

QUESTÕES 01 A 20 – Políticas Públicas em Saúde, SUS.

01. O princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) definido como “o conjunto 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” é:

- a) Integralidade de assistência.
- b) Igualdade da assistência.
- c) Regionalização e hierarquização.
- d) Universalidade de acesso.

02. Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90), são critérios para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios:

- I – a eficiência na arrecadação de impostos;
- II – o perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III – a participação paritária dos usuários no Conselho de Saúde;
- IV – a previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

Estão **CORRETOS** os itens:

- a) II e IV.
- b) I e II.
- c) II e III.
- d) III e IV.

03. Conforme estabelecido pela Lei nº 8080/1990, Lei Orgânica da Saúde, as ações e serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) são aqueles prestados por:

- a) Órgãos e instituições públicas da Administração direta e indireta e as fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar em caráter complementar.
- b) Órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e as fundações mantidas pelo Poder Público.
- c) Órgãos e instituições públicas federais, estaduais, municipais da Administração direta e indireta. A iniciativa privada não poderá participar do SUS em caráter complementar.
- d) Apenas pelas fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar em caráter complementar.

04. As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas do Sistema Único de Saúde, realizadas a cada quatro anos nos 3 níveis de gestão (municipal, estadual e nacional), e contam com a representação dos vários segmentos sociais, conforme definido na Lei 8.142/1990. As Conferências de Saúde têm como atribuições:

- a) Avaliar as propostas de ações de saúde formuladas pelos gestores e decidir sobre a implantação ou rejeição das propostas.
- b) Referendar as diretrizes da política de saúde aprovadas pelas instâncias legislativas nos três níveis de gestão.
- c) Decidir sobre a aplicação dos recursos da saúde e referendar as decisões tomadas pelas Comissões Intergestoras nos três níveis.
- d) Avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

05. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- a) De atenção hospitalar.
- b) Ambulatoriais especializados.
- c) De atenção domiciliar.
- d) Especiais de acesso aberto.

06. A participação popular é um dos princípios do Sistema Único da Saúde. A lei 8142/90 prevê essa participação em todas as esferas de governo, nas seguintes instâncias: Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde:

- a) Podem contar com a participação de enfermeiras como representantes dos prestadores de serviço público, em número paritário e equivalente ao dos representantes dos usuários e dos serviços privados.
- b) Devem permitir a democratização da saúde. Tem o secretário municipal de saúde como presidente nato, que não poderá delegar esta função a representantes de usuários.
- c) Devem zelar pela proteção dos trabalhadores de saúde. É composto, de forma majoritária, por representantes dos usuários que devem reivindicar assistência médica com qualidade a toda comunidade.
- d) Atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no município e são formados por representantes dos usuários em número equivalente ao dos representantes de outros segmentos.

07. As Regiões de Saúde são constituídas por agrupamentos de municípios limítrofes, que se integram para organizar, planejar e executar as ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Uma Região de Saúde deve dispor no mínimo de ações e serviços de:

- a) Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Psicossocial; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar, Vigilância em Saúde.
- b) Atenção Primária; Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar; Saúde do Trabalhador; Vigilância Sanitária.
- c) Atenção Primária; Urgência e Emergência; Atenção Materno-Infantil; Exames Laboratoriais e de Imagem; Atenção Hospitalar.
- d) Atenção Primária; Atenção Hospitalar; Atenção Psicossocial; Atenção Materno-Infantil; Assistência Farmacêutica; Vigilância Epidemiológica.

08. O documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; o acompanhamento e verificação dos resultados terapêuticos, a ser seguido pelos gestores do SUS, denomina-se:

- a) Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.
- b) Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.
- c) Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.
- d) Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

09. A Política Nacional de Atenção Básica prevê a existência de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha, Equipes de Saúde da Família Fluviais, Equipes de Consultório na Rua e Equipes de Atenção Básica Prisional. Estas modalidades compõem o conjunto das Equipes de:

- a) Atenção Básica para Populações Carentes.
- b) Saúde Básica Especiais.
- c) Atenção Básica para Populações Específicas.
- d) Atenção Básica Complementar.

10. A Política Nacional de Atenção Básica possui fundamentos e diretrizes que a norteiam. A diretriz que pressupõe a “continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente” é:

- a) Integralidade.
- b) Igualdade.
- c) Transversalidade.
- d) Longitudinalidade.

11. A Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica, envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para as seguintes ações, **EXCETO:**

- a) Detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública.
- b) Vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis.
- c) **Notificação, combate e eliminação da desnutrição infantil.**
- d) Vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

12. No acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde, os profissionais de saúde devem avaliar os casos de demanda espontânea atendida, considerando o risco e a vulnerabilidade de cada um. Existem basicamente três tipos de encaminhamentos que definem se o atendimento precisa ser imediato, prioritário ou no dia. Em quadros clínicos que exigem atendimento prioritário, se faz necessária uma intervenção breve da equipe, até a avaliação pelo profissional mais indicado para o caso. São exemplos de quadros clínicos que representam este tipo de acolhimento:

- a) Usuários que necessitam de isolamento; Convulsão.
- b) **Crise asmática leve e moderada; Gestantes com dor abdominal.**
- c) Pessoas com ansiedade significativa; Conflito familiar.
- d) Rebaixamento do nível de consciência; Febre sem complicação.

13. A Portaria MS nº 825 de 2016 redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. De acordo com esta portaria a atenção domiciliar (AD) será organizada em modalidades. Sobre essas modalidades assinale a resposta correta:

- a) A prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal é um fator que torna o usuário com indicação de AD elegível na modalidade AD 1.
- b) **Os pacientes elegíveis na modalidade AD 3 requerem cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade.**
- c) A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 2 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.
- d) O atendimento aos usuários elegíveis na modalidade AD 1 é de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar.

14. A recuperação da dimensão cuidadora e a busca da integralidade na atenção à saúde são desafios para a organização do cuidado nos hospitais. Os processos a serem articulados para promover a integralidade da atenção hospitalar são:

- a) A articulação das equipes nas unidades de internação com as equipes nos ambulatórios das respectivas especialidades.
- b) A integração das atividades de atenção à saúde exercidas pelas diferentes clínicas no ambiente hospitalar.
- c) O atendimento multiprofissional integrado e coordenação pelas equipes médicas dos hospitais.
- d) **O atendimento no ambiente hospitalar e a articulação com os demais equipes de saúde.**

15. O ensino na área da saúde tem sido impactado por processos de desenvolvimento tecnológico e de especialização, havendo multiplicação da oferta de disciplinas, de conteúdos e procedimentos o que acarreta:

- a) **fragmentação e desarticulação de conteúdos na formação dos profissionais de saúde**
- b) maiores chances da oferta de cuidado integral, pela complementaridade dos saberes
- c) maior clareza sobre as competências típicas da formação geral dos profissionais
- d) maior preparação dos recém formados para ingresso imediato no mercado de trabalho

16. Pode-se considerar que o cuidado no hospital é composto por uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, e decorre da interação entre os vários cuidadores num processo de complementação e disputa. Assim, um desafio do processo gerencial do hospital é:

- a) **coordenar os atos cuidadores fragmentados de modo que eles produzam um cuidado eficaz e de qualidade.**
- b) dirimir conflitos entre categorias, atribuindo à equipe médica a responsabilidade pela integralidade do cuidado.
- c) concentrar fluxos de cuidado em categorias específicas, evitando a contradição dos saberes profissionais.
- d) atender à satisfação dos pacientes, já que os fluxos de cuidado se complementam.

17. A atual situação epidemiológica do país exigiu que a rede de serviços de saúde, voltada predominantemente ao atendimento de condições agudas e à saúde materno-infantil, avançasse no cuidado aos usuários com condições crônicas. A ampliação da oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), do acesso a medicamentos e outras medidas, impactaram positivamente a saúde da população. Um dos avanços identificados foi a redução de:

- a) **mortalidade cardíaca e cerebrovascular.**
- b) internações cirúrgicas na rede hospitalar.
- c) atendimentos na rede de urgência e emergência.
- d) incidência de agravos por acidentes e violências.

18. O papel da atenção hospitalar tem sido marginalizado no debate sobre as Redes de Atenção à Saúde, num contexto de insuficiências estruturais no setor e baixa oferta de leitos – menos de 1,5 leitos por mil habitantes no SUS. Como efeitos dessa realidade pode-se destacar:

- a) menor uso dos serviços de urgência e emergência e maior pressão dos gastos na atenção primária à saúde.
- b) **tempo de espera por internação dilatado, sobremortalidade e custo acumulado por paciente.**
- c) desconcentração dos equipamentos hospitalares entre as regiões brasileiras, com impacto na mortalidade geral.
- d) maior integração com a rede ambulatorial especializada não hospitalar e filas de espera para marcação de exames.

19. A promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender as necessidades sociais de saúde e a melhoria da qualidade de vida. Recentemente, em 2016, foi realizada a 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde, com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”. Os quatro pilares que necessitam de vigorosa articulação com vistas à garantia da ampliação das ações de Promoção da Saúde são:

- a) “Ações intersetoriais”, “democracia”, “proteção social” e “desenvolvimento sustentável”.
- b) **“Cidades saudáveis”, “bom governo”, “alfabetização em saúde” e “mobilização social”.**
- c) “Inclusão social”, “empoderamento social”, “proteção ambiental”, e “justiça social”.
- d) “Políticas intrasetoriais”, “cidadania”, “integralidade das práticas” e “direitos humanos”.

20. A promoção da saúde envolve um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, tanto individuais quanto coletivas, com o objetivo de atender às necessidades sociais de saúde e a melhorar a qualidade de vida. A Política Nacional de Promoção da Saúde, revisada em 2014, aponta entre seus temas prioritários:

- a) **Promoção da cultura da paz e de direitos humanos; Alimentação adequada e saudável; Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados.**
- b) Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; Promoção da mobilidade segura e sustentável; Controle das endemias focais.
- c) Práticas corporais e atividades físicas; Redução das desigualdades regionais; Saúde da população indígena.
- d) Enfrentamento da desigualdade de gênero; Promoção das práticas integrativas e complementares; Expansão do programa de imunizações.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. Segundo a Lei nº 10.741/03, é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Essa garantia de prioridade compreende:

- a) garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social no âmbito federal;
- b) **prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda;**
- c) destinação privilegiada de recursos privados nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;
- d) capacitação e reciclagem dos recursos humanos na área de fisioterapia e na prestação de serviços aos idosos.

22. A década de 1990 é marcada pela introdução de uma série de mudanças significativas no desenho organizacional da política de saúde brasileira. Dentre essas mudanças, uma das características mais marcantes da reforma do setor saúde neste período é:

- a) a maior divisão de responsabilidades entre as esferas de governo;
- b) a ampliação do controle social;
- c) o fortalecimento da atenção básica.
- d) **o avanço da municipalização, através do processo de descentralização;**

23. A emergência do Programa Saúde da Família (PSF) na segunda metade dos anos 1990, pelo nível federal, veio acompanhada de um conjunto de medidas de fortalecimento da atenção básica em saúde e de incentivos a sua ascensão na agenda governamental. Dentro deste contexto, o PSF configura-se como estratégia:

- a) de reestruturação dos sistemas municipais de saúde, com prioridade para os grandes centros urbanos, onde se concentra um expressivo contingente populacional, com elevado índice de pobreza;
- b) cujo objetivo foi dar mais autonomia aos municípios na gestão e provisão dos serviços de saúde, transferindo para a esfera municipal as funções de coordenação e gerência da política de saúde em seu território;
- c) **prioritária para estruturação dos sistemas municipais de saúde com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde, por meio de uma nova dinâmica de organização dos serviços e ações de saúde;**
- d) de inclusão de mecanismos de mercado através da competição administrativa, com ênfase na efetividade clínica.

24. De acordo com a Lei nº 8.742/93, a assistência social tem por objetivo a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, EXCETO:

- a) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
- b) a promoção da integração ao mercado de trabalho, a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- c) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice.
- d) **a garantia de 1/4 (um quarto) do salário-mínimo de benefício mensal aos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;**

25. Segundo o Art. 6º da Lei nº 8.742/93, alterado pela Lei 12.435/11, a gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas). Em relação à gestão dessas ações, um de seus objetivos é:

- a) divulgar amplamente os benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como os recursos oferecidos pelo Poder Público e os critérios para sua concessão;
- b) universalizar os direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- c) **estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social;**
- d) respeitar a dignidade do cidadão, sua autonomia e seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como a convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade.

26. Os idosos no Brasil, segundo Mendonça e Pereira (2013), vêm adquirindo cada vez mais consciência de sua força sociopolítica, inclusive pressionando autoridades públicas por legislações que assegurem seus direitos. Segundo as autoras, uma das grandes conquistas dessa mobilização, que constitui o marco inicial das discussões sobre políticas públicas associadas ao envelhecimento da população brasileira, foi a criação da(o):

- a) Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03);
- b) Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94);**
- c) Lei orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/93);
- d) Constituição Federal de 1988.

27. Os Hospitais Universitários são instituições ligadas à educação e a saúde. Ao realizar um breve histórico dessas instituições até a integração ao Sistema Único de Saúde (SUS), Menezes (2017) sinaliza que:

- a) o Ministério da Saúde é responsável pelo financiamento das bolsas de Residência Médica dos Hospitais Universitários Federais;
- b) os Hospitais Universitários, segundo a Organização Mundial de Saúde, exercem relevante papel no atendimento primário;
- c) no período anterior aos anos 1980, os Hospitais Universitários eram vinculados, em sua maioria, às faculdades de Medicina;**
- d) houve um estímulo a pesquisa, nos anos 1990, com maior repasse de verbas pelo Ministério da Educação.

28. Os princípios e as diretrizes, pontuados no Código de Ética do Assistente Social de 1947, refletem os fundamentos destacados na formação profissional. Após dezoito anos de vigência, sua reformulação foi motivada pela:

- a) regulamentação jurídica da profissão;**
- b) superação das influências dogmáticas e neotomistas;
- c) mudança da visão do homem como ser abstrato;
- d) rejeição de valores como solidariedade e amor ao próximo.

29. Considerando que a perspectiva da gestão democrática é contraditória em relação aos horizontes das organizações em que se atua, no geral comprometidas com a finalidade capitalista, entende-se que os recursos necessários e adequados a uma gestão que se pretende democrática sustentam-se em dois pilares, o conteúdo e a forma. Quanto à forma, pode-se dizer que é colocado como elemento essencial dos recursos gerenciais a serem utilizados pelo gestor a:

- a) socialização das informações acerca dos objetivos institucionais;
- b) descentralização administrativa;
- c) distribuição de demandas administrativas.
- d) participação dos membros da organização e dos usuários beneficiários;**

30. A gestão democrática, segundo Gurgel e Sousa Filho (2016), tem por finalidade a transformação das condições de vida das classes subalternas, visando contribuir com a superação da ordem do capital. Tal finalidade se efetiva mediante:

- a) a integração de demandas coletivas aos espaços sócio-institucionais;
- b) a abertura de espaços de co-participação dos processos de tomada de decisão;
- c) o aprofundamento e universalização de direitos civis, políticos e sociais das classes subalternas;**
- d) a supressão das barreiras de condicionalidade no âmbito das Políticas Sociais.

31. Tendo em vista que a questão social se estabelece como objeto de trabalho do assistente social, o Estado, no tocante às estratégias de seu enfrentamento, tem função destacada nos processos de:

- a) mediação dos diferentes interesses no seio da luta de classes;
- b) representatividade política das classes sociais;
- c) implantação de programas de transferência de renda.
- d) formulação e operacionalização das políticas públicas;**

32. O trabalho profissional do assistente social envolve diferentes momentos e dimensões de aproximação, apreensão e enfrentamento da questão social, que, entre outros elementos, pressupõe:

- a) mobilização de recursos institucionais, que favoreçam a leitura teórica e política da realidade social;
- b) planejamento e gestão de recursos sócio-institucionais;
- c) execução de atividades previamente idealizadas, por meio de ações socioassistenciais;
- d) sistematização do projeto ético-político.

33. Com relação aos processos de trabalho coletivos no âmbito das políticas públicas, cada política, além de possuir dinâmicas próprias, produz interfaces em relação aos processos de trabalho institucionais. Quanto a inserção do assistente social nesses processos de trabalho, alguns pontos particularizam a área da saúde em relação às demais políticas sociais, a exemplo do(a):

- a) interdependência entre instituições públicas e privadas, nos municípios com baixa capacidade de investimento próprio;
- b) reconhecimento legal como trabalhador da saúde, o que lhe confere reconhecimento institucional quanto às suas funções nas práticas e serviços de saúde;
- c) área da saúde se constituir um campo de pouca visibilidade social quanto à inserção do assistente social;
- d) aumento dos procedimentos técnicos, burocráticos e de produtividade como parte das exigências postas pelos programas governamentais e gestores municipais;

34. O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, mas adquiriu expressão nacional em 1995. Experiências estaduais e regionais bem-sucedidas inspiraram o desenho do programa, quais sejam:

- a) Programa Comunidade Solidária e Programa Médico de Família de Niterói;
- b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Ceará e Programa Médico de Família de Niterói;
- c) Programa Nacional de Publicização e Programa Comunidade Solidária;
- d) Plano de Atendimento à Saúde de São Paulo e Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Ceará.

35. Na Saúde da Família, a abordagem familiar e comunitária assume papel estratégico no processo de trabalho. No entanto, assim como na política de saúde, a Saúde da Família apresenta algumas contradições e disputas. Neste contexto, na trajetória histórica da política de saúde, a família e a comunidade têm sido espaços de:

- a) construção de estratégias de corresponsabilidade;
- b) práticas que consideram a determinação social do processo saúde-doença;
- c) efetivação da luta pela saúde como direito.
- d) reprodução de lógicas de controle e ajustamento social, por meio de práticas higienistas, campanhistas e desenvolvimentistas;

36. A Atenção Primária de Saúde, aprovada pela 32ª Assembléia da Organização Mundial da Saúde (OMS), entendida como a principal estratégia para atingir a promoção e assistência à saúde para todos os seres humanos, é composta por algumas atividades ou ações básicas de saúde, tais como:

- a) tratamento às enfermidades crônicas e traumatismos comuns;
- b) provisão de medicamentos excepcionais ou de alto custo;
- c) atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico;
- d) educação sobre métodos de tratamento da doença.

37. O denominado “Relatório Flexner”, no início do século XX, indicava uma série de modificações nos currículos médicos, entre elas:

- a) o biologismo, individualismo, especialismo e a ênfase na medicina curativa;
- b) a determinação social da doença, tecnificação do ato médico e ênfase na medicina preventiva;
- c) a superespecialização médica, reconhecimento das causas sociais na gênese das doenças;
- d) a importância da integralidade das ações preventivas e curativas, abordagem biopsicossocial do indivíduo e da família.

38. O Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde (MS), é responsável pela orientação da política nacional de câncer no Brasil. Em estudo realizado pelo INCA, relativo à prevalência do câncer na população feminina, destaca-se que:

- a) cerca de 70% dos casos da doença chegam aos hospitais em estágio inicial;
- b) o câncer é considerado um problema de saúde pública;
- c) o câncer de colo de útero é um dos tipos mais incidentes e o segundo em mortalidade entre as mulheres;
- d) o câncer é a segunda causa de morte por doença no país, perdendo apenas para as causas externas – referentes a atendimentos de emergência.

39. O câncer de colo de útero é o segundo tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano. No Brasil, a principal estratégia utilizada para rastreamento e controle do câncer, recomendada pelo Ministério da Saúde, é o:

- a) controle das doenças sexualmente transmissíveis, especificamente pelo Papiloma Vírus Humano (HPV);
- b) ultrassonografia;
- c) histeroscopia.
- d) exame citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos;

40. O Brasil possui um programa de controle de DST/AIDS, que é exemplo para vários países. No caso brasileiro, o programa apresenta alguns dados sobre a doença em relação às mulheres, dentre os quais:

- a) o número de casos de AIDS entre as mulheres aumentou 413% nos últimos 10 anos;
- b) as mulheres em relações heterossexuais têm sido menos afetadas;
- c) não existe relação entre as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV);
- d) a relação consensual, envolvendo afeto, tem sido a maneira menos frequente de transmissão da doença.

41. Na história das políticas de saúde no mundo, evidencia-se a constituição do modelo médico hegemônico, que passa a ser questionado pela defesa da saúde ampliada e da reorganização dos serviços por meio da Atenção Primária em Saúde (APS) e da Promoção da Saúde. A década de 1970 foi marcada por uma série de acontecimentos que estabeleceram as bases de conformação de um novo paradigma na saúde, que tiveram como principal marco referencial a (o):

- a) Carta de Ottawa;
- b) Conferência de Alma Ata;
- c) 32ª Assembléia da Organização Mundial da Saúde (OMS);
- d) Relatório Flexner.

42. Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei de N. 8.069/90), o Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Assinale a alternativa que **NÃO** corresponde a uma atribuição do Conselho Tutelar:

- a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;
- b) requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente, quando necessário;
- c) assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente.
- d) aplicação de medidas aos pais e responsáveis, que impliquem na perda da guarda ou destituição poder familiar;

43. Com base no Capítulo I do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei de N. 8.069/90), no que se refere ao “Direito à Vida e à Saúde”, é correto afirmar que:

- a) compete ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, com exceção dos casos em que as gestantes e mães se encontrem em situação de privação de liberdade;
- b) os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de crianças e adolescentes, exceto nas unidades de terapia intensiva;
- c) o atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária;
- d) a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias é facultativa, permitindo aos pais e responsáveis legais optarem pela não adesão às campanhas oficiais.

44. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei de N. 8.069:1990), acerca dos membros do Conselho Tutelar é correto afirmar que:

- a) deverão ser nomeados através da realização de concursos públicos;
- b) deverão ser escolhidos pela população local;
- c) terão mandato de 2 (dois) anos, permitida 1 (uma) recondução;
- d) para a candidatura, serão exigidos os requisitos de: reconhecida idoneidade moral; idade superior a dezoito anos e residir no município.

45. Segundo Siqueira (2013), há alguns equívocos nas análises sobre a pobreza. Sobre tais análises, é correto afirmar que:

- a) a categoria desenvolvimentismo é assumida como fundamental na análise de ruptura com uma perspectiva de subdesenvolvimento da dinâmica da sociedade capitalista;
- b) a categoria contradição é assumida como fundamental para a análise na tentativa de romper com uma perspectiva unilateral de leitura da dinâmica da sociedade capitalista;
- c) a categoria família é assumida como fundamental na tentativa de romper com uma perspectiva unilateral da leitura de Estado como o único responsável pelo desenvolvimento da sociedade capitalista;
- d) as categorias miséria e anomia são assumidas como fundamentais na análise da dinâmica da violência e da criminalização da pobreza da sociedade capitalista.

46. Sobre o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015) é **INCORRETO** afirmar:

- a) considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial que pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade.
- b) o processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência e tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões que contribuam para a conquista da autonomia.
- c) a educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurados sistema educacional inclusivo em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, para desenvolver as habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais.
- d) a avaliação da deficiência, obrigatória, será biomédica, realizada por equipe médica que considerará: os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo e a limitação no desempenho de atividades;

47. Segundo o Estatuto do Idoso (lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) é **CORRETO** afirmar que:

- a) o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente, sendo obrigação da família;
- b) é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por sua livre escolha pelo sistema de saúde mais adequado, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário;
- c) é assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do INSS, pelo serviço público ou privado de saúde, que integre o SUS;
- d) é obrigação do Poder Público exclusiva e irrestritamente assegurar a todo idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida.

48. Traços conservadores na formação profissional vêm tomando força no Serviço Social, muitos deles fomentados pelo desencanto e por sucessivas perdas sociais históricas, submetidas à barbárie neoliberal. Um destes traços, o *metodologismo*:

- a) caracteriza-se como conceituação operacional e adoção de categorias pós-modernas e conservadoras das Ciências Sociais, que aceitam sem criticidade as teses do “fim da história”, ou mesmo teorias que defendem as relações mercantis;
- b) ressurgiu sob a forma de ênfase no tecnicismo e legalismo positivista, como elemento crucial na formação e na pesquisa, em detrimento do questionamento, da crítica, da grande política como elementos fundamentais do pensamento crítico;
- c) é extremamente funcional ao conservadorismo, pois conserva e mesmo agudiza a perspectiva de formação funcional ao mercado e subordina os conteúdos profissionais à demanda do mercado, ou seja, do capital.
- d) alimenta um tipo de formação, mas também de trabalho profissional, baseado na filosofia utilitarista, no imediatismo, no famoso discurso de que “na prática a teoria é outra”.

10

49. Segundo a Lei nº 8.662/93, elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares constitui para o assistente social um(a) :

- a) competência;
- b) dever;
- c) direito;
- d) atribuição privativa.

50. Sobre o conteúdo da Lei nº 8.662/93, é **CORRETO** afirmar que:

- a) estabelecer os sistemas de registro dos profissionais habilitados é uma competência do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS);
- b) fixar, em assembleia da categoria, as anuidades que devem ser pagas pelos assistentes sociais é uma competência do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS);
- c) fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais é uma atribuição privativa do assistente social;
- d) orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais, no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos, é uma atribuição privativa do assistente social.