INSTITUTO SANTOS DUMONT
ENSINO E PESQUISA

PROCESSO SELETIVO
Edital nº 001/2027

Residência Multiprofissional no Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência

Serviço Social

Leia estas instruções:

1	Confira se os dados contidos na parte inferior desta capa estão corretos e, em seguida, assine no espaço reservado.
2	Este Caderno contém **50 questões** de múltipla escolha, dispostas da seguinte maneira: **01 a 30** › Eixo Comum do Programa RESPCD; **31 a 50** › Questões Específicas de Serviço social.
3	Se o Caderno estiver incompleto ou apresentar imperfeição gráfica que impeça a leitura, solicite imediatamente ao Fiscal que o substitua.
4	Cada questão apresenta quatro opções de resposta, das quais apenas uma é correta.
5	Interpretar as questões faz parte da avaliação; portanto, não peça esclarecimentos aos Fiscais.
6	O candidato deverá utilizar, **exclusivamente**, **caneta** esferográfica de tinta **preta**, fabricada em material transparente, sendo passível de **eliminação** caso utilize qualquer outro tipo de instrumento de escrita.
7	Utilize qualquer espaço em branco deste Caderno para rascunhos e não destaque nenhuma folha.
8	Os rascunhos e as marcações que você fizer neste Caderno não serão considerados para efeito de avaliação.
9	Você dispõe de, no máximo, quatro horas para responder às questões e preencher a Folha de Respostas.
10	O preenchimento da Folha de Respostas é de sua inteira responsabilidade.
11	Antes de se retirar definitivamente da sala, **devolva** ao Fiscal a **Folha de Respostas**.
12	O candidato só poderá levar este Caderno **após decorridas três horas** do início da prova.

Assinatura do Candidato: _____

Eixo Comum do Programa RESPCD — 01 a 30

01. Uma equipe de Saúde da Família está realizando o planejamento territorial e a busca ativa de pessoas com deficiência em sua Unidade Básica de Saúde. Para alinhar o cadastramento local aos critérios do Censo Demográfico 2022 do IBGE e às diretrizes internacionais do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência, os profissionais revisam os parâmetros conceituais utilizados no levantamento censitário nacional. Analisando a metodologia aplicada à população de 2 anos ou mais de idade no Censo 2022, a equipe constatou que é classificada como pessoa com deficiência a que declara

A) alguma dificuldade permanente registrada, simultaneamente, em dois ou mais dos cinco domínios funcionais investigados.

B) muita dificuldade ou incapacidade total de realizar atividade em, pelo menos, um dos cinco domínios funcionais pesquisados.

C) qualquer nível de limitação em, ao menos, um domínio funcional, sem o uso de aparelhos de auxílio ou próteses físicas.

D) qualquer diagnóstico médico prévio e formalizado de impedimento irreversível em, pelo menos, um dos domínios pesquisados.

02. Durante uma reunião de planejamento da equipe multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), profissionais de fisioterapia, de terapia ocupacional e de fonoaudiologia discutem a alocação de recursos e equipamentos de tecnologia assistiva. Para embasar a priorização das ações com base em dados epidemiológicos populacionais do Censo Demográfico 2022 do IBGE, a equipe analisa o contingente de pessoas com limitações nos diferentes domínios funcionais, no Brasil. Com base nos resultados preliminares da amostra do Censo 2022 para a população de 2 anos ou mais de idade, o domínio funcional que registrou o maior volume absoluto de pessoas com deficiência no país é a dificuldade permanente para

A) enxergar, mesmo utilizando óculos ou lentes de contato.

B) andar ou subir degraus, mesmo usando aparelhos de auxílio.

C) ouvir, mesmo fazendo o uso contínuo de aparelhos auditivos.

D) manusear pequenos objetos, mesmo com uso de órtese de mão.

03. Em um hospital geral, uma equipe multiprofissional de saúde atende um paciente de 74 anos, consciente, orientado e no pleno domínio de suas faculdades mentais, com uma condição clínica grave para a qual a equipe recomenda um procedimento cirúrgico como opção terapêutica mais favorável. O paciente, entretanto, recusa a cirurgia e opta por um tratamento conservador, mesmo após ser informado sobre as possíveis consequências clínicas de sua decisão. A família do paciente, contudo, exige que o procedimento seja realizado. De acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa, quanto à tomada de decisão sobre o tratamento de saúde, a conduta correta da equipe de saúde deve ser

A) realizar o procedimento cirúrgico indicado, prevalecendo a conduta médica soberana sobre a vontade do paciente em situações de maior gravidade.

B) acatar a exigência dos familiares responsáveis, considerando que a gravidade da condição clínica justifica a transferência da decisão terapêutica à família.

C) submeter o caso à apreciação sumária do curador judicial da instituição, suspendendo qualquer intervenção até a emissão de parecer legal e formal.

D) respeitar a opção do paciente pelo tratamento conservador, visto ser assegurado o seu direito de escolha quando em domínio de suas faculdades mentais.

04. Em um serviço de pronto atendimento da rede pública de saúde, quatro pessoas idosas, após passarem pelo acolhimento e pela classificação de risco, encontram-se na área de observação, aguardando a continuidade do atendimento e a realização de exames diagnósticos. Todas apresentam condições clínicas que não caracterizam situação de emergência. Entre os usuários cadastrados no acolhimento, encontra-se uma senhora de 80 anos acompanhada de sua filha, que solicita prioridade no atendimento e a permanência contínua de acompanhante na unidade, justificando que é a mais idosa dentre as demais. Tendo em vista as normas do Estatuto da Pessoa Idosa relativas ao direito à saúde e à organização dos serviços, a equipe de atendimento deve reconhecer a

A) mesma prioridade para as demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, conforme as normas gerais de funcionamento do serviço.

B) mesma prioridade para as demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, observando o critério médico e as condições da unidade.

C) prioridade especial da senhora de 80 anos em relação às demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, conforme as normas gerais de funcionamento do serviço e as condições da unidade.

D) prioridade especial da senhora de 80 anos em relação às demais pessoas idosas e assegurar seu direito ao acompanhante durante o atendimento, observando o critério médico e as condições estabelecidas para a pessoa idosa em observação.

05. Uma mulher de 24 anos procura a emergência de um hospital público de referência 12 horas após ter sido vítima de violência sexual. Ao ser acolhida pela equipe multiprofissional da unidade, a usuária relata que não registrou Boletim de Ocorrência (BO) na delegacia por medo e vergonha, solicitando, expressamente, que nenhum órgão de segurança pública seja acionado no momento. Com base na Norma Técnica do Ministério da Saúde para o atendimento a pessoas em situação de violência sexual, a conduta imediata e adequada da equipe de saúde consiste em

A) iniciar o atendimento de saúde e orientar sobre o registro policial, deixando a coleta de vestígios para momento posterior, após a usuária manifestar sua intenção de registrar o BO.

B) prestar atendimento profilático e integral de saúde, respeitando a decisão da usuária, sem prejuízo das notificações compulsórias previstas em lei.

C) prestar o atendimento clínico e realizar os procedimentos profiláticos indicados, encaminhando a usuária à autoridade policial para formalização do registro da ocorrência.

D) realizar o acolhimento e os cuidados de saúde, encaminhando a usuária ao serviço médico-legal para avaliação pericial antes da coleta de vestígios na unidade.

06. Durante o atendimento a uma pessoa em situação de violência sexual, em um hospital habilitado do SUS, o médico realiza a coleta de amostras de secreção vaginal utilizando *swabs* esterilizados para pesquisa de espermatozoides e futura análise de perfil genético (DNA), após a assinatura do Termo de Consentimento Informado. Concluída a coleta no consultório, a equipe organiza o manuseio, a secagem e a embalagem dos vestígios para preservação e, em seguida, envia para a cadeia de custódia. De acordo com os procedimentos técnicos de acondicionamento e conservação de amostras descritos na Norma Técnica "Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios" do Ministério da Saúde, Ministério da Justiça e Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015, a conduta correta para o manuseio inicial desses *swabs* é

A) secá-los à temperatura ambiente e acondicioná-los em envelopes de papel ou recipientes secos e identificados.

B) colocá-los, ainda úmidos, diretamente em sacos plásticos lacrados hermeticamente para evitar o ressecamento do DNA.

C) congelá-los, ainda úmidos, sem etapa prévia de secagem, para conter a proliferação de bactérias na amostra.

D) submetê-los ao calor de estufa cirúrgica para acelerar a evaporação da umidade antes de realizar o envio pericial.

07. Durante uma reunião de matriciamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde e do Centro Especializado em Reabilitação (CER), discute-se a linha de cuidado e o fluxo de concessão, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) para pacientes acompanhados no território. A equipe necessita compreender a estrutura formal e a articulação institucional do serviço responsável pela oferta dessa tecnologia assistiva no SUS. Ao consultar a Cartilha Orientativa do Novo Viver sem Limite, a equipe constatou que, conforme explicitado nesse documento, a Oficina Ortopédica configura-se como um serviço que deve estar formalmente vinculado e articulado a

A) um hospital geral público habilitado para atendimentos de alta complexidade ortopédica.

B) uma unidade básica de saúde de referência territorial ou a um centro comunitário do SUS.

C) um estabelecimento de reabilitação física ou a um Centro Especializado em Reabilitação.

D) uma unidade pública de acolhimento institucional de longa permanência.

08. Em um município de médio porte, uma equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde (eMulti) e do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) realiza o planejamento de cuidados para adultos com deficiência em situação de dependência funcional cujos vínculos familiares se encontram rompidos. A equipe precisa diferenciar as modalidades de acolhimento institucional para efetuar o encaminhamento adequado. Analisando a caracterização dos serviços socioassistenciais apresentada no plano Novo Viver sem Limite, a equipe constata que a unidade de acolhimento adaptada, que funciona como moradia protegida para jovens e adultos com deficiência nessa condição, é

A) o Abrigo Institucional Provisório, mantendo caráter temporário para internação continuada.

B) o Centro-Dia de Referência, ofertando atendimento público especializado apenas no turno diurno.

C) a Residência Inclusiva, constituindo unidade de moradia protegida inserida na comunidade.

D) a Casa-Lar Comunitária, fornecendo abrigo temporário sob a tutela de casal educador residente.

09. Em um município de médio porte, uma equipe multiprofissional de saúde está estruturando a linha de cuidado para a atenção à pessoa com deficiência na sua região de saúde. Para organizar a rede assistencial no SUS, segundo as diretrizes da Portaria MS nº 793/2012, os profissionais mapeiam os componentes fundamentais que constituem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. De acordo com a referida portaria, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência organiza-se, estruturalmente, nos componentes da

A) Reabilitação Comunitária, da Atenção Socioassistencial Integrada e do Pronto Atendimento de Emergências.

B) Atenção Primária à Saúde, da Atenção Ambulatorial Especializada e da Atenção Terciária de Média Complexidade.

C) Vigilância em Saúde, da Rede de Atenção Psicossocial Territorial e dos Serviços de Assistência Especializada.

D) Atenção Básica, da Atenção Especializada em Reabilitação e da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

10. Em um Centro Especializado em Reabilitação (CER), uma equipe multiprofissional de reabilitação acolhe uma usuária de 35 anos com sequelas motoras e sensoriais decorrentes de um acidente vascular cerebral. Para planejar o cuidado continuado e promover a autonomia e a independência da paciente na comunidade, a equipe organiza a elaboração do instrumento central de planejamento assistencial previsto na Portaria MS nº 793/2012. De acordo com as diretrizes da referida portaria para o componente de Atenção Especializada em Reabilitação, esse planejamento deve estruturar-se por meio do

A) Prontuário Médico Unificado, preenchido pela equipe multiprofissional do hospital de referência após a consulta primária.

B) Projeto Terapêutico Singular, elaborado em conjunto com a usuária e os familiares bem como baseado em avaliações multidisciplinares.

C) Plano Diretor de Regionalização, pactuado na comissão intergestores para organizar a regulação na média complexidade.

D) Protocolo Clínico de Acolhimento, definido pela Secretaria de Saúde para a triagem padronizada na atenção primária.

11. Uma equipe multiprofissional de uma Unidade Básica de Saúde realiza a acolhida de uma pessoa de 30 anos com limitação motora, decorrente de sequela neurológica, visando avaliar suas necessidades funcionais, de reabilitação e de inserção social na comunidade. Essa avaliação deve considerar o que determina a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015). Segundo a lei, a avaliação da deficiência, quando necessária, deve ser biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar, e considerar

A) as alterações corporais, os fatores socioeconômicos, a capacidade para atividades profissionais e o grau de dependência funcional.

B) as alterações nas funções e estruturas do corpo, a condição clínica, a capacidade laboral e o grau de comprometimento funcional identificado.

C) os impedimentos nas funções e estruturas do corpo, os fatores socioambientais, a limitação de atividades e a restrição de participação.

D) os impedimentos corporais, as condições clínicas associadas, as limitações para o trabalho e as necessidades de apoio identificadas no contexto familiar.

12. Em uma unidade hospitalar, um profissional de saúde presta atendimento a uma pessoa adulta com deficiência intelectual em situação de curatela. O paciente necessita realizar um procedimento terapêutico eletivo de saúde e, após comunicação acessível, realizada pela equipe multiprofissional, o paciente demonstra compreender a natureza, os benefícios, os riscos e as alternativas do procedimento bem como consegue expressar sua decisão. De acordo com as disposições da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) relativas ao direito à saúde e à capacidade legal, a conduta adequada do profissional, nesse caso, é

A) obter o consentimento do próprio paciente, assegurando sua participação no processo decisório, visto que a curatela não afeta o direito à saúde.

B) considerar a manifestação do paciente durante o processo de consentimento, solicitando também a participação do curador na formalização do procedimento terapêutico.

C) considerar a manifestação do paciente e encaminhar o caso ao responsável legal para definição quanto ao consentimento necessário ao procedimento terapêutico.

D) realizar o procedimento mediante consentimento do curador, considerando a situação de curatela e a participação do paciente nas orientações sobre o tratamento.

13. Durante o atendimento prestado a um jovem com deficiência física, em um serviço de urgência, um profissional de saúde identifica lesões corporais e relatos sugestivos de sofrimento físico e negligência decorrentes de violência praticada no ambiente doméstico. Nos termos da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), diante da suspeita ou confirmação de violência contra a pessoa com deficiência nos serviços de saúde, a medida obrigatória a ser adotada pelo profissional de saúde é a

A) comunicação obrigatória do caso à direção do serviço de saúde e aos responsáveis pela assistência ao usuário.

B) notificação compulsória à autoridade policial, ao Ministério Público e aos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

C) orientação formal à pessoa atendida quanto aos mecanismos disponíveis para denúncia da situação de violência.

D) realização, no prontuário, de registro detalhado sobre as circunstâncias relacionadas à situação de violência identificada.

14. A história da dança inclusiva no Rio Grande do Norte apresenta experiências que contribuíram para ampliar a presença de pessoas com deficiência no cenário artístico brasileiro. Entre essas iniciativas, destaca-se a Roda Viva Cia. de Dança, criada em 1995, no âmbito da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, reconhecida por seu pioneirismo na aproximação entre dança e pessoas com deficiência física. Considerando o significado dessa experiência para a representatividade da pessoa com deficiência na sociedade, o que representa a dimensão da transformação das representações sociais sobre a deficiência é a

A) valorização de grupos de dança inclusiva como espaços de convivência e formação artística, focados na aproximação com os padrões de desempenho dos bailarinos sem deficiência.

B) utilização da dança como recurso terapêutico para pessoas com deficiência, pois considera os ganhos funcionais e a expressão artística como um resultado secundário da intervenção.

C) participação de pessoas com deficiência em apresentações artísticas, com foco na reprodução de coreografias convencionais como referência para sua integração ao cenário da dança.

D) presença de pessoas com deficiência, como artistas, pois contribui para ampliar seu protagonismo cultural e questionar concepções que restringem sua participação social a espaços de reabilitação.

15. O Programa VENCER pelo Esporte, instituído pela Portaria MESP nº 15/2026, foi desenvolvido em articulação entre os Ministérios do Esporte, da Saúde e da Educação. O programa prevê a aproximação do paradesporto com os Centros Especializados em Reabilitação (CER) do SUS. Considerando essa proposta e o Acordo de Cooperação Técnica firmado entre os Ministérios do Esporte e da Saúde, trata-se de uma diretriz dessa iniciativa:

A) a integração do paradesporto ao processo de reabilitação, articulando sua utilização ao Projeto Terapêutico Singular e às ações desenvolvidas no cuidado às pessoas com deficiência.

B) o repasse da responsabilidade pela identificação, seleção e treinamento de atletas, destinados às competições oficiais do paradesporto brasileiro, para os CER.

C) a incorporação das atividades paradesportivas ao Projeto Terapêutico Singular como estratégia prioritária de reabilitação, substituindo intervenções terapêuticas convencionais por práticas esportivas.

D) o direcionamento das práticas paradesportivas nos CER aos usuários que apresentem interesse e potencial para participação em competições esportivas de âmbito regional ou nacional.

16. Um homem de 32 anos sofreu lesão medular traumática há oito meses, resultando em paraplegia. Apresenta dificuldades nas transferências e no autocuidado, utiliza cadeira de rodas e deseja retornar ao trabalho bem como participar de atividades esportivas. Reside em uma casa com acesso por escadas, enfrenta dificuldades no transporte público e relata que a família realiza algumas atividades por ele. A equipe do Centro Especializado em Reabilitação (CER) também identifica barreiras de acessibilidade no ambiente de trabalho. Considerando o modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e sua aplicação na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a equipe deve

A) considerar as barreiras ambientais e o apoio familiar após a recuperação funcional bem como estabelecer metas com a família, priorizando as atividades consideradas mais seguras.

B) analisar as barreiras ambientais e o apoio familiar como fatores que influenciam a funcionalidade e pactuar metas com o usuário, priorizando a recuperação das funções corporais.

C) analisar as barreiras ambientais e o apoio familiar como fatores que influenciam a funcionalidade e pactuar metas com o usuário, priorizando sua participação social.

D) considerar as barreiras ambientais e o apoio familiar quando interferirem nas técnicas terapêuticas bem como estabelecer metas pela equipe, priorizando as limitações identificadas na avaliação clínica.

17. Uma criança de 10 anos, com baixa visão bilateral, apresenta dificuldades para acessar materiais, acompanhar atividades e se deslocar com autonomia na escola. A família relata redução da participação escolar. A professora solicita apoio ao Centro Especializado em Reabilitação (CER), mas a escola e a família apresentam diferentes percepções sobre as necessidades da criança. Considerando o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a intersetorialidade, a melhor conduta seria articular

A) saúde, educação e assistência social a partir das necessidades identificadas pela equipe, priorizando recursos especializados e adaptações individuais. A família participa das orientações, enquanto a escola organiza sua implementação e comunica os resultados ao serviço de reabilitação.

B) saúde e educação para definir estratégias terapêuticas e recursos de acessibilidade, mantendo cada setor responsável por suas intervenções. A família deve ser consultada durante o planejamento, enquanto a equipe do CER monitora, posteriormente, a adaptação escolar.

C) saúde, educação e assistência social para ampliar os recursos disponíveis, mantendo o CER como responsável pela definição das estratégias. A escola executa as adaptações pactuadas, enquanto a família e os demais setores informam dificuldades observadas durante o acompanhamento conjunto.

D) saúde e educação para identificar barreiras à participação, pactuar estratégias de acessibilidade no cotidiano escolar e definir responsabilidades compartilhadas. A família deve participar do planejamento, enquanto os setores acompanham, conjuntamente, os efeitos das ações sobre a participação escolar.

Para responder às questões 18 e 19, analise o caso clínico abaixo.

Lucas, 16 anos, apresenta epilepsia farmacorresistente e deficiência intelectual. Frequenta uma escola regular, porém, nas atividades escolares, sua participação é limitada. Apresenta episódios de crise que interferem em sua rotina e fazem com que a família restrinja algumas atividades por receio de novas ocorrências. Na escola, os profissionais relatam dificuldade para identificar estratégias que favoreçam sua participação e autonomia. A mãe refere que as decisões relacionadas ao adolescente costumam ser tomadas pelos adultos, pois considera que Lucas tem dificuldade para expressar suas preferências. Apesar disso, ele demonstra interesse em participar de atividades esportivas e em realizar algumas tarefas de forma independente. A família também relata dificuldades para organizar uma rotina que contemple escola, cuidados, lazer e convivência social. A equipe do Centro Especializado em Reabilitação (CER) inicia a construção de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a participação do adolescente, da família, da escola e dos profissionais envolvidos.

18. Considerando o caso apresentado e os princípios do PTS, a conduta que representa, adequadamente, o primeiro momento de construção do PTS é realizar diagnóstico

A) situacional, identificando necessidades, potencialidades, barreiras e facilitadores nos diferentes contextos de vida. A equipe deve considerar a perspectiva de Lucas e da família para compreender demandas relacionadas à funcionalidade e participação.

B) clínico ampliado, priorizando controle das crises e limitações decorrentes da deficiência intelectual. A equipe deve considerar as demandas escolares e sociais, após estabelecer as principais necessidades terapêuticas relacionadas à condição de saúde.

C) funcional, concentrando-se nas limitações apresentadas por Lucas durante atividades terapêuticas. A equipe deve considerar as informações familiares e escolares para complementar a avaliação bem como definir as intervenções consideradas necessárias pela equipe.

D) multiprofissional, reunindo avaliações individuais dos diferentes profissionais responsáveis pelo acompanhamento. A equipe deve considerar a integração dessas informações para estabelecer prioridades terapêuticas, considerando as demandas familiares e escolares identificadas durante o atendimento.

19. A partir da avaliação inicial, Lucas, sua família e os profissionais identificam, como prioridades, ampliar sua participação na escola e em atividades de lazer, além de favorecer maior autonomia nas tarefas da rotina. Considerando a continuidade do PTS, a estratégia mais adequada será estabelecer metas

A) familiares relacionadas à organização da rotina e à adesão aos cuidados, definindo orientações para escola e serviços envolvidos. A equipe deverá acompanhar, posteriormente, a participação de Lucas, priorizando, inicialmente, os resultados clínicos alcançados durante o tratamento.

B) relacionadas à redução das limitações funcionais, definidas principalmente pela equipe, distribuindo intervenções entre os profissionais responsáveis. A participação escolar e social deverá ser acompanhada posteriormente, conforme evolução clínica apresentada durante o acompanhamento.

C) terapêuticas específicas para cada profissional, considerando suas respectivas áreas de atuação. A equipe deverá integrar os resultados periodicamente e realizar ajustes nas intervenções, conforme mudanças observadas no desempenho funcional de Lucas.

D) centradas na participação, pactuadas com Lucas e sua família, definindo responsabilidades compartilhadas entre os envolvidos. A equipe deverá utilizar indicadores objetivos para acompanhar os resultados e realizar ajustes durante a reavaliação.

20. Um serviço especializado do SUS, vinculado a uma instituição de ensino, pesquisa e inovação, acompanha crianças com deficiência e suas famílias. A equipe identifica três problemas recorrentes: dificuldades de articulação com a Atenção Primária, baixa participação das famílias na construção do cuidado e barreiras de acessibilidade nos processos de comunicação. Para enfrentar a situação, propõe um plano que articule residentes, profissionais da Atenção Primária à Saúde, equipe especializada, famílias e representantes de outros setores, utilizando casos reais do território para reorganizar fluxos, qualificar o cuidado e revisar os processos formativos. Considerando conjuntamente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI), a estratégia apresentada é caracterizada como

A) fortalecimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência mediante transferência progressiva das responsabilidades.

B) processo integrado de transformação das práticas de maneira intersetorial e atenta à acessibilidade.

C) estratégia de educação em saúde na qual os profissionais constroem ações interdependentes.

D) modelo de descentralização do cuidado, pautado na participação comunitária como validação das decisões.

21. Um município da região metropolitana do Rio Grande do Norte identifica aumento da demanda de crianças com deficiência para serviços especializados. O gestor municipal propõe concentrar o atendimento no Centro Especializado em Reabilitação, considerando que esse serviço dispõe de equipe multiprofissional especializada e recursos tecnológicos específicos. Entretanto, a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) argumenta que parte das necessidades poderia ser acompanhada no território, desde que houvesse apoio matricial e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. Considerando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e a organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a proposta que melhor expressa a lógica do Sistema Único de Saúde é

A) restringir ao serviço especializado os casos de maior complexidade clínica e transferir para a APS a responsabilidade integral das pessoas com deficiência.

B) concentrar o cuidado no serviço especializado diante da complexidade das necessidades da pessoa com deficiência, exigindo acompanhamento prioritariamente especializado.

C) organizar o cuidado de forma territorial e articulada em rede, mantendo a Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.

D) estabelecer fluxos independentes entre APS e atenção especializada, permitindo que cada ponto da rede organize autonomamente seus planos terapêuticos.

22. Um município da região metropolitana do Rio Grande do Norte pretende organizar, de forma integrada entre saúde, educação e assistência social, a identificação e a priorização de crianças na primeira infância para ações de promoção do desenvolvimento integral. Para isso, propõe utilizar informações relativas ao território de residência, às condições socioeconômicas das famílias, à presença de deficiência e a outras situações de vulnerabilidade. Durante a discussão do plano municipal, um dos gestores defende que a priorização deve considerar critérios clínicos e a confirmação diagnóstica de deficiência. Outro gestor argumenta que a análise deve considerar as diferentes condições sociais e territoriais que podem produzir desigualdades no acesso às políticas públicas. Considerando as diretrizes da Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIPI), instituída pelo Decreto nº 12.574, de 5 de agosto de 2025, a estratégia municipal mais adequada, nesse caso, é

A) utilizar a confirmação diagnóstica de deficiência como principal critério de priorização, independentemente das condições socioeconômicas, territoriais e familiares, garantindo que os recursos sejam direcionados, prioritariamente, às crianças com deficiência e necessidades clínicas identificadas.

B) estabelecer critérios integrados de priorização que considerem a diversidade da primeira infância, as interseccionalidades socioeconômicas, territoriais e de deficiência, priorizando ações destinadas às crianças com deficiência e àquelas cujas famílias estejam em situação de risco ou vulnerabilidade social.

C) utilizar a renda familiar como critério predominante de priorização, uma vez que a condição socioeconômica constitui o principal determinante do acesso às políticas públicas na primeira infância, deixando a deficiência para avaliação posterior pelos serviços especializados.

D) estabelecer uma classificação única de prioridade baseada na gravidade clínica e na presença de deficiência, mantendo critérios homogêneos para todos os territórios, de modo a assegurar igualdade na distribuição dos serviços públicos.

23. Em um programa de residência multiprofissional vinculado a um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os residentes identificam que usuários encaminhados pela Atenção Primária à Saúde (APS) chegam ao serviço sem informações suficientes sobre seu contexto familiar, social e territorial. Diante dessa situação, a equipe propõe encontros conjuntos entre profissionais da APS, residentes, equipe especializada, usuários e familiares, com o objetivo de analisar casos, compreender os fatores que produzem as dificuldades identificadas e reorganizar os fluxos e as práticas de cuidado. Considerando os pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a iniciativa descrita caracteriza-se como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde, porque

A) aproxima ensino e assistência ao inserir residentes na discussão dos casos e na reorganização dos fluxos, caracterizando um processo formativo institucional que foi conduzido para qualificar a atuação da Rede.

B) utiliza situações reais do serviço como recurso pedagógico para complementar a formação dos residentes, mantendo a organização dos processos de trabalho sob responsabilidade da equipe especializada.

C) promove a integração entre profissionais da rede e residentes por meio da discussão de casos, tendo como finalidade principal ampliar a capacitação técnica dos trabalhadores para a aplicação dos protocolos.

D) parte de um problema concreto identificado no processo de trabalho e promove a análise coletiva da realidade bem como utiliza a aprendizagem como instrumento para transformar práticas, relações e processos de cuidado.

24. Um Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pretende elaborar um plano de atuação e, para isso, está revisando seus ambientes, equipamentos e processos de atendimento com o objetivo de ampliar a acessibilidade e a participação dos usuários. Durante a elaboração do plano, um profissional afirma que, uma vez incorporados os princípios do Desenho Universal aos ambientes e serviços, a utilização de tecnologias assistivas deixaria de ser necessária, pois os recursos passariam a atender indistintamente todas as pessoas. Considerando os conceitos de acessibilidade, de Desenho Universal e de tecnologia assistiva previstos na legislação brasileira, a afirmação do profissional está

A) incorreta, pois o Desenho Universal busca conceber ambientes, produtos, serviços e processos para utilização pelo maior número possível de pessoas, enquanto a tecnologia assistiva pode oferecer recursos específicos para ampliar a funcionalidade, a autonomia, a independência e a participação de determinadas pessoas.

B) correta, pois a aplicação do Desenho Universal pressupõe que ambientes, produtos e serviços sejam concebidos para atender às diferentes necessidades humanas, tornando desnecessária a utilização posterior de recursos ou estratégias individualizadas.

C) incorreta, pois a tecnologia assistiva constitui uma modalidade de adaptação arquitetônica destinada a pessoas que não conseguem utilizar ambientes ou equipamentos concebidos segundo os princípios de acessibilidade.

D) correta, pois a utilização de tecnologias assistivas deve ocorrer quando não for possível implementar soluções de acessibilidade universais, sendo sua aplicação incompatível com ambientes planejados segundo os princípios do Desenho Universal.

25. Um Centro Especializado em Reabilitação identifica que parte dos usuários abandona o acompanhamento, porque encontra dificuldades para chegar ao serviço, compreender as orientações profissionais e participar das decisões sobre seu próprio cuidado. A equipe decide revisar não apenas a estrutura física mas também os meios de comunicação, os fluxos de atendimento e as estratégias de participação dos usuários. Essa decisão é coerente com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, porque a acessibilidade

A) constitui a dimensão do cuidado integral, devendo promover acesso, autonomia, participação e inclusão social das pessoas com deficiência.

B) compreende a adequação dos espaços físicos e dos recursos de comunicação para facilitar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde.

C) assegura as dimensões de participação e inclusão social, fundamentais para as pessoas com deficiência e para o trabalho igualitário dos profissionais de saúde.

D) depende da meta terapêutica de reabilitação, responsável por orientar o desenho universal dos recursos e tecnologias da Rede de Atenção à Saúde.

26. Uma equipe de reabilitação dispõe de número limitado de vagas para acompanhamento multiprofissional. Ao revisar o processo de acesso, identifica que pessoas com deficiências mais complexas necessitam de maior tempo de consulta, de tecnologias assistivas e de apoio à comunicação. Alguns profissionais propõem oferecer o mesmo número de atendimentos e o mesmo tempo de consulta a todos os usuários, enquanto outros defendem adequações segundo as necessidades apresentadas. À luz da Bioética aplicada à organização do cuidado, a conduta mais adequada consiste em

A) priorizar os usuários com deficiência que tenham maior possibilidade de alcançar independência funcional, direcionando a eles os recursos de maior complexidade e o tempo mais alongado.

B) estabelecer a mesma quantidade de recursos e o mesmo tempo assistencial para todos os usuários como forma de garantir tratamento equivalente no cuidado em saúde, como preconiza o SUS.

C) distribuir os recursos considerando as necessidades e barreiras enfrentadas pelos usuários, realizando adequações que possibilitem condições efetivas de acesso e cuidado em saúde.

D) organizar o acesso segundo a ordem de chegada ao serviço, utilizando esse critério como referência principal para distribuição, já que no Centro especializado todos são prioridade.

27. Uma equipe pretende avaliar os resultados de um programa de atividade física, como ferramenta de reabilitação, para pessoas com deficiência. Para isso, os pesquisadores desejam comparar os resultados obtidos antes e após 12 semanas de intervenção. As medidas a serem avaliadas são a mobilidade e a participação social bem como, simultaneamente, a compreensão de como os participantes percebem as mudanças produzidas pelo programa em sua vida cotidiana. Para atender aos objetivos propostos, o delineamento metodológico deverá

A) utilizar abordagem quantitativa para mensurar os desfechos e interpretar, a partir dos resultados numéricos, as experiências subjetivas dos participantes.

B) integrar estratégias quantitativas para analisar as mudanças mensuráveis e estratégias qualitativas para compreender as experiências e percepções dos participantes.

C) utilizar abordagem qualitativa documental para compreender as experiências e converter os relatos dos participantes em medidas equivalentes e comparativas aos testes funcionais aplicados.

D) integrar abordagem quantitativa documental para reunir registros assistenciais das escalas aplicadas e evoluções e, assim, mensurar os desfechos e a investigação das experiências.

28. Uma rede municipal pretende estimar a quantidade de profissionais, insumos e consultas necessárias para o acompanhamento de pessoas com deficiência que apresentam bexiga neurogênica. Para isso, necessita identificar quantas pessoas da população apresentam essa condição em determinado período, incluindo as diagnosticadas anteriormente e as recentemente. .A medida epidemiológica que fornece a informação necessária ao planejamento é a

A) letalidade, pois relaciona os casos existentes à população e permite estimar o volume de recursos assistenciais necessários.

B) incidência, pois considera o conjunto dos casos existentes e permite dimensionar a duração do agravo na população.

C) taxa de ataque, pois incorpora casos antigos e novos bem como permite estimar a demanda assistencial decorrente de doenças crônicas.

D) prevalência, pois considera o conjunto dos casos existentes e permite dimensionar a carga do agravo na população.

29. Uma criança com deficiência múltipla residente em município de pequeno porte necessita de acompanhamento especializado, mas este encontra-se indisponível localmente. A equipe da atenção primária realiza o encaminhamento para um serviço especializado de referência em outro município da região, mantém a coordenação do cuidado e recebe as informações necessárias à continuidade do acompanhamento no território. Essa situação expressa a organização do SUS, baseada na

A) descentralização administrativa, com transferência da responsabilidade assistencial do município de origem para o que oferece o serviço especializado.

B) universalidade da assistência, com concentração do acompanhamento nos serviços especializados que dispõem de maior densidade tecnológica.

C) regionalização e hierarquização da rede, com articulação entre diferentes pontos de atenção segundo a complexidade e as necessidades do usuário.

D) participação da comunidade, com compartilhamento da responsabilidade assistencial entre os serviços dos diferentes municípios da região.

30. Uma mulher indígena com deficiência física inicia acompanhamento em um serviço de reabilitação. Durante a consulta, relata que sua comunidade utiliza práticas tradicionais de cuidado que considera importantes para sua saúde e manifesta o desejo de conciliá-las com o tratamento proposto pela equipe. O profissional informa que o serviço trabalha exclusivamente com o protocolo institucional e orienta a suspensão dessas práticas, sem discutir seus significados ou possíveis formas de integração ao plano terapêutico. Considerando a competência cultural nas práticas em saúde, a condução adequada do caso requer

A) compreender o significado das práticas para a usuária, avaliar conjuntamente sua relação com o tratamento e construir um plano de cuidados compartilhado que respeite suas crenças e necessidades.

B) explicar à usuária que o protocolo institucional deve prevalecer sobre práticas culturais, pois a padronização das condutas favorece segurança assistencial mais efetiva e eficaz no cuidado.

C) permitir que a usuária mantenha suas práticas culturais fora do serviço, preservando o tratamento profissional sem interferência desses conhecimentos no plano terapêutico.

D) solicitar aos familiares informações sobre as práticas culturais da comunidade e utilizar essas informações para definir a conduta considerada mais adequada pela equipe.

Questões Específicas de Serviço Social 31 a 50

31. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), ao estruturar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) sob a perspectiva da descentralização político-administrativa e da participação popular, reconhece o controle social como elemento fundamental para a democratização da política de assistência social. Considerando as disposições da PNAS/2004 acerca do controle social, compreende-se que

A) esse controle constitui atribuição prioritária dos órgãos gestores do SUAS, cabendo à sociedade civil a fiscalização das ações executadas pelo poder público.

B) os conselhos de assistência social têm caráter consultivo e de assessoramento, sendo responsáveis, na sua composição, por subsidiar os gestores na execução dos serviços socioassistenciais.

C) esse controle abarca a participação da sociedade na formulação, no acompanhamento e na avaliação da política de assistência social, tendo os conselhos como espaços de participação e deliberação.

D) a participação dos usuários nos conselhos de assistência social é facultativa, uma vez que a representação da sociedade civil pode ocorrer por meio dos trabalhadores do setor.

32. Uma assistente social atua em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e acompanha uma família em situação de vulnerabilidade social, composta por uma mulher responsável pelo domicílio, dois filhos adolescentes e uma pessoa idosa. Durante o acompanhamento, a profissional identifica dificuldades de acesso a benefícios e serviços socioassistenciais, fragilização dos vínculos familiares e comunitários e outras situações que demandam articulação com a rede de proteção social. Considerando os fundamentos da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a assistente social deve

A) indicar quais os benefícios e os serviços poderão ser acessados pela família, pois a definição das estratégias de acompanhamento constitui atribuição privativa do profissional responsável pelo caso.

B) priorizar a concessão de benefícios, visto que a assistência social tem caráter reparatório e sua principal finalidade é suprir as necessidades das famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

C) concentrar sua intervenção na elaboração de diagnósticos individuais, antes da articulação com outras políticas públicas, nas quais o atendimento socioassistencial deve preservar a autonomia institucional.

D) considerar as demandas apresentadas e sua relação com as expressões da questão social, articulando ações de proteção social, acesso a direitos, fortalecimento de vínculos e trabalho em rede.

33. M.G.S., 35 anos, procurou o serviço de atendimento especializado à mulher após o término de um relacionamento de 12 anos com o ex-companheiro, J.C.W. Depois da separação, ele passou a utilizar os dois filhos do casal, de 6 e 10 anos, como instrumento de controle e intimidação. Durante os períodos de convivência paterna, dizia às crianças que a mãe era responsável pelo fim da família e que, caso M.G.S. se relacionasse novamente com alguém, ele “tiraria os filhos dela”. Em algumas ocasiões, dificultou, deliberadamente, o contato das crianças com a mãe e passou a lhe enviar, por meio dos filhos, mensagens ameaçadoras. Em atendimento, ela informou à assistente social que não pretendia denunciar J.C.W., porque temia que a situação ficasse ainda pior para os filhos. Na construção de seu relatório, com base na Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), a assistente social identifica que se trata de violência

A) psicológica.

B) vicária.

C) moral.

D) parental.

34. Durante o atendimento a uma mulher em situação de violência, a assistente social identifica que o suposto agressor não possui vínculo de parentesco biológico com a vítima. Diante da situação, a profissional analisa as disposições da Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), especialmente o conceito de família previsto no art. 5º, inciso II. Esse artigo considera

A) as pessoas com vínculo consanguíneo como família que residem no mesmo domicílio ou não, sendo indispensável a coabitação para a caracterização da violência doméstica e familiar.

B) a caracterização de família, para que a Lei Maria da Penha seja aplicada, se houver parentesco consanguíneo entre a vítima e o agressor, reconhecida, assim, como violência doméstica e familiar.

C) o conceito de família ampliado, abrangendo a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa.

D) os vínculos familiares decorrentes de afinidade ou de vontade expressa são insuficientes para caracterizar o âmbito familiar previsto na Lei Maria da Penha, sendo necessário o vínculo jurídico formalizado.

35. Um assistente social integrante da equipe de um serviço da rede de proteção recebe uma adolescente que revela, espontaneamente, a situação de violência vivenciada. Considerando a Lei nº 13.431/2017, chamada Lei da Escuta Protegida, o profissional deve realizar

A) a coleta do depoimento especial, pois, sendo profissional da rede de atendimento, é competente para atender a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência e executar a proteção integral.

B) a escuta especializada, que constitui procedimento realizado perante órgão da rede de atendimento, limitado ao necessário para o cumprimento de sua finalidade de proteção social e garantia de direitos.

C) a escuta especializada por meio da tomada detalhada dos fatos, com a finalidade principal de produzir provas para subsidiar o trabalho em rede e a responsabilização judicial do autor da violência.

D) a coleta do depoimento especial, quando solicitado pelo Poder Judiciário, uma vez que a Lei estabeleceu essa atribuição como competência específica dos profissionais da rede de atendimento.

36. J.F.S, 8 anos, está sob a custódia do Estado em uma unidade de acolhimento institucional, há 2 anos, após testemunhar o feminicídio da mãe. A referida instituição foi interditada pela defesa civil após fortes chuvas, e as crianças foram encaminhadas a lares provisórios até a entrega do prédio em condições de habitabilidade. Considerando o acompanhamento pelos serviços da proteção social especial de alta complexidade, a possibilidade de inserção dessa criança será em família

A) substituta.

B) natural.

C) ampliada.

D) extensa.

37. A fundamentação ético-política do Serviço Social brasileiro articula Direitos Humanos, Democracia e Justiça como pilares inseparáveis de sua prática profissional. Essa tríade sustenta o projeto ético-político da profissão, consolidado no Código de Ética de 1993, e orienta a intervenção crítica dos assistentes sociais na realidade social. O correto entendimento do princípio da democracia que fundamenta a ética do Serviço Social evidencia que este deve ser compreendido como

A) um regime político baseado no voto popular.

B) união da superestrutura com a infra.

C) uma forma de relação harmônica entre os poderes.

D) socialização da participação e da riqueza.

38. Uma das alterações mais recentes na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) foi a Lei nº 15.157, de 1º de julho de 2025, que foi sancionada com o objetivo de combater fraudes e modernizar o sistema. Suas alterações promoveram novas regras nos cadastros, na comprovação de renda e na perícia. Dentre essas alterações, ocorreu a introdução

A) do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBrA) para medir o impedimento.

B) do caráter não obrigatório da biometria para pessoas que estão acamadas.

C) do bloqueio automático dos cadastros desatualizados há mais de 18 meses.

D) do laudo de médico particular para substituir a perícia do INSS.

39. Em 2025, a Lei nº 15.240 alterou a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para caracterizar o abandono afetivo como ilícito civil. Desse modo, o artigo 4º do ECA passa a atribuir aos pais também o dever de prestar assistência afetiva aos filhos, por meio de

A) participação em festas, comemorações familiares e eventos sociais com os filhos.

B) intervenção nas escolhas e nas oportunidades profissionais, educacionais e culturais dos filhos

C) acompanhamento da formação psicológica, moral e social dos filhos.

D) obrigatoriedade da presença física, mesmo que não desejada pelos filhos.

40. Maria, 3 anos, é atendida em um hospital público com sinais de violência física. A equipe de saúde aciona o Serviço Social, que identifica a necessidade de intervenção. Mediante a determinação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), após a alteração da Lei nº 13.257/2016, nesse caso, a conduta correta a ser tomada é

A) encaminhar a criança para atendimento psicológico, a fim de confirmar a veracidade de suas informações.

B) formular um projeto terapêutico singular que inclua a rede, com prioridade absoluta para o atendimento da criança.

C) registrar o caso em prontuário e aguardar manifestação judicial para que seja tomada qualquer medida de proteção.

D) priorizar o atendimento da mãe, considerando que a criança é dependente e não pode ser exposta ao ser atendida isoladamente.

41. A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, em vigor no Brasil, continua sendo a estabelecida pela Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009, sofrendo apenas algumas atualizações normativas posteriores pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Tendo por base a atual normativa de Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, observa-se que o público do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio, que, inicialmente, era constituído apenas de idosos e pessoas com deficiência, passou a incluir

A) população LGBTQIAPN+ e população imigrante.

B) gestantes de alto risco e população em situação de rua.

C) população em situação de rua e crianças em situação de violência.

D) gestantes e crianças até 6 anos de idade.

42. O Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias tem como finalidade promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. Conforme descrito na Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009), essa finalidade se concretiza por meio

A) do reconhecimento do potencial do cuidador e da redução da sua sobrecarga decorrente dos cuidados prolongados.

B) da oferta de atendimento terapêutico individualizado para idosos em situação de institucionalização.

C) da garantia do acesso aos benefícios de transferência de renda como forma primordial de fortalecimento dos vínculos familiares.

D) do ordenamento dos encaminhamentos mais graves para os serviços de saúde e dos menos graves para as atividades de cultura.

43. Familismo é a lógica que atribui à família a responsabilidade principal pela proteção social, especialmente em contextos de estado mínimo. Embora o Serviço Social tenha avançado em bases críticas, os estudos sobre família ficaram em segundo plano, o que fragilizou a análise sobre como o familismo impacta políticas públicas. Isso gerou contradições, pois ora a família era vista como espaço de proteção, ora como espaço de reprodução das desigualdades sociais, violências e sobrecarga de cuidados. Para trabalhar com famílias sem assumir uma postura familista, o Serviço Social deve

A) limitar sua atuação ao fortalecimento dos vínculos familiares e convivência harmônica mesmo em espaços de desigualdades.

B) responsabilizar a família, que deve ser a provedora de proteção social, sendo, muitas vezes, necessário fazê-la assumir suas responsabilidades.

C) reconhecer a família como sujeito de direitos, compreendendo suas contradições e vulnerabilidades e abandonando as idealizações

D) reduzir a centralidade da família nas políticas sociais, eliminando sua participação nos serviços socioassistenciais.

44. Uma prefeitura municipal organizou uma equipe multiprofissional – composta por psicólogos, assistentes sociais, advogados e pedagogos – para elaborar, executar e gerenciar políticas públicas destinadas ao acolhimento de famílias em extrema vulnerabilidade social. Durante as reuniões de planejamento do fluxo de trabalho, os profissionais começaram a debater a divisão das tarefas técnicas para evitar a sobreposição de funções e garantir a autonomia técnica de cada membro, especialmente no que se refere aos documentos emitidos e à gestão dos benefícios socioassistenciais. O coordenador do grupo enfatizou que, embora o trabalho seja intersetorial e colaborativo, certas ações, no cotidiano institucional, podem ser compartilhadas com outras profissões da área social, enquanto outras atividades têm caráter exclusivo e só podem ser realizadas por profissionais devidamente habilitados em Serviço Social. De acordo com as disposições normativas da Lei nº 8.662/1993, que dispõe sobre a profissão de Assistente Social, uma de suas competências profissionais , diferenciando-a das atribuições privativas, é

A) coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de serviço social.

B) planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para analisar a realidade social e subsidiar ações profissionais.

C) ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

D) realizar consultoria em órgãos da administração pública direta e indireta e outras entidades, em matéria de serviço social.

45. O exercício da profissão de assistente social, em todo o território nacional, exige o preenchimento de requisitos formais e legais específicos. Com base no texto da Lei de Regulamentação da Profissão, sobre as condições para o livre exercício profissional, está disposto que

A) o fórum Nacional de Graduação em Serviço Social detém a competência legal para a aplicação de penalidades disciplinares aos profissionais inscritos.

B) o exercício profissional àquele que possui diploma estrangeiro revalidado é permitido, independentemente de registro em conselho regional.

C) a designação profissional de "assistente social" pode ser utilizada de forma abrangente pelo cientista social com atuação em políticas públicas.

D) o exercício da profissão requer prévio registro nos conselhos regionais com jurisdição sobre a área de atuação do profissional.

46. Durante um atendimento realizado em um Centro Especializado em Reabilitação (CER), Márcio, um assistente social, acolhe uma usuária que, sob forte impacto emocional, revela detalhes confidenciais sobre sua dinâmica familiar e a rede de relacionamentos pessoais. Duas semanas após o atendimento, o gestor da instituição e, posteriormente, uma autoridade policial solicitam ao profissional o compartilhamento integral dos relatórios e anotações privadas contendo as declarações feitas pela usuária. Diante da pressão institucional, Márcio ressalta que o sigilo profissional é uma prerrogativa de direito garantida à categoria para proteger a privacidade de quem busca o serviço e que a quebra desse dever ético não pode ocorrer de forma discricionária ou meramente administrativa. No que se refere a esse sigilo, regulamentado pelo código de ética do/a assistente social, o rompimento do dever ético é admissível apenas sob parâmetros muito bem delimitados, em que

A) o rompimento do sigilo é um direito/dever do profissional quando se tratar de situações cuja gravidade possa ocasionar prejuízo ou dano à vida ou à integridade física do usuário ou de terceiros.

B) o sigilo profissional do/da assistente social é de natureza absoluta, não cedendo mesmo quando se trata de situações cuja gravidade possa ocasionar prejuízo ou dano à vida ou à integridade física do usuário.

C) o sigilo profissional do/da assistente social pode ser rompido em qualquer situação de depoimento judicial, prevalecendo sempre o dever com a justiça em detrimento da autonomia profissional.

D) os registros de cunho sigiloso devem ser, obrigatoriamente, compartilhados no prontuário geral de acesso livre do serviço, visto que o/a assistente social faz parte de uma equipe multiprofissional.

47. JMP, 82 anos, aposentada, reside em um município de pequeno porte e possui diagnóstico de Doença de Parkinson, demandando tratamento contínuo e sessões semanais de reabilitação em um CER (Centro Especializado de Reabilitação) na rede pública de saúde. Em razão do agravamento do seu estado de saúde e da ausência de suporte financeiro para custear o acompanhamento regular, JMP necessitou de internação no hospital municipal. Durante o período de internação, a administração da unidade restringiu a permanência de sua filha como acompanhante em tempo integral, alegando limitações de espaço físico e ausência de previsão no regulamento interno do hospital. Paralelamente, diante da situação de dependência funcional da idosa para as atividades de vida diária, a família procurou o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em busca de orientação. Sobre o direito à saúde e à assistência social assegurado no Estatuto da Pessoa Idosa, JMP

A) tem direito a acompanhante se estiver internada ou em observação, sendo assegurado apenas em hospitais privados, devendo o SUS regulamentar critérios restritivos por razões orçamentárias.

B) tem direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo critério médico.

C) deve ter seu sustento provido pelo poder público, caso não possua meios de prover sua subsistência no âmbito da assistência social, em caráter universal, sem necessidade de cadastro único.

D) deve ficar em instituições de longa permanência, sendo estas desobrigadas de firmar contrato de prestação de serviços com ela ou seus familiares (quando houver) quando o acolhimento for de natureza pública municipal.

48. Durante a tramitação de uma ação judicial de guarda de menores na Vara de Família, o magistrado identificou a necessidade de obter elementos mais específicos sobre a dinâmica sociofamiliar de uma determinada família bem como sobre as condições de habitabilidade e sustento das partes envolvidas. Para tanto, determinou a intervenção de um assistente social devidamente cadastrado no tribunal. No exercício de suas atribuições, o profissional realizou uma série de entrevistas, visitas domiciliares e análise de documentos para compreender a realidade fática e as contradições do cotidiano da família. Concluído esse processo metodológico de caráter rigoroso e investigativo, o assistente social sintetizou suas conclusões em um documento técnico estruturado e bem fundamentado, finalizando-o com uma manifestação de caráter opinativo a fim de subsidiar juridicamente a decisão do juiz. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social instrumentaliza a ação profissional. Acerca do estudo social, da perícia social e do parecer técnico, como expressões operacionais, considera-se que

A) a perícia social se confunde com o estudo social, vistos como termos sinônimos utilizados, indiferentemente, na esfera judicial, gerando o mesmo documento sintético.

B) o parecer técnico deve ser fundamentado, exclusivamente, na percepção empírica do/da assistente social, prescindindo de correlação teórica com o projeto ético-político.

C) o estudo social é um processo metodológico de conhecimento, análise e avaliação de uma situação social configurada, servindo de base para a emissão do laudo ou do parecer técnico.

D) os instrumentais técnicos do Serviço Social são neutros e servem, prioritariamente, para a triagem socioeconômica e a aplicação de critérios institucionais de corte de benefícios.

49. A Constituição Federal de 1988 instituiu um modelo de Seguridade Social abrangente e integrado pelas políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social. No tocante aos princípios constitucionais que regem a organização da Seguridade Social (Art. 194, parágrafo único), destaca-se

A) a equidade na forma de participação no custeio, de modo que todos os trabalhadores e as empresas contribuam com alíquotas fixas idênticas, sem diferenciação por capacidade contributiva.

B) a universalidade da cobertura e do atendimento, o que significa a garantia de acesso a todas as ações e aos serviços da seguridade de forma irrestrita, unificada e padronizada a todos os cidadãos.

C) a centralização político-administrativa na esfera federal, com comando unificado nos ministérios de estado, visando à padronização das ações, das receitas e das despesas vinculadas a ações da previdência.

D) a democratização e a descentralização da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do governo nos órgãos colegiados.

50. A conformação das Políticas Sociais no Brasil reflete as contradições entre capital e trabalho bem como as transformações do papel do Estado ao longo da história recente. Na análise crítica da conjuntura neoliberal pós-década de 1990, pode-se observar, como tendência marcante na execução das políticas sociais,

A) o processo de focalização das ações assistenciais voltadas à extrema pobreza, associado à privatização e à refilantropização dos serviços sociais públicos.

B) o fortalecimento do financiamento público exclusivo e a eliminação completa de repasses para organizações do terceiro setor.

C) a ampliação massiva dos direitos humanos universais e a estatização plena dos serviços públicos de saúde e previdência complementar.

D) a subordinação da política econômica nacional às exigências diretas do bem-estar social das massas trabalhadoras periféricas.