

**Leia estas instruções:**

- 1 Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado para isso.
- 2 Este Caderno contém **cinquenta** questões de múltipla escolha assim distribuídas: **01 a 20** > Saúde Coletiva; **21 a 50** > Conhecimentos Específicos.  
Quando o Fiscal autorizar, verifique se o Caderno está completo e sem imperfeições gráficas que impeçam a leitura. Detectado algum problema, comunique-o, imediatamente, ao Fiscal.
- 3 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 4 Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não adianta pedir esclarecimentos aos Fiscais.
- 5 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 6 Os rascunhos e as marcações feitas neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 7 A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta preta.
- 8 Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões de múltipla escolha e preencher a Folha de Respostas.
- 9 O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.  
Ao retirar-se definitivamente da sala de provas, o candidato deverá entregar ao Fiscal a Folha de Resposta independentemente do tempo transcorrido do início da prova.
- 10 Retirando-se **antes de decorrerem três horas do início da prova**, devolva também este Caderno.
- 11 Você só poderá levar este Caderno **após decorridas três horas** do início da prova.

Assinatura do Candidato: \_\_\_\_\_



- 01.** O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta, constantemente, ameaças decorrentes das políticas neoliberais: tentativas de incorporação da lógica mercantil nas instituições públicas, fortalecimento dos discursos tecnocráticos, desqualificação da politicidade inerente ao campo sanitário e ênfase às propostas de diluição das responsabilidades do Estado.
- A Emenda Constitucional 95 (EC-95) constitucionaliza o subfinanciamento do SUS até 2036 e representa, até o presente, a mais radical das intervenções voltadas para um “SUS reduzido”. Sendo assim, o princípio do SUS ameaçado com essa medida é a
- A)** Universalidade, uma vez que as medidas de desindexar, desobrigar e desvincular o orçamento comprometem a expansão de serviços públicos.
  - B)** Integralidade, em razão do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento e nos arranjos da gestão.
  - C)** Equidade, pois há aumento da participação de seguros, planos privados e parcerias público-privadas na gestão e na atenção à saúde.
  - D)** Descentralização, comprometida pela modalidade de asseguramento, definição de cesta limitada de serviços e regulação pelo mercado.
- 02.** A Epidemiologia fornece importantes contribuições para a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde. Na etapa de identificação dos problemas socialmente relevantes, a epidemiologia
- A)** fornece informações técnicas para embasar as decisões políticas, somando-se a outros tipos de informação a serem consideradas no processo de tomada de decisão.
  - B)** auxilia os formuladores na compreensão da complexidade do problema e de seu contexto, na definição de objetivos e metas, e na seleção das intervenções.
  - C)** contribui no acompanhamento por meio de tecnologias, como a vigilância epidemiológica, elaboração de evidências científicas e o monitoramento das ações.
  - D)** demonstra o alcance de certas metas e objetivos, avalia a plausibilidade e estima a probabilidade estatística de que o programa ou política realmente tenha efeito.
- 03.** Analise o caso a seguir.

Sra. Julieta, 52 anos de idade, divorciada, mãe de três filhos, reside na zona norte de Caicó e trabalha na bonelaria do bairro há 10 anos. Sua função envolve realizar as costuras de acabamento dos bonés. Ela trabalha sentada, de 8 a 10 horas por dia, com uma pausa de uma hora, na qual vai para casa preparar o almoço dela e de seus filhos. Julieta recebe um salário-mínimo e uma gratificação por alcançar metas, resultando em uma remuneração final de, aproximadamente, R\$1.800,00. Apesar de se considerar saudável, ela relata apenas ter “vista cansada”, dores lombares no final do dia e dificuldade para dormir.

Ao analisar as condições de vida, saúde e trabalho da Sra. Julieta, utilizando o Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead e adotado pela OMS, conclui-se que estão na base desse modelo

- A)** as características individuais de idade, sexo e fatores genéticos dos indivíduos.
- B)** os comportamentos e estilos de vida individuais, no limiar entre os fatores individuais e os fatores sociais.
- C)** as redes comunitárias e de apoio, que conformam redes de solidariedade e o nível de coesão social.
- D)** as condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, assim como o acesso a serviços essenciais.

04. A responsabilidade social – como é geralmente traduzido o conceito de *social accountability*, apesar de também se utilizar o termo missão social – refere-se à responsabilidade institucional de orientar o ensino, a pesquisa e as atividades em serviço para atender às necessidades em saúde, com foco prioritariamente em áreas de difícil acesso. É um conceito que parte da percepção de que a busca por saúde também é a busca por justiça social, entendendo que as atividades de ensino, pesquisa e extensão devem estar, obrigatoriamente, orientadas para abordar as preocupações prioritárias de saúde da comunidade, da região ou da nação em que estão inseridas. Portanto, a responsabilidade social, ou *social accountability*,
- A) promove a educação baseada em resultados, cria uma governança responsiva e responsável e equilibra princípios globais com o contexto local.
  - B) caracteriza-se pela *responsibility* e se expressa no compromisso com o bem-estar social e a educação de bons profissionais de saúde.
  - C) adota a *responsiveness* e busca responder a prioridades em saúde locais, por meio do desenvolvimento de competências específicas e profissionalismo.
  - D) expressa independência em relação a governos, organizações de saúde e sociedade, buscando um impacto positivo na saúde das pessoas.
05. As competências colaborativas dizem respeito ao conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que fortalecem as relações interprofissionais para o efetivo trabalho em equipe. Esse conjunto de competências estimula o desenvolvimento dos pilares da colaboração como fundamento para a oferta de serviços de saúde mais integrais, seguros e resolutivos. A competência colaborativa que aborda as mudanças necessárias para melhorar os resultados da equipe denomina-se
- A) funcionamento da equipe.
  - B) liderança colaborativa.
  - C) comunicação interprofissional.
  - D) resolução de conflitos interprofissionais.
06. A multiplicidade e complexidade das necessidades sociais requerem intervenções intersetoriais que passam a ser priorizadas como alternativa para propiciar mudanças na cultura organizacional. Isso viabiliza a ampliação do escopo de ações e reorganização dos sistemas locais de saúde, a convergência de interesses entre os profissionais e a construção de alianças na implementação de ações, com o objetivo de responder de maneira mais eficaz e eficiente às demandas da população. A intersetorialidade tem se fortalecido como estratégia de gestão em saúde, especialmente em sistemas descentralizados, que favorecem a articulação com outros setores, considerando princípios como território, regionalização e integralidade da atenção. Para o reposicionamento dos processos de trabalho, visando à composição de práticas aliadas à integralidade no cuidado, a intersetorialidade refere-se à
- A) interação entre diferentes setores da sociedade, de modo a alcançar o enriquecimento mútuo, sem a sobreposição de um setor a outro, para atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde.
  - B) associação de diferentes setores ou instituições, que se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas dos setores e pelo grau de interação para atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde.
  - C) articulação capaz de incorporar os resultados de várias especialidades de diferentes setores, instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber.
  - D) cooperação em que cada profissional, formado em uma base epistemológica específica e com atribuições bem delimitadas, intervém sob uma demanda em saúde com os demais integrantes da equipe.

**07.** Considere o caso a seguir.

A senhora Margarida, 71 anos, viúva, reside com sua neta de 15 anos no bairro Ferreirinha, no município de Currais Novos. A situação da Sra. Margarida chamou a atenção da agente comunitária de saúde da microárea devido à dificuldade de controle da dislipidemia, apesar de sua participação em diversas intervenções realizadas por diferentes profissionais da equipe.

Durante a reunião semanal da equipe, os profissionais compreenderam que não bastava considerar apenas o diagnóstico; era fundamental realizar uma visita para conhecer a realidade da Sra. Margarida e identificar maneiras de ela colaborar na gestão de sua saúde e seu cuidado. Eles argumentaram que resultados mais positivos poderiam ser alcançados se a Sra. Margarida tivesse a oportunidade e o apoio para participar ativamente e tomar decisões sobre seu cuidado e tratamento, em parceria com os profissionais de saúde.

Os profissionais da equipe entenderam que o modelo prescritivo e normativo, sem a participação do usuário, não seria capaz de melhorar o quadro da usuária. Eles defenderam que, se ela tiver mais conhecimento, aptidões e confiança para gerenciar seu próprio cuidado de saúde, seria mais fácil adotar comportamentos que aprimorassem seus resultados de saúde. Finalmente, uma profissional da equipe acrescentou que a participação da usuária não só melhora o desempenho e a motivação da equipe mas também reduz a frustração que eles sentiam por não conseguirem ver resultados com as medidas adotadas anteriormente.

Nesse caso, a equipe adotou o cuidado personalizado, coordenado e capacitante que teve como orientação a

- A) Atenção Centrada na Pessoa.
- B) Interdisciplinaridade em Saúde.
- C) Integração Ensino-serviço-comunidade.
- D) Educação Popular em Saúde.

**08.** As preocupações com a formação em saúde estiveram presentes no cenário político durante a concepção do Sistema Único de Saúde, incluído na Constituição Federal de 1988, a qual atribuiu à saúde a responsabilidade de organizar a formação dos profissionais da área. O tema compôs as proposições do movimento da Reforma Sanitária, sendo discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, indicando a necessidade de modificar as graduações e ressaltando a importância da integração entre ensino, serviço e comunidade.

Muitas ações, programas e políticas foram implementadas para assegurar a integração entre ensino, serviço e comunidade como premissa para a reorientação da formação em saúde. Apesar dos avanços em várias experiências no país, umas delas ficou conhecida por se limitar à assistência em saúde, com baixa participação de docentes, fragmentação das ações, sem significativas transformações nos currículos e pouca ou nenhuma participação ou envolvimento da comunidade. Essas características referem-se ao

- A) Programa de Integração Docente Assistencial (IDA).
- B) Programa Uma Nova Iniciativa (Projetos UNI).
- C) Programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS).
- D) Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE).

- 09.** A natureza socio-histórica dos movimentos da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) sinaliza a busca pela construção de uma rede saúde-escola, que demanda esforços para mudança do modelo hegemônico baseado na reprodução da educação tradicional verticalizada e hierarquizada, com protagonismo centralizado em relações de poder e na perspectiva uniprofissional da formação e do trabalho. Esse modelo sustenta uma lógica de fragmentação do trabalho e do conhecimento, com importantes implicações no enfrentamento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde. Ambos os movimentos educacionais valorizam a emancipação dos sujeitos, a autonomia e a construção coletiva, incluindo os usuários nas mudanças das práticas educacionais e nos processos de trabalho em saúde. Uma das interfaces entre a EPS e a EIP é
- A)** o reconhecimento de que sistema de saúde e educação são interdependentes e, com isso, impactam não apenas as práticas mas também as teorias.
  - B)** a orientação pela vertente histórico-estrutural e dialética, pelo movimento institucionalista, pela sociologia das profissões e pela sociologia organizacional.
  - C)** a abordagem do quadrilátero envolvendo formadores, gestores, trabalhadores e controle social bem como a orientação em teorias advindas dos campos da educação de adultos.
  - D)** a análise das interações e das barreiras entre pessoas e grupos para o desenvolvimento da aprendizagem compartilhada e competências colaborativas.
- 10.** A convocação da 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde, em 2018, proporcionou a revisão e a formulação de proposições direcionadas para o fortalecimento da Vigilância em Saúde, a expansão do escopo de suas ações e a busca de alternativas adequadas e inovadoras. Isso garante que a nova modalidade de financiamento do SUS possa, de fato, reforçar os avanços conquistados pelo SUS no campo da Saúde Coletiva. Ao longo da trajetória da Vigilância em Saúde, seus objetos de estudo e sua intervenção têm se expandido, fortalecendo a integração entre as diversas áreas da vigilância e aumentando sua capacidade de predição e intervenção. Apesar dos inúmeros avanços da Vigilância em Saúde, não foi alcançado o patamar desejado da
- A)** Vigilância em Saúde Emancipatória.
  - B)** Vigilância das Doenças.
  - C)** Vigilância dos Riscos à Saúde.
  - D)** Vigilância dos Agravos à Saúde.
- 11.** A assistência à saúde reprodutiva é definida pela Organização das Nações Unidas (ONU) como “a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva”. Em relação à saúde reprodutiva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),
- A)** os adolescentes e jovens têm direito a receber educação sexual e reprodutiva e a ter acesso às ações e aos serviços de saúde que os auxiliem a lidar com a sexualidade de forma positiva e responsável.
  - B)** as pessoas LGBTQIA+ não têm práticas sexuais com finalidade reprodutiva, portanto a assistência à saúde deve priorizar abordagens relacionadas à prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.
  - C)** os profissionais da saúde são os responsáveis pela execução, nos serviços do SUS, da política de controle de natalidade brasileira, representada pelas ações de planejamento familiar e reprodutivo.
  - D)** as mulheres são o foco das ações de saúde reprodutiva no âmbito do SUS, pois cabe somente às mulheres, e não aos homens, o direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.
- 12.** De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo que zela pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. A missão desse conselho é representar a sociedade na defesa dos direitos da população infantojuvenil, como o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à liberdade, à cultura e à convivência familiar e comunitária. Além disso, o Conselho Tutelar

- A) pode requisitar tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, para crianças e adolescentes.
  - B) é composto por dois membros escolhidos pela população local para mandato de dois anos, sendo permitida a recondução por novas eleições.
  - C) é acionado via denúncia proveniente de profissionais da educação, saúde e assistência social, por meio de ficha de notificação unificada.
  - D) pode emitir declarações de nascido vivo (DNV) e declarações de óbito (DO) de crianças e adolescentes em substituição aos Cartórios de Registros Civis.
- 13.** O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) foi instituído pela Portaria MS/GM nº 1.356, de 23 de junho de 2006, sendo constituído por Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (Viva Inquérito). Sobre esse sistema, é correto afirmar que
- A) é possível, a partir dos dados do Viva Inquérito, construir indicadores que permitem descrever características da ocorrência de acidentes e violências e investigar fatores de risco/proteção associados aos eventos.
  - B) os dados sobre violências contra travestis, mulheres e homens transexuais não constam no Viva/Sinan, pois a ficha de notificação não dispõe de campos para registrar a identidade de gênero ou nome social.
  - C) o Viva Inquérito desenvolve-se a partir de um desenho de estudo epidemiológico do tipo caso controle, pois se investiga dois grupos (acidentes e violências) que são identificados e comparados com base em algum suposto atributo causal.
  - D) estão disponíveis, na página do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus), os dados primários que compõem o Viva/Sinan, com a identificação das pessoas violentadas e profissionais notificadores.
- 14.** O Programa Nacional de Imunizações do Brasil tem vivenciado grandes desafios em relação às coberturas vacinais infantis, as quais apresentam queda. Entre os diversos aspectos relacionados ao fenômeno, a hesitação vacinal vem se fortalecendo como uma das principais preocupações dos gestores e pesquisadores brasileiros. Sendo assim,
- A) a importância da vacinação pode perder significado social pelo desconhecimento sobre a gravidade das doenças imunopreveníveis; portanto, é importante para o setor saúde garantir uma comunicação efetiva sobre o impacto dessas doenças na população.
  - B) a redução das taxas de cobertura vacinal observadas em estudos sobre o tema é reflexo da redução gradual da importância do ato de se vacinar, pois o número de doenças erradicadas sinaliza que outrora o cumprimento do papel do PNI já foi garantido.
  - C) o profissional com menor tempo de formação tem, devido ao fenômeno da complacência, maior disposição para recomendar vacinas e costuma obter maior sucesso na abordagem pró-vacinação, pois está mais capacitado para lidar com a questão.
  - D) o enfrentamento, de forma ética, à hesitação vacinal requer que o profissional de saúde observe os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça e garanta aos pacientes que apresentem dúvidas sobre a segurança das vacinas a indicação de não vacinação.
- 15.** No Brasil, a atenção humanizada ao parto e nascimento é descrita no âmbito da Rede Cegonha como “respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto”. Como estratégia de humanização ao parto e nascimento no Estado do Rio Grande do Norte,

- A) admite-se a presença de doulas em maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada.
  - B) contrata-se pessoas para o acompanhamento de parturientes em maternidades, seguindo as recomendações da Lei do Acompanhante.
  - C) penaliza-se financeiramente serviços de saúde que não atingem o percentual mínimo de 60% de partos por via vaginal, em relação ao total.
  - D) dispensa-se o profissional médico na assistência ao parto normal, garantindo que todos esses sejam assistidos por enfermeiros obstetras.
16. O Programa Nacional da Triagem Neonatal busca garantir o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o acompanhamento de algumas doenças, objetivando evitar a morte e deficiências, proporcionando melhor qualidade de vida aos recém-nascidos acometidos. Sendo assim, as doenças pertencentes ao escopo do Programa Nacional de Triagem Neonatal são:
- A) deficiência de biotinidase, doença falciforme, fenilcetonúria, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e hipotireoidismo congênito.
  - B) diabetes mellitus tipo 1, dislipidemia neonatal, doença hemorrágica por deficiência de vitamina K, hipertensão arterial neonatal, esclerose tuberosa e osteopenia precoce.
  - C) alergia à proteína do leite de vaca, asma, coagulopatia hereditária, escorbuto, intolerância à lactose e síndrome de Patau.
  - D) cardiopatia congênita crítica, deficiência intelectual, frenulopatias, infecção pelo HIV, síndrome de Down e surdez congênita.
17. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 2015 no âmbito do Sistema Único de Saúde, tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança em território brasileiro. A política estrutura-se em sete eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e os serviços de saúde da criança no território nacional. É um dos eixos estratégicos da PNAISC a promoção e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, que consiste
- A) na observação contínua, pela atenção básica, das mudanças de tamanho e peso, bem como no incentivo ao aumento gradual da capacidade de realizar ações complexas, especialmente durante a primeira infância e de acordo com o proposto na “Caderneta de Saúde da Criança”.
  - B) no diagnóstico precoce bem como na qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância, das ações de prevenção de doenças crônicas e do cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível.
  - C) na articulação das ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências e acidentes, na promoção da cultura de paz e na organização de metodologias de apoio aos serviços especializados para atuação junto à criança em situação de violência e suas famílias.
  - D) na promoção, na proteção e no apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se tanto as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade como também a importância do estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis.



18. Considere os relatos a seguir.

**RELATO 1**

“Eu comecei a sentir as contrações... Eu rodei a cidade inteira procurando um hospital e nenhum tinha vaga... Antes de chegar na maternidade eu já me sentia mal, pois sentia que a criança estava prestes a nascer dentro do carro. Foi quando o meu pai falou: ‘Vamos para a Maternidade X!’ Eu respondi: ‘Não podemos ir para lá. Está em greve’. Aí ele disse: ‘Mas pode ser que lá aceite’. A Maternidade X estava em greve, mas me aceitou...” (ÁRTEMIS).

**RELATO 2**

“Bom, quando eu cheguei na maternidade, eu cheguei muito nervosa, porque eu estava sentindo dores e com medo de não ter vaga para mim lá, né? ... Então, quando eu cheguei não tinha vaga, né. Aí a moça (recepcionista) disse que ia analisar se eu poderia ficar lá.” (DEMÉTER).

Adaptado de: Moreira, K. de A. P. Narrativas das mulheres sobre o parto: compreensão das experiências e das necessidades de cuidado. Fortaleza, 2008.

Os relatos tratam de situações vivenciadas entre 2007 e 2008 por pessoas em trabalho de parto na busca por cuidados obstétricos em tempo oportuno, destacando-se as incertezas sobre a presença de vagas nas unidades hospitalares. Em 2011, foi instituída no Brasil a Rede Cegonha, rede de cuidados que visa, entre outras atribuições, assegurar à mulher uma atenção humanizada ao parto.

Uma das estratégias que está prevista na Rede Cegonha com vistas a superar situações como as narradas nos relatos é a

- A) elaboração e implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto com garantia de transporte seguro.
- B) implementação de estratégias de comunicação social e de programas educativos relacionados ao trabalho de parto para a população.
- C) criação de leitos obstétricos em todos os municípios brasileiros e pactuação de transporte social para gestantes em trabalho de parto.
- D) habilitação e treinamento de equipes de atenção primária para realização de partos normais em unidades básicas de saúde.

**Para responder às questões 19 e 20, considere o seguinte caso.**

“Joana, estudante de 20 anos, e seu parceiro Manuel, motoentregador de 21 anos, comparecem à Unidade Básica de Saúde para mais uma consulta de pré-natal. A gestação já está em seu terceiro trimestre. Joana diz que se sente bem e está ansiosa para estar com seu filho nos braços. Manuel, como futuro pai, também participa da consulta e faz perguntas sobre essa fase da gravidez, tirando dúvidas sobre a saúde de Joana e do crescimento do bebê intraútero. Ele diz que gostaria de acompanhar o momento do parto.”

19. O caso relata atendimento em uma consulta de pré-natal com a presença do parceiro, atendendo ao previsto, atualmente, na Estratégia Pré-Natal do Parceiro (EPNP), do Ministério da Saúde. A EPNP orienta que

- A) o homem não precisa estar, necessariamente, acompanhando a gestante para realizar a consulta de pré-natal do parceiro.
- B) é oportuno ofertar, na consulta de pré-natal do parceiro, testes de rastreamento de câncer de próstata e pênis para homens cisgênero.
- C) a consulta de pré-natal do parceiro é dispensada, quando ele e a pessoa gestante não estiverem em relacionamento afetivo.
- D) é requisito o parceiro ter, pelo menos, 18 anos de idade completos para participar da consulta de pré-natal.

20. Manuel deseja acompanhar o parto de Joana. Seu desejo

- A) pode ser atendido na maternidade ou casa de parto, desde que Joana indique Manuel como acompanhante do seu parto.
- B) não pode ser atendido, pois questões de gênero impedem homens de acompanharem o processo de parturição em unidades hospitalares.
- C) pode ser atendido na maternidade ou casa de parto, desde que a via de parto de Joana seja vaginal.
- D) não pode ser atendido, pois Manuel não tem formação na área da saúde para manejar as intercorrências típicas do trabalho de parto.

- 21.** As lutas das classes trabalhadoras no Brasil têm sido expressão de resistência diante de sua condição de exploração pelo capital. Como resultado das lutas, as políticas sociais, mesmo em um movimento contraditório do modo de produção vigente, têm possibilitado o acesso a diversos direitos por parte da classe trabalhadora. Alguns desses direitos se expressam na Seguridade Social. Esta, historicamente falando, foi uma das frentes de luta do Serviço Social brasileiro. Em 2000, no XXIX Encontro Nacional CFESS/CRESS, realizado em Maceió (AL), a categoria profissional reafirmou, em documento intitulado “Carta de Maceió”, sua compreensão acerca da Seguridade Social. Nessa carta, são reconhecidos os avanços do conceito que foi expresso na Constituição Federal de 1988 e são apresentadas diretrizes para o trabalho profissional nesse âmbito. Na referida Carta, a categoria, orientada pelo projeto ético-político, compreendeu a Seguridade Social como
- A)** modelo de proteção social no Brasil, de qualidade, com cobertura universal para as situações de risco, vulnerabilidade ou danos aos/às cidadãos/ãs brasileiros/as.
  - B)** modelo de proteção social no Brasil, de qualidade, com cobertura seletiva para as situações de risco, vulnerabilidade ou danos aos/às cidadãos/ãs brasileiros/as.
  - C)** sistema de proteção de caráter solidário, quantitativo, com qualidade ou não, e com vistas a assegurar direitos e reduzir situações de pobreza extrema no Brasil.
  - D)** sistema de proteção social capaz de prevenir e reparar situações de carência e desigualdade socioeconômica, exclusão ou vulnerabilidade sociais.
- 22.** Segundo Bravo (2019), um dos desafios postos para a categoria de assistentes sociais tem sido o não reconhecimento profissional na área da saúde, o que, por vezes, tem impactado na apreensão de suas atribuições privativas. Joana, assistente social, como trabalhadora da saúde, tem vivenciado esse desafio no dia a dia. Como estratégia, ela promoveu uma ação sobre competências e atribuições profissionais, envolvendo toda a equipe da unidade de saúde em que atua. Assim, em conformidade com a Lei de Regulamentação da Profissão, nº 8662/93, Artigos 4º e 5º que tratam das competências e atribuições privativas da/o profissional, respectivamente, ela enfatizou as atribuições privativas da/do assistente social. Nesse sentido, analise os itens que seguem.

I	Coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social.
II	Planejar, organizar e administrar Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social.
III	Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social.
IV	Planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais.

Apresentam atribuições privativas da/do assistente social os itens

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

23. Mioto e Nogueira (2009), ao discutir os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a inserção da/do assistente social na política de saúde, analisam a materialização do projeto ético-político profissional e a ação da/do assistente social junto às equipes interdisciplinares atuantes no SUS. Para elas, é consenso que, na proposta do SUS, há uma concepção ampliada de saúde, o que demanda ações nesse sentido e tem sido discutido e direcionado pelo Ministério da Saúde, por meio de seus marcos conceituais da promoção à saúde, entre eles a Política Nacional de Humanização, a qual conta com princípios para sua materialização. Sendo assim, avalie os princípios abaixo.

I	Compromisso com a democratização das relações de trabalho e de valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.
II	Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.).
III	Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a individualidade como forma de fortalecer o compromisso do SUS com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, assentados etc.)
IV	Responsabilidade centrada, unicamente, nos sujeitos quanto ao seu adoecimento, responsabilizando-os pelos processos determinantes de sua condição de saúde.

Sobre os princípios da Política Nacional de Humanização, estão corretos os itens

- A) I e II.  
 B) II e IV.  
 C) I e III.  
 D) III e IV.
24. Nos Parâmetros para Atuação da/do Assistente Social na Saúde, um dos grandes eixos é o de “Mobilização, Participação e Controle Social”, o qual abarca um conjunto de ações que têm como objetivo contribuir com a organização da população e dos usuários, como sujeitos políticos que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (CFESS, 2010, p.57). Considerando as diretrizes do projeto ético-político e profissional bem como a inserção de assistentes sociais nos espaços de Controle e Participação Social, analise as ações que constam nos itens a seguir.

I	Estimular a educação permanente dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento do controle social, por meio de cursos e debates sobre temáticas de interesse dos conselheiros, na perspectiva crítica.
II	Não incentivar a participação dos usuários e movimentos sociais no processo de elaboração, fiscalização e avaliação do orçamento da saúde nos níveis nacional, estadual e municipal.
III	Participar apenas como trabalhador/ra das pré-conferências e/ou conferências de saúde (local, distrital, municipal, estadual e nacional).
IV	Identificar e articular as instâncias de controle social e movimentos sociais no entorno dos serviços de saúde.

De acordo com CFESS, no tocante à inserção dos assistentes sociais nas unidades de saúde, as ações que contemplam o eixo supracitado estão nos itens

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

25. O cotidiano de trabalho da/o assistente social é atravessado pelos diversos tipos de violências manifestadas nos mais diversos públicos: crianças, adolescentes, idosos, mulheres, pessoas LGBTQIAPN+, populações negras, entre outras, deixando explícito múltiplas formas de violação dos Direitos Humanos. Atuando em espaço de gestão e planejamento, Miguel, assistente social da Secretaria Municipal de Saúde, tem recebido, diariamente, em diálogo com os demais profissionais da categoria que estão nas mais diversas unidades de saúde, demandas da necessidade de atuação conjunta no município, inclusive com as demais políticas existentes para enfrentamento da problemática. Com base no Projeto Ético-político do Serviço Social, Miguel, ao tecer estratégias com as/os demais colegas dessa área, deve apreender a problemática, considerando-a

- A) inserida no movimento da sociedade que a produz e reproduz a partir de condições históricas, sociais, culturais e econômicas, o que contribui para um planejamento articulado no campo da totalidade.
- B) normal, pois tem ocorrido no âmbito privado das relações doméstica e familiar, desvinculada das relações sociais, o que não demandaria uma intervenção ampliada com os demais setores do município.
- C) como um fenômeno natural da contemporaneidade que tem atingido somente os territórios onde residem as populações em situação de pobreza extrema.
- D) independente da relação entre o singular e o universal, o que demanda ações de cunho individualizantes, sem necessitar articulação com outros profissionais e a intersetorialidade.

26. O Serviço Social, historicamente, é uma profissão que tem dedicado um importante espaço intelectual à tentativa de responder sobre as causas de sua origem como profissão e sua legitimação. Diante disso, há duas teses que tratam sobre a natureza e o processo de gênese do Serviço Social:

- A)** a perspectiva endogenista, que sustenta a origem do Serviço Social na evolução, organização e profissionalização das formas “anteriores” de ajuda, da caridade e da filantropia, vinculada agora à intervenção na “questão social”; e a perspectiva histórico-crítica, que defende o surgimento da profissão como um produto da síntese dos projetos político-econômicos que operam no desenvolvimento histórico, em que se reproduz material e ideologicamente a fração da classe hegemônica, quando, no contexto do capitalismo monopolista, o Estado toma para si as respostas às expressões da “questão social”.
- B)** a perspectiva neutralizante, que sustenta que o Serviço Social deve se manter neutro diante das prerrogativas políticas, sem interferir diretamente na formação de pensamento. Tem em São Tomás de Aquino sua principal referência; e a perspectiva histórico-crítica, que defende o surgimento da profissão como um produto da síntese dos projetos político-econômicos que operam no desenvolvimento histórico, porém, não reproduz material e ideologicamente a fração da classe hegemônica, quando, no contexto do capitalismo monopolista, o Estado toma para si as respostas às expressões da “questão social”.
- C)** a perspectiva endogenista, que sustenta a origem do Serviço Social na evolução, organização e profissionalização das formas “anteriores” de ajuda, da caridade e da filantropia, vinculada agora à intervenção na “questão social”; e a perspectiva neutralizante, que sustenta que o Serviço Social deve se manter neutro diante das prerrogativas políticas, sem interferir diretamente na formação de pensamento. Tem em São Tomás de Aquino sua principal referência.
- D)** a perspectiva neutralizante, que sustenta que o Serviço Social deve se manter neutro diante das prerrogativas políticas, sem interferir diretamente na formação de pensamento. Tem em São Tomás de Aquino sua principal referência; e a perspectiva endogenista, que sustenta a origem do Serviço Social na evolução, organização e profissionalização das formas “anteriores” de ajuda, da caridade e da filantropia, vinculada agora à intervenção na “questão social”.
- 27.** O caráter de uma profissão subalternizada é uma marca que, desde sua gênese, é carregada pelo Serviço Social. Alguns aspectos, que demarcam o processo de formação histórica da profissão, são responsáveis por atribuir essa caracterização. Assim, pode-se entender esses aspectos como
- A)** a predominância eminentemente feminina na composição de assistentes sociais; as sequelas de uma prática vinculada ao voluntariado e a filantropia; a estigmatização de uma profissão auxiliar e de assistência; uma profissão que não é vista como potente nas tomadas de decisões no campo das políticas sociais.
- B)** a estigmatização de uma profissão protagonista no campo interventivo; uma profissão que não é vista como potente nas tomadas de decisões no campo das políticas sociais; as sequelas de uma prática vinculada ao voluntariado e a filantropia; a predominância de mulheres, majoritariamente pobres, na composição de assistentes sociais.
- C)** as sequelas de uma prática vinculada ao voluntariado e a filantropia; uma profissão potente nas tomadas de decisões e na proposição de políticas sociais; a predominância eminentemente feminina na composição de assistentes sociais; a estigmatização de uma profissão protagonista no campo interventivo.
- D)** a estigmatização de uma profissão auxiliar e de assistência; a predominância eminentemente feminina na composição de assistentes sociais; uma profissão potente nas tomadas de decisões e na proposição de políticas sociais; as sequelas de uma prática vinculada ao voluntariado, a caridade e a filantropia.
- 28.** O reconhecimento de que a “questão social” determina o processo de constituição e desenvolvimento do Serviço Social como profissão ocorreu a partir de um rigoroso exame de como as condições de vida e trabalho da classe trabalhadora se agudizam a partir da intensificação dos mecanismos de exploração do trabalho. Sendo assim, é possível apreender que

- A) a análise marxiana fornece os elementos teóricos centrais para a compreensão de que a “questão social” não se encontra desvinculada das condições de produção da riqueza social e da apropriação dela, assim como das condições de reprodução dessa forma de produção que requer o controle dos modos de reprodução da miséria em escala ampliada.
- B) a “questão social” encontra-se desvinculada das condições de produção da riqueza social e da apropriação dela, assim como das condições de reprodução dessa forma de produção que requer o controle dos modos de reprodução da miséria em escala ampliada.
- C) o desenvolvimento capitalista, em sua fase contemporânea, produz, parcialmente, a “questão social”. Ele a torna um desdobramento indesejável e atemporal, sem a considerar como dimensão constitutiva do desenvolvimento da sociabilidade capitalista.
- D) a emergência da “questão social” no Brasil encontra-se ancorada de transição da produção escravocrata para o feudalismo, evidenciando a manifestação dos antagonismos de classe, baseadas nas relações sociais herdadas de um passado colonial.
29. O projeto ético-político do Serviço Social, ao negar o histórico conservadorismo da profissão, aponta para a construção de um exercício profissional comprometido com a justiça social e a liberdade, valores centrais do atual código de ética (1993). Com base nesse código, compreende-se que
- A) a justiça social, no código de ética do/da assistente social de 1993, indica para a defesa de uma socialização daquilo que é socialmente produzido, mas apropriado privadamente. Assim, esse código de ética remete à intenção de criticar o capitalismo.
- B) a liberdade está colocada na perspectiva que compreende o homem como sujeito livre. Ela está no plano do inacessível, ou seja, do idealismo, e se constitui em realização concreta.
- C) a justiça social, como horizonte de lutas do Serviço Social, indica para a defesa de uma socialização e materialização da riqueza socialmente produzida e, em parte, apropriada por quem a produz, de modo a radicalizar a ordem vigente.
- D) a liberdade, como valor ético central, indica para superação da singularidade e a premissa da consideração particular do sujeito social, mas, no plano das lutas democráticas, é tida como acessível na sociedade vigente, mediante o acirramento da luta de classes.
30. O utilitarismo moral é uma das faces do comportamento do modo de produção capitalista , pois as relações humanas, obscurecidas pelo poder das coisas, são valorizadas a partir de sua utilidade. Sendo assim, entende-se que o utilitarismo moral se traduz como
- A) a (re)criação das necessidades que não se voltam para a ampliação da qualidade, mas para a quantificação das relações humanas, em função da utilidade e da posse do material.
- B) a quantificação das necessidades humanas e sociais e a heterogeneização das condições de vida pautadas na reprodução da vida social, aliadas ao entendimento de que o capitalismo não inverte o valor das relações humanas.
- C) a manifestação da constituição do *ethos* do imaginário coletivo, pois supõe o indivíduo alheio aos determinantes que norteiam suas atividades, de modo a explicar as consequências a partir das instituições sociais.
- D) o individualismo possessivo que foi herdado do processo de capitalismo dependente e colonial e que manifesta os desejos de forma limitada e na satisfação de necessidades concretas.
31. Humanizar o parto e o nascimento é um movimento de contracultura que busca resgatar a humanidade e a individualidade da mulher que dá à luz, em oposição ao ideário do corpo máquina, da mulher como fábrica de bebês e da maternidade como linha de montagem (Wagner, 2001). Acerca desse entendimento, o conceito de humanização pode ser definido como

- A) polissêmico e envolve os conhecimentos, as práticas e as atitudes que objetivam promover partos e nascimentos saudáveis, que garantam a privacidade, a autonomia e o protagonismo da pessoa que dá à luz, oferecendo procedimentos comprovadamente benéficos, evitando intervenções desnecessárias.
- B) prática que pressupõe pensar a segurança do parto a partir das intervenções moldadas aos avanços tecnológicos, por compreender uma inovação do processo de saúde com respaldo de proteção e com ênfase ritualística.
- C) polissêmico, mas envolve uma raiz na perspectiva de envolver o parto como evento afetivo, fisiológico, de modo a implementar, como processo de segurança do nascimento, ações tecnológicas capazes de aferir ao nascimento um ambiente ausente de riscos.
- D) prática que pressupõe a segurança do nascimento, resultante do processo de institucionalização do parto, com prioridade de ocorrência no espaço hospitalar, uma vez que propicia a segurança efetiva.
32. A discussão sobre humanização do parto também está na interface da luta pela garantia dos direitos reprodutivos das pessoas que gestam. Sobre essa discussão e a respeito das lutas históricas que atravessam o cenário de conquistas, o paradigma do direito reprodutivo
- A) rejeita a reprodução como um dever ou um destino feminino, demandando a garantia de que a escolha da mulher por “reproduzir” ou “não reproduzir” não resulte em risco de vida ou em danos à sua saúde.
- B) busca garantir o acesso a esses direitos por meio de legislações e implementação de políticas universais de cunho público-privado, com vista a protagonizar o acesso, prioritariamente, das mulheres mais pobres.
- C) reelabora do debate acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, por meio de uma perspectiva de valorização da mulher para além do ideário da reprodução, porém, não endossa as liberdades sexuais.
- D) considera um novo olhar sobre o nascer, trazendo para o debate privado temas considerados públicos, como contracepção, gestação, morte materna, entre outros; o que traduz a relevância individual de cidadania.
33. Segundo o documento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2017), intitulado de “Residências em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão”, as Residências Multiprofissionais em Saúde são definidas como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, direcionada para educação em serviço e realizada sob a supervisão técnico-profissional. Com base nisso, avalie as afirmativas abaixo.

I	O/A residente de Serviço Social deve desenvolver a sua formação, a qual combina conhecimentos teórico-práticos em modalidade de dedicação exclusiva sob supervisão de uma/uma profissional Assistente Social.
II	O/A residente de Serviço Social ingressa, por meio de exame de seleção, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, no qual é matriculado/a e recebe bolsa de trabalho, sendo, portanto, considerado como funcionário da instituição.
III	Assumir atribuições que devem ser do profissional responsável pelo serviço não se caracteriza como uma proposta que pode contribuir para a perversa lógica de substituição de mão de obra.
IV	A residência não gera vínculo empregatício. Assim, não gera qualquer vínculo de natureza trabalhista com a instituição, estando, portanto, o/a residente fora do quadro de pessoal, impedido, dessa maneira, de realizar supervisão de estágio de estudantes de Serviço Social.

Das afirmativas, estão corretas as dos itens



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

34. O planejamento familiar é direito de todo cidadão e parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Tem na lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 sua fundamentação estrutural. Com base no suporte jurídico-normativo em voga, avalie as afirmativas a seguir.

I	A disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias.
II	A esterilização voluntária é permitida em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 anos de idade ou, pelo menos, com 2 filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce.
III	A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.
IV	A esterilização voluntária é permitida em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 anos de idade ou, pelo menos, com 2 filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 30 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce.

Com base na lei nº 9.263/1996, estão corretas as afirmativas

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

35. A violência doméstica e familiar, com o sancionamento da Lei nº 11.340 de 2006, conhecida como “Lei Maria da Penha”, ganha uma nova direção interventiva e jurídica no Brasil, uma vez que, ao tipificar as formas de violência, incentivar a estruturação da rede de enfrentamento à violência contra as mulheres, protagonizar as estratégias preventivas e incentivar uma intervenção pautada nos pressupostos pedagógicos e reconhecer a violência doméstica e familiar como uma violação aos direitos humanos. Tomando por base essa lei e suas devidas alterações, analise as afirmativas abaixo.

I	As medidas protetivas de urgência serão concedidas independentemente da tipificação penal da violência, do ajuizamento de ação penal ou cível, da existência de inquérito policial ou do registro de boletim de ocorrência.
II	A mulher em situação de violência doméstica e familiar tem prioridade para matricular e transferir seus dependentes em instituição de educação básica e superior mais próxima de seu domicílio, ou transferi-los para essa instituição, mediante a apresentação dos documentos comprobatórios do registro da ocorrência policial ou do processo de violência doméstica e familiar em curso.
III	É direito da mulher em situação de violência doméstica e familiar o atendimento policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado por servidores - preferencialmente do sexo feminino - previamente capacitados.
IV	As medidas protetivas de urgência serão, após sua concessão, imediatamente registradas em banco de dados mantido e regulamentado pelo Conselho Nacional de Justiça, garantido o acesso instantâneo do Tribunal de Justiça, da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e dos órgãos de saúde e de assistência social, com vistas à fiscalização e à efetividade das medidas protetivas.

Das afirmativas, estão corretas

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

36. O Estatuto da Criança e Adolescentes, regulamentado pela lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, define que crianças e adolescentes gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.



Disponível em: <<https://www.bing.com/images/searc>>  
Acesso em: 10 de Out. de 2023

Tomando por base a charge de Ivan Cabral e a legislação em voga, avalie as afirmativas a seguir.

I	É proibido qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendiz.
II	Ao adolescente portador de deficiência, é assegurado trabalho independente de proteção.
III	A proteção ao trabalho dos adolescentes é regulada por legislação especial, sem prejuízo do disposto na Lei 8.069.
IV	Em hipótese alguma e sob pretexto algum, será admitida a prestação de trabalho forçado.

Das afirmativas, estão corretas

- A) III e IV.  
B) II e III.  
C) I e II.  
D) I e IV.
37. As discussões, em torno dos múltiplos aspectos sobre à saúde das mulheres, têm evidenciado na nossa sociedade uma discriminação sistemática contra as pessoas por sua idade cronológica. No caso das mulheres, essa discriminação – alimentada pela supervalorização da maternidade em relação a outras capacidades e pelo mito da eterna juventude – é mais evidente e acontece não só em relação ao corpo físico como também a outros aspectos da vida. De acordo com o debate, advindo da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher,

- A) o climatério/menopausa é uma fase de mudanças, transformação e adaptação. A quantidade e a intensidade dos sintomas estão, também, relacionadas com a qualidade da vida pessoal, afetiva, profissional, entre outros aspectos.
  - B) a medicalização do corpo das mulheres com uso de hormônios, durante o climatério/menopausa, são alternativas eficazes, geralmente desejadas, que devem ser adotadas para esse momento da vida das mulheres.
  - C) o climatério/menopausa é uma fase da vida da mulher. A maioria das mulheres passa por ela sem apresentar queixas, mas necessitam de medicamentos. Outras apresentam sintomas de intensidade variável e que se tornam permanentes.
  - D) a autoimagem, o papel, as relações sociais, as expectativas e os projetos de vida também são aspectos secundários para o aparecimento e a intensidade dos sintomas em relação à menopausa/ao climatério.
- 38.** As desigualdades de gênero afetam substancialmente a vida das mulheres nos vários segmentos de sua vida. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher focaliza, entre outras, a necessidade de pensar que gênero e saúde mental não é apenas um enfoque pautado no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou nas tendências individuais que algumas mulheres apresentam em desencadear crises e depressões. Mas, sobretudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não para resolver as questões práticas da vida e reconhecer que há sobrecarga das responsabilidades assumidas, historicamente, pelas mulheres. Portanto, é necessário
- A) intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam incorporadas como referências na formação de profissionais que atendem a esse grupo populacional e que podem intervir positivamente nessa realidade.
  - B) compreender as reais necessidades das mulheres que buscam um atendimento em serviço de saúde mental, contudo não devem alterar suas intervenções e práticas voltadas às ações de saúde.
  - C) considerar que a situação de desigualdade das mulheres na sociedade, marcada pelas questões de classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, é um aspecto que impacta, mas não compromete o desenvolvimento da saúde mental de mulheres.
  - D) reconhecer que as condições de trabalho são reforçadas pela desigualdade de gênero, tão arraigada na sociedade brasileira, as quais atribui à mulher uma postura de subalternidade em relação aos homens. Todavia, quando pensamos nos determinantes em torno da saúde mental, esses aspectos são considerados como secundários.
- 39.** A teoria da reprodução social surgiu como reflexo do debate sobre trabalho doméstico, na década de 1970. Essa teoria afirma que, na sociedade, existe a centralidade da unidade familiar, composta por um modelo forjado historicamente, no qual as mulheres realizam um tipo específico de trabalho na viabilização da reprodução social da força de trabalho. Acerca disso, a Teoria da Reprodução Social compreende que

- A)** o suporte de manutenção e provisão da força de trabalho pode ser garantido tanto pelo Estado, por meio de políticas sociais, como pelo mercado, por meio da venda de serviços, mas o suporte da unidade familiar é imprescindível para o capitalismo, e isso permite compreender a origem da opressão das mulheres nesse sistema econômico.
- B)** o processo de reprodução social implica em um aperfeiçoamento disciplinar constituinte da sociabilidade capitalista. Em sendo o capitalismo apenas um modo de produção, ele não determina, objetiva e subjetivamente, uma forma de ser e viver, gerando uma ressignificação do ser social.
- C)** a reprodução social realizada, em parte, pelas mulheres garante o processo propriamente dito de regeneração do/a trabalhador/a e não interfere no processo de reprodução biológica de novos/as trabalhadores/as, uma vez que o Estado corresponde, política e economicamente, com o atendimento das necessidades humanas.
- D)** essa teoria, por mais que se proponha a construir uma teoria unitária, não busca a articulação, de forma expressiva, entre as relações sociais genericadas e racializadas em relação à existência e reprodução do capitalismo, do patriarcado e do racismo, tidos como uma imbricação necessária para uma compreensão das opressões das mulheres.
- 40.** A construção moral, em torno dos deveres da maternidade e da naturalização do trabalho doméstico como tarefa feminina, esteve articulada, como ainda hoje está, em um fato material concreto: a reorganização desse trabalho sob as exigências das novas relações sociais de produção. À luz das discussões acerca da Teoria da Reprodução Social, a desvalorização social do trabalho doméstico
- A)** ocorreu no mesmo processo de sua forte atribuição às mulheres como um imperativo moral e núcleo essencial de sua existência social. Essa questão não nasce com o capitalismo, mas se particulariza sob essa nova forma de organização da produção-reprodução.
- B)** não operou uma transformação no que concerne à própria relevância e sistematicidade de algumas tarefas, como lavagem de roupas, limpeza da casa, cuidados dos menores, que por mais que sejam apreendidas como tarefas reprodutivas, não ganham centralidade no debate da reprodução social.
- C)** processou importantes transformações materiais e ideológicas no campo da reprodução social doméstica, na conformação das atividades reprodutivas, implicadas pelas determinações do processo de industrialização e urbanização, sendo sua gênese marcada com o advento do capitalismo.
- D)** foi acompanhada de uma politização da divisão sexual do trabalho que, apesar de não nascer com o capitalismo, é intensificada por este, aliado às opressões de raça, mediante a hegemonia racista e à politização da divisão social do trabalho entre classes.

41. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres, tomando como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais. Sobre isso, analise as diretrizes a seguir.

I	Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
II	A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.
III	Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
IV	As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas, de forma articulada, com setores governamentais e não governamentais, condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.

Com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, são diretrizes dessa política os itens

- A) II e IV.  
 B) I e III.  
 C) III e IV.  
 D) I e II.
42. O Estatuto da Criança e do Adolescente acrescenta a funcionalidade e a importância da estrutura do órgão responsável pela primazia da proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes. Para isso, o Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Sendo assim, são atribuições desse órgão
- A) atender à criança e ao adolescente vítima ou testemunha de violência doméstica e familiar, ou submetido a tratamento cruel ou degradante ou a formas violentas de educação, correção ou disciplina, a seus familiares e a testemunhas, de forma a prover orientação e aconselhamento acerca de seus direitos e dos encaminhamentos necessários.  
 B) adotar, na esfera de sua competência e além dela, ações articuladas e efetivas direcionadas à identificação da agressão, à agilidade no atendimento da criança e do adolescente vítimas de violência doméstica e familiar e à responsabilização, busca e punição do agressor.  
 C) assessorar o Poder Executivo local na elaboração, na execução, no monitoramento e na avaliação da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente.  
 D) representar à autoridade judicial (Tribunal de Justiça, Defensoria Pública e ao Ministério Público ) para requerer a concessão de medidas cautelares indiretamente relacionadas à eficácia da proteção de noticiante ou denunciante de informações de crimes que envolvam violência doméstica e familiar contra a criança e o adolescente.
43. Segundo Rosa Prêdes (2017), as/os assistentes sociais, historicamente, têm viabilizado a prestação direta de serviços sociais, por meio do contato direto com os/as usuários/as no repasse de bens e serviços pertinentes às diversas políticas sociais. No processo de operacionalização dos serviços sociais, encontram-se

- A) a socialização de informações, as orientações sociais, os encaminhamentos para outros serviços institucionalizados, concessão de apoio de caráter subjetivo aos usuários que estão em situações específicas, entre outros.
  - B) a escuta individualizada, resolução endógena dos problemas sociais, socialização das informações e concessão de apoio de caráter objetivo aos usuários que estão em situações específicas.
  - C) as orientações sociais, os encaminhamentos para outros serviços institucionalizados, a escuta individualizada, a produção de relatórios e a concessão de apoio de caráter objetivo e subjetivo aos usuários que estão em situações específicas.
  - D) a resolução endógena dos problemas sociais, a socialização das informações, a socialização de informações, as orientações sociais e os encaminhamentos para outros serviços institucionalizados.
44. O Serviço Social, pela sua natureza interventiva, tem se apropriado das ciências sociais como um todo e, com isso, retirado e reformulado um conjunto de instrumentos e técnicas necessários à concretização de suas ações. Isso tem superdimensionado o papel e o lugar do instrumental-técnico profissional. Segundo Yolanda Guerra (2017), tal condicionante é responsável por gerar uma tendência conhecida como
- A) metodologismo.
  - B) tecnicismo.
  - C) pragmatismo.
  - D) burocratismo.
45. A questão do trabalho profissional não se opõe de forma isolada. Este se encontra constitutivo e integrante dos processos de trabalho coletivos, sejam em unidades públicas, privadas e do terceiro setor e, sobremaneira, sob a lógica da organização social e política que se caracteriza o Estado brasileiro. A respeito disso, entende-se que
- A) as/os assistentes sociais, como trabalhadores/ras da saúde, são trabalhadores/as coletivos no processo de trabalho dos espaços ocupacionais que atuam, mas, ao mesmo tempo, são singulares na forma de operacionalizar os modos de trabalho em saúde e de lidar com o outro.
  - B) os trabalhos, desenvolvidos pelas/os assistentes sociais, voltam-se, em parte, na sua atuação, para efetivação dos princípios éticos-políticos, sem relacionar a dimensão técnico-operativa, haja vista as interferências conservadoras e ainda fincadas em bases positivistas, na atuação profissional direta junto aos usuários.
  - C) os/as assistentes sociais são reconhecidos/as como trabalhadores/as de cunho coletivo, todavia, ainda não são concretizados os efeitos de uma gestão do trabalho em saúde pautada na formalização de prescrições, procedimentos e protocolos, que são essenciais para uma prática qualificada.
  - D) o campo do conhecimento é importante na formação acadêmica do assistente social, mas não deve se sobrepor aos conhecimentos da vivência prática, uma vez que essa possibilita, diante da realidade social, a visualização dos problemas da população usuária de forma mais eficaz e concreta.
46. Segundo Mota (2014), o Serviço Social brasileiro vive, processualmente, metamorfoses/alterações que se relacionam de forma mediata ou imediata com os rumos da realidade, determinadas pelas profundas transformações produzidas pelo capitalismo. Contemporaneamente, surgem novas demandas nos espaços sócio-ocupacionais e nas competências profissionais que convivem com as requisições tradicionais, revelando significativas alterações no mercado de trabalho, nos conteúdos das ações dos/as assistentes sociais. Diante dessas constatações, o Serviço Social brasileiro considera que

- A) o quadro de expansão do mercado de trabalho e de ampliação das demandas ao Serviço Social evidencia as mediações que os processos sociopolíticos vêm operando na realidade brasileira, revelando tanto o espraiamento de manifestações da questão social, como a criação de práticas e mecanismos institucionais determinados pela atuação do Estado e da organização política das classes.
- B) uma temática que tem manifestado relevância no cenário atual e que tem ocupado um espaço cada vez mais requisitado ao Serviço Social é a intervenção sobre as questões urbanas, todavia, esta não vem sendo assumida de modo mais amplo, com ênfase na mobilidade e na moradia popular.
- C) novas problemáticas e competências, no campo da Previdência Social, se apresentam, mas não adensam a realidade de intervenção do assistente social nas questões relacionadas à precarização e ao adoecimento no trabalho, aos acidentes de trabalho, às doenças profissionais e à requalificação profissional.
- D) a expansão dos planos e seguros privados, na esfera da saúde, que passam a contratar profissionais, bem como as mudanças nos programas da área da saúde mental e das drogas, também são evidentes; contudo, isso não têm gerado impacto nas práticas e demandas do profissional assistente social, haja vista a criação de programas eventuais de inserção e a terceirização da gestão por meio de diversos tipos de organizações.
47. De acordo com Boschetti (2018), os direitos garantidos pelo Estado Social são mediações importantes para assegurar a emancipação política, porém não possuem potencialidade de assegurar a emancipação humana no capitalismo. A discussão acerca dos direitos sociais tem chamado o/a assistente social a esse lugar de reflexão acerca das possibilidades de entendimento sobre as problemáticas que caracterizam o tempo histórico. Diante dessa realidade, o/a assistente social deve entender que
- A) a expansão dos direitos sociais possibilitou a distribuição de parte do fundo público, reduziu parcela das desigualdades de rendimentos em espaços geopolíticos, possibilitou o acesso da classe trabalhadora a certos bens e serviços, mas não libertou do imperativo de vender sua força de trabalho.
- B) as políticas sociais, como espaço ausente de contradições e uma via materializadora dos direitos sociais, apresentam-se, no Estado Social, como estratégia potente e de superação estrutural da desigualdade social.
- C) a emancipação política, como via concreta de acesso aos direitos sociais, tem sua materialidade condicionada pelas determinações políticas, culturais, econômicas, mas não sofre os reflexos dos antagonismos entre as necessidades do trabalho e as imposições do capital.
- D) o Estado Social é um mecanismo que possibilita as vias de superação da desigualdade social, por meio da redistribuição igualitária da renda nacional como estratégia de visualização futura da emancipação humana.
48. No Brasil, o debate acerca dos direitos sociais é algo presente na formação e na atuação profissional dos/as assistentes sociais. Na contemporaneidade, marcada pela sociabilidade capitalista e neoliberal, o direcionamento da efetivação dos direitos sociais vem exigindo uma percepção crítica diante das implicações impostas pelo acirramento das lutas de classes. Com base nisso, o Serviço Social defende que
- A) o discurso neoliberal, de permanente e contínuo crescimento, utiliza-se do poder do Estado a fim de acabar com o trabalho organizado e coibir os direitos sociais do/a trabalhador/a.
- B) a resignificação do campo social e político a partir dos anos de 1990 aproximou-se dos sistemas universais dos direitos sociais e se transmutou em programas focalizados de combate à pobreza, de modo a assegurar a distribuição da riqueza social.
- C) a necessidade de processar modificações de forma e de conteúdo capazes de abranger e assegurar os direitos sociais no planejamento de políticas públicas e de seus programas sociais são consideradas na sua formulação e execução.
- D) as desigualdades sociais a serem enfrentadas no neoliberalismo se avolumam, mas, em contrapartida, há o aumento dos recursos financeiros e, por conta disso, os direitos sociais e fundamentais acabam sendo assegurados.



- 49.** A interlocução do Serviço Social com a tradição marxista e, posteriormente, com o pensamento marxiano forneceu o alicerce teórico-metodológico para apreender a realidade sob uma perspectiva de totalidade. Com base nisso, o projeto ético-político-profissional é produto da ação dos sujeitos profissionais sob determinadas condições objetivas. Em cada momento histórico, surgem novas exigências e desafios. É possível considerar, portanto, que esse projeto foi fundado na luta política por
- A)** democracia, liberdade, trabalho e direitos.
  - B)** justiça social, democracia, direito à cidade e protagonismo social.
  - C)** liberdade, formação profissional, direitos e cidadania.
  - D)** formação profissional, liberdade, cidadania e direito à cidade.
- 50.** Segundo Rosa Prêdes (2017), os/as assistentes sociais, historicamente, têm desempenhado atribuições relacionadas à execução de serviços sociais, o que envolve o contato direto com os usuários. No entanto, os/as profissionais também participam da organização institucional desses serviços, desde quando eles foram incorporados às grandes instituições de política social. Desse modo, os procedimentos administrativo-organizacionais dizem respeito àqueles que
- A)** são relativos às ações de articulação intra e interinstitucionais bem como às ações de organização e gestão dos serviços, já que por meio delas os/as assistentes sociais atuam em patamares diferenciados daqueles relativos ao atendimento ao usuário.
  - B)** burocratizam e permeiam as bases éticas do diálogo profissional entre as várias áreas de atuação, prezando por uma prestação de informação breve, haja vista a importância de resguardo da apreensão das realidades por cada profissional da equipe multiprofissional.
  - C)** devem conter as informações dos usuários, de modo a manter o banco de dados institucional, sem que isso possa servir de embasamento para envio interinstitucional.
  - D)** servem como suporte administrativo-organizacional, necessário para o processo de trabalho, que possibilita aos profissionais manterem seus registros, mas sem considerar a questão coletiva.