

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

01. O estudo *Carga Global de Doença (GBD) 2015* para o Brasil analisou os indicadores de saúde, entre 1990 e 2015, que corresponde a grande parte do período de existência do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar das melhorias importantes nas condições de saúde e na ampliação da vida saudável da população brasileira no período analisado, os principais desafios ainda a serem enfrentados pelo SUS são:

- a) A mortalidade materno-infantil, a magnitude da prevalência do tabagismo, das doenças imunopreveníveis e das doenças transmissíveis.
- b) O controle das doenças imunopreveníveis, a expansão da Estratégia de Saúde da Família e do acesso a medicamentos.
- c) As novas epidemias, as doenças negligenciadas, o controle dos vetores, a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis e da violência.
- d) A violência interpessoal e as doenças sexualmente transmissíveis, a expansão das ações de emergência e de promoção da saúde.

02. A Lei 8142/1990 define as instâncias colegiadas de participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a opção abaixo que enuncia corretamente a obrigatoriedade de existência dessas instâncias, segundo as esferas de gestão:

- a) Conselho de Saúde na esfera federal e Conferências de Saúde nas esferas estadual e municipal.
- b) Conselho de Saúde e Conferência de Saúde nas três esferas de gestão.
- c) Conselhos de Saúde em todas as esferas de gestão e Conferência de Saúde na esfera federal.
- d) Conferência de Saúde na esfera federal e Conselhos de Saúde nas esferas estadual e municipal.

03. Em relação ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), segundo a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, pode-se afirmar que:

- a) Constitui a porta de entrada do sistema para os usuários, e tem como eixos a responsabilização, gestão compartilhada e apoio à coordenação do cuidado, que se pretende, pela atenção básica.
- b) É constituído por equipes multiprofissionais e interdisciplinares que atendem em ambulatórios de especialidade mediante encaminhamento das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).
- c) Constitui uma estratégia de garantia de acesso do usuário, no nível da Atenção Especializada para complementar as ações da Atenção Básica, incluindo procedimentos ambulatoriais e hospitalares.
- d) É constituído por equipes multiprofissionais e interdisciplinares de diferentes áreas para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das Equipes Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

04. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), de acordo com a Portaria nº 4.279, de 30/12/ 2010 são caracterizadas como:

- a) Arranjos organizativos de serviços de Atenção Básica, que integradas por contratualização com a rede de Atenção Especializada conveniada ao SUS, buscam garantir a integralidade do cuidado.
- b) Conjunto das ações e serviços do Sistema Único de Saúde, de diferentes densidades tecnológicas, hierarquizados verticalmente nos níveis de Atenção Básica e Atenção Especializada, que buscam garantir a universalidade do atendimento.
- c) Conjunto de serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde, coordenados pela Atenção Básica municipal e pela Atenção Ambulatorial e Hospitalar estaduais, buscando garantir a equidade do acesso.
- d) Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

05. As redes temáticas prioritárias pactuadas em 2011 e 2012 na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a partir dos referenciais da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, foram:

- a) Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Domiciliar (RAD), Rede de Atenção à População em Situação de Rua, Rede de Saúde Bucal.
- b) Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.
- c) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Domiciliar (RAD), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
- d) Rede de Promoção da saúde, Rede Cegonha, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, Rede de Saúde bucal, Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

06. Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003) Essa transição epidemiológica singular dos países em desenvolvimento, claramente manifestada no Brasil, faz-se de forma singular e muito acelerada. Essa complexa situação epidemiológica foi definida como tripla carga de doenças por envolver, ao mesmo tempo:

- a) Infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; doenças crônicas e seus fatores de risco e, forte crescimento da violência e das causas externas.
- b) Causas maternas e perinatais; parte significativa das doenças infecciosas e, condições agudas, expressas nas doenças parasitárias.
- c) Doenças infecciosas e doenças crônicas; desnutrição e enfermidades emergentes e, doenças reemergentes, como a Dengue e Febre Amarela.
- d) Doenças do aparelho circulatório e neoplasias; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e, doenças infecciosas e parasitárias, como HIV e Tuberculose.

07. A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é composta pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. No componente da Atenção Básica em Saúde, estão incluídos os seguintes serviços/programas:

- a) UPA 24 horas; Leitos de saúde mental em hospital geral; Unidade de acolhimento e Samu 192.
- b) Serviços residenciais terapêuticos; Serviço de atenção em regime residencial; unidades básicas de saúde e Projeto olhar Brasil.
- c) Programa Saúde na Escola; Práticas Integrativas e Complementares; Centros de Atenção Psicossocial e Academias da Saúde.
- d) Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios na Rua e Centros de Convivência e Cultura.

08. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS, e 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. Esta importante política do SUS é orientada por seis princípios, dentre os quais se estaca o princípio de construção compartilhada do conhecimento, que consiste:

- a) No encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização.
- b) Na ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas.
- c) Em processos coletivos e compartilhados nos quais pessoas e grupos conquistam a superação e a libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento.
- d) Em processos comunicacionais e pedagógicos entre pessoas e grupos de saberes, culturas e inserções sociais diferentes, na perspectiva de compreender e transformar de modo coletivo as ações de saúde desde suas dimensões teóricas, políticas e práticas.

09. As mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira, a evolução das pesquisas e das tecnologias em saúde, implica no melhor monitoramento de doenças e agravos e integração de ações e serviços de saúde. No que se refere à Vigilância em Saúde, à luz dos determinantes sociais da saúde, podemos afirmar que:

- a) A estrutura e o funcionamento efetivo de um sistema de vigilância em saúde são irrelevantes para o pleno funcionamento do SUS.
- b) As vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, que compõe o sistema de Vigilância, devem atuar de forma independente, articulando-se com a Atenção Básica apenas em situação de emergência epidemiológica.
- c) A integração entre a Vigilância em saúde e a Atenção Básica estabelece processos de trabalho baseado na integralidade, numa atuação intra e intersetorial visando o planejamento e implementação de medidas de saúde pública promotora e protetora da saúde.
- d) A organização e coordenação das ações e serviços de vigilância em saúde são de competência da Atenção Básica.

10. Acerca do processo de organização do SUS, está estabelecido no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, a instituição de mecanismos de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, através de:

- a) Porta de entrada única do SUS, por meio dos serviços de urgência/emergência.
- b) Atuação da população na regulação dos serviços de saúde, através do Conselho Municipal de Saúde.
- c) Regiões de Saúde, que reúnem ações e serviços de saúde organizados em rede de atenção.
- d) Centrais de regulação em nível Estadual, pactuado e coordenado com os municípios.

11. A efetiva articulação interfederativo no SUS é considerada fundamental na Pactuação Intergestores e para promoção de equidade na saúde. Tendo como referência o no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, à Comissão Intergestora Tripartite (CIT) compete, entre outras:

- a) Pactuar critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde.
- b) Definir a composição da CIT e estabelecer normas de funcionamento.

- c) Identificar as necessidades de saúde locais e regionais.
- d) Estabelecer estratégias que incorporem da avaliação do usuário das ações e dos serviços.

12. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece seu processo de trabalho fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS. Sendo assim, as principais características do trabalho na PNAB são:

- a) Clientela específica, atendimento por demanda espontânea, acolhimento com classificação de risco e atendimento por especialidade médica.
- b) Acesso, integralidade, regionalização, hierarquização da assistência, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma e ecomapa.
- c) Acolhimento, classificação de risco, atendimento multiprofissional, Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação e Formação em Saúde.
- d) Territorialização, adscrição da clientela, vínculo, acesso, acolhimento, entrada preferencial ao SUS e responsabilização sanitária.

4

13. A participação paritária da comunidade na gestão do SUS, garantida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada em outros dispositivos legais, é efetivada quando ocorre a:

- a) Organização de entidades para reivindicar melhorias para pacientes ou categorias profissionais.
- b) Participação dos representantes na definição dos gestores da saúde para ocupar cargos de comando no SUS.
- c) Atuação dos representantes nas instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo.
- d) Coesão de movimentos populares de bairro com associações profissionais e sindicatos.

14. Os princípios e diretrizes da PNAB são elementos orientadores da organização das ações e dos serviços da Atenção Básica (AB) no âmbito municipal. O significado de LONGITUDINALIDADE do cuidado, considerando sua definição na legislação:

- a) Consiste na utilização de diferentes tecnologias de cuidado, individual e coletivo, com construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde.
- b) É o processo de vinculação de pessoas e/ou famílias a profissionais/equipes, com o objetivo de promover a participação da comunidade na gestão do SUS.
- c) É um elemento fundamental na coordenação do cuidado, por promover vínculo e responsabilidade entre usuários e profissionais de forma permanente.
- d) Trata-se do estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupondo uma lógica de organização e gestão das redes de ações e serviços de saúde.

15. A Constituição Federal de 1988 é uma conquista da população brasileira, garantidos pelo Estado direitos sociais fundamentais ao desenvolvimento de uma sociedade justa e igualitária. Acerca do direito universal à saúde, podemos afirmar que:

- a) Abrange oferta de ações e serviços que promova, proteja e recupere a saúde da população, garantindo melhor qualidade de vida.
- b) Garante assistência básica, sendo vedados o acesso aos serviços de alta complexidade e alto custo.
- c) Trata-se da garantia de acesso a serviços de assistência médico-hospitalar para população de área urbana.
- d) Garante assistência à saúde no território nacional e em outros países que tenham sistemas de saúde universais.

16. Considerando os três princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), correlacione as manchetes da Imprensa apresentadas na segunda coluna de acordo com a primeira.

(1) Universalidade	() Em dois anos, planos de saúde perdem 80 mil usuários no Estado. Crise econômica leva à redução de quase 3% do número de beneficiários no país. Como consequência, procura por serviços do SUS deve aumentar (ZH Notícias, 05 mar. 2017).
(2) Integralidade	
(3) Equidade	() Em todo o país, a cada mil nascidos vivos, 15 morrem antes de completar 12 meses de vida. Maranhão é o último Estado do ranking, com 24,7/1000 mortos. E o Estado com a menor taxa é Santa Catarina, com mortalidade infantil de 10,1/1000. Diante destes fatos, o Ministério da Saúde deve empregar mais esforços e investimentos na política de nutrição e pré-natal, parto e puerpério no Estado do Maranhão. (Revista Exame.com, 12 mar. 2015)
	() “Faz-se necessário um sistema de referência e contra referência que funcione de forma a promover a integração entre os serviços, para que em rede possam oferecer uma assistência de qualidade ao usuário.” (Repositório Institucional UNESP, 2010).

Assinale a alternativa que corresponde ao preenchimento descendente dos parênteses.

- a) 1; 2; 3
- b) 2; 3; 1
- c) 1; 3; 2
- d) 3; 2; 1

17. A Lei nº 8080, que completou 29 anos no último dia 19 de setembro, regula as ações e serviços de saúde. Considerando os princípios e diretrizes do SUS apresentado na lei, assinale a alternativa **CORRETA**:

- a) O acesso universal aos serviços de saúde fica assegurado se for respeitada porta de entrada pela Atenção Básica.
- b) A integralidade da assistência garante que os indivíduos e coletivos sejam atendidos com base em suas múltiplas demandas e considera os Determinantes Sociais da Saúde.
- c) A participação da comunidade é necessária e deverá ter instâncias organizadas e formais para ser assegurada.
- d) Reconhecer o direito à informação sobre a sua saúde, a toda e qualquer pessoa assistida nos serviços.

18. Consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo

de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo as principais causas dessas doenças os fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011j). Sendo assim, a linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é a de/da:

- a) Prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade.
- b) Pessoa com Doença Renal Crônica.
- c) Cuidado, prevenção e controle do câncer.
- d) Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio.

19. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social. Neste sentido, a PNPS tem por objetivo geral:

- a) Estimular a cooperação e a articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.
- b) Apoiar a formação e a educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.
- c) Promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.
- d) Organização os processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na RAS, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais.

20. O objetivo precípua das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às reais necessidades da população, tendo em vista a atual transição epidemiológica e demográfica do País, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas. A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes, dentre os quais estão os sistemas logísticos, dos quais fazem parte:

- a) Os sistemas de governança; o centro de comunicação e os pontos de atenção à saúde secundários e terciários.
- b) Os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; os modelos de atenção à saúde e os sistemas de informação em saúde.
- c) O registro eletrônico em saúde; os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde.
- d) Os sistemas de teleassistência; os sistemas de assistência farmacêutica e os determinantes de vulnerabilidade social.

QUESTÕES 21 A 50 – Conteúdo Específico.

21. De acordo com Martino (2015), percebe-se que desde os anos de 1980, e particularmente desde a década de 1990, os Programas de Transferências Condicionadas de Renda (PTCR) desempenham papel central nas ressignificadas matrizes de proteção social. Tais programas colocam na família uma responsabilidade fundamental, que é:

- a) a ruptura da reprodução intergeracional da pobreza.
- b) a reprodução intergeracional da pobreza.
- c) a ruptura da reprodução intergenérica da pobreza.
- d) a reprodução intergenérica da pobreza.

22. No texto escrito por Martino (2015), o autor dialoga com outros pensadores sobre a responsabilização das famílias nos PTCR, problematiza termos como regime de bem-estar familiarista, familismo, desfamiliarização e noção de familiarização. Quanto a essa última, o autor afirma que se amplia na América Latina, porque espera-se que:

- a) as famílias assumam a responsabilidade de cuidar de seus familiares, assim como o Estado e a sociedade civil.
- b) as famílias assumam a responsabilidade de cuidar de seus familiares, mas também que se transformem em unidades produtivas e redes de proteção.
- c) a política social seja construída para aliviar o fardo que as famílias têm na provisão de cuidados aos seus familiares.
- d) as famílias reduzam as dependências de seus membros em relação a elas e que maximizem os recursos econômicos individuais independentemente das obrigações familiares e conjugais.

23. De acordo com Dal Prá e Miotto (2015), na discussão sobre os processos de responsabilização da família no campo da política social, os regimes denominados de *familiaristas* ganham essa nomenclatura devido à aposta:

- a) condicionada que fazem na parceria entre família, Estado e sociedade civil como instâncias corresponsáveis de provisão de bem-estar.
- b) incondicional que fazem na família como principal instância de provisão de bem-estar.
- c) incondicional que fazem no Estado como principal instância de provisão de bem-estar e protetor primário da família.
- d) condicionada que fazem nos serviços públicos de caráter universal, buscando amenizar antecipadamente os custos enfrentados pelas famílias.

24. Quanto a participação das famílias nos serviços, Dal Prá e Miotto (2015) afirmam que ela é requerida tanto através de práticas formais de integração como de práticas informais, geralmente relacionadas às deficiências dos serviços. Assim, o funcionamento dos serviços e as propostas sobre as possíveis mudanças na qualidade de atenção, repousam em grande parte nas relações com as:

- a) famílias, sem qualquer julgamento nessa relação de acordo com as singularidades de funcionamentos dessas.
- b) famílias, trazendo, de quebra, juízos sobre o seu funcionamento.
- c) equipes multidisciplinares, trazendo, de quebra, juízos sobre o seu funcionamento.
- d) equipes multiprofissionais, sem qualquer julgamento nessa relação de acordo com as singularidades de funcionamentos dessas.

25. O Programa Melhor em Casa compõe a redefinição da atenção domiciliar no SUS regulada pela Portaria n. 963 de 2013. De acordo com Dal Prá e Miotto (2015), o foco central das atribuições da equipe multiprofissional que oferece assistência aos pacientes inseridos nesse Programa, a partir dessa Portaria, é o:

- a) Paciente
- b) Profissional
- c) Idoso
- d) Cuidador

26. Dal Prá e Mito (2015), ao analisarem os Programas Brasil Carinhoso e Melhor em Casa, afirmam que ambos ao focarem nos serviços sociais colocam em movimento, de forma coordenada, os atores principais para a efetivação do processo de privatização da provisão de bem-estar, que são o:

- a) Estado e a sociedade civil
- b) mercado e o Estado
- c) Estado, o mercado e a Família,
- d) mercado e a família

27. De acordo com Aleixo (2002) a Atenção ou cuidados Primários de Saúde, como entendemos hoje, constituem um:

- a) emaranhado de ações complexas, articulado a um sistema de prevenção e promoção integral à saúde.
- b) conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde.
- c) conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de prevenção e reabilitação parcial à saúde.
- d) emaranhado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde, somente das classes mais empobrecidas da sociedade.

28. Identifique a única alternativa **CORRETA**, em que três atividades ou ações pertencem aos cuidados primários de saúde, de acordo com Aleixo (2002):

- a) combate a endemias locais/ atendimento de problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico/ imunização
- b) tratamento das doenças e traumatismos complexos/ imunização/ educação para saúde e sobre métodos de promoção e reabilitação
- c) atendimento a problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico/ procedimentos cirúrgicos de pequeno porte/ provisão de medicamentos de alto custo
- d) combate a endemias locais/ provisão de medicamentos essenciais/ educação para saúde e sobre métodos de promoção e reabilitação

29. Para Gurgel e Souza Filho (2016), administrar envolve três movimentos que implicam em duas dimensões da razão, são elas:

- a) técnico-operativa e teórico-prática
- b) teórico-prática e instrumental
- c) finalista (ou ético-política) e a instrumental
- d) finalista e ético-política

30. Segundo a Lei nº 13.146/15, os serviços de saúde pública devem assegurar ações, destinadas à pessoa com deficiência, **EXCETO**:

- a) serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida;
- b) atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação;
- c) diagnóstico e intervenção precoces, realizados por profissional na área da pessoa com deficiência;
- d) campanhas de vacinação.

31. De acordo com a Lei nº 10.741/03, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

- a) unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;
- b) participação na vida familiar e comunitária
- c) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso
- d) atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população

32. O processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência, de acordo com a Lei nº 13.146/15. Baseia-se em avaliação multidisciplinar das necessidades, habilidades e potencialidades de cada pessoa, observadas Algumas diretrizes, dentre elas:

- a) promoção de estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no SUS, em todos os níveis de atenção, no atendimento à pessoa com deficiência, bem como orientação a seus atendentes pessoais
- b) disponibilização de equipamentos urbanos comunitários acessíveis
- c) prestação de serviços próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS)
- d) o poder público deve implementar serviços e programas completos de habilitação profissional e de reabilitação profissional para que a pessoa com deficiência possa ingressar, continuar ou retornar ao campo do trabalho, respeitados sua livre escolha, sua vocação e seu interesse.

33. A política de atendimento ao idoso, segundo a Lei nº 10.741/03, far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Dessa forma, apresenta linhas de ação da política de atendimento, dentre elas:

- a) priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência
- b) cadastramento da população idosa em base territorial
- c) políticas sociais básicas previstas na Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994;
- d) comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares.

34. Em consonância com o ParticipaSUS, o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Essa Política tem como *marca*:

- a) inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde;
- b) o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde
- c) incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra
- d) garantir e ampliar o acesso da população negra residente em áreas urbanas, em particular nas regiões periféricas dos grandes centros, às ações e aos serviços de saúde.

35. Paiva (2017), em seus estudos sobre *Envelhecimento Saúde e Trabalho no Tempo do Capital*, elege como método de análise uma racionalidade dada pela dialética em Marx, destacando que os estudos sobre envelhecimento humano devem:

- a) contextualizar a condição de saúde, de doença, associada a pauperização dos homens velhos e mulheres velhas, enquanto expressão da questão social.
- b) abordar a velhice enquanto uma produção de aspectos biopsicossociais e do acelerado processo de transição demográfica brasileira
- c) levar em consideração a centralidade do sujeito idoso na sociedade capitalista
- d) contemplar na análise teórico metodológico, o movimento histórico do envelhecimento, dos avanços e das lutas dos movimentos sociais, em defesa do idoso.

36. Para Mendonça e Pereira (2013), historicamente, a base de um sistema de garantias de seguros, em relação a doenças e aposentadorias, se desenvolveu com o chamado Estado Providência. Mas com a crise do capital na década de 1970 e a ofensiva neoliberal ao Estado de Bem Estar Social, observou-se a redução desta proteção social, ao mesmo tempo que o acelerado processo de envelhecimento. Assim, tais garantias passaram a ser vistas como um peso para a seguridade Social, principalmente as políticas de:

- a) Previdência e Saúde
- b) Educação e Habitação
- c) Assistência social e Saúde
- d) Trabalho e Cultura

37. A questão previdenciária é um dos temas recorrentes da seguridade social, particularmente no que se refere ao processo de envelhecimento, o qual aponta a necessidade de revisões nos sistemas de aposentadorias e pensões, para que estes sejam garantidos e sustentáveis. Porém, tais reformas devem assegurar direitos conquistados e segundo Mendonça e Pereira (2013), abarcar outras políticas, tais como:

- a) Econômica e Cultural
- b) Saúde e Assistência Social**
- c) Trabalho e Renda
- d) Controle da Natalidade e Mortalidade

38. Segundo Haddad (2017), a tecnocracia a serviço dos interesses capitalista, o aumento da população idosa e da longevidade exige que seja realizada a reforma da previdência, a fim de conter os déficits dos últimos anos. Este debate sobre reforma de uma das políticas da seguridade social aponta que:

- a) a previdência social funciona como política impulsionadora da economia, favorecendo o conjunto da população que está envelhecendo.
- b) a velhice subsidiada pelo Estado estará ameaçada, e por conseguinte, a miséria no fim da vida será controlada com medidas compensatórias.
- c) uma questão a ser compreendida no universo da dominação capitalista é que a reforma da previdência é reduzida a mero problema demográfico.**
- d) ela é importante para o Estado recuperar a economia e assim conseguir ampliar as políticas de proteção social para a classe trabalhadora.

39. Com relação à Guarda, Tutela e Adoção, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº8.069/90), estabelece que:

- a) a guarda de crianças e adolescentes obriga ao responsável legal constituído a prestação de assistência material, moral e educacional, conferindo ao seu detentor o direito de opor-se a terceiros, exceto aos pais.
- b) o deferimento da tutela independe da prévia decretação da perda do poder familiar e implica o dever de guarda.
- c) na adoção, em caso de conflito entre direitos e interesses do adotando e de outras pessoas, inclusive seus pais biológicos, devem prevalecer os direitos e os interesses dos pais biológicos.
- d) a guarda confere à criança ou adolescente a condição de dependente, para todos os fins e efeitos de direito, inclusive previdenciários.**

40. De acordo com a Lei nº 8.069/90, o órgão que se configura como autônomo e não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelos direitos da criança e do adolescente é o(a):

- a) Justiça da Infância e Juventude
- b) Conselho Tutelar**
- c) Ministério Público
- d) Delegacia de proteção à criança e ao adolescente (DPCA)

41. O fenômeno de judicialização no campo da saúde expressa a necessidade da população interpelar o poder judiciário, de forma individual, como forma de acessar direitos reconhecidos e garantidos legalmente. Um dos motivos para essa tendência crescente no Brasil na atualidade é o(a):

- a) judicialização da questão social**
- b) enfraquecimento do Poder Judiciário
- c) fortalecimento do sistema de proteção social no país
- d) protagonismo dos sindicatos e outros canais associativos

42. Sobre a expressão *controle social* no Brasil, Bravo e Correia (2012) afirmam que a mesma tem sido utilizada como sinônimo de controle da sociedade civil sobre as ações do Estado. Para as autoras, os mecanismos de controle social foram implementados num cenário de regressão dos direitos sociais, a partir dos anos:

- a) 1990
- b) 1960
- c) 1970
- d) 1980

43. De acordo com estudo apresentado sobre a saúde da mulher, foi constatado que as mulheres constituem a maior clientela do Sistema Único de Saúde - SUS, tanto para resolver as próprias demandas como para parte do cuidado que dispensam aos seus familiares, parentes, amigos e vizinhos. Todavia, tal estudo sinalizou que era esperado para o Brasil, em 2008, um risco estimado de 51 novos casos de câncer em cada 100 mil mulheres. O tipo de câncer específico do qual trata o referido estudo é:

- a) colo do útero
- b) fígado
- c) pâncreas
- d) mama

44. Segundo a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, na 13^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2007, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social da saúde. Uma das recomendações que emanou dessa Conferência foi:

- a) a implementação do protocolo de atenção contra a violência, desconsiderando a identidade de gênero e a orientação sexual;
- b) a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade;
- c) o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específico para lésbicas e travestis negros;
- d) o fortalecimento e manutenção de ações de prevenção das DSTs/AIDS, com especial foco nas populações ribeirinhas.

45. Mendes e Vidal (2018) apontam que a residência multiprofissional emerge como uma possibilidade de articular produção do conhecimento com práticas de saúde. Ainda de acordo com as autoras, é importante considerar que as residências multiprofissionais e em área de saúde remontam as suas origens à década de:

- a) 1980
- b) 1970
- c) 1990
- d) 2000

46. O Projeto Ético-Político do Serviço Social emerge no Brasil de desdobramentos advindos de um veio de inspiração mais crítica do Movimento de Reconceituação latino-americano. Para Ramos e Forti (2018), por tratar-se de um projeto crítico cuja busca de sua materialização e concretização requer análise substancial da realidade social e competência profissional, compreende-se que abordagem do referido projeto inicia-se pela compreensão da/das:

- a) expressões da "questão social";
- b) gênese da profissão;
- c) liberdade como valor ético central;
- d) ontologia do ser social.

47. Nos governos dos ex-presidentes da República Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, foi possível observar um conjunto de medidas que expressam o processo de privatização alavancado pelo Estado brasileiro, em relação à política de saúde. Entre essas medidas encontra-se:

- a) o incentivo a criação das Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, que enfraquecem o modelo médico hospitalocêntrico, alterando a essência do SUS;
- b) a retração na criação das Fundações Estatais de Direitos Privados;
- c) a resistência à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH.
- d) a criação das Organizações Sociais - OSs, defendidas como modelo de gestão para as unidades públicas de saúde;

48. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais tem como uma de suas diretrizes:

- a) a contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;
- b) a garantia de acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;
- c) a qualificação de informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- d) a qualificação da rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT.

49. De acordo com a Lei nº 8.662/93, constitui uma *competência* do assistente social:

- a) elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;
- b) elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- c) realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
- d) assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular.

50. Constitui um princípio que rege a assistência social, de acordo com a Lei nº 8.472/93 e demais alterações, a:

- a) descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;
- b) participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- c) primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo.
- d) igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;