências terapêuticas e residências familiares.
- (B) Às residências familiares, serviços de saúde, assistência social, escolas e clubes da terceira idade.
- (C) Aos espaços de convivência de idosos, centros de saúde, agências da previdência social, CRAS e CREAS, escolas e universidades da terceira idade.
- (D) Aos serviços de saúde, universidades da terceira idade, clubes da terceira idade, agências previdenciárias e escolas.
- (E) Aos serviços de saúde, assistência social, previdência, educação, ciência e tecnologia, e atendimento de longa duração.

30 O artigo 3º, da Lei nº 8.080, teve sua redação alterada em 2013, e passou a considerar que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, ampliando, também, os elementos considerados condicionantes da saúde. Assim, o texto legal considera como condicionantes da saúde, dentre outros:

- (A) A alimentação, a moradia, o saneamento básico, a renda familiar, a educação física, o acesso a ônibus, o exercício religioso, o acesso a bens e serviços essenciais.
- (B) A alimentação, a moradia, o acesso ao ensino fundamental, o trabalho, transporte, lazer e o acesso aos serviços privados de saúde e assistência, bem como a renda.
- (C) A alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, a atividade esportiva, o direito de ir e vir, a renda familiar e ao empreendedorismo, para desenvolvimento de atividades autônomas.
- (D) A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.
- (E) A alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho intermitente, a educação financiada, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços, a depender da renda familiar.

31 O Conselho Federal de Serviço Social, na publicação *Atribuições Privativas do(a) Assistente Social*, considera que o que delimita o caráter da atividade, enquanto privativa do assistente social, é:

- (A) A sua constituição, definida pelo senso comum e legitimada pela legislação.
- (B) A sua qualificação, enquanto matéria, área e unidade de Serviço Social.
- (C) A sua definição, requerida pelas instituições empregadoras.
- (D) A sua qualificação, percebida pela categoria nos encontros da profissão.
- (E) A sua qualificação libertária e desafiadora, posta pelo cotidiano profissional.

32 Ainda segundo o CFESS, o projeto da Reforma Sanitária vem apresentando, como demandas ao assistente social, que este trabalhe as seguintes questões:

- (A) Democratização do acesso à saúde; articulação interinstitucional; trabalho transdisciplinar; ênfase nas unidades de saúde básica; acesso democrático à informação; estímulo à participação popular.
- (B) Democratização do acesso à saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde à realidade; trabalho multidisciplinar; ênfase nas abordagens individuais; acesso democrático à informação e estímulo à participação popular.
- (C) Democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens comunitárias; acesso democrático às internações; estímulo à participação popular.
- (D) Democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde à realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.
- (E) Democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso seletivo às informações e estímulo à participação das equipes nos conselhos.

33 Miotto & Lima (2009) reconhecem que a dimensão técnico-operativa do Serviço Social implica uma complexidade dada pela diversidade de espaços sócio-ocupacionais, nos quais os profissionais transitam e, pela própria natureza das suas ações, nos diferentes âmbitos do exercício profissional. Para as autoras, as ações dos assistentes sociais possuem uma complexidade que se constitui:

- (A) Na variabilidade, imprevisibilidade, e contínua transformação das demandas.
- (B) Na variabilidade, previsibilidade e imutabilidade das demandas.
- (C) Na invariabilidade, previsibilidade e contínua transformação das demandas.
- (D) Na invariabilidade, imprevisibilidade e no crescimento das demandas.
- (E) Na variabilidade, previsibilidade e no crescimento das demandas.

34 Ao falar das tensões presentes no campo da saúde mental, Duarte reconhece a persistência de perspectivas de cuidados que se relacionam com o discurso ideológico manicomial e com a proposta neoliberal. Para o autor, trata-se de efeitos de um processo de trabalho:

- (A) articulado e voltado para o modelo biopsicossocial.
- (B) fragmentado e centrado no modelo assistencial.
- (C) fragmentado e centrado no modelo biomédico.
- (D) fragmentado e centrado no modelo de atenção psicossocial.
- (E) universal e integral.

35 A memória e a sistematização das ações desenvolvidas são elementos necessários, segundo Tania Dahmer (in Serviço Social Temas, Textos e Contextos), para a viabilização de pesquisas nas instituições. Neste sentido, a autora aponta para a importância de manutenção:

- (A) dos registros.
- (B) dos atendimentos.
- (C) das reuniões de grupo.
- (D) das reuniões de equipe.
- (E) dos encaminhamentos.

36 Na relação com os usuários, *contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados* é descrito no artigo 5º do Código de Ética Profissional como:

- (A) Obrigação dos assistentes sociais.
- (B) Vedação aos assistentes sociais.
- (C) Sugestão aos assistentes sociais.
- (D) Proibição aos assistentes sociais.
- (E) Dever dos assistentes sociais.

37 Segundo a Lei Federal nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão de Serviço Social e dá outras providências, é atribuição privativa de assistentes sociais:

- (A) Planejar, executar e administrar benefícios e serviços sociais.
- (B) Dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas.
- (C) Prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população.
- (D) Prestar assessoria aos movimentos sociais em matéria de políticas sociais.
- (E) Prestar assessoria aos órgãos da administração pública direta e indireta.

38 É dever do assistente social, na relação com as instituições (artigo 8º do Código de Ética):

- (A) Dispor de condições de trabalho condignas, seja em entidade pública ou privada, garantindo a qualidade do exercício profissional.
- (B) Respeitar as normas e princípios éticos das outras profissões.
- (C) Participar em sociedades científicas e em entidades representativas e de organização da categoria.
- (D) Depor, como testemunha, sobre situação sigilosa do usuário que tenha conhecimento no exercício profissional.
- (E) Programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente.

39 Ao tratar dos direitos humanos, Ruiz considera que estes são algo maior que as leis que os descrevem. Para o autor, os direitos:

- (A) são inventados, subjetivamente, em cada conjuntura histórica, a partir das necessidades e potencialidades humanas.
- (B) são previstos legalmente, a partir da identificação, pelo legislador, das necessidades e potencialidades humanas.
- (C) são disputados no processo dialético que contorna as necessidades e potencialidades humanas.
- (D) não são, facilmente, reconhecidos nas conjunturas históricas, a partir das necessidades e potencialidades humanas.
- (E) não são disputados no processo dialético que contorna as necessidades e potencialidades humanas.

40 Potyara Pereira (2011) considera que as raízes analíticas da Política Social se configuram como um processo:

- (A) Linear.
- (B) Promissor.
- (C) Contínuo.
- (D) Contraditório.
- (E) Perverso.

41 Os Consultórios na Rua (CnR), instituídos em 2011 pela Política Nacional de Atenção Básica, integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na PNAB. Tais diretrizes estão ancoradas nos atributos essenciais dos serviços de Atenção Primária definidos por Barbara Starfield e destacadas no texto de Giovanella e Mendonça (2008), no livro *Políticas e Sistema de Saúde*. Um desses atributos é:

- (A) A adscrição da clientela, que consiste na oferta de serviços preventivos e curativos e a garantia de acesso a todos os níveis da atenção à saúde, por meio de encaminhamento a serviços especializados e/ou de suporte social.
- (B) A coordenação do cuidado, que consiste na eliminação de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais, que dificultam o acesso e utilização dos serviços, pela população socialmente vulnerável.

- (C) A abrangência, que consiste no estabelecimento de uma porta de entrada ao sistema de saúde, procurada regularmente, a cada vez que o usuário precisa de atenção, em caso de adoecimento ou acompanhamento rotineiro de sua saúde.
- (D) A longitudinalidade, que consiste no acompanhamento do usuário ao longo da vida, com continuidade da relação entre profissional / equipe / unidade de saúde e paciente, independentemente da presença ou não de patologias.
- (E) A competência cultural, que consiste na consideração das necessidades de saúde da população, e conhecimento da distribuição dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis em um determinado território de abrangência.

42 Santos e Ceccim (2018) consideram como essenciais ao trabalho profissional no Consultório na Rua:

- (A) A imersão na subjetividade e a oferta de atividades, de cunho artístico e cultural.
- (B) Um olhar atento e uma escuta ativa, para alcance do estreitamento de vínculos.
- (C) Uma metodologia adequada e inovadora e a promoção de ações preventivas.
- (D) A busca de novos aportes teóricos e a produção de redes de interação e afeto.
- (E) O desenvolvimento da função clínico-terapêutica e a experimentação da cartografia.

43 Para Santos e Ceccim (2018) a construção de um modelo de atenção à saúde, voltado à população em situação de rua, precisa considerar, entre outros aspectos:

- (A) A discriminação sofrida por esse segmento populacional.
- (B) O padrão epidemiológico prevalecente em cada cenário de prática.
- (C) A reorganização de ofertas terapêuticas nas Redes de Atenção à Saúde.
- (D) Os modelos da vigilância epidemiológica e da clínica peripatética.
- (E) As características do “morar” e “circular” nas cidades.

44 Vale e Vecchia (2019) chamam atenção para a necessidade de considerar as especificidades quanto aos significados de saúde e doença, para a população em situação de rua. Neste sentido, a concepção de saúde para esse segmento populacional está relacionada:

- (A) Ao conjunto de crenças sobre as doenças, conhecimentos ditos tradicionais e experiências de adoecimento anteriores, com rituais e hábitos específicos para a preservação da saúde.
- (B) À identificação dos itinerários terapêuticos formais e informais, acessados pela população em situação de rua e mediados por um conjunto de significados, negociados socialmente.
- (C) À possibilidade de manter a funcionalidade diária e necessária para a manutenção da vida nas ruas, tais como as estratégias desenvolvidas para obtenção de alimentação e dinheiro.
- (D) Ao predomínio de uma visão assentada no senso comum, em que ter saúde significa ausência de doenças, ou seja, de sinais e sintomas de natureza estritamente biológicos, associados a um estado de mal-estar físico.
- (E) Ao reconhecimento dos determinantes sociais em saúde, em que aspectos como alimentação, higiene pessoal, habitação e acesso aos serviços de saúde compõem o significado da saúde para esse segmento.

45 Dentre os recursos de cuidado em saúde mais comumente acionados pela população em situação de rua, identificados por Vale e Vecchia (2019) estão:

- (A) As redes de apoio social.
- (B) As unidades da Estratégia Saúde da Família.
- (C) Os serviços socioassistenciais filantrópicos.
- (D) As Comunidades Terapêuticas.
- (E) Os Centros de Atenção Psicossocial.

46 Ao analisar a baixa adesão de governos locais à implantação do Programa Consultório na Rua, Medeiros & Cavalcante (2018) buscam compreender quais são as barreiras e os fatores facilitadores neste processo. Os autores destacam a necessidade de se considerar os seguintes fatores para o financiamento do programa:

- (A) A homogeneidade política, a cultura local, e as capacidades dos governos locais.
- (B) A heterogeneidade política e cultural e as capacidades dos governos locais.
- (C) A heterogeneidade política e socioeconômica e a cultura dos governos locais.

- (D) A heterogeneidade política e socioeconômica e as capacidades dos governos municipais.
- (E) A homogeneidade política e socioeconômica, e as capacidades dos governos locais.

47 Santos e Ceccim (2018) argumentam que os modos de trabalho, em um consultório de rua, devem articular:

- (A) Recolhimento compulsório, institucionalização e medicalização da vida.
- (B) Atenção básica, atenção psicossocial e mediações socioculturais.
- (C) Atenção básica, assistência religiosa e encaminhamento ao mercado de trabalho.
- (D) Atenção básica, internação hospitalar e encaminhamento ao mercado de trabalho.
- (E) Acolhimento institucional, atenção psicossocial e acesso à cultura.

48 Para Santos e Ceccim (2018), a intervenção profissional no consultório de rua não se resume a uma intervenção técnica, mas, ao respeitar os modos de vida, a promoção da saúde e a defesa da multiplicidade na cidadania, se configura como uma intervenção:

- (A) Política e cultural.
- (B) Técnica e acolhedora.
- (C) Política e moral.
- (D) Técnica e conservadora.
- (E) Política e libertadora.

49 Ao analisar as políticas para a população em situação de rua, Serafino e Luz (2015) consideram que este grupo social está presente em várias cidades do mundo, constituindo um fenômeno:

- (A) Multifacetado e plural.
- (B) Multidimensional e polissêmico.
- (C) Multifacetado e multidimensional.
- (D) Segmentado e uniforme.
- (E) Multifacetado e diverso.

50 Strapassone e Pamplona (2014), ao discutirem a questão das pessoas em situação de rua, fazem uma analogia de sua situação, comparando este grupo social com os:

- (A) Refugiados.
- (B) Párias.
- (C) Flagelados.
- (D) Extraditados.
- (E) Apátridas.

