



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
EDITAL Nº 1 - COREMU/UFPA, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2015

PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE DO ANO DE 2016

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Área: Oncologia);
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Área: Saúde do Idoso);
Programa de Residência Multiprofissional Saúde da Mulher e da Criança

SERVIÇO SOCIAL

17 de janeiro de 2016

Nome do Candidato: _____

Nº de Inscrição: _____

Assinatura

INSTRUÇÕES AO CANDIDATO

1. Confira se a prova que você recebeu corresponde a especialidade a qual você está inscrito, conforme consta no seu cartão de inscrição e cartão-resposta. Caso contrário comunique imediatamente ao fiscal de sala.
2. Confira se, além deste BOLETIM DE QUESTÕES, você recebeu o CARTÃO-RESPOSTA, destinado à marcação das respostas das questões objetivas.
3. Este BOLETIM DE QUESTÕES contém a 50 (cinquenta) questões objetivas, sendo 15 do SUS e 35 de Área Específica. Caso exista alguma falha de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala. Na prova há espaço reservado para rascunho. **Esta prova terá duração de quatro horas, tendo seu início às 8:00 hs e término às 12:00 hs (horário de Belém-PA).**
4. Cada questão objetiva apresenta 5 (cinco) opções de resposta, identificadas com as letras (A), (B), (C), (D) e (E). Apenas uma responde adequadamente à questão, considerando a numeração de 01 a 50.
5. Confira se seu nome, número de inscrição, especialidade e data de nascimento, consta na parte superior do CARTÃO-RESPOSTA que você recebeu. Caso exista algum erro de impressão, comunique imediatamente ao fiscal de sala, a fim de que o fiscal registre no formulário de Correção de Dados a devida correção.
6. O candidato deverá permanecer, obrigatoriamente, no local de realização da prova por, no mínimo, duas horas após o início da prova. A inobservância acarretará a eliminação do concurso.
7. É obrigatório que você assine a LISTA DE PRESENÇA e o CARTÃO-RESPOSTA do mesmo modo como está assinado no seu documento de identificação.
8. A marcação do CARTÃO-RESPOSTA deve ser feita somente com caneta esferográfica de tinta preta ou azul, pois lápis não será considerado.
9. Em hipótese alguma haverá substituição do CARTÃO-RESPOSTA por erro do candidato. A substituição só será autorizada se for constatada falha de impressão.
10. O BOLETIM DE QUESTÕES e o CARTÃO-RESPOSTA serão devolvidos ao final da sua prova. O CARTÃO-RESPOSTA é o único documento válido para o processamento de suas respostas.
11. Será automaticamente eliminado do Processo Seletivo de Residência Multiprofissional o candidato que durante a realização da prova descumprir os procedimentos definidos no Edital nº 01/COREMU/2015 do referido processo.

Boa Prova.

FADESP

SUS

1. O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos no Pacto em Defesa do SUS deve considerar como diretriz
 - (A) estabelecimento do diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.
 - (B) promoção da cidadania como estratégia de mobilização social, tendo a questão da saúde como um direito.
 - (C) repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, aproximando-a dos desafios atuais do SUS.
 - (D) articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.
 - (E) desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

2. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, institui
 - (A) são estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar, somente, para crianças e idosos.
 - (B) o impedimento de destinação de recursos públicos para auxílios nos tratamentos de portadores de doenças crônicas.
 - (C) estabelece os direitos e deveres dos usuários em relação ao atendimento nos Programas de Saúde da Família.
 - (D) esta lei regula, somente nos municípios, as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.
 - (E) as ações e os serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente seja mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

3. A regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do pacto de Gestão. Quanto aos objetivos da Regionalização pode-se afirmar que garante o(a)
 - (A) acesso somente aos serviços de saúde de média complexidade no município.
 - (B) direito à saúde, somente a nível local, que possibilite a redução das desigualdades no acesso às ações e aos serviços de saúde existentes no município.
 - (C) acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.
 - (D) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso nos níveis de baixa e média complexidade do sistema.
 - (E) integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso no nível de alta complexidade do sistema.

RASCUNHO

- 4.** Com relação à Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, pode-se afirmar que
- (A)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos.
 - (B)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde privados.
 - (C)** a Regulação da Atenção à Saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.
 - (D)** os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário entre as duas esferas de gestão do SUS.
 - (E)** os complexos reguladores podem ter abrangência inframunicipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e sua respectiva gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário, na esfera estadual de gestão do SUS.
- 5.** Os municípios têm como responsabilidade, na Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria,
- (A)** coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS.
 - (B)** realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta de serviços.
 - (C)** adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes municipais.
 - (D)** monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas nos estados, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.
 - (E)** manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas da Secretaria de Saúde do Estado.
- 6.** Sobre as diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, é correto afirmar que a(s)
- (A)** União é quem determina as necessidades de manutenção e expansão dos quadros de trabalhadores da saúde para os estados e municípios.
 - (B)** Secretarias de Saúdes Estaduais devem formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS.
 - (C)** duas esferas de gestão devem propor estudos quanto às estratégias e ao financiamento Bibartite para os trabalhadores do SUS.
 - (D)** política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho.
 - (E)** políticas de recursos humanos para a Atenção Básica de Saúde são de responsabilidade, única e exclusivamente, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS.
- 7.** Quanto à educação na saúde, é responsabilidade do município
- (A)** incentivar junto à rede de ensino, no âmbito estadual, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
 - (B)** incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, estadual e nacional, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS.
 - (C)** propor e pactuar, com o Sistema Federal de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.
 - (D)** promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS.
 - (E)** apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular na saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde.

8. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, publicada no DOU de 20/09/1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No Art. 18, estão estabelecidas as competências da direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS entre elas
- (A) formar consórcios administrativos intermunicipais.
 - (B) formar consórcios administrativos interestaduais.
 - (C) formar consórcios administrativos intermunicipais e interestaduais.
 - (D) dar execução, no âmbito estadual, à política de insumos e equipamentos para a saúde.
 - (E) controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços municipais, estaduais e federais de saúde.
9. Está correto afirmar que
- (A) a organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social.
 - (B) o Plano Diretor de Investimento – PDI, expressa os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no planejamento nacional.
 - (C) o Plano Diretor de Regionalização – PDR, expressa o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada município.
 - (D) entre as premissas da descentralização, podemos dizer que, a Comissão Intergestores Bipartite e o Ministério da Saúde promoverão a apoiarão o processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Tripartite.
 - (E) os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI, a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI, o Piso de Atenção Básica – PAB e o Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável.
10. Entre os objetivos do fortalecimento da Atenção Básica está
- (A) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das duas esferas de gestão do SUS.
 - (B) ampliar a estratégia de Saúde da Família, e os serviços de média e alta complexidade nos grandes centros urbanos.
 - (C) garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
 - (D) consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família, somente, nos pequenos municípios.
 - (E) implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas duas esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
11. A lei 8080/90, no Art. 13, determina a articulação das políticas e dos programas, a cargos das comissões intersetoriais, abrangendo, em especial, as seguintes atividades:
- (A) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia e saúde do trabalhador.
 - (B) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (C) alimentação e nutrição; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; recursos humanos; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (D) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância sanitária e farmacoepidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.
 - (E) alimentação e nutrição; saneamento e meio ambiente; vigilância epidemiológica; ciência e tecnologia; saúde do trabalhador e saúde indígena.

RASCUNHO

- 12.** A lei 8142/90 refere em seu Art. 2º que os recursos do Fundo Nacional de Saúde – FNS serão alocados como
- (A) cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pela União.
 - (B) investimentos previstos no Plano Quinquenal dos Ministérios da Saúde e da Educação.
 - (C) investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Congresso Nacional.
 - (D) despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
 - (E) despesas de custeio e de capital dos Ministérios da Saúde e da Educação, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta.
- 13.** Em relação à direção e articulação do SUS, é correto afirmar que a(o)
- (A) direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.112/1990.
 - (B) definição sobre o número de membros de cada CIT deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.
 - (C) processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.
 - (D) CIB é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.
 - (E) CIT, composta igualmente de forma paritária e integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde COSEMS ou órgão equivalente, é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.
- 14.** O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Entre as suas prioridades, foi pactuada a Promoção da Saúde, que tem como um dos seus objetivos elaborar e implementar uma política de promoção da saúde, de responsabilidade do(s) gestor(es)
- (A) municipal.
 - (B) municipal estadual e federal.
 - (C) municipal e estadual.
 - (D) estadual e federal.
 - (E) municipal e federal.
- 15.** A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e é parte fundamental do Pacto pela Vida. Uma das ações que deve ser desenvolvida para fortalecer o processo de participação social é
- (A) apoiar o processo de formação dos conselheiros.
 - (B) apoiar o processo de formação dos conselheiros e dos secretários municipais e estaduais de saúde.
 - (C) estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde, educação e segurança nos municípios.
 - (D) apoiar os processos de educação popular e permanente na saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.
 - (E) apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde e educação.

ÁREA ESPECÍFICA

16. O Código de Ética do(a) Assistente Social (1993) apresenta 11 (onze) princípios fundados na ontologia do Ser social, que norteiam as relações entre Assistentes Sociais, com as instituições/organizações e com a população. Com base nessa reflexão, 1 (um) desses princípios é a(o)

- (A) participação em programas de socorro à população em situação de calamidade pública.
- (B) favorecimento à equidade e à justiça social, assegurando a universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais.
- (C) devolução das informações colhidas nos estudos e pesquisas aos(às) usuários(as), no sentido de que estes possam usá-las para o fortalecimento dos seus interesses.
- (D) participação na elaboração e no gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais.
- (E) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população.

17. A partir da publicação da Resolução CFESS/CRESS nº 594 de 21/01/2011, duas importantes modificações, uma de forma e outra de conteúdo, no Código de Ética do(a) Assistente Social (1993) foram

- (A) incorporação de novas regras ortográficas da língua portuguesa e caracterização do(a) Assistente Social como profissional de saúde.
- (B) incorporação de terapias associadas à prática profissional do(a) Assistente Social e incorporação de novas regras ortográficas da língua portuguesa.
- (C) incorporação de novas regras ortográficas da língua portuguesa e substituição do termo “orientação sexual” por “opção sexual”.
- (D) incorporação de novas regras ortográficas da língua portuguesa e substituição do termo “opção sexual” por “orientação sexual”.
- (E) substituição do termo “opção sexual” por “orientação sexual” e alteração da jornada de trabalho do(a) Assistente Social para 30 horas semanais.

18. Os direitos e deveres dos profissionais de Serviço Social são orientados pelo Código de Ética Profissional (1993). No Título II – Dos direitos e das responsabilidades gerais do(a) Assistente Social, em seu Artigo 4º, o Código informa sobre os direitos do profissional. NÃO é um direito dos profissionais de Serviço Social a(o)

- (A) participação na elaboração e no gerenciamento das políticas sociais e na formulação e implementação de programas sociais.
- (B) inviolabilidade do local de trabalho e dos respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional.
- (C) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional.
- (D) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código.
- (E) assinar ou publicar em seu nome ou de outrem trabalhos de terceiros, mesmo que executados sob sua orientação.

19. Considerando-se que o Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução nº 218/1997, reafirmou o Assistente Social como profissional de saúde, qual das Resoluções abaixo, emanada do conjunto CFESS/CRESS, ratifica essa condição?

- (A) Resolução CFESS/CRESS nº 383/1999.
- (B) Resolução CFESS/CRESS nº 443/2003.
- (C) Resolução CFESS/CRESS nº 533/2008.
- (D) Resolução CFESS/CRESS nº 493/2006.
- (E) Resolução CFESS/CRESS nº 569/2010.

20. O movimento social construído a partir da década de 1970, na área da saúde, que apresenta estreita relação com as lutas no âmbito do Serviço Social, tanto pela aproximação com as referências teóricas, quanto pelo fortalecimento do compromisso com a (re)democratização da sociedade brasileira, é o movimento da

- (A) economia solidária.
- (B) reforma do Estado.
- (C) reforma sanitária.
- (D) reconceituação do Serviço Social.
- (E) reforma agrária.

21. Em relação aos direitos sociais, o marco constitucional da sociedade brasileira, o marco legal específico da área da saúde e um dos principais marcos legais específicos do Serviço Social são, respectivamente,

- (A) a Lei de Regulamentação da Profissão (1993), a Constituição Federal (1988) e o Código de Ética Profissional do(a) assistente social (1993).
- (B) a Constituição Federal (1988), a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e o Código de Ética Profissional do(a) assistente social (1993).
- (C) a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996), a Lei Orgânica da Saúde (1990) e a Lei Orgânica da Assistência Social (1993) e atualizações (2011).
- (D) a Constituição Federal (1988), a Lei Orgânica da Saúde (1990) e o Código de Ética Profissional do(a) assistente social (1993).
- (E) a Constituição Federal (1988), a Lei Orgânica da Saúde (1990) e a Lei Maria da Penha (2006).

22. A Constituição Federal de 1988 se constituiu em um marco histórico nas lutas pela garantia de direitos sociais. Os direitos sociais reconhecidos constitucionalmente são

- (A) a educação, a saúde, a felicidade, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.
- (B) a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, a previdência social, a proteção à maternidade e aos idosos, a assistência social aos desamparados e a saúde aos mais pobres.
- (C) a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência financeira aos desamparados.
- (D) a educação, a saúde, a alimentação, o emprego, a moradia, o lazer, a segurança, a contribuição social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos pobres.
- (E) a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

23. No Capítulo II – Da Seguridade Social, a Constituição brasileira de 1988 dispõe, em seu Artigo 194, que a “seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. O parágrafo único desse artigo dispõe que compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base em objetivos. A forma incompleta de um desses objetivos é a(o)

- (A) universalidade da cobertura e do atendimento.
- (B) prevalência dos benefícios e serviços às populações urbanas.
- (C) irredutibilidade do valor dos benefícios.
- (D) equidade na forma de participação no custeio.
- (E) caráter democrático e descentralizado da administração.

RASCUNHO

24. Apesar dos avanços constitucionais em relação à área da saúde, expressos na Constituição Federal de 1988, o Estado “mínimo” e as perdas de conquistas sociais da seguridade social foram agudizadas a partir da década de 1990 e estão pautados na defesa de

- I um projeto da saúde articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista.
- II contenção dos gastos com a racionalização da oferta e de descentralização com isenção de responsabilidade do poder central.
- III garantia de um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos que têm acesso ao mercado.
- IV atendimento às populações vulneráveis por meio de um pacote básico de serviços relacionados à saúde, com estímulo ao seguro privado.
- V descentralização dos serviços em nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Estão corretos os itens

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

25. No documento intitulado Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), são enumerados desafios a serem enfrentados, caracterizados como tendências equivocadas, no contexto da contrarreforma do Estado brasileiro. Algumas dessas tendências equivocadas são:

- I a compreensão de certos segmentos de profissionais que atuam na saúde pública de que não são assistentes sociais, o que denota a falta de identidade com a profissão;
- II o privilégio da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos, autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico;
- III o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação e debates dedicados à importância da produção do conhecimento sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica, de forma fragmentada;
- IV a negação das novas demandas, como gestão, assessoria e pesquisa, como transversais ao trabalho profissional;
- V a negação, pelo assistente social, dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença.

Estão corretos os itens

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

RASCUNHO

- 26.** De acordo com os Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), nesta área de intervenção NÃO cabe à atuação competente e crítica do Serviço Social
- (A) estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS e facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais.
 - (B) defender a particularidade do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da medicina e prestar serviços profissionais na área das terapias individuais, de grupo ou comunitárias.
 - (C) estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais.
 - (D) tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas.
 - (E) elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica, sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.
- 27.** A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi consagrada, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Os principais avanços na área da saúde, a partir da publicação dessa legislação, são
- (A) a defesa do SUS para os mais necessitados e a ampliação do assistencialismo com a refilantropização da assistência social.
 - (B) a defesa do processo de privatização e o estatuto de política pública à assistência social.
 - (C) a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações.
 - (D) a ampliação do assistencialismo e a definição de fontes de financiamento para o SUS.
 - (E) a universalização do acesso à política de saúde e a ampliação do assistencialismo com a refilantropização da assistência social.
- 28.** É correto afirmar que as políticas sociais resultam de lutas e conquistas das classes trabalhadoras, assumindo um caráter contraditório na arena de conflitos alimentados por disputas políticas. Nessa perspectiva, na busca da garantia de direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para
- (A) melhorar as condições de vida e trabalho das classes sociais que vivem do trabalho.
 - (B) alterar estruturalmente o capitalismo.
 - (C) solucionar os problemas sociais decorrentes da economia política do capital.
 - (D) superar as contradições do trabalho profissional.
 - (E) aprofundar os problemas estruturais da sociedade do capital.
- 29.** Na área da saúde, o Assistente Social é demandado a atuar em situações decorrentes de violência contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos, gays, lésbicas, homossexuais, transexuais e pessoas com deficiências, entre outros. Embora não seja atribuição exclusiva do Serviço Social, além da notificação dessas situações, cabe ao assistente social
- (A) fazer a abordagem socioeducativa com a(s) família(s), socializar informações em relação aos recursos sociais existentes e viabilizar encaminhamentos.
 - (B) realizar abordagem do Serviço Social Clínico com a(s) família(s), socializar informações em relação aos recursos sociais existentes e viabilizar internações.
 - (C) encaminhar as vítimas de violência às instituições particulares e acionar mecanismos instituídos e/ou garantidos pela legislação social vigente no Brasil.
 - (D) Encaminhar denúncias relacionadas às situações de violação de direitos a políticos e a grupos religiosos para aconselhamento espiritual.
 - (E) realizar atendimento inicial na unidade hospitalar para realizar a triagem e o encaminhamento dos pacientes aos serviços privados.

30. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, no Artigo 12º do Capítulo I – Do direito à vida e à saúde, dispõe que, nos casos de internação de criança ou adolescente, os estabelecimentos de saúde deverão proporcionar condições de permanência de um dos pais ou de um responsável,

- (A) quinzenalmente.
- (B) um dia por semana.
- (C) em tempo integral.
- (D) um turno por dia.
- (E) no horário noturno.

31. Em relação aos direitos da pessoa com deficiência, Luis Antonio Miguel Ferreira, na coletânea Os Direitos Sociais e sua regulamentação (2011), apresenta o arcabouço legal pertinente ao referido tema. O documento que não faz parte desse arcabouço apresentado por Ferreira é a(o)

- (A) Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989.
- (B) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- (C) Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.
- (D) Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.
- (E) Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.

32. Em consonância com o Código de Ética Profissional do Serviço Social e com a Resolução nº 489/2006 – CFESS/CRESS, o documento Parâmetros para a atuação do Serviço Social na Política de Saúde (2010) identifica práticas e comportamentos que, na área da saúde, trazem implicações para a saúde dos indivíduos. Estas práticas se caracterizam, entre outras, pela incapacidade técnica de determinado espaço sócio-ocupacional para prover serviços apropriados e qualificados para pessoas de diferentes orientações sexuais ou identidades de gênero, levando à negação de direitos. Uma das atitudes que configura essa prática é a(o)

- (A) homofobia institucional.
- (B) racismo.
- (C) discriminação pela religião.
- (D) *bullyng*.
- (E) discriminação pelo estado civil.

33. Sobre o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), é INCORRETO afirmar que

- (A) consiste no fornecimento de passagens para atendimento médico especializado de diagnose, terapia ou cirúrgico em alta complexidade, a ser prestado a pacientes atendidos exclusivamente pelo SUS, em outros estados, além de ajuda de custo para alimentação e pernoite de paciente e acompanhante, se necessário.
- (B) será concedido somente quando todos os meios de tratamento existentes no estado de origem estiverem esgotados e enquanto houver possibilidade de recuperação do paciente.
- (C) o gestor municipal, definido seu teto para o TFD, proverá recursos necessários para o funcionamento do programa, sendo garantida aos usuários (paciente e acompanhante, se for o caso) a remuneração para transporte e diárias e sendo terminantemente proibido aos municípios transferirem os encargos aos usuários para ressarcimento.
- (D) os laudos médicos terão validade de um ano, podendo ser preenchidos pelo médico assistente da Unidade de Destino que estiver prestando atendimento ao paciente ou pelo médico da localidade de origem que encaminhou o paciente para o TFD.
- (E) a família decidirá a quem destinar o referido benefício, caso haja mais de uma pessoa enferma na família necessitando de TFD.

RASCUNHO

34. No campo das políticas sociais em geral e no campo da saúde em particular, o profissional de Serviço Social é chamado a participar da Passagem do Plantão nas Unidades de Emergência, juntamente com outros profissionais que integram a equipe multiprofissional. Sua atuação profissional, frente às demandas que se apresentam nesse espaço, deve garantir necessidades básicas dos usuários e de seus familiares, predominantemente por meio de ação

- (A) socioeconômica.
- (B) socioambiental.
- (C) socioinstitucional.
- (D) sociocultural.
- (E) socioassistencial.

35. Os princípios do Código de Ética Profissional do(a) Assistente Social (1993) ratificam compromissos dos profissionais de Serviço Social em garantir direitos aos usuários na área da saúde, mantendo relação ídeo-política com os princípios do(a)

- (A) Ministério de Saúde.
- (B) Economia Solidária.
- (C) Reforma Sanitária.
- (D) Equipe Multiprofissional.
- (E) parceria público-privado.

36. Os serviços socioassistenciais prestados pelo profissional de Serviço Social são definidos no artigo nº 23 da Lei nº 8.742/1993 (LOAS). Entre eles está(estão)

- (A) participação no mapeamento da área de atuação da equipe multiprofissional.
- (B) atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população de acordo com os princípios e diretrizes estabelecidos na LOAS.
- (C) manutenção atualizada do cadastramento de famílias e dos indivíduos no sistema.
- (D) realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória.
- (E) atividades continuadas de busca ativa e cadastramento de famílias pela equipe multiprofissional.

37. A orientação médica de tratamento psicoterapêutico continuado para um paciente atendido em um hospital-dia requer desse paciente recursos financeiros, que ele não possui, para transporte diário. Frente a essa situação, o paciente é encaminhado ao Serviço Social para atendimento de sua demanda. Na situação mencionada, as ações pertinentes à intervenção do assistente social na área de saúde são ações

- (A) específicas para o atendimento médico ao paciente.
- (B) focalizadas nas necessidades curativas do paciente.
- (C) de apoio pedagógico e técnico-político ao paciente.
- (D) de agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial para o paciente.
- (E) de investigação da situação convenial e/ou de seguro da previdência social.

38. De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), o projeto de Reforma Sanitária “tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde”. O(s) fundamento(s) das proposições da Reforma Sanitária é(são) a

- I focalização das políticas de saúde para os mais pobres e a valorização das parcerias público-privado.
- II redução dos serviços do Estado em nome da eficiência e eficácia do serviço público.
- III adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações.
- IV democratização das informações e a transparência no uso de recursos e ações do governo.
- V descentralização com controle social democrático e a interdisciplinaridade nas ações.

Estão corretos os itens

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

39. Ainda de acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), permanece(m) como desafio(s) a ser(em) superado(s) na agenda contemporânea da política de saúde

- I a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde;
- II a centralidade da prática multiprofissional;
- III os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor;
- IV os avanços e recuos nas experiências de controle social;
- V as boas práticas de terapias grupais.

Estão corretos os itens

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

40. Em conformidade com o que destaca o documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, os assistentes sociais atuam na área da saúde em 4 (quatro) eixos: 1) atendimento direto aos usuários; 2) mobilização, participação e controle social; 3) investigação, planejamento e gestão; 4) assessoria, qualificação e formação profissional. Com base no eixo (1), o Assistente Social, de forma articulada, desenvolve

- (A) ações socioassistenciais, de articulação interdisciplinar e socioeducativas.
- (B) ações de intervenção profissional, terapias alternativas e informações sigilosas.
- (C) ações socioeducativas, socioeconômicas e de fiscalização social.
- (D) ações socioassistenciais, de Serviço Social Clínico e médico-curativas.
- (E) ações de investigação, de controle social e técnico-administrativas.

41. A Política Nacional de Humanização (2003) considera a promoção da cultura do atendimento humanizado na área da saúde em suas diferentes dimensões. Entretanto, ao serem chamados para sua operacionalização junto com outros profissionais da saúde, os Assistentes Sociais precisam ter clareza sobre diversas concepções de humanização. Nesse sentido, é correto afirmar a necessidade de

- I criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS;
- II superação de uma percepção romântica e/ou residual da atuação;
- III superação da focalização das ações somente na escuta e na redução de tensão;
- IV comprovação da realidade do usuário em visita domiciliar para verificação dos dados fornecidos por ele;
- V realização de atividades de terapia com indivíduos, grupos ou famílias em uma perspectiva holística.

Estão corretos os itens

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

42. De acordo com o documento Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (2010), os assistentes sociais, no campo da saúde, têm sido, historicamente, demandados a realizarem ações que NÃO são suas atribuições específicas, como

- (A) conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social.
- (B) solicitar ambulância para remoção e alta do paciente e identificar vagas em outras unidades hospitalares.
- (C) viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social.
- (D) compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença.
- (E) atuar em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde.

43. Em caso de óbito do paciente em ambiente hospitalar, a equipe técnico-administrativa, entre outros envolvidos, tende a requisitar do Assistente Social a convocação e/ou comunicação do óbito à família. Esta não é uma atribuição dos Assistentes Sociais, razão pela qual, em conformidade com a Política Nacional de Humanização (PNH), os Assistentes Sociais, em articulação com a equipe de saúde, devem promover

- (A) treinamento e capacitação do Assistente Social, com vistas a qualificar as ações administrativas de solicitação e regulação de ambulância para remoção do corpo e transporte da família, em caso de óbito.
- (B) treinamento e capacitação da equipe de saúde, com vistas a qualificá-la para o atendimento socioassistencial das famílias, em caso de óbito.
- (C) treinamento e capacitação do pessoal administrativo, com vistas a capacitá-lo para o atendimento socioassistencial das famílias, em caso de óbito.
- (D) treinamento e capacitação das famílias, com vistas a qualificá-las para procedimentos necessários, no caso de óbito.
- (E) treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo, com vistas a qualificar as ações administrativas que têm interface com o atendimento ao usuário, à exemplo da convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito.

44. Com base na leitura de Antônio Joaquim Severino (2008), a concepção de interdisciplinaridade a ser construída no processo de formação de equipes multiprofissionais, responsáveis pela implementação da política de saúde nos espaços hospitalares é a concepção de interdisciplinaridade como

- (A) autonomização da consciência e do Saber diversificado.
- (B) responsável pela construção do conhecimento baseada na especialização disciplinar.
- (C) busca da unidade do Saber.
- (D) pressuposto da distinção e multiplicidade do real.
- (E) imposição da diferença entre as formas do Saber.

45. Na contemporaneidade, de acordo com Antônio Joaquim Severino (2008), é necessário construir uma crítica epistemológica radical à fragmentação do Saber, que sacrifica a unidade do real. Essa fragmentação, que consagrou a proposta das especializações e se constituiu em um obstáculo à interdisciplinaridade, é dada pelo(a)

- (A) materialismo.
- (B) positivismo.
- (C) fenomenologia.
- (D) marxismo.
- (E) empirismo lógico.

46. A busca de uma “atitude interdisciplinar” e do rompimento com a influência positivista no campo das Ciências Humanas, com vistas ao desvendamento da realidade humana, supõe a construção do conhecimento da totalidade, que elucidará o sentido que as partes, autonomamente, poderiam ter. Com base em Antônio Joaquim Severino (2008), a concretização dessa abordagem requer

- (A) avançar na tentativa de fornecer aos homens o domínio dos diferentes elementos de sua existência, independente de uma abordagem da totalidade da mesma.
- (B) fortalecer as fronteiras entre diferentes disciplinas no campo das Ciências Humanas.
- (C) separar ciência e filosofia.
- (D) romper com a “compartimentalização do Saber”.
- (E) reforçar as fronteiras entre diferentes especialidades.

RASCUNHO

47. Segundo Antônio Joaquim Severino (2008), a interdisciplinaridade implica, no plano prático-operacional, o estabelecimento de mecanismos e estratégias de concorrência solidária entre várias disciplinas e de efetivação do diálogo solidário do trabalho científico, tanto na prática da pesquisa, quanto naquela do ensino e da prestação de serviços. A ação que leva à concretização desta perspectiva interdisciplinar é

- (A) admitir que a verdade completa ocorre numa ciência em particular.
- (B) reconhecer diferenças e especificidades, sabendo, contudo, que elas se reencontram e se complementam, contraditória e dialeticamente.
- (C) reafirmar a incompatibilidade entre ciência e filosofia.
- (D) consolidar a convicção de que não são necessários múltiplos olhares do espírito para dar conta da realidade multiforme.
- (E) consagrar o reconhecimento da unicidade dos olhares do espírito sobre a realidade humana.

48. Com base nos pressupostos da perspectiva interdisciplinar, no contexto das equipes multiprofissionais em espaços hospitalares, é reafirmada a exigência de permanente aprimoramento profissional, ancorado no conhecimento crítico e criativo acerca da prática interventiva do Serviço Social e da interação com os profissionais envolvidos. Considerando-se essas informações, é correto afirmar que

- (A) o assistente social, ao fazer parte de uma equipe multiprofissional, deverá submeter aos demais profissionais, para aprovação, sua opinião técnica.
- (B) o intercâmbio de experiências e o diálogo permanente com profissionais que integram a equipe multiprofissional potencializam o processo de construção do conhecimento.
- (C) o Assistente Social, ao formular sua opinião técnica, deverá utilizar conceitos, instrumentos e técnicas apenas de áreas de conhecimentos afins.
- (D) a produção do conhecimento sobre vivências cotidianas, por si só, garante a melhoria da intervenção profissional.
- (E) o Assistente Social, ao emitir laudos, pareceres e realizar qualquer manifestação técnica sobre matéria de Serviço Social deverá submeter-se às normas legais e técnicas da instituição em que está inserido.

49. Na concepção de Marta Alice Feiten Buriolla (1996), o supervisor de campo pode assumir diversos papéis, como o de educador, que deve garantir

- (A) orientação e acompanhamento do processo educativo do aluno estagiário.
- (B) orientação do processo de ensino religioso do aluno estagiário.
- (C) disseminação de informações da competência médica ao aluno estagiário.
- (D) delegação de tarefas técnico-administrativas ao aluno estagiário.
- (E) acompanhamento da vida familiar do aluno estagiário.

50. Segundo Buriolla (1996), a supervisão em Serviço Social deve ir além do esclarecimento de dúvidas em relação aos atendimentos, do fornecimento de informações imediatas e/ou discussão das rotinas de trabalho, constituindo-se, ao contrário, em um momento de reflexão, discussão e sistematização da prática profissional, para o que são necessárias algumas condições consideradas básicas, como a

- (A) delimitação de horário/local para a supervisão, evitando que seja, segundo Buriolla (1996), uma “supervisão de corredor”.
- (B) definição de um expediente de trabalho para deslocamento do supervisor e aluno para outros espaços profissionais, de modo a viabilizar a troca de ideias.
- (C) elaboração de um plano de atividades recreativas, uma vez por semana, para a que equipe multiprofissional possa estreitar laços de amizade.
- (D) delimitação de rotina de tarefas técnico-administrativas que permita ao aluno estagiário substituir o Assistente Social no espaço profissional.
- (E) elaboração de uma agenda diária de rotinas de trabalho e de uma escala de plantão para o aluno estagiário no setor de urgência/emergência.