



Secretaria de Estado da Saúde Pública

Concurso Público - Edital nº 01/2018 - SEARH - SESAP

Assistente Social

Leia estas instruções:

- 1 Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, **assine no espaço reservado**.
- 2 Este Caderno contém, respectivamente, **50 questões** de múltipla escolha, assim distribuídas: **01 a 08** ▶ Língua Portuguesa; **09 a 15** ▶ Raciocínio Lógico e Matemática; **16 a 25** ▶ Conhecimentos sobre o SUS; **26 a 50** ▶ Conhecimentos Específicos.
- 3 Se o Caderno estiver incompleto ou apresentar imperfeição gráfica que impeça a leitura, solicite imediatamente ao Fiscal que o substitua.
- 4 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 5 Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não peça esclarecimentos aos fiscais.
- 6 A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta na cor preta.
- 7 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 8 Os rascunhos e as marcações que você fizer neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 9 Você dispõe de, no máximo, três horas para responder às questões de múltipla escolha e preencher a Folha de Respostas.
- 10 O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
- 11 Antes de se retirar definitivamente da sala, **devolva** ao Fiscal a **Folha de Respostas** e **este Caderno**.

Assinatura do Candidato: _____



Secretaria de Estado da Saúde Pública - SESAP
Um passo à frente e você não está mais no mesmo lugar.
(Chico Science)



As questões de número 01 a 08 referem-se ao texto reproduzido abaixo.

A entrevista clínica não é uma conversa como outra qualquer!

Celmo Celeno Porto

Entende-se qualquer entrevista como uma técnica de trabalho, durante a qual duas pessoas, em concordância formal ou implícita, encontram-se para uma conversa, cuja característica principal é estar relacionada com os objetivos de ambos.

É tão especial a entrevista clínica que ela tem nome diferente – anamnese. O papel de uma dessas pessoas – no caso, o médico ou o estudante de medicina – é coletar informações, enquanto o da outra – o paciente – é de fornecê-las. Diferentemente de outras entrevistas, no caso da médica, o objetivo não fica restrito a obter informações. Outro objetivo é estabelecer um bom relacionamento entre o médico e o paciente, condição fundamental para uma boa prática médica.

Há muitas maneiras de se fazer uma entrevista; melhor dizendo, há diferentes técnicas, mas em todas devem ser destacadas a arte do relacionamento e o processo comunicacional. Primeiramente, deve ficar claro que uma entrevista médica não é uma conversa como qualquer outra! Além da capacidade de dialogar – falar e ouvir, mais ouvir do que falar –, o médico precisa saber ler nas entrelinhas, observar gestos, para compreender todos os significados contidos nas respostas.

Roteiros são úteis, mas é necessário saber usá-los com a flexibilidade exigida pelas peculiaridades de cada paciente. Raciocínio clínico é a técnica e a arte de organizar os dados que vão surgindo, alguns significativos por si mesmos, outros a exigir novas indagações, que vão tornando compreensível o relato do paciente.

Não se nasce sabendo fazer uma entrevista médica. O que se aprende espontaneamente é conversar. Entrevistar um paciente exige conhecimentos específicos e intenso treinamento, tal como o aprendizado de qualquer habilidade. Os estudantes, às vezes, confundem ser "bom de conversa" com saber realizar uma anamnese. Facilidade para entabular uma conversação pode até ajudar, mas não é tudo.

Uma questão relevante, mas nem sempre considerada, é o registro dos dados obtidos durante a entrevista. Anotações, do próprio punho, das informações mais importantes é a maneira habitual. Contudo, cresce cada vez mais a utilização de computadores. A gravação de entrevistas, que esteve em moda há alguns anos, praticamente está abolida na prática médica, tornando-se restrita a alguns tipos de pesquisa. Não é proibido "digitar" as informações obtidas na anamnese; no entanto, a atenção exagerada ao computador é nociva. Não foram poucos os pacientes que me disseram ter abandonado um médico porque "ele tinha sua atenção inteiramente voltada para o computador".

Não há necessidade de descrição minuciosa de todas as informações, a não ser na fase em que o estudante está fazendo seu treinamento inicial. É conveniente registrar reações imprevistas, informações não verbais, gestos ou expressões faciais. Basta uma palavra ou uma frase, como "olhos lacrimejaram", "expressão de espanto", "gestos de impaciência", para registrar uma informação, sem necessidade de descrevê-la, fato que pode se revelar um dos mais importantes de uma entrevista. Ao final da anamnese, é interessante que se faça para o paciente um resumo das informações obtidas, criando oportunidade para correções ou acréscimos.

Portanto, fazer entrevista é uma arte que se aprimora com o tempo e à medida que se ganha experiência, mas ela só floresce verdadeiramente quando há um verdadeiro interesse em estabelecer uma boa comunicação com paciente.

Em uma entrevista clínica, parte das regras sociais de etiqueta não é aplicada. A conversa é centrada no paciente e, por isso, além de outros motivos, é considerada uma relação assimétrica, com características próprias: ausência de intimidade – uma condição que é essencial –, objetivos específicos, limite de tempo, locais preestabelecidos. Além disso, a frequência dos encontros é muito variável, podendo restringir-se a uma única vez ou repetidas vezes ao longo dos anos.

O primeiro encontro tem um significado especial e dele pode depender o sucesso ou o fracasso de um tratamento. O primeiro olhar, as primeiras palavras, os primeiros gestos podem ser decisivos na relação do médico com o paciente. Tanto pode ser uma ponte entre eles, por meio da qual vão transitar informações e emoções, como um muro que obstrui completamente a comunicação entre um e outro. Essa é uma das características mais evidentes de uma medicina de má qualidade.

Por fim, é essencial saber considerar a entrevista como principal elemento que estabelece o relacionamento entre duas pessoas. O sucesso de uma entrevista depende justamente da qualidade do relacionamento que o médico é capaz de estabelecer com o paciente. Em outras palavras: o que precisa ser compartilhado é o sentimento de compreensão e confiança mútua.

Disponível em: <<http://www.rmmg.org>>. Acesso em: 21 dez. 2017. [Adaptado]

01. No título, apresenta-se uma assertiva

- A) justificada, com restrições, ao longo do texto.
- B) justificada, sem restrições, ao longo do texto.
- C) negada, sem restrições, ao longo do texto.
- D) negada, com restrições, ao longo do texto.

02. Considerando a relação com o título, predomina, no texto, a

- A) argumentação.
- B) descrição.
- C) explicação.
- D) injunção.

03. Nos três parágrafos que encerram o texto, a ideia principal encontra-se explicitada

- A) no período inicial de cada um deles.
- B) no período final de cada um deles.
- C) no período inicial apenas dos dois últimos.
- D) no período final apenas dos dois primeiros.

04. Considere o trecho:

Entrevistar um paciente exige conhecimentos específicos e intenso treinamento, tal como o aprendizado de qualquer habilidade. Os estudantes, às vezes, confundem ser "bom de conversa" com saber realizar uma anamnese. Facilidade para entabular uma conversação pode até ajudar, mas não é tudo.

Mantidas as relações de sentido, são elementos coesivos que, implicitamente, interligam o segundo período ao primeiro e o terceiro período ao segundo

- A) "todavia" e "portanto", respectivamente.
- B) "por isso" e "ademais", respectivamente.
- C) "entretanto" e "ou melhor", respectivamente.
- D) "então" e "assim", respectivamente.

05. Considere o trecho:

Não é proibido "digitar" as informações obtidas na anamnese; no entanto, a atenção exagerada ao computador é nociva. Não foram poucos os pacientes que me disseram ter abandonado um médico porque "ele tinha sua atenção inteiramente voltada para o computador".

O emprego das aspas evidencia suposta

- A) alteração na variedade linguística apenas no segundo caso.
- B) citação direta em ambos os casos.
- C) citação direta apenas no segundo caso.
- D) alteração na variedade linguística em ambos os casos.

06. Considere o trecho:

Não há necessidade de descrição minuciosa de todas as informações, **a não ser** na fase em que o estudante está fazendo seu treinamento inicial.

Sem alteração de sentido, o elemento linguístico em destaque equivale semanticamente a

- A) “mesmo”.
- B) “exceto”.
- C) “inclusive”.
- D) “até”.

07. Considere os trechos:

Entende-se qualquer entrevista como uma técnica de trabalho, durante **a qual[1º]** duas pessoas, em concordância formal ou implícita, encontram-se para uma conversa, **cuj[2º]** característica principal é estar relacionada com os objetivos de ambos.

Tanto pode ser uma ponte entre eles, por meio **da qual[3º]** vão transitar informações e emoções, como um muro que obstrui completamente a comunicação entre um e outro.

No que se refere aos elementos linguísticos em destaque, é correto afirmar:

- A) apenas o segundo concorda com expressão explicitada posteriormente.
- B) apenas o terceiro concorda com expressão explicitada anteriormente.
- C) todos concordam com expressão explicitada anteriormente.
- D) todos concordam com expressão explicitada posteriormente.

08. Considere o período:

É tão especial a entrevista clínica **que** ela tem nome diferente – anamnese.

O elemento linguístico em destaque desempenha papel de

- A) conjunção e se associa à relação semântica de explicação.
- B) conjunção e se associa à relação semântica de consequência.
- C) pronome relativo e articula oração adjetiva explicativa.
- D) pronome relativo e articula oração adjetiva restritiva.

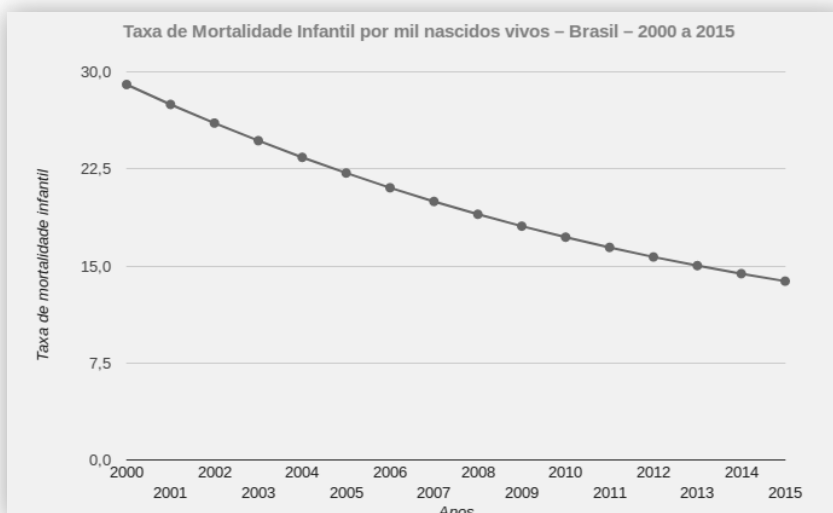
Raciocínio Lógico e Matemática

09 a 15

09. Um idoso de setenta e cinco anos está acometido de duas enfermidades distintas. Existem 6 anti-inflamatórios diferentes para tratar uma das doenças, dos quais dois são contraindicados para idosos. Para a outra, existem oito medicamentos, mas cinco deles não podem ser indicados, pois contêm corticoides e sua interação com anti-inflamatórios provoca reações indesejáveis. Com base nessas informações, a quantidade adequada de combinações desses medicamentos para o paciente é de

- A) 10.
- B) 12.
- C) 18.
- D) 20.

10. O gráfico abaixo apresenta informações sobre a mortalidade infantil no Brasil, referente ao período de 2000 a 2015, segundo dados do IBGE.



A partir das informações fornecidas pelo gráfico, pode-se afirmar corretamente que a taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos

- A) teve decréscimo de 50% nos quatro primeiros anos.
B) teve um leve aumento nos últimos cinco anos.
C) foi reduzida em mais de 20% nos últimos dez anos.
D) decresceu 7,5 pontos a cada cinco anos.
11. A secretaria de saúde recebeu um lote de vacinas que devem ser conservadas na geladeira com temperatura de $+2^{\circ}\text{C}$ a $+8^{\circ}\text{C}$. Devido a um defeito no painel, a geladeira está mostrando apenas a temperatura em escala Fahrenheit ($^{\circ}\text{F}$), cuja relação com a escala Celsius ($^{\circ}\text{C}$) é dada pela fórmula $^{\circ}\text{F} = ^{\circ}\text{C} \times 1,8 + 32$. Ao colocar as vacinas na geladeira, deve-se verificar se a temperatura está ajustada para, no máximo,
- A) $+27,1^{\circ}\text{F}$. C) $+33,7^{\circ}\text{F}$.
B) $+48,5^{\circ}\text{F}$. D) $+46,4^{\circ}\text{F}$.
12. A direção de uma unidade de saúde pretende comprar dois ventiladores para instalar na recepção, cada um com 125 W de potência. Eles ficarão ligados diariamente das 8h 00min às 17h 00min, durante 20 dias no mês. Utilizando a potência P em watts do aparelho e sabendo o tempo t , em horas, que ele fica ligado durante n dias no mês, pode-se calcular o consumo C em kWh pela fórmula $C = \frac{P \times t \times n}{1000}$. Se a unidade de saúde paga R\$ 0,55 por kWh, o custo mensal dos dois ventiladores será de
- A) R\$ 18,20. C) R\$ 33,75.
B) R\$ 27,50. D) R\$ 24,75.
13. Um psicólogo decidiu fazer uma pesquisa com seus pacientes questionando se eles sofriam com acrofobia ou claustrofobia. Entrevistando os pacientes, 40% deles se queixaram de sofrer com acrofobia, 30% deles diziam ter claustrofobia e 30 pacientes informaram que as duas fobias os atormentavam. Se 50% dos pacientes afirmaram não ter nenhum desses dois tipos de fobia, então, a quantidade de pacientes entrevistados foi
- A) 250. C) 150.
B) 200. D) 100.

14. Em um hospital, alguns pacientes se submeteram a um teste para detecção da dengue. Suponha que a probabilidade desse exame indicar a presença de dengue, dado que a pessoa já está doente, é de 90%. Assim, a probabilidade do exame não detectar a dengue em uma pessoa doente é de
- A) 1%.
 - B) 5%.
 - C) 10%.
 - D) 50%.
15. Uma criança desenvolveu uma infecção cujo tratamento deve ser feito com antibióticos. O antibiótico utilizado no tratamento tem recomendação diária de 1,5 mg por um quilograma de massa corpórea, devendo ser administrado três vezes ao dia, em doses iguais. Se a criança tem massa equivalente a 12 kg, cada dose administrada deve ser de
- A) 7,5 mg.
 - B) 9,0 mg.
 - C) 4,5 mg.
 - D) 6,0 mg.

Conhecimentos sobre o SUS

16 a 25

16. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, foi um marco para as mudanças na área da saúde que se seguiram ao fim do Regime Militar no Brasil. Essa conferência contou com a participação de mais de 4.000 pessoas, reunindo instituições de saúde, representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos. Dentre as principais resoluções da 8ª Conferência Nacional de Saúde, encontram-se:
- A) adoção de um conceito amplo de saúde, segundo o qual saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, entre outros, e da organização social da produção; criação de um Sistema Único de Saúde, separando gradualmente saúde de previdência, por meio de ampla Reforma Sanitária; constituição de um orçamento social, cabendo à saúde, inicialmente, maior parcela de recursos, de modo a suprir a ausência dos recursos previdenciários.
 - B) adoção de um conceito amplo de saúde segundo o qual saúde é o resultado de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde; criação de um Sistema Único de Saúde, separando totalmente saúde de previdência, por meio de ampla Reforma Sanitária; constituição de um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais.
 - C) adoção de um conceito amplo de saúde segundo o qual saúde é o resultado de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde; criação de um Sistema Único de Saúde, separando totalmente saúde de previdência, por meio de ampla Reforma Sanitária; constituição de um orçamento social, cabendo à saúde, inicialmente, maior parcela de recursos, de modo a suprir a ausência dos recursos previdenciários.
 - D) adoção de um conceito amplo de saúde segundo o qual saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, entre outros, e da organização social da produção; criação de um Sistema Único de Saúde, separando gradualmente saúde de previdência, por meio de ampla Reforma Sanitária; constituição de um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais.

17. Na perspectiva de aperfeiçoar a relação interfederativa e oportunizar maior segurança jurídica na responsabilização sanitária dos diversos níveis de governo, incentivar o planejamento em saúde e fortalecer a organização do sistema e dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, do Decreto-Lei nº 7.508, promovendo regulamentação da Lei nº 8.080/1990. Com base no Decreto-Lei supracitado, analise as afirmativas seguintes:

| | |
|-----|--|
| I | Região de saúde é o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. |
| II | O Contrato organizativo da ação pública de saúde (COAP) é um dispositivo que estimula o processo de contratualização que pretende fortalecer a integração entre ensino, serviços e comunidade ao colocar todos os atores para discutir a organização das redes de atenção. |
| III | Atenção primária, atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e vigilância à saúde são portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde. |
| IV | Uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, de vigilância em saúde, de atenção primária, de atenção psicossocial e de urgência e emergência. |

Em relação ao tema exposto, estão corretas as afirmativas

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

18. A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovou a política nacional de atenção básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Tomando como referência a nova PNAB, considere as afirmativas que seguem:

| | |
|-----|--|
| I | Cada equipe de atenção básica e de saúde da família deve se responsabilizar por 2.000 a 3.500 pessoas. |
| II | O número de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe de saúde da família deverá ser suficiente para cobrir 100% da população adscrita com número máximo de 750 pessoas por ACS. |
| III | Universalidade, equidade, regionalização e hierarquização, resolutividade e população adscrita estão entre os princípios e diretrizes a serem operacionalizados na atenção básica. |
| IV | Fazer diagnóstico do território onde atuam e executar ações de campo para pesquisa entomológica são algumas das atribuições comuns ao agente comunitário de saúde e ao agente de combate a endemias. |

Em relação ao tema exposto, estão corretas as afirmativas

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

19. Em 2010, por meio da Portaria nº 4.279, o Ministério da Saúde estabeleceu conceitos, fundamentos, diretrizes, atributos e ferramentas para a implementação da rede de atenção à saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os atributos necessários ao bom funcionamento da RAS, encontram-se:

- A) atenção primária à saúde estruturada como primeiro nível da atenção e gestão baseada em resultados.**
B) população e território definidos e redução do tempo de espera para o agendamento de consultas.
C) atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade e garantia de estratégias de fixação dos profissionais.
D) população e território definidos e garantia de retorno das informações dos demais níveis para a atenção básica.

20. O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a política nacional de humanização (PNH) com o intuito de construir uma política de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e colocar em prática seus princípios no cotidiano dos serviços. Para dar consequência às suas pretensões, a PNH instituiu princípios, método, diretrizes e dispositivos. São dispositivos da PNH, entre outros:
- A) projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; acolhimento com classificação de risco; inclusão dos diferentes sujeitos na produção de autonomia.
 - B) projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; acolhimento com classificação de risco; transversalidade de saberes e práticas.
 - C) projetos cogерidos de ambiência; acolhimento com classificação de risco; indissociabilidade entre atenção e gestão.
 - D) projetos cogерidos de ambiência; acolhimento com classificação de risco; programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde.
21. No Brasil, o planejamento em saúde aparece no centro da agenda da gestão, para ser desenvolvido nas três esferas de governo, considerando as especificidades do território e as necessidades de saúde da população, entre outras questões. Nesse contexto, o planejamento estratégico situacional proposto por Carlos Matus (1996)
- A) contempla um conjunto de métodos a serem utilizados nos quatro momentos do processo de planejamento: o explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional.
 - B) utiliza-se do diagnóstico de verdade única, da teoria econômica determinista positivista, da visão de um único ator (Estado, empresa etc.) e tenta explicar a realidade.
 - C) pressupõe a noção de momentos, definidos no processo de planejamento, como etapas sequenciais que não se interpõem uma com a outra.
 - D) considera um conjunto de etapas ou momentos claramente definidos e sequenciais construídos por diversos atores sociais.
22. O Programa Mais Médicos é uma iniciativa do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e que tem entre seus eixos de atuação:
- A) a expansão da graduação e da residência médica e importantes mudanças no modo de formar médicos e especialistas.
 - B) a avaliação dos estabelecimentos de atenção especializada ambulatorial e hospitalar das cinco regiões do país.
 - C) o investimento na infraestrutura de unidades especializadas que dão suporte aos serviços de atenção básica e nos profissionais médicos dos demais níveis de atenção.
 - D) o estímulo aos profissionais envolvidos no programa à realização de cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado).
23. Os estudos de pré-avaliação são essenciais à descrição de um programa mediante a identificação de metas, objetivos e ações; a definição de perguntas avaliativas; o delineamento de um modelo de avaliação; entre outros aspectos. O funcionamento do programa estruturado de forma esquemática e baseado nos recursos, atividades, impactos esperados e as possíveis relações de causas entre esses elementos é demonstrado através do
- A) estudo avaliativo.
 - B) modelo teórico.
 - C) estudo de avaliabilidade.
 - D) modelo lógico.

24. A informação para vigilância epidemiológica está diretamente relacionada à tomada de decisões, e sua qualidade depende da adequada coleta de dados produzidos no local de ocorrência da doença, agravo ou evento sanitário. Sobre o processo de coleta de dados utilizados na vigilância das doenças e agravos não transmissíveis (DANT), analise as afirmativas seguintes:

| | |
|-----|--|
| I | Utiliza inquéritos de base populacional destinados a conhecer o comportamento de risco de uma determinada população, como por exemplo, os escolares e as vítimas de acidentes e violências. |
| II | Utiliza dados oriundos de sistemas administrativos, tais como o sistema de informações hospitalares (SIH), que possibilitam a obtenção de informações sobre as doenças que motivaram a procura pelo serviço. |
| III | Considera a notificação compulsória como a principal fonte de dados para tomada de decisão. |
| IV | Não utiliza dados de mortalidade, pois a vigilância das DANT tem como prioridade a adoção de medidas de promoção da saúde. |

Em relação ao tema exposto, estão corretas as afirmativas

- A) I e IV. B) III e IV. C) I e II. D) II e III.**
25. O terceiro ciclo do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ/AB) está organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. Nesse contexto, a fase de adesão e (re) contratualização das equipes (fase 1)
- A)** foi de responsabilidade do gestor estadual e considerou os compromissos pactuados entre os gestores estaduais e o Ministério da Saúde.
- B)** foi voluntária e pressupôs um processo de pactuação de compromissos firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde.
- C)** de atenção básica com saúde bucal (AB/SF) não ocorreu de forma conjunta, sendo possível aderir e (re) contratualizar uma modalidade sem a outra.
- D)** do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) não esteve condicionada à participação das equipes de atenção básica.

Conhecimentos Específicos

26 a 50

26. As políticas sociais, como processos resultantes da luta de classes e conquistas da classe trabalhadora, podem incorporar as demandas do trabalho e impor limites ao capital. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para
- A)** elevar o bem-estar social dos segmentos mais vulneráveis da população, expostos à pobreza, alterando estruturalmente o capitalismo.
- B)** capacitar os trabalhadores excluídos do mercado de trabalho, em condições justas para que possam ser inseridos na sociedade capitalista.
- C)** melhorar as condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo.
- D)** distribuir a riqueza socialmente produzida pela força de trabalho, eliminando de forma definitiva a desigualdade social na sociedade capitalista.

27. A Constituição Federal de 1988 traz avanços significativos, a exemplo da introdução de um sistema de seguridade social constituído pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, colocando-se como desafio a construção de uma seguridade social universal, democrática e sob a primazia da responsabilidade do Estado. Desde os anos 1990, o Brasil vem implementando contrarreformas, defendidas pelas agências internacionais, com impactos para as políticas sociais, especialmente para as políticas de seguridade social. No que diz respeito à responsabilidade do Estado na área social, identifica-se
- prevalência de políticas universais, a privatização e a ampliação do controle social.
 - políticas redistributivas e universais, a flexibilização e a focalização dos gastos sociais.
 - políticas distributivas e focalizadas e a ampliação do controle social e dos gastos sociais.
 - prevalência de políticas focalizadas e seletivas, a flexibilização e a privatização.
28. Acerca do desenvolvimento histórico e das tendências da seguridade social brasileira, observa-se que os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro nessa área, durante a ditadura militar, ao tempo em que criou as condições para incluir os trabalhadores excluídos da previdência também propiciou a abertura do mercado privado de serviços sociais complementares, a exemplo dos planos de saúde e da previdência complementar. Essa iniciativa fragiliza a proteção coletiva dos trabalhadores, com o firme propósito de criar, no Brasil, os meios para a construção de um modelo de proteção social constituído por
- serviços próprios das empresas, seguros sociais privados oferecidos pelos bancos e serviços públicos para os mais vulneráveis.
 - serviços próprios das empresas, benefícios da assistência social e seguros públicos oferecidos pelo SUS.
 - seguros públicos oferecidos pelo SUS, serviços privados do terceiro setor e benefícios eventuais aos mais vulneráveis.
 - serviços privados próprios do terceiro setor, seguridade social pública e serviços assistenciais oferecidos pelos bancos.
29. O orçamento da seguridade social, quando analisado a partir das fontes de financiamento definidas na Constituição Federal de 1988, é superavitário. É suficiente para cobrir as despesas com os direitos já previstos, como também para a sua ampliação. Os ajustes neoliberais referentes aos cortes de gastos sociais, especialmente nas políticas de seguridade social, se explicam em razão do orçamento da seguridade social ser
- parte da âncora de sustentação da política econômica, que redireciona os recursos sociais para pagamento e amortização dos juros da dívida pública.
 - insuficiente, devido ao *deficit* da previdência decorrente da ampliação de direitos e da manutenção de privilégios de segmentos da classe trabalhadora.
 - insuficiente, devido ao excessivo gasto público decorrente da forma de organização dos serviços públicos à base de princípios de universalidade e gratuidade.
 - restrito a partir da extinção da CPMF, que se constituía como fonte principal de financiamento da saúde e das despesas previdenciárias.
30. A emenda constitucional (EC) nº 95/2016 alterou os artigos referentes ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988 para instituir um novo regime fiscal no âmbito dos orçamentos fiscal e da seguridade social da União. Sobre os impactos desse novo regime para a política de saúde no Brasil, considere o exposto nos itens abaixo.

| | |
|-----|---|
| I | Desobrigação dos governos alocarem mais recursos para a saúde em contextos de crise e aumento das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde. |
| II | Perda de recursos em relação às regras de vinculação das Emendas n. 29/2000 e n. 86/2015 e redução do gasto per capita com serviços de saúde. |
| III | Ampliação do grau de liberdade da política fiscal e aumento do teto dos gastos públicos com serviços de saúde em contexto de crise. |
| IV | Obrigações dos governos com o financiamento de políticas que promovam o direito à saúde e redução das iniquidades no acesso a bens e serviços de saúde. |

Os impactos do novo regime fiscal para a área da saúde estão presentes nos itens:

- A) III e IV** **B) I e III** **C) II e IV** **D) I e II**

31. O Projeto de Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos de 1970, vem, desde a década de 1990, perdendo a disputa para o mercado, ou seja, para o projeto hegemônico de saúde. Este Projeto pauta-se em políticas de ajustes neoliberais que têm como principais tendências a
- A) ampliação de direitos com a racionalização da oferta e a descentralização com a ampliação da responsabilidade do poder central.
 - B) ampliação de gastos com a mercantilização das necessidades sociais e a centralização com a isenção da responsabilidade do poder central.
 - C) universalização de direitos com a desmercantilização das necessidades sociais e a centralização da responsabilidade do poder central.
 - D) contenção de gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com a isenção da responsabilidade do poder central.
32. A universalidade do direito à saúde, um dos fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos aspectos que tem provocado a resistência dos defensores do projeto hegemônico de saúde vinculado ao mercado. Esse projeto hegemônico tem como premissas concepções de natureza
- A) coletiva e articulada do projeto de saúde privatista.
 - B) coletiva e universal do projeto contra-hegemônico.
 - C) individualista e fragmentadora da realidade.
 - D) articulada e universal do princípio da equidade.
33. A Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, institui o Pacto pela Saúde, especialmente no que diz respeito ao Pacto pela Vida. De acordo com essa portaria, este pacto é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos por objetivos de processos e resultados derivados da análise da situação de saúde no país e das prioridades defendidas pelos governos federal, estaduais e municipais. O Pacto pela Vida é concebido como uma ação
- A) prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.
 - B) articulada pelas três instâncias federativas, no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública.
 - C) articulada no estabelecimento das responsabilidades de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS.
 - D) prioritária de gestão compartilhada e solidária executada pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar e defender, vigorosamente, os princípios basilares do SUS como uma política pública de Estado, inscrita na Constituição Federal.
34. A Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, refere-se ao funcionamento, no âmbito do SUS, da Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Acerca das diretrizes para o funcionamento dessa rede, considere os itens a seguir:

| | |
|-----|--|
| I | Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas. |
| II | Adoção de modelo biomédico e psicologizante da questão social, garantindo a cidadania. |
| III | Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde. |
| IV | Organização dos serviços por níveis de proteção social e centralidade na família. |

Diretrizes que orientam o funcionamento da Rede estão presentes nos itens

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

35. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como objetivo não só promover a saúde mas também a qualidade de vida. Para tanto, adota alguns princípios, dentre os quais estão:
- A) desenvolvimento comunitário, cultura da paz, práticas integrativas e inclusão social.
 - B) equidade, participação social, territorialidade e intersetorialidade.
 - C) equidade, desenvolvimento comunitário, igualdade e integralidade.
 - D) territorialidade, intersetorialidade, inclusão social e defesa da vida.
36. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apresenta temas considerados prioritários, os quais foram evidenciados pelas ações de promoção da saúde realizadas e compatíveis com o Plano Nacional de Saúde. Esses temas, foram definidos em diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias. A esse respeito, considere os temas a seguir.

| | |
|-----|--|
| I | Descentralização e o pacto federativo; desenvolvimento sustentável; articulação e cooperação internacional. |
| II | Formação e educação permanente; alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividades físicas. |
| III | Cultura da paz e direitos humanos; desenvolvimento de comunidade; universalização do saneamento ambiental. |
| IV | Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; promoção da mobilidade segura; promoção da cultura da paz e dos direitos humanos. |

Temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) estão presentes nos itens

- A) III e IV.
 - B) I e III.
 - C) I e II.
 - D) II e IV.
37. No debate sobre as dimensões da profissão de assistente social, um elemento a considerar é a questão do cotidiano, como uma das esferas da vida social. Ele apresenta características que ganham particularidades nas demandas do trabalho profissional do assistente social, as quais, em face de uma prática irrefletida, podem resultar em respostas profissionais rápidas, formais, meramente normativas, sem qualificação, dentre outras. São características do cotidiano:
- A) heterogeneidade, espontaneidade, imediaticidade e superficialidade extensiva.
 - B) Imediaticidade, superficialidade extensiva, concreticidade e positividade.
 - C) Espontaneidade, positividade, concreticidade e heterogeneidade.
 - D) Superficialidade extensiva, instrumentalidade, concreticidade e imediaticidade.
38. Um dos desafios dos sistemas de saúde é a fragmentação dos serviços. No caso brasileiro, ela é uma consequência da construção de serviços de saúde descolados das necessidades da população. Nesse contexto, considerando as definições do Pacto pela Saúde, as Redes de Atenção à Saúde aparecem como uma forma de contribuir com a garantia da integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população. Acerca das características da Rede de Atenção a Saúde no SUS considere as afirmações a seguir.

| | |
|-----|---|
| I | Forma relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; define a Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação; planeja e organiza as ações segundo as necessidades de saúde de uma população. |
| II | Subsidia a gestão da clínica utilizando a análise da situação de saúde; identifica e promove a estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições; disponibiliza ferramentas de microgestão que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção. |
| III | Oferece atenção contínua e integral; desenvolve cuidado multiprofissional, de modo a garantir o compartilhamento e a corresponsabilização da prática de saúde entre os membros da equipe; compartilha objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos. |

| | |
|----|--|
| IV | Promove acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde por meio de oferta regulada; privilegia os termos de compromisso de gestão ou contratos de ação pública; fortalece os colegiados de gestão regional como espaços de pactuação das prioridades para o território. |
|----|--|

Em relação às características da Rede de Atenção a Saúde no SUS, estão corretas as afirmativas

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

- 39.** No exercício de sua atividade o profissional assistente social está imerso no cotidiano, espaço da fragmentação, da falta de crítica, do senso comum, da alienação. Nesse contexto o assistente social não está imune a comportamento ético-profissional contrário aos pressupostos do seu Código de Ética. A esse respeito, na prática profissional, a alienação pode se manifestar por meio de comportamentos que expressam apelos moralistas e preconceituosos. São exemplos desse comportamento as atitudes como:
- A)** avaliar a realidade a partir de ideias e valores preconcebidos; burocratizar as informações institucionais sobre programas sociais e inibir movimentos de organização popular dos usuários.
- B)** fazer comentários levianos sobre a vida do usuário; impedir o acesso do usuário aos serviços respaldando-se em ideias conservadoras e avaliar a realidade dos usuários a partir de ideias e valores preconcebidos.
- C)** inibir os movimentos de organização popular dos usuários; manter contato direto com a população usuária em seus locais de moradia e fazer comentários levianos sobre a vida do usuário.
- D)** controlar o acesso do usuário aos serviços respaldando-se em rotinas institucionais; impor aos usuários seus valores e crenças individuais e impedir o usuário de decidir livremente sobre seus interesses.
- 40.** Na origem do serviço social, a autoimagem da profissão esteve vinculada ao projeto reformista-conservador. Considerava-se como dever do assistente social zelar pela família e respeitar a dignidade humana a partir de uma concepção a-histórica e abstrata de pessoa humana. A partir dos anos 1980, inicia-se a construção de uma imagem renovada do serviço social a qual se consolida nos anos 1990, o que permitiu a construção de uma autoimagem da profissão concebida como:
- A)** especialização do trabalho coletivo, inscrita na divisão social e técnica do trabalho, sendo os sujeitos profissionais assalariados.
- B)** agente capaz de conhecer as expressões da questão social, identificando aquelas que exigem tratamento, sendo os sujeitos profissionais assalariados.
- C)** especialização do trabalho coletivo, inscrita em equipes interdisciplinares, sendo aquele profissional habilitado para o trabalho comunitário.
- D)** agente que atua próximo ao usuário e sua família, inscrito na divisão social e técnica do trabalho, sendo os sujeitos profissionais assalariados.
- 41.** Na literatura específica da área de serviço social, predomina o entendimento de que, na sociabilidade do capital, somente a análise concreta de situações concretas é capaz de apreender a direção que a prática profissional vem tomando e, sobretudo, apontar as alternativas de atuação profissional contidas na realidade. Isso significa que
- A)** não existem contradições, pois as condições de trabalho e emprego na sociabilidade do capital impedem a atividade profissional crítica, mas revelam possibilidades na direção proposta pelo projeto ético-político.
- B)** não existe prática ideal, isenta de contradições. O cotidiano do exercício profissional é o que pode revelar as possibilidades de prática contidas na realidade na direção do projeto profissional.
- C)** a sistematização do trabalho expressa uma prática ideal em face do projeto profissional, ao mesmo tempo em que pode revelar modelos de prática e novas experiências.
- D)** a sistematização do trabalho como essência da dimensão investigativa expressa a possibilidade de construção da contra-hegemonia no cotidiano do exercício profissional.

42. No âmbito do serviço social, a atuação profissional integra as dimensões investigativa, ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. A dimensão investigativa articula-se com as demais, sendo uma condição importante para o assistente social descortinar a realidade sobre a qual exerce a sua intervenção. A efetivação da dimensão investigativa exige do assistente social
- A) atuação socioeducativa junto aos sujeitos da sua ação e domínio técnico-operativo.
 - B) clareza dos instrumentos e procedimentos da intervenção e condições de trabalho.
 - C) clareza teórico-metodológica e domínio técnico-operativo.
 - D) vinculação a uma instituição acadêmica e clareza teórico-metodológica.
43. No serviço social, o debate teórico acerca dos instrumentos de intervenção profissional prioriza a compreensão de que estes instrumentos potencializam a ação profissional, integram a dimensão técnico-operativa, não assumem neutralidade no uso das técnicas e são orientados por uma teoria social. Além disso, perpassa este debate a noção de que os instrumentos têm caráter
- A) histórico e teleológico.
 - B) impositivo e teleológico.
 - C) teórico e normativo.
 - D) histórico e normativo.
44. Dentre os instrumentos da intervenção profissional, a visita domiciliar é parte da herança intelectual e cultural do serviço social. Atualmente, há o reconhecimento de que, historicamente, ela foi um instrumento de controle e inquérito social com objetivo de fiscalizar e comprovar o relato dos usuários do serviço social. Considerando o projeto ético-político e, para minimizar possíveis posturas autoritárias e fiscalizadoras, a literatura do serviço social tem indicado algumas habilidades importantes a serem observadas na visita domiciliar, tais como:
- A) definição operacional e logística da visita; articulação institucional para viabilizar as condições objetivas da sua realização e utilização da visita em situações que exigem o contato direto da instituição com o usuário.
 - B) definição de objetivos e metas a serem cumpridas; articulação institucional para as condições objetivas de realização da visita; e, ao fazer anotações solicitar autorização do usuário através de termo de consentimento livre e esclarecido.
 - C) Planejamento da visita, com definição dos aspectos a serem observados; registro de dados, explicando ao usuário a necessidade e a finalidade das anotações e utilização da visita em situações que exigem o contato direto da instituição com o usuário.
 - D) planejamento da visita, com definição de objetivos e aspectos a serem trabalhados; marcação da visita com antecedência explicando seus motivos e, registro de dados, explicando ao usuário a necessidade e a finalidade das anotações.
45. Na realidade brasileira, sobretudo a partir da Constituição de 1988, convive-se com o tensionamento constante entre a defesa de direitos sociais e a mercantilização e re-filantropização do atendimento a necessidades sociais. Nesse contexto, destaca-se a atuação do assistente social em Conselhos de Políticas Sociais, como espaços de disputa e da luta por direitos, dentre os quais os Conselhos de Saúde. A esse respeito destaca-se, no debate profissional, a importância estratégica dessa inserção, enfatizando-se
- A) mobilização pelo atendimento as necessidades sociais no âmbito da sociedade civil organizada, o fortalecimento de estratégias comuns ao controle do Estado e a difusão de experiências bem sucedidas de trabalho comunitário.
 - B) difusão do trabalho comunitário no âmbito da sociedade que contribua com estratégias para o fortalecimento do Estado, para a construção de alianças com os gestores e para a difusão de experiências bem sucedidas de trabalho voluntário.
 - C) articulação política no âmbito da sociedade civil organizada que contribua para a construção de estratégias comuns ao campo democrático, de ações voltadas ao fortalecimento de sujeitos coletivos e construção de alianças com os usuários dos serviços.
 - D) articulação política no âmbito da sociedade civil organizada que contribuam para a construção de estratégias comuns ao campo democrático, para a difusão de experiências bem sucedidas de trabalho voluntário e para a construção de alianças com os usuários dos serviços.

- 46.** Em seu exercício profissional, o assistente social utiliza conhecimentos, habilidades, informações, dados etc. No âmbito da saúde, isso implica em conhecer e utilizar os vários sistemas de informação existentes. O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) é o sistema de informação responsável pelo registro, compilação e difusão dos dados em saúde do SUS, no qual as informações estão agrupadas e podem fornecer dados, conhecimento e indicadores sobre
- A)** assistência médica por habitante; atendimentos de demanda espontânea; índice de atendimento por condição de saúde avaliada; estatísticas vitais; estatísticas demográficas e socioeconômicas e rede socioassistencial.
 - B)** rede socioassistencial; epidemiologia e morbidade; evoluções e prescrições médicas; prescrições e planejamento terapêutico; encaminhamentos para serviço especializado e informações de financiamento.
 - C)** assistência à saúde; rede assistencial; epidemiologia e morbidade; estatísticas vitais; estatísticas demográficas e socioeconômicas e informações sobre receitas e despesas com saúde.
 - D)** rede assistencial; assistência médica por habitante; epidemiologia e morbidade; índice de atendimento por condição de saúde avaliada; estatísticas demográficas e socioeconômicas e informações farmacêuticas.
- 47.** A saúde mental é um dos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais na área da saúde. Assim, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde preveem que esses profissionais devem contribuir para que a Reforma Psiquiátrica se efetive e se aproxime o máximo possível do horizonte do seu projeto ético político que é uma sociedade igualitária, na qual as diferenças sejam acolhidas e respeitadas. Nesse contexto, há requisições da Reforma Psiquiátrica que se apresentam como ações desafiantes para o trabalho do assistente social, dentre as quais se destacam:
- A)** o trabalho com famílias; a geração de renda e trabalho; o controle social e a garantia de acesso a benefícios.
 - B)** o trabalho com grupos terapêuticos; a geração de renda; a psiquiatria comunitária e o controle social.
 - C)** as ações de assistência social; a subjetividade, o trabalho com famílias e acesso a benefícios.
 - D)** a psiquiatria comunitária; a subjetividade; a geração de renda e trabalho e as ações de assistência social.
- 48.** Considera-se que cabe ao serviço Social, numa atuação articulada com outros segmentos que defendem a consolidação do SUS, formular estratégias de intervenção profissional na área da saúde que possam contribuir para a efetivação da integralidade do direito à saúde. O princípio da integralidade, tendo como pilares básicos a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, possibilita uma inserção diferenciada do assistente social nos diferentes espaços ocupacionais no campo da saúde. Tendo em vista uma inserção diferenciada, o assistente social, comprometido como a perspectiva do projeto ético-político, deve pautar-se pela concepção de intersetorialidade compreendida como:
- A)** conjunto de ações pública e privada, direcionadas a fortalecer a gestão social das políticas sociais e que implicam na superação da fragmentação dos serviços e no atendimento às demandas dos segmentos mais vulneráveis.
 - B)** intenção política de investir num processo socialmente construído e que exige o conhecimento da realidade e a análise das demandas dos sujeitos que partilham compromissos e projetos políticos comuns.
 - C)** trabalho em rede, em parceria de solidariedade com as diferentes organizações não governamentais e que possibilita otimizar os recursos financeiros e o acesso a direitos por parte dos segmentos mais vulneráveis.
 - D)** ação governamental num contexto de escassez de recursos financeiros e que requisita a focalização do atendimento às demandas dos sujeitos que partilham compromissos éticos e projetos políticos.

- 49.** O documento Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborado pelo CFESS, considera que a atividade desses profissionais inclui: atendimento aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional. Na perspectiva do projeto ético-político do serviço social, os assistentes sociais que atuam na área de saúde devem considerar como conceitos fundamentais no trabalho profissional:
- A)** articulação institucional, financiamento, território, centralidade na família e vulnerabilidade social.
 - B)** concepção de saúde, integralidade, intersetorialidade, participação e interdisciplinaridade.
 - C)** integralidade, vulnerabilidade social, intersetorialidade, participação e articulação intrainstitucional.
 - D)** concepção de doenças, centralidade na família, interdisciplinaridade, financiamento e território.
- 50.** Uma pessoa idosa, de setenta e cinco anos, com queixas de maus tratos físicos e negligência chegou a uma unidade de saúde pública em busca de atendimento médico. Na ocasião da triagem/escuta realizada pelo profissional da equipe de saúde, ficou provado que o idoso é vítima de violência intrafamiliar, sendo o caso encaminhado ao serviço social. Na perspectiva do projeto ético-político, em situações de violência, como é o caso, cabe ao assistente social realizar
- A)** notificação do caso de violência no prontuário de atendimento, socializar as informações em relação aos recursos existentes e viabilizar o retorno do idoso à família.
 - B)** atendimento individualizado ao idoso, prestar orientação e apoio a sua família e encaminhar o idoso para o acolhimento institucional na rede asilar pública.
 - C)** perícia técnica e elaborar relatório situacional, socializar as informações para a equipe de saúde e viabilizar o seu encaminhamento ao Conselho Municipal do Idoso.
 - D)** abordagem socioeducativa com a família, socializar as informações em relação aos recursos sociais existentes e viabilizar os encaminhamentos necessários.