

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.
- 3 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.
- 4 Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
- 5 Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não adianta pedir esclarecimentos aos Fiscais.
- 6 Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
- 7 Os rascunhos e as marcações feitas neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
- 8 A Comperve recomenda o uso de caneta esferográfica, confeccionada em material transparente, de tinta preta.
- 9 Você dispõe de, no máximo, quatro 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 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.
Retirando-se **antes de decorrerem três horas do início da prova**, devolva também este Caderno.
- 12 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.** Para o Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, tendo sob sua responsabilidade a coordenação do cuidado e a ordenação das ações e dos serviços disponibilizados na rede. Para cumprir tais funções, é importante que a atenção básica desenvolva diretrizes de funcionamento. Sendo assim, avalie as diretrizes listadas a seguir.

I	Integralidade
II	Territorialização
III	Resolutividade
IV	Regionalização

As diretrizes que fazem parte do escopo da Atenção Básica estão nos itens

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

- 12.** As Redes de Atenção à Saúde devem se estruturar de tal forma a romper com a fragmentação da atenção à saúde e da gestão, com o objetivo de assegurar aos usuários e às usuárias um conjunto de ações e serviços necessários com efetividade e eficiência. Nesse sentido, as redes de Atenção à Saúde são
- A)** arranjos organizativos postos em um espaço geográfico definido, os quais, articulados com diferentes densidades tecnológicas, buscam garantir a integralidade do cuidado.
 - B)** espaços geográficos de cooperação entre entes, com instância deliberativa, os quais têm como finalidade não só a integração e a organização como também o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.
 - C)** espaços geográficos delineados com distribuição de recursos humanos e de serviços de saúde, considerando a capacidade instalada existente, os investimentos e os resultados aferidos por meio de avaliação qualitativa e quantitativa.
 - D)** conjuntos de ações e serviços de saúde articulados de forma hierárquica, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.
- 13.** A gestão da saúde de base populacional é organizada a partir do conhecimento das necessidades de saúde de uma população definida, que deve ser conhecida em número de indivíduos e, sobretudo, em condições de vida e de adoecimento. De acordo com essa lógica, a gestão de base populacional deve se organizar a partir do princípio de
- A)** identificação de subpopulações.
 - B)** parâmetro de oferta genérico baseado em valores médios populacionais.
 - C)** definição de população com base nas definições e/ou projeções do IBGE.
 - D)** enfoque não epidemiológico na definição de ações e serviços.
- 14.** No SUS, os critérios e parâmetros assistenciais têm sido utilizados para o planejamento e a programação de ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade do sistema, como alternativa para as áreas que não têm estudo epidemiológico para definição dos parâmetros de sua população. Em relação a esses parâmetros assistenciais,
- A)** é estimada uma média para a população brasileira de hipertensos e diabéticos.
 - B)** são previstos nas normativas legais do SUS e podem ser aplicados na íntegra a qualquer território.
 - C)** é definido um quantitativo de procedimentos com base na capacidade instalada de serviços, sem levar em consideração as necessidades da população.
 - D)** são falhos na projeção de gestantes de alto risco.
- 15.** Em 2019, o Ministério da Saúde lançou um novo modelo de financiamento da Atenção Básica por meio da Portaria nº 2979, o Previne Brasil. Esse modelo extinguiu os pisos fixo e a variável da atenção básica (PAB) bem como mudou a lógica de financiamento por equipe de ESF para critério de cadastro populacional. Segundo os componentes do Previne Brasil,
- A)** os incentivos para ações estratégicas abrangem programas, estratégias e ações, incluindo equipes de saúde bucal.
 - B)** o pagamento por desempenho prevê o repasse financeiro para o alcance de oito indicadores no primeiro ano.
 - C)** o critério populacional paga por pessoa cadastrada na ESF, tendo como limite de alcance a população do IBGE de 2010.
 - D)** a captação ponderada altera o valor de acordo com a presença de vulnerabilidade socioeconômica e critérios demográficos, desde que vinculados exclusivamente a uma equipe de ESF.

- 16.** A longitudinalidade do cuidado envolve três dimensões: informação, longitudinalidade e interpessoalidade. A continuidade interpessoal e longitudinal são os aspectos mais diretamente relacionados ao vínculo entre profissional e usuário(a), que é o elemento primordial para garantir o cuidado integral (Rabelo et al., 2020). Para o alcance do cuidado longitudinal,
- A)** é importante que a atenção básica ordene a necessidade de complementação de suas ações por meio da orientação dos serviços de média complexidade.
 - B)** é fundamental estabelecer o vínculo entre o serviço e o(a) usuário(a), e não entre o profissional e o(a) usuário(a).
 - C)** deve se referenciar um usuário para um ambulatório de média complexidade, e a atenção primária conclui seu papel de coordenação da rede.
 - D)** deve focar em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, em detrimento da atenção à saúde.
- 17.** Para a atenção básica, o processo de territorialização deve ser realizado e revisado constantemente, refletindo as reais necessidades de saúde e os modos de vida dos indivíduos de uma dada área geográfica, favorecendo o planejamento e a execução das ações da equipe de ESF. As ferramentas adequadas para o apoio à territorialização são:
- A)** diagnóstico comunitário; definição e classificação de risco comunitário; divisão de áreas por risco; e cartografia.
 - B)** diagnóstico epidemiológico; protocolo de Mews; e cartografia.
 - C)** diagnóstico comunitário; diagnóstico clínico; planejamento estratégico; e cartografia.
 - D)** diagnóstico epidemiológico; definição de subpopulações; e cartografia.
- 18.** A portaria nº 2436/2017 do Ministério da Saúde, que renovou a política nacional de atenção básica, define em seu escopo uma série de princípios e diretrizes para orientar os municípios brasileiros na execução dessa política, que é estruturante para o SUS. Com base nessa legislação, analise as afirmativas a seguir.

I	Regionalização e hierarquização, territorialização e definição de população adscrita são diretrizes.
II	Universalidade, equidade e hierarquização são princípios.
III	Universalidade e equidade são princípios que equilibram a oferta da atenção.
IV	Coordenação do cuidado e ordenação da rede não são diretrizes, são princípios basais à organização da atenção básica.

Das afirmativas, estão corretas

- A)** I e III.
 - B)** I e II.
 - C)** II e IV.
 - D)** III e IV.
- 19.** A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é prioritária para a atenção básica, organizando a atenção à saúde próxima da população, conhecendo suas necessidades de saúde e aumentando a qualidade e a efetividade das ações. Para que isso se concretize, é fundamental que a ESF tenha atributos que direcionam a atuação das equipes e dos profissionais. Quanto aos atributos essenciais da atenção básica,

- A)** a longitudinalidade permite que se mantenha o vínculo com o(a) usuário(a), mesmo tendo-o(a) encaminhado para um outro nível de complexidade de atenção.
 - B)** a integralidade do cuidado deve manter seu foco nas ações clínicas de abordagem do indivíduo e das famílias.
 - C)** o(a) usuário(a) deve realizar o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde, obrigatoriamente, por meio da atenção básica.
 - D)** a equipe de atenção básica deve integrar suas ações e encaminhar todos os(as) usuários(as) com demandas específicas para outros níveis de atenção como parte da coordenação do cuidado.
- 20.** A atenção básica deve prestar a atenção à saúde da população por meio de equipes multiprofissionais, as quais, em trabalho articulado e integrado, conseguem oferecer promoção, prevenção e assistência aos indivíduos de forma adequada às suas necessidades, considerando a complexidade desse nível de atenção. Sendo assim, as equipes multiprofissionais devem
- A)** atuar de forma integrada, permitindo a efetivação e qualificação da diretriz da longitudinalidade do cuidado.
 - B)** basear seus atendimentos clínicos individuais de acordo com as necessidades dos(as) usuários(as), sendo este o foco de sua atuação na atenção básica.
 - C)** concretizar, pelo interesse do profissional, a corresponsabilização clínica do(a) usuário(a), sendo fundamental para alcançar melhorias no quadro clínico.
 - D)** realizar atendimentos individuais e coletivos, com exceção dos atendimentos compartilhados.

- 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. De acordo com a Resolução CFESS no 493/2006, a/o assistente social deve informar, por escrito, ao CRESS (Conselho Regional de Serviço Social), do âmbito de sua jurisdição, as situações de inadequação das condições éticas, físicas e técnicas do exercício profissional. Antes, porém, a/o assistente social deve cumprir exigências dessa Resolução, sob pena de notificação e de apuração de sua responsabilidade ética. Com base nessas exigências, a/o assistente social deve, conforme Art. 7º,

- A)** informar, por escrito, à entidade, à instituição ou ao órgão que trabalha ou presta serviços, sob qualquer modalidade, acerca das inadequações constatadas, quanto às condições éticas, físicas e técnicas do exercício profissional, sugerindo alternativas para melhoria dos serviços prestados.
- B)** informar, por escrito, à entidade, à instituição ou ao órgão que trabalha, de forma presencial, acerca das inadequações constatadas, quanto às condições éticas, físicas e técnicas do exercício profissional, sugerindo alternativas para melhoria dos serviços prestados.
- C)** informar, pessoalmente, à entidade, à instituição ou ao órgão que trabalha ou presta serviços, acerca das inadequações constatadas, quanto às condições éticas, físicas e técnicas do exercício profissional, requerendo alternativas ao CRESS para melhoria dos serviços prestados.
- D)** não informar, por escrito, à entidade, à instituição ou ao órgão que trabalha ou presta serviços, sob qualquer modalidade, acerca das inadequações constatadas, quanto às condições éticas, físicas e técnicas do exercício profissional, sugerindo alternativas para melhoria dos serviços prestados.
- 32.** As/os assistentes sociais constituem uma das categorias profissionais da saúde que têm sido necessárias na defesa da Seguridade Social Brasileira. Ademais, o Sistema Único de Saúde tem sido um espaço de concretização dessa defesa, por se considerar, como urgente e necessário, um sistema de saúde público, universal e de qualidade, alinhado com as proposições do Movimento de Reforma Sanitária. No entanto, a atuação do profissional do Serviço Social na Política de Saúde é tensionada por dois projetos em disputa: o da Reforma Sanitária e o Privatista. Nesse sentido, têm sido demandas do projeto privatista para a/o assistente social
- A)** a seleção socioeconômica de usuários/as, a atuação por meio de ações de cunho psicossocial e aconselhamento.
- B)** a ênfase nas abordagens grupais, o acesso democrático às informações e o estímulo à participação popular.
- C)** a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde.
- D)** a criação de estratégias para aproximação das unidades de saúde com a realidade.
- 33.** Os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), dispõe de quatro grandes eixos de atuação profissional, os quais indicam ações a serem consideradas no trabalho e no âmbito da saúde. Com base nesse documento, os quatro grandes eixos de atuação são:
- A)** atendimento direto ao usuário; mobilização, participação e controle social; assessoria, qualificação e formação profissional; e investigação, planejamento e gestão.
- B)** atendimento direto ao usuário; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria à equipe multiprofissional vinculada.
- C)** atendimento direto ao usuário; atendimento direto à equipe; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional.
- D)** atendimento direto ao usuário; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e ações educativas.
- 34.** Conforme os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política Saúde, a partir de uma perspectiva crítica e com base na atual Lei de regulamentação da profissão, a qual prevê as competências e atribuições profissionais, são requisitadas à/ao assistente social competências na área de saúde que se apresentam como essenciais para compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção profissional. A partir disso, a/o profissional planeja seu trabalho, considerando as competências e atribuições frente às demandas postas pelo cotidiano. Assim sendo, considerando essas competências profissionais, o(a) assistente social deve

- A) apreender a realidade de forma crítica, assim como os processos sociais que a compõem em uma perspectiva de totalidade da vida social.
- B) formular e executar programas, projetos, benefícios e serviços próprios da assistência social, em órgão da administração pública, empresas e organizações da sociedade civil.
- C) atender, individualmente, a famílias em situação de vulnerabilidade social e/ou de violações de direitos.
- D) apreender o significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, desvelando as possibilidades de ação profissional contidas na realidade.
35. Ana Maria trabalha em uma Unidade Básica de Saúde e, entre outras as ações, tem realizado, as seguintes práticas profissionais: articulações permanentes com as entidades das diversas categorias profissionais; identificação das manifestações da questão social que chegam aos espaços do Serviço Social, por meio de estudos e sistema de registros; e criação de fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do Serviço Social bem como de espaços para debater a ação dos demais profissionais de saúde da referida unidade. Ao considerar os Eixos dos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Saúde, as ações profissionais realizada por Maria estão relacionadas, respectivamente, aos eixos
- A) mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; e assessoria, qualificação e formação profissional.
- B) mobilização, participação e controle social; assessoria, qualificação e formação profissional; e investigação, planejamento e gestão.
- C) investigação, planejamento e gestão; mobilização, participação e controle social; e assessoria, qualificação e formação profissional.
- D) assessoria, qualificação e formação profissional; mobilização, participação e controle social; e investigação, planejamento e gestão.
36. A Atenção Básica, por meio da Política Nacional da Atenção Básica, é orientada por princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Os princípios a serem operacionalizados pela Atenção Básica são
- A) universalidade, equidade e integralidade.
- B) cuidado centrado na pessoa, universalidade e territorialização.
- C) universalidade, equidade e igualdade.
- D) igualdade, equidade e resolutividade.
37. Em 2017, por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro, foi aprovada a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Analise as afirmativas a seguir,

I	Os serviços de Atenção Básica são hierarquizados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e estão sob a responsabilidade de coordenação das ações de vigilância epidemiológica.
II	A Atenção Básica visa ao planejamento e à implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.
III	A saúde, de acordo com a PNAB, possui múltiplos determinantes e condicionantes. A melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte pode ser abordada na Atenção Básica.
IV	A PNAB reconhece a Atenção Primária como sinônimo de Atenção Básica e estabelece as diretrizes para a substituição dos termos.

De acordo com o PNAB de 2017, estão corretas as afirmativas

- A) II e III.
 - B) III e IV.
 - C) I e II.
 - D) I e IV.
38. Conforme os cadernos da Atenção Básica, no que diz respeito às Diretrizes Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2010), na organização do processo de trabalho em Saúde da Família, dentro dos objetivos propostos para a área do Serviço Social, são consideradas algumas estratégias metodológicas que devem ser vistas como dialeticamente articuladas. Entre elas, a estratégia de abordagem familiar caracteriza-se por
- A) atendimento para escuta ativa da família usuária, com problematização, mediação de conflitos, visando à sensibilização, à negociação para a elaboração de plano de cuidados e à realização de encaminhamentos, se necessário, para outras redes assistenciais da saúde e/ou para a rede intersetorial.
 - B) atendimento para escuta ativa da família usuária para mediação de conflitos, visando à negociação para a elaboração de plano de cuidados e à realização de encaminhamentos, obrigatórios, para outras redes assistenciais da saúde e/ou para a rede intersetorial.
 - C) atendimento para escuta individual de cada membro da família, com problematização, mas sem mediação de conflitos, visando à harmonia, à negociação para a elaboração de plano de cuidados articulado com outras redes assistenciais da saúde e/ou para a rede intersetorial.
 - D) escuta da família usuária sem problematização, mediação de conflitos, visando ao controle dos problemas sociais, à negociação para a elaboração de plano de cuidados sem, necessariamente, articular com outras redes assistenciais da saúde e/ou para a rede intersetorial.
39. Maria foi aprovada no Programa de Residência Multiprofissional para área de Atenção Básica à saúde. Como não tinha trabalhado na área, buscou informações nas Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nas quais constam as ações da/o assistente social na área. Entre essas ações, estão:
- A) identificar no território, junto com as equipes de Saúde da Família, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento; e identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de Saúde da Família, rede de proteção social.
 - B) identificar no território, sem articulação com os demais profissionais, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento; e identificar, articular e disponibilizar, junto às equipes de Saúde da Família, rede de proteção social.
 - C) capacitar, orientar e organizar, junto com as equipes de Saúde da Família, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa-Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda.
 - D) apoiar o gestor municipal na organização do fluxo de referência para programas de assistência alimentar e proteção social e no estabelecimento de procedimentos, estratégias e parâmetros de articulação da rede de saúde com a rede de apoio comunitário.
40. Uma jovem de 18 anos foi vítima de estupro e não deseja recorrer ao direito de aborto legal, conforme é permitido pela legislação brasileira, nem deseja ficar com a criança. Ao procurar uma unidade de saúde, foi encaminhada ao setor do Serviço Social. Em conformidade com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e Adolescente), o Serviço Social deve orientar a jovem, informando-a que ela

- A) tem o direito de entregar a criança para adoção e, antes ou logo após o nascimento, será encaminhada à Justiça da Infância e da Juventude para os trâmites necessários.
- B) não tem o direito à entrega da criança para adoção e será encaminhada à Justiça da Infância e da Juventude para repensar sobre sua decisão.
- C) não será encaminhada à Justiça da Infância e da Juventude, ao entregar voluntariamente a criança para adoção.
- D) será encaminhada à Justiça da infância e da Juventude para os trâmites necessários, caso a decisão tenha sido tomada em virtude de não ter como manter a criança.
41. No território de atuação de Márcia, assistente social vinculada à equipe do NASF, tem chegado diversos relatos de mulheres em situação de violência. Em reunião, a equipe decidiu realizar ações sobre os tipos de violências e as formas de seus enfrentamentos. Com base na Lei 11.340/2006 (conhecida como Lei Maria da Penha), em seu artigo 7º, as formas de violência que serão abordadas por Márcia em sua ação socioeducativa são
- A) moral, psicológica, sexual, patrimonial e física.
- B) racial, institucional, patrimonial e psicológica.
- C) moral, institucional, sexual, patrimonial e física.
- D) sexual, institucional e patrimonial.
42. A Lei Maria da Penha, com objetivo de criar mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, têm possibilitado a articulação com diversas políticas, entre elas a de saúde, por vezes, promovendo alterações em legislações com vistas a punir os/as agressores/as. A alteração ocorrida em 2019 prevê, no Art. 9º e § 4º, que aquele/a,
- A) por ação ou omissão, causar lesão, violência física, sexual ou psicológica e dano moral ou patrimonial à mulher fica obrigado/a a ressarcir todos os danos causados, inclusive ressarcir ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- B) por ação, causar lesão, violência física, sexual ou psicológica e dano moral ou patrimonial à mulher fica obrigado/a a ressarcir todos os danos causados, inclusive ressarcir ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- C) por omissão, causar lesão, violência física, sexual ou psicológica e dano moral ou patrimonial a mulher fica obrigado/a a ressarcir a mulher todos os danos causados.
- D) por ação ou omissão, causar lesão, violência física, sexual ou psicológica e dano moral ou patrimonial à mulher, fica isento/a de ressarcir todos os danos causados, inclusive ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a tabela SUS.
43. Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), resultado de lutas e esforços promovidos pelos defensores do tema da educação dos profissionais de saúde, como forma de promover a transformação das práticas do trabalho em saúde (Brasil, 2018). Como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores/as para a saúde, a política reafirma alguns compromissos. Entre eles, estão
- A) a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; e a construção de rede do SUS como espaço de educação profissional.
- B) a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; e a construção da rede SUS e da rede privada de saúde como espaço de educação profissional.
- C) a articulação entre ensino, pesquisa e extensão; a vinculação entre formação gerencial e atenção à saúde; e a construção de rede do SUS como espaço de educação profissional.
- D) a vinculação entre ensino, trabalho e cidadania; a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; e a construção de rede privada como espaço de educação profissional.

44. O grande eixo dos Parâmetros de atuação de Assistentes Sociais na saúde é o de “Assessoria, Qualificação e Formação Profissional”, o qual dialoga com a Política de Nacional de Educação Permanente em Saúde, pois tem como objetivo “a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários” (CFESS, 2010). Nesse sentido, analise os objetivos a seguir.

I	Criar campos de estágio e supervisionar diretamente estagiários de Serviço Social e estabelecer articulação com as unidades acadêmicas.
II	Qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada.
III	Assessorar entidades e movimentos sociais, na perspectiva do fortalecimento das lutas em defesa da saúde pública alinhada ao projeto privatista.
IV	Fortalecer o controle democrático por meio da consultoria aos conselhos de saúde, em todos os níveis.

De acordo com as ações previstas no Referido Eixo, as ações profissionais que o compõem estão nos objetivos

- A) I e II.
 - B) II e IV.
 - C) I e III.
 - D) III e IV.
45. Considere a descrição abaixo.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), há uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que é composta por categorias de profissionais da saúde e complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. Ela é constituída por diversas ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Essa descrição apresenta as características da equipe denominada de

- A) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.
 - B) Equipe de Saúde Bucal.
 - C) Equipe de Atenção Básica.
 - D) Equipe de Saúde da Família.
46. Carla, mulher trans e negra, assistente social de uma equipe NASF-AB, em uma intervenção que demandou articulação com Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), foi vítima de discriminação racial e sexual por outro colega assistente social. Essa situação fere o Código de Ética do Assistente Social de 1993, podendo levar o profissional a sofrer penalidades previstas. Conforme o Código de Ética, o profissional deve atuar no “exercício do Serviço Social, sem ser discriminado/a nem discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física”. Desse modo, de acordo com o Código de Ética, no exercício do Assistente Social, essa determinação configura-se como
- A) princípio fundamental.
 - B) compromisso.
 - C) dever profissional.
 - D) competência.

47. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - PNEPS-SUS, instituída em 2013, reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS. Além disso, propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (Brasil, 2013). Sendo assim, os princípios que orientam essa política são
- A) diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento; emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático popular.
 - B) diálogo; amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, dependência e compromisso com a construção do projeto democrático popular.
 - C) diálogo, amorosidade, não problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático popular.
 - D) diálogo, amorosidade, construção individualizada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático popular.
48. O trabalho profissional do/da assistente social, ao considerar os princípios do projeto profissional, por vezes, alinha-se aos princípios da Educação Popular em saúde. Por meio das ações do profissional do Serviço Social no âmbito da saúde, para que a resposta às demandas e as requisições profissionais se alinhem com a perspectiva de educação popular, elas devem
- A) compartilhar informações que possibilitem a emancipação dos sujeitos atendidos pelas ações.
 - B) captar informações nos espaços de trabalho sem a devida informação a quem é de direito, a exemplo dos/as usuários/as.
 - C) construir de forma individualizada as ações profissionais a serem desenvolvidas em equipe multiprofissional.
 - D) prezar pela omissão de informações aos/às usuários/as para que não fiquem autônomos.
49. A PNEPS-SUS tem como objetivo geral implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS. Avalie os objetivos específicos a seguir.

I	Promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos no âmbito do SUS, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras.
II	Reconhecer e valorizar as culturas populares, especialmente as várias expressões da arte, como componentes essenciais das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde.
III	Fortalecer os movimentos sociais populares, os coletivos de articulação social e as redes solidárias de cuidado e promoção da saúde na perspectiva da mobilização popular em defesa do direito seletivo à saúde.
IV	Incentivar o protagonismo individual no enfrentamento dos determinantes e condicionantes sociais de saúde como forma de respeito à individualidade dos sujeitos.

Desses objetivos específicos, estão relacionados ao PNEPS-SUS os itens

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

50. De acordo com Bravo e Matos (2009), pensar uma atuação competente e crítica no campo da saúde, requer
- A) estar articulada/o sintonizada/o com o movimento dos/das trabalhadores/as e de usuários/as que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário/a aos serviços de saúde; e construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros/as trabalhadores/as de saúde, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular e dos/das funcionários/as nas decisões a serem tomadas.
 - B) facilitar o acesso de todo e qualquer usuário/a aos serviços de saúde; construir e/ou efetivar, de forma uniprofissional espaços que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; e, sempre que possível, sistematizar o trabalho profissional desenvolvido com uma análise crítica da realidade, privilegiando os aspectos éticos.
 - C) estar articulada/o e sintonizada/o com os movimentos dos/as trabalhadores/as e de usuários/as que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso ao/à usuário/a que mais necessite dos serviços de saúde; e construir e/ou efetivar, com a categoria, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular e dos/das funcionários/as nas decisões a serem tomadas, valorando os de nível superior.
 - D) construir e/ou efetivar, de forma uniprofissional espaços que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente; e buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido bem como estar atento sobre a possibilidade de investigação sobre temáticas relacionadas à saúde.