

## ASSINATURA



**Universidade  
de São Paulo  
Brasil**

**PROCESSO SELETIVO  
PARA INÍCIO EM 2019**

**1ª FASE: 02/09/2018**

**PROFISSÃO 11:  
SERVIÇO SOCIAL**



**FUNDAÇÃO  
UNIVERSITÁRIA  
PARA O VESTIBULAR**



**pró-reitoria de cultura  
e extensão universitária**

**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL  
COREMU/USP**

**INSTRUÇÕES**

- 1.** Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
- 2.** Este caderno compõe-se de 50 questões de múltipla escolha de igual valor: 10 questões de Interpretação de texto; 10 questões de Conhecimentos gerais; 30 questões de Conhecimentos específicos.
- 3.** Em cada questão, assinale a alternativa que você considera correta, preenchendo o círculo correspondente na folha de respostas, utilizando necessariamente caneta esferográfica de tinta azul.
- 4.** Preencha a folha de respostas com cuidado, pois, em caso de rasura, ela não poderá ser substituída e o uso de corretivo não será permitido.
- 5.** Duração da prova: **quatro horas**. Não haverá tempo adicional para transcrição do gabarito para a folha de respostas.
- 6.** É proibido o uso de relógio pessoal. O candidato deve controlar o tempo disponível, com base no relógio fixado à frente da sala e nos avisos do fiscal.
- 7.** Durante a prova, são vedadas a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
- 8.** Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST e da USP, sendo que as imagens não serão divulgadas nem utilizadas para outras finalidades, nos termos da lei.
- 9.** O candidato poderá retirar-se do prédio a partir das **17h**.
- 10.** Ao final da prova, é obrigatória a devolução deste caderno de questões e da folha de respostas. Poderá ser levado somente o gabarito provisório de respostas.

## INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS

### TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 04

#### *A judicialização da saúde*

*A Justiça tornou-se uma das vias, quase naturais, para resolver problemas de acesso a medicamentos, próteses e vagas para internação no SUS e hospitais privados. As demandas judiciais são dirigidas a dois endereços: empresas de planos de saúde e SUS. As tutelas aos planos privados de saúde não são inesperadas e têm sido interpretadas como estratégia de defesa de usuários contra a mesquinharia das empresas que os comercializam. Mas a aceitação e a legitimação da intervenção dos magistrados em assuntos do SUS tiveram um trajeto acidentado e ainda suscitam tensões. A ingerência direta e frequente de instituições e pessoas situadas fora das linhas de comando habituais dos serviços de saúde perturba rotinas de trabalho, baseadas no atendimento similar a todos que se encontram na mesma situação, e não pela prioridade imposta de fora. (...)*

(...)

*Para tentar proteger seus pacientes, os profissionais da saúde passaram a sugerir a busca da Justiça. Enquanto as vias administrativas são lentas e a burocracia da saúde costuma mostrar-se insensível às necessidades individuais imediatas, o atendimento nos plantões judiciais é célere. Ainda assim, as ações judiciais direcionadas à ponta dos serviços também não conseguem romper determinadas barreiras assistenciais estruturais. A garantia de ações essenciais à manutenção da vida requer suficiência e boa gestão de recursos físicos, humanos e financeiros que não estão disponíveis. A elevação da carga tributária não redundou no incremento de investimentos na saúde pública. O orçamento estimado para o SUS em 2013 restringe os gastos por habitante a R\$ 2,5 por dia. Pagar mais impostos e ter serviços públicos de má qualidade estabelece um circuito perverso que desqualifica os fundamentos de justiça e democracia.*

(...)

Ligia Bahia, **O Globo**, 20/01/2014.

## 01

De acordo com o texto, a judicialização da saúde, entre outros aspectos,

- (A) privilegia o setor privado em detrimento do público.
- (B) altera práticas cotidianas e princípios pré-estabelecidos.
- (C) contraria fundamentos jurídicos e democráticos.
- (D) permite ao profissional da saúde fazer justiça a pacientes.
- (E) depende de recursos físicos, humanos e financeiros.

---

## 02

Dos trechos abaixo, o único em que a autora trata do tema da “judicialização da saúde” de forma neutra e objetiva é:

- (A) “contra a mesquinharia das empresas” (L. 7).
- (B) “perturba rotinas de trabalho” (L. 12-13).
- (C) “restringe os gastos por habitante” (L. 29).
- (D) “ter serviços públicos de má qualidade” (L. 30).
- (E) “estabelece um circuito perverso” (L. 30-31).

---

## 03

Tendo em vista o contexto, no lugar de “Ainda assim” (L. 21), o mais adequado seria utilizar a expressão

- (A) Apesar disso.
- (B) Então.
- (C) Senão.
- (D) Não obstante.
- (E) Além disso.

---

## 04

Considerando-se as relações de sentido estabelecidas no texto, constituem exemplo de argumento baseado em oposição de ideias os termos

- (A) “naturais” (L. 1) e “judiciais” (L. 4).
- (B) “estratégia” (L. 6) e “ingerência” (L. 10).
- (C) “aceitação” (L. 8) e “intervenção” (L. 9).
- (D) “lentas” (L. 19) e “célere” (L. 21).
- (E) “elevação” (L. 26) e “incremento” (L. 27).

## TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 05 A 07

### *A saúde entre dois mundos*

No Rio de Janeiro do século XIX, os médicos, cirurgiões e boticários eram em sua maioria brancos e pertenciam a classes sociais mais abonadas. Já os sangradores, curandeiros, parteiras e amas de leite eram quase sempre escravos, libertos e pessoas livres empobrecidas, entre elas imigrantes e africanos livres. Era essa população desfavorecida que tratava dos problemas de saúde mais urgentes de quem precisava, não importava se ricos ou pobres. Os sangradores ofereciam seus serviços pelas ruas e praças das cidades e em lojas de barbeiros, enquanto as parteiras trabalhavam em ambientes domésticos, cuidando de questões relacionadas não apenas ao parto, mas também a abortos e doenças genitais.

Entre 1808 e 1828, a Fisicatura-mor, órgão criado pelo governo central e sediado no Rio de Janeiro, fiscalizava e regulamentava as "artes de cura", incluindo tanto as atividades praticadas por médicos como aquelas desenvolvidas por pessoas sem formação acadêmica. O órgão estabelecia que os médicos deveriam diagnosticar e tratar de doenças internas do corpo, enquanto cirurgiões se ocupavam de moléstias externas. Já os boticários manipulavam os medicamentos receitados por médicos e cirurgiões. "Oficialmente, sangradores e parteiras deveriam lidar com casos simples de doença e fazer apenas o que médicos ou cirurgiões mandassem. Porém, a população recorria a eles porque partilhava de suas concepções de doença e saúde", observa a historiadora Tânia Salgado Pimenta.

O cenário acima é descrito em Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil (Outras Letras, 2016), organizado por Tânia Pimenta e pelo historiador Flávio Gomes. No livro, eles apresentam os resultados do projeto de pesquisa realizado na Fiocruz entre 2013 e 2016. Os estudos indicam que ofícios centrais à saúde da sociedade brasileira naquele momento eram desempenhados por escravos e libertos, numa época em que a medicina acadêmica disputava espaço com as práticas populares de cura.

Christina Queiroz, Pesquisa FAPESP, Novembro de 2017. Adaptado.

## 05

O emprego, no título, da expressão "dois mundos" justifica-se, de modo mais evidente, pela oposição verificada no texto entre

- (A) "ricos" e "pobres".
- (B) "brancos" e "negros".
- (C) "cirurgiões" e "boticários".
- (D) "médicos" e "curandeiros".
- (E) "sangradores" e "parteiras".

---

## 06

Deduz-se do texto que o fato de a população valer-se dos serviços de saúde prestados pelos mais desfavorecidos decorria, principalmente,

- (A) da localização em que os serviços eram prestados.
- (B) do pertencimento ao mesmo tipo de classe social.
- (C) da maneira de ver e compreender as enfermidades.
- (D) da fiscalização e regulamentação pela Fisicatura-mor.
- (E) da formação acadêmica e conhecimento que possuíam.

---

## 07

O grupo que mais se distanciava das "artes de cura" (L. 15), de seus praticantes e dos tipos de doenças tratadas era o dos

- (A) sangradores.
- (B) médicos.
- (C) cirurgiões.
- (D) boticários.
- (E) curandeiros.

## TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 08 A 10

### Cuidar da dor e do sofrimento humano

O povo fala aos cântaros metaforicamente da realidade do sofrimento. Ouvimos com frequência as pessoas dizerem: "dói o meu coração", "dói minha alma". Sim, estas são expressões metafóricas de um sofrimento da pessoa. O corpo não sofre, não sente dor, quem sente dor é a pessoa. A diferença entre dor e sofrimento tem um grande significado quando temos que lidar com pacientes terminais. O enfrentamento da dor exige medicamentos analgésicos, está mais ligado aos circuitos neurofisiológicos do corpo humano, enquanto que o sofrimento solicita significado e sentido, e liga-se ao todo da pessoa. A dor sem explicação geralmente se transforma em sofrimento. O sofrimento é uma experiência humana profundamente complexa que intervém na identidade e na subjetividade da pessoa bem como nos valores socioculturais e religiosos. Um dos principais perigos em negligenciar esta distinção é a tendência de os tratamentos se concentrarem somente nos sintomas e dores físicas, como se somente estes fossem a única fonte de angústias e sofrimentos para o paciente. É a tendência de reduzir o sofrimento a um simples fenômeno físico que pode ser dominado por meios técnicos. Esta tendência nos permite implementar tratamentos agressivos, na crença de que enquanto o tratamento protege os pacientes da dor física, ele protege de todos os outros aspectos também. A continuação de tais cuidados pode simplesmente impor mais sofrimentos para o paciente terminal.

O sofrimento tem que ser cuidado em quatro dimensões fundamentais: a) dimensão física. No nível físico, a dor funciona como um claro alarme de que algo não está bem no funcionamento normal do corpo. b) dimensão psíquica. Surge constantemente no enfrentar a inevitabilidade da morte. Perdem-se as esperanças e sonhos, com a necessidade de redefinir o mundo que está para deixar. c) dimensão social. É a dor do isolamento, que surge do ser obrigado a redefinir relacionamentos e necessidade de comunicação. d) dimensão espiritual. Surge da perda do sentido, objetivo de vida e esperança. Todos necessitam de um horizonte de sentido — uma razão para viver e uma razão para morrer. Em pesquisas recentes nos EUA descobriu-se que o aconselhamento sobre questões espirituais está entre as três necessidades mais solicitadas pelos doentes terminais e familiares. O cultivo desta perspectiva holística é fundamental para garantir dignidade de cuidados e sentido neste momento preciso de vida, em que teremos que aprender a viver e aprender com elegância a dizer "adeus", como uma expressão de amor e respeito pela pessoa!

Profa. Dra. Maria Isabel Strong, Bioética: uma diversidade temática.  
Adaptado.

## 08

Deduz-se corretamente do texto que

- (A) a expressão "fala aos cântaros" (L. 1) evidencia que o povo evita falar do sofrimento.
- (B) a dor e o sofrimento, embora com diferenças, podem ser tratados com analgésicos.
- (C) a dor é um sentimento que varia de pessoa para pessoa quando sem explicação e sem sentido.
- (D) o sofrimento pode ser reduzido por meio de procedimentos técnicos avançados.
- (E) o cuidado da dor e do sofrimento abrange uma esfera medicinal e outra mais humana.

---

## 09

Segundo o texto, a “perspectiva holística” (L. 41) deve

- (A) priorizar a dimensão espiritual, em detrimento da dimensão física.
- (B) considerar a dimensão espiritual sem desprezar as demais.
- (C) compensar o isolamento causado na dimensão social.
- (D) substituir a dimensão psicológica pela espiritual.
- (E) cuidar do sofrimento antes de enfrentar a inevitabilidade da morte.

---

## 10

Os termos "dor" e "sofrimento", segundo o texto, equivalem, respectivamente, aos seguintes aspectos:

- (A) físico e psíquico.
- (B) reação e percepção.
- (C) sentimento e compreensão.
- (D) realidade e ilusão.
- (E) emoção e sensação.

**CONHECIMENTOS GERAIS**

**11**

Clínica Ampliada **NÃO** consiste em

- (A) assumir um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular.
- (B) assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde.
- (C) buscar ajuda em outros setores, aos quais se dá o nome de intersetorialidade.
- (D) utilizar a psicologia e a fisiologia para promover a cura.
- (E) assumir um compromisso ético profundo com o usuário do serviço.

---

**12**

Dentre os conceitos-chave da Classificação Internacional de Segurança do Paciente, o único **NÃO** adequado é:

- (A) Segurança do paciente: reduzir a um mínimo aceitável o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
- (B) Risco: probabilidade de ocorrer um incidente.
- (C) Circunstância Notificável: incidente que resulta em dano ao paciente.
- (D) Incidente sem lesão: incidente que atingiu o paciente, mas não causou dano.
- (E) Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou em dano desnecessário ao paciente.

---

**13**

Considere as seguintes características de um sistema de notificação de incidentes relativo à segurança do paciente para que ele seja efetivo:

- I. não punitivo e confidencial;
- II. com capacidade de identificar o tipo de incidente e quem cometeu;
- III. independente e seus dados analisados por organizações;
- IV. baseado em dados georeferenciados;
- V. com respostas oportunas para os usuários e orientado para soluções dos problemas notificados.

Estão corretas as características indicadas em

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

**14**

*Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral, denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).*

Esse texto refere-se à definição de

- (A) Comissões Intergestores Bipartites (CIB).
- (B) Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
- (C) Colegiados de Gestão Regional.
- (D) Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço.
- (E) Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP).

---

**15**

Considere as seguintes afirmações relacionadas ao SUS:

Segundo o Art. 17, da Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, à direção ESTADUAL do Sistema Único de Saúde (SUS) compete

- I. promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
- II. acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
- III. prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- IV. coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância da alimentação e nutrição e vigilância da saúde do trabalhador.

Está correto o que se afirma em

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

---

**16**

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, **NÃO** são considerados princípios do SUS (Sistema Único de Saúde):

- (A) universalidade de acesso e integralidade de assistência.
- (B) igualdade na assistência e preservação da autonomia.
- (C) participação da comunidade e direito a informação.
- (D) segmentação e focalização aos mais necessitados.
- (E) utilização da epidemiologia e estabelecimento de prioridades.

17

Com relação às redes de atenção à saúde no SUS, conforme definidas pelo Decreto 7508 de 2011, é correto afirmar que elas

- (A) estarão compreendidas no âmbito de uma região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores.
- (B) tem como única porta de entrada a atenção primária em saúde e são pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite.
- (C) incluem obrigatoriamente a população indígena nas pactuações de âmbito municipal, independentemente de suas especificidades.
- (D) organizam apenas as ações da atenção especializada e hospitalar pelo Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde com a finalidade de planejar as ações de cada serviço.
- (E) são espaços geográficos contínuos, constituídos por agrupamentos de Municípios limítrofes e delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais.

18

As diretrizes para a organização de redes de atenção definidas na Portaria 4279 de 2010 consideram que

- (A) a economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo aumentam, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades.
- (B) o acesso pode ser analisado através da disponibilidade, da comodidade e da aceitabilidade do serviço pelos usuários.
- (C) a qualidade na atenção em saúde compreende três dimensões: eficácia, efetividade e integração horizontal e vertical.
- (D) a suficiência significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade para atender às prioridades de saúde da população, garantindo a segurança do paciente.
- (E) uma atenção primária de qualidade estrutura-se segundo três atributos: primeiro contato, longitudinalidade e eficiência.

19

Considere as seguintes diretrizes relativas aos NASFs - AB (Núcleo de apoio à Saúde da Família), conforme descritas na atual PNAB (Política Nacional de Atenção Básica):

- I. Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica, formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde.
- II. A definição das categorias profissionais cabe ao gestor federal, considerando o financiamento e o número de profissionais disponíveis em cada território.
- III. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica a que está vinculada.
- IV. Compete à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF - AB) realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente e intervenções no território.
- V. Os NASF-AB se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, mas não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo.

Estão corretas as diretrizes

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

20

A Política Nacional de Humanização (PNH) procura pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, construindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. Dentre as diretrizes da PNH, **NÃO** se inclui o (a)

- (A) Clínica ampliada.
- (B) Acolhimento.
- (C) Priorização do trabalhador.
- (D) Defesa dos direitos do usuário.
- (E) Fomento das grupalidades.

## SERVIÇO SOCIAL

**21**

Leia o trecho da poesia a seguir:

[...]

*Homogêneos o branco e os uniformes,  
há a hierarquia  
dos sapatos e estratégias de classe na hierarquia  
dos sapatos: micro políticas de fôlego curto, tacones lejanos  
[por um dia, bicos finos como um tricôrnia,  
ouromel nos calcanhares, um pouco de abismo  
nos saltos agulha. Para os de cima.  
[...]*

Cançado apud Matos, 2013, p. 39.

Considerando-se as críticas a respeito das particularidades relacionadas ao trabalho na saúde descritas pelo autor, é correto afirmar que esta poesia

- (A) foi escrita por importante liderança da Frente Nacional Contra a Privatização do SUS e expressa a histórica horizontalidade nas relações de trabalho com os/as médicos/as.
- (B) mostra a importância do fortalecimento sobre a noção de hierarquização dos profissionais da saúde.
- (C) foi escrita por um paciente durante um período de internação hospitalar e revela a disputa de poder e a hierarquização nas relações de trabalho na área da saúde.
- (D) retrata momentos históricos da saúde quanto à dissolução das relações de poder.
- (E) demonstra que, apesar das tensões presentes no trabalho coletivo, a maioria das questões desta área ocorre de maneira isolada, sem influência da produção do trabalho capitalista.

**22**

Um dos princípios fundamentais da ética profissional da/o assistente social é a defesa da liberdade como valor ético central. Os fundamentos do Serviço Social ancoram-se na seguinte concepção de liberdade:

- (A) capacidade humana de escolha livre e consciente que sofre determinações imutáveis para se realizar.
- (B) condição histórica da humanidade para sobrevivência nos limites da sociabilidade burguesa.
- (C) condição humanitária para cada homem exercer seu livre arbítrio, não atingindo a liberdade do outro.
- (D) capacidade humana de escolha livre e consciente e capacidade prática de criar condições para sua realização.
- (E) capacidade de realizar-se enquanto ser social sem que prejudique ou influencie as escolhas do outro.

**23**

A Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383/1999, no uso de suas atribuições legais e regimentais, caracteriza a/o Assistente Social como profissional da

- (A) assistência social.  
(B) saúde.  
(C) previdência social.  
(D) intervenção social.  
(E) habitação.

**24**

O debate sobre o Serviço Social brasileiro, desde os anos 1980, vem sendo orientado pela compreensão de que esta profissão é uma especialização do trabalho coletivo, inscrita na divisão social e técnica do trabalho, o que supõe que seu significado social seja dado pelo processo de produção e reprodução das relações sociais. Segundo a análise de Iamamoto em *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais* (BRASIL, 2009), tal processo comprehende:

- (A) as configurações assumidas pelo trabalho, as relações de poder, as lutas e formas de consciência social e o cotidiano da vida em sociedade.
- (B) a reprodução da força viva de trabalho e o desenvolvimento das forças produtivas, ou seja, dos meios de trabalho.
- (C) a reprodução da força viva de trabalho e o Estado, o que abrange o conjunto de suas instituições e os governos.
- (D) as configurações assumidas pelo trabalho e pelo capital, um determinado modo de vida e a distribuição dos produtos do trabalho.
- (E) o grau de desenvolvimento das forças produtivas em certos contextos históricos, a distribuição da riqueza social e o Estado.

**25**

Segundo a lei 8080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é desenvolvido por diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal e por princípios, como a integralidade de assistência, compreendida como um conjunto

- (A) contínuo das ações e serviços promocionais, preventivos e curativos, individuais, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- (B) avançado e contínuo das ações e serviços eletivos, coletivos, exigidos para cada caso nos níveis de complexidade primário, terciário e quaternário do sistema.
- (C) contínuo das ações e serviços preventivos na saúde mental e curativos, individuais, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.
- (D) articulado e avançado dos serviços sociais, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para os níveis terciário e secundário na complexidade do sistema.
- (E) articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

**TEXTO PARA AS QUESTÕES 26 E 27**

Leia o seguinte trecho extraído do texto “Atribuições privativas da/o assistente social em questão” :

*A questão social é indissociável da forma de organização da sociedade capitalista, que promove o desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social e, na contrapartida, expande e aprofunda as relações de desigualdade, a miséria e a pobreza. [...]. A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...]. Esse processo é denso de conformismos e rebeldias, forjados ante as desigualdades sociais, expressando a consciência e a luta pelo reconhecimento dos direitos sociais e políticos de todos os indivíduos sociais.*

(BRASIL, 2012) Iamamoto, 2012, p. 47-48.

**26**

De acordo com o trecho, quanto à compreensão da questão social e suas expressões, é preciso considerar

- (A) os desajustamentos sociais e as relações contraídas entre capital e trabalho.
- (B) a marginalização social e as formas de seu enfrentamento.
- (C) as relações de produção, as lutas sociais e as respostas dadas pelo Estado.
- (D) o Estado, as desigualdades sociais e a nova pobreza.
- (E) a lei geral da acumulação capitalista e a distribuição dos frutos do trabalho.

**27**

No trecho, destaca-se a condição histórica da questão social e, por isso, na sequência de suas reflexões, Iamamoto (2012) realça aspectos fundamentais que apontam esta historicidade hoje.

Entre eles, estão

- (A) a acumulação flexível, o neoliberalismo e as mudanças nas formas de sociabilidade marcadas pelo conservadorismo.
- (B) as alterações no mundo do trabalho pelo fordismo, o neoliberalismo e o recrudescimento dos movimentos sociais.
- (C) a hegemonia do capital financeiro, a acumulação capitalista caracterizada por modelos de produção rígidos e o conservadorismo.
- (D) a mercantilização generalizada da vida social, o individualismo e a prevalência do taylorismo nos processos de produção.
- (E) a reestruturação produtiva orientada pelo toyotismo como modelo rígido de produção, o liberalismo e o neoconservadorismo.

**28**

O processo de revisão do Código de Ética da/o Assistente Social de 1986 é marcado pela inédita trajetória da reflexão ética profissional a partir de 1992. A que se deve tal empreendimento protagonizado pelas entidades da categoria profissional?

- (A) Mobilizado pelo movimento de redemocratização brasileira, o processo de revisão do Código de Ética profissional de 1986 aprofunda as bases humanistas da prática profissional aliadas às exigências do desenvolvimento neoliberal do Estado brasileiro.
- (B) Ancorado no processo de renovação do Serviço Social no contexto da redemocratização brasileira, o debate da ética torna-se crucial para a consolidação do projeto profissional e exige a necessidade da compreensão da ética enquanto ação prática e reflexão ética crítica.
- (C) As entidades da categoria profissional foram demandadas por movimentos organizados oriundos do processo de democratização brasileira com a finalidade de conciliar o debate da ética com a dimensão jurídica da ética profissional.
- (D) Oriundo dos movimentos de massa e de organização de setores progressistas da sociedade brasileira, a revisão do código de ética profissional de 1986 é resultante das reivindicações de parte da categoria profissional pela operacionalização jurídica do código de ética.
- (E) Balizado pelo processo de renovação profissional em consolidação no período, as entidades da categoria organizam a revisão do código de ética de 1986 pelo posicionamento contrário à totalidade da perspectiva ética explicitada no período da redemocratização brasileira.

**29**

De acordo com a lei 8080-1990, os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela articulação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoa jurídicas de direito privado na

- (A) promoção, proteção e recuperação da saúde.
- (B) promoção, hospitalização e recuperação da saúde.
- (C) participação social, proteção e recuperação da saúde.
- (D) promoção, proteção social e recuperação da doença.
- (E) hospitalização, proteção social e recuperação da doença.

**30**

Em parcelas expressivas das análises sobre as políticas sociais, o significado delas tem sido afirmado a partir das consequências dos processos de exploração da força de trabalho e das respostas que as classes sociais e o Estado formulam para enfrentá-las.

Este significado, conforme esclarecem Behring e Boschetti (2007), indica a adoção do ponto de vista

- (A) das contradições sociais e da equidade.
- (B) das fragmentações e da setorialização.
- (C) da universalidade e da focalização.
- (D) da democratização e da seletividade.
- (E) da totalidade social e suas contradições.

**31**

Leia o trecho a seguir:

\_\_\_\_\_ , a relação entre o indivíduo e a sociedade se faz de modo espontâneo, pragmático, heterogêneo, acrítico; o ‘nós’ é geralmente apreendido como aquele pelo qual o “eu” existe, ou seja, através de uma identidade imediata.

Barroco, 2003, p. 38.

O espaço deve ser corretamente preenchido por:

- (A) Na prática profissional.
- (B) No atendimento ao usuário.
- (C) Na universalidade.
- (D) Na vida cotidiana.
- (E) No trabalho em grupo.

---

**32**

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, preconiza que a saúde adquire um caráter de totalidade, ultrapassando o modelo biomédico e hegemônico, com raízes sobre as reivindicações populares postas na realidade cotidiana da vida social. Sendo assim, deve ser compreendida como resultado das condições de

- (A) alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviço de saúde.
- (B) fome, habitação, educação, renda, meio ambiente, desemprego, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse de terra e acesso a serviço de saúde.
- (C) alimentação, habitação, analfabetismo, renda, trabalho e desemprego, transporte, lazer, liberdade, acesso de terra e acesso a serviço de saúde.
- (D) alimentação, habitação, educação, renda familiar, meio rural, trabalho, transporte, desemprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviço de saúde.
- (E) fome, habitação, educação, renda familiar, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, cultura, autonomia, posse de terra e acesso a serviço de saúde.

---

**33**

A constituição das políticas sociais dá-se por meio de múltiplos componentes e determinações, entre outros, de natureza econômica, política e cultural. Considerando as particularidades da formação sócio-histórica brasileira, sobretudo a cultura antidemocrática e conservadora das classes dominantes no Brasil, Behring e Boschetti (2007) destacam um componente fundamental da referida constituição.

Tal componente diz respeito

- (A) ao seguro social.
- (B) aos direitos sociais.
- (C) à lógica social.
- (D) às necessidades sociais.
- (E) ao contrato social.

**34**

Em situação de atendimento em Unidade Básica de Saúde com usuária que afirma ter praticado aborto e que não deseja que a referida informação seja repassada para outros profissionais da equipe, admite-se a quebra do sigilo profissional previsto no Art. 18 do Código de Ética da/o Assistente Social de 1993, quando

- (A) se tratar de situações que promovam a saúde/doença e o bem-estar das/os usuárias/os.
- (B) se tratar de situações cuja gravidade envolva fato delituoso.
- (C) a situação for relacionada a atendimento multidisciplinar.
- (D) a gravidade das situações pode trazer prejuízo aos interesses da usuária, de terceiros/as e da coletividade.
- (E) a quebra de sigilo não prejudicar o/a usuário/a e a coletividade.

---

**35**

O Sistema Único de Saúde (SUS), como parte da Seguridade Social brasileira, foi regulamentado em 1990 pela

- (A) Lei Orgânica da Saúde.
- (B) Lei Orgânica da Assistência Social.
- (C) Lei Federal da Saúde Pública.
- (D) Lei Municipal Orgânica da Saúde Pública.
- (E) Lei Orgânica de Saúde da Previdência Social.

---

**36**

A Seguridade Social brasileira, especialmente quanto ao seu núcleo central – a saúde, a assistência social e a previdência social –, tem sofrido, nas últimas décadas, uma série de desmontes proporcionada principalmente pelas consequências do neoliberalismo no país. Em *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais* (BRASIL, 2009), Boschetti afirma que eles seguem três caminhos fundamentais. Um deles refere-se à desconfiguração dos direitos previstos na Constituição Federal de 1988; o outro compreende a fragilização dos espaços de participação e controle democráticos também previstos na Constituição.

O terceiro caminho dos desmontes da Seguridade Social brasileira destacado pela autora refere-se

- (A) à gerência social.
- (B) à supervisão.
- (C) ao organograma institucional.
- (D) ao orçamento.
- (E) à vontade política.

**37**

Considere a situação de atendimento relatada a seguir:

Denúncia de maus-tratos a paciente idoso com deficiência neurológica feita por membro da equipe multiprofissional da atenção básica. Paciente mora com irmão mais novo, que é atual cuidador após falecimento recente da genitora de ambos.

Para a situação descrita, **NÃO** constitui(em) procedimento(s) correto(s):

- (A) realização de visita domiciliar com outro membro da equipe multiprofissional para acompanhamento de rotina, a fim de compreender melhor a denúncia recebida e discutir estratégias de encaminhamento.
- (B) leitura prévia dos registros e documentos sobre o contexto sociofamiliar e pesquisa na rede socioassistencial sobre os atendimentos anteriores.
- (C) articulação prévia junto à política local de assistência social e demais recursos na perspectiva intersectorial.
- (D) apoio e encaminhamento das demandas apresentadas pelo cuidador denunciado: recente perda da mãe, ter de assumir repentinamente a função de cuidador e recurso do BPC insuficiente para poder se afastar do trabalho.
- (E) acionamento da Guarda Municipal para realizar denúncia da situação, como primeira medida.

---

**38**

De acordo com a lei 11.129 de 30 de junho de 2005, as Residências Multiprofissionais em Saúde são definidas como:

- I. modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*;
- II. direcionadas para educação em serviços;
- III. destinadas às categorias profissionais que integram a área da saúde, exceto a médica;
- IV. modalidade de ensino de graduação e pós-graduação *stricto sensu*.

Está correto apenas o indicado em

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

**39**

Em *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais* (BRASIL, 2009), Iamamoto discute o significado do assalariamento como mediação do trabalho profissional e os dilemas da alienação que lhes são inerentes.

Para a autora, no âmbito do Estado, uma das manifestações da referida alienação é

- (A) a pluralidade.
  - (B) a burocacia.
  - (C) o corporativismo.
  - (D) o empresariado.
  - (E) a plutocracia.
- 

**40**

De acordo com a lei de regulamentação da profissão, Lei 8.662, de 1993, assinale uma das atribuições privativas do/a assistente social

- (A) realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de serviços públicos.
  - (B) coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área das Ciências Sociais.
  - (C) dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em atendimento social.
  - (D) coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de saúde e assistência social.
  - (E) dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social.
- 

**41**

As políticas de Seguridade Social instituídas nos países capitalistas da Europa Central se sustentaram nos modelos de políticas sociais

- (A) bismarckiano e beveridgiano.
- (B) bismarckiano e toyotista.
- (C) beveridgiano e toyotista.
- (D) marxista e beveridgiano.
- (E) bismarckiano e marxista.

**42**

Em *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*, Iamamoto (2005) enfatiza, de modo especial, a necessidade da compreensão da realidade como condição do trabalho profissional e não como um obstáculo, o que requer considerar o/a assistente social como trabalhador/a assalariado/a, assim como a ruptura com certas perspectivas de análise da profissão, como as

- (A) racionalistas.
- (B) dialógicas.
- (C) unilaterais.
- (D) totalizantes.
- (E) dialéticas.

**43**

De acordo com Barroco (2012, p. 63),

*A defesa dos direitos humanos (DH) é uma das prescrições constitutivas dos princípios fundamentais do CE [Código de Ética] de 1993.*

*A compreensão do significado dos DH no interior do CE supõe a mesma lógica adotada em relação aos valores, isto é, demanda a sua relação com a concepção ética e a direção social do CE. Isso remete à compreensão histórica sobre os DH e à necessidade de entender os seus limites e possibilidades na sociedade capitalista.*

Conforme a autora, entende-se a compreensão de Direitos Humanos inscrita no Código de Ética do/a Assistente Social de 1993 como

- (A) concepção histórica apreendida no contexto da sociedade burguesa, com suas contradições e determinações; vinculase à luta de classes, em oposição às formas de dominação e de discriminação existentes.
- (B) concepção a-histórica, compreendida pela concepção de homem como um ser universal abstrato, vinculado aos direitos naturais e à apreensão de uma dada essência humana imutável.
- (C) compreensão abstrata dos direitos humanos desvinculada da sociabilidade capitalista e das condições sociais, econômicas e políticas de dada sociedade; compõe a defesa de valores e da ética universal.
- (D) compreensão histórica e naturalizadora da ordem vigente; vincula-se às lutas por melhores formas de sociabilidade e à humanização que potencialize o avanço das relações sociais de classe.
- (E) concepção universal e histórica apreendida no seio da sociabilidade burguesa e sua inerente luta de classes enquanto condição objetiva do desenvolvimento social e defesa de valores que pacifiquem as referidas relações.

**44**

O autor da frase “o que move o capital é a busca de lucros, ou seja, a extração do máximo de mais-valia” é

- (A) Durkheim.
- (B) Comte.
- (C) Marx.
- (D) Platão.
- (E) Montesquieu.

**45**

Segundo a abordagem histórica adotada nos estudos de Mioto em *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais* (BRASIL, 2009), a família é considerada em sua [...] diversidade, descarta-se a ideia de modelos de estrutura e de relações e desprende-se do ideal do amor e da harmonia ao tomar o conflito como inerente às suas relações, inclusive àquelas que estabelece com outras esferas da sociedade (2009, p. 489). Coerente com esta abordagem e à luz de pesquisas anteriores, a autora recupera indicadores que, apresentados de formas variadas e inter-relacionados, contribuem para a definição de família. São eles:

- (A) a comunidade, o grau de parentesco e os afetos.
- (B) o domicílio, o parentesco e os afetos.
- (C) as relações de dependência e o domicílio.
- (D) o grau de parentesco e as relações de dependência.
- (E) o domicílio, os afetos e a comunidade.

**46**

Durante um atendimento individual, as ações profissionais que se conectam com as exigências ético-políticas emancipatórias vinculadas aos princípios do Código de Ética do/a Assistente Social de 1993 ocorrem quando o/a profissional

- (A) apresenta respostas estritamente institucionais e potencializa a responsabilidade da resolução do problema para o/a usuário/a.
- (B) expõe o/a usuário/a diante da equipe profissional e o responsabiliza pelo seu quadro de saúde.
- (C) oferece respostas profissionais e constrói junto com o/a usuário/a estratégias de enfrentamento e superação da questão apresentada.
- (D) acolhe e cria vínculos com usuário/a na perspectiva terapêutica e encaminha para outras instâncias a resolução das demandas apresentadas.
- (E) oferece oportunidade de reflexão, questionamento e estratégias de reivindicação no âmbito mais geral, porém não atendendo à demanda apresentada.

**47**

O espaço criado para estabelecer a comunicação entre os usuários e instituição no SUS que tem por objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados é chamado de

- (A) ouvidoria.
- (B) ambulatório.
- (C) enfermaria.
- (D) comunicação hospitalar.
- (E) serviço jurídico.

---

**48**

Ao tratar do significado da orientação e do acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias exercidos pelas/os assistentes sociais nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais de sua inserção, Mioto (2009) propõe considerá-los como ações socioeducativas e que se estruturam no que a autora nomeia como seus “dois pilares”, sendo eles:

- (A) estabelecimento de vínculos e atendimento individual.
- (B) práticas restaurativas e diálogo.
- (C) plantão social e estabelecimento de vínculos.
- (D) grupo focal e processo reflexivo.
- (E) socialização das informações e processo reflexivo.

---

**49**

O conservadorismo e a pós-modernidade têm se apresentado como parte constituinte das estratégias presentes no conjunto da ofensiva neoliberal, tendo expressões na área da saúde, bem como na profissão do Serviço Social.

A afirmação que **NÃO** caracteriza uma reação conservadora no campo do Serviço Social, segundo Matos (2013), é:

- (A) O Serviço Social Clínico tem se apresentado a partir da proposta de profissionais de atendimento de caráter terapêutico, e pode se configurar como uma das expressões da reação conservadora ao Serviço Social.
- (B) A defesa de um saber específico do/a assistente social na saúde à luz das especialidades médicas conforma uma afirmação de identidade profissional.
- (C) Mesmo com o Projeto Ético-Político, desde os anos 1990, correntes irracionalistas e da pós-modernidade recuperaram na profissão aspectos de sua gênese e história conservadoras.
- (D) A apropriação do Projeto Ético-Político depende da defesa concreta dos seus princípios e valores pelos/as profissionais, bem como de elementos conjunturais e estruturais, sobre os quais a categoria não tem ingerência sozinha.
- (E) A reatualização da crise de identidade profissional estabelece dúvidas entre assistentes sociais e estudantes de Serviço Social sobre o objeto específico da profissão.

**50**

A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 e vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, está associada aos fundamentos centrais da política

- (A) de assistência social e à garantia dos princípios do SUS, e deve ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária.
- (B) da previdência social e à garantia dos princípios do SUS, bem como do Projeto de Reforma Pública Sanitária.
- (C) de saúde e à garantia dos princípios do SUS, devendo ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária.
- (D) de saúde, assistência social e previdência social e deve ter como referencial o Projeto de Reforma Sanitária.
- (E) de saúde coletiva e à garantia dos princípios da previdência social e deve ter como referencial o Projeto Ético Político.



