

0/0

1
1/100

Residência Profissional 2025

1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa



P P

Profissão 13: Serviço Social



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP

PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE – USP 2025

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Serviço Social), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul ou preta**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas **exclusivamente** nos quadros destinados a elas.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: 2h. Não haverá tempo adicional para transcrição de respostas.
8. Uma foto sua será coletada para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da FUVEST, nos termos da lei.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

Declaração

Declaro que li e estou ciente das informações que constam na capa desta prova, na folha de respostas, bem como dos avisos que foram transmitidos pelo fiscal de sala.

ASSINATURA

O(a) candidato(a) que não assinar a capa da prova será considerado(a) ausente da prova.



INTERPRETAÇÃO DE TEXTO**01**

Leia o texto a seguir.

Os transtornos psiquiátricos podem se manifestar já a partir da infância, embora se tornem mais frequentes na adolescência e no início da idade adulta, quando passam a causar mais impacto econômico e social. A partir de dados de 159 países coletados de 1990 a 2019, um grupo internacional de pesquisadores liderado pelo psiquiatra brasileiro Christian Kieling, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), estimou a proporção de pessoas no mundo que potencialmente apresentavam ao menos um transtorno mental nas fases iniciais da vida, dos 5 aos 24 anos, justamente o período em que a ocorrência de casos mais cresce em função da idade.

No total, 293 milhões de pessoas dessa faixa etária tinham em 2019 sintomas compatíveis com algum dos 11 transtornos psiquiátricos avaliados – dos mais comuns, como ansiedade e depressão, aos mais raros, a exemplo dos transtornos alimentares ou da esquizofrenia.

Os dados obtidos indicam que a prevalência geral desses problemas varia bastante, principalmente entre a infância e o início da adolescência. Dos 5 aos 9 anos, 6,8% das crianças tinham ao menos um transtorno psiquiátrico. Essa proporção quase dobrou, alcançando 12,4% na faixa dos 10 aos 14 anos, e chegou a valores próximos a 14% nas faixas dos 15 aos 19 anos e dos 20 aos 24, permanecendo estável nas seguintes.

O aumento da prevalência, segundo os autores do estudo, deixa claro que a infância e a adolescência são um período crucial para realizar intervenções com o objetivo de evitar o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos ou, uma vez manifestados, de reduzir sua gravidade e seu impacto na vida e evitar que se tornem crônicos.

Há mais de uma década a medicina e a psicologia deixaram de entender os transtornos mentais apenas como problemas da mente ou de comportamento e passaram a considerá-los também doenças do cérebro, que se instalam à medida que o órgão se desenvolve e amadurece. Maus-tratos físicos e psicológicos repetidos e outros eventos estressantes vividos na infância e na adolescência interagiriam continuamente com genes que determinam a vulnerabilidade a problemas psiquiátricos, levando, em certo ponto, ao desenvolvimento desses transtornos.

Ricardo Zorzetto e Felipe Floresti. Revista Pesquisa Fapesp. Edição 338, abr. 2024. Adaptado.

Infere-se do texto:

- (A) Os transtornos alimentares associados a problemas psiquiátricos, mais prevalentes do que a depressão já a partir dos 15 anos, afetam de modo negativo as condições socioeconômicas dos jovens adultos.
- (B) As controvérsias entre as diversas áreas da saúde sobre o que seja saúde mental prejudicam a identificação das alterações sugestivas de doenças psiquiátricas em crianças e adolescentes.
- (C) Os fatores de risco para a saúde mental de crianças e adolescentes são considerados multifacetados e

resultariam da combinação entre predisposição genética e exposição a acontecimentos estressantes.

- (D) A hierarquia entre os aspectos causadores de transtornos mentais em crianças de até 10 anos estabelece, em primeiro lugar, a falta de cuidados afetivos adequados e, em segundo, os fatores socioeconômicos.
- (E) O estigma associado à saúde mental infantil e a falta de financiamento adequado para o setor contribuem para a curva ascendente dos transtornos de ansiedade a partir dos 14 anos, que chegaram a dobrar nos últimos anos.

TEXTO PARA AS QUESTÕES 02 E 03

A bioética é um conceito particularmente difícil de se apreender, tais as incertezas de seus contornos. Há quem se interrogue mesmo sobre sua existência. Ao longo do tempo, o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia.

A bioética não é, necessariamente, uma disciplina universitária. Ela surge, como nos lembra o filósofo do direito Stéphane Bauzon, como um estudo interdisciplinar de questões éticas colocadas pela medicina e pelas ciências da vida.

Na sociedade pós-moderna, a bioética tornou-se uma preocupação mundial para diferentes autoridades. Questão pública e democrática, ela chama a sociedade a fazer escolhas.

Por definição, a bioética é plural, considerando tratar-se de um espaço de divergências de ideias. O nascimento da bioética está relacionado aos progressos fulgurantes das ciências médicas dos séculos XX e XXI. As novas possibilidades das ciências médicas, se trazem perspectivas de cura ou de atenuação dos sofrimentos humanos inesperados, até agora, podem, igualmente, provocar novos perigos de dominação, manipulação, seleção e subordinação. A bioética obedece à vontade política de não deixar “a ciência sem consciência” para retomar uma fórmula célebre do escritor francês do século XIX, François Rabelais.

Eric Mondielli. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 11, n. 2, Jul./Out. 2010. Adaptado.

02

Depreende-se das ideias apresentadas que a reflexão bioética

- (A) traz, como uma de suas consequências, o aumento das reivindicações do direito individual de acesso à saúde.
- (B) prescinde de legitimidade política, uma vez que o atuante progresso científico deve ultrapassar os limites do processo moral.
- (C) envolve a convicção de que a ambição humana é incompatível com a regulação da ciência.
- (D) visa a conclamar a área jurídica a declinar do controle de problemas tecnocientíficos, passando a uma posição passiva, receptora de informações.
- (E) é atualmente indissociável da tomada de consciência das ameaças advindas do avanço tecnológico.



03

Afirma-se no 1º parágrafo que o termo “bioética” veio se juntar aos de ética, moral e deontologia. Nesse sentido, “deontologia” refere-se:

- (A) à aplicação da proteção jurídica à dignidade da pessoa humana.
- (B) às normas e aos procedimentos próprios de uma determinada categoria profissional.
- (C) aos domínios humanos nos quais predomina o hedonismo.
- (D) aos acontecimentos infaustos advindos da união da medicina com a tecnologia.
- (E) ao conjunto das dimensões que concorrem para a sobrevivência da espécie humana e do planeta.

04

O Japão representa hoje a terceira maior economia do mundo, sendo considerado exemplo em áreas como educação, segurança e tecnologia. Na saúde, o país se destaca pelo seu sistema de saúde universal instituído em 1961, graças ao qual, com sua efetividade e desenvolvimento tecnológico e econômico, foi possível perceber melhora na qualidade e expectativa de vida com o passar das décadas. O sistema de cobertura de saúde japonês possui como principais características: afiliação compulsória; os cidadãos possuem cobertura exclusivamente pelo seguro médico nacional ou seguro social, sendo os beneficiários corresponsáveis pelo pagamento de uma pequena parcela dos gastos; os beneficiários têm acesso garantido aos diversos níveis de atenção, incluindo especialistas; as instituições são reembolsadas pelos gastos dos pacientes. A parcela de coparticipação varia de acordo com a idade, chegando a 20% dos custos para aqueles maiores de 70 anos, e 10% para os maiores de 75 anos.

Disponível em <https://www.revistas.usp.br/>. Adaptado.

No texto,

- (A) contrapõe-se a eficiência do sistema universal de saúde japonês aos altos custos para os beneficiários desse sistema.
- (B) sugere-se que o bom desempenho do Japão no setor da educação tenha como consequência a alta expectativa de vida dos japoneses.
- (C) mesclam-se dados objetivos e considerações subjetivas sobre as condições da saúde pública no Japão, prevalecendo estas sobre aqueles.
- (D) critica-se o caráter compulsório do sistema de saúde japonês, cujos custos são exorbitantes para os japoneses acima de 75 anos.
- (E) relaciona-se o avanço na expectativa de vida no Japão nas últimas décadas à eficiência do sistema de saúde do país.

05

A literacia em saúde é um conceito que vem sendo utilizado, de forma crescente e ampla, desde os anos 1990 para definir a capacidade dos indivíduos em buscar, compreender, avaliar e dar sentido a informações, visando ao cuidado de sua própria saúde ou de terceiros.

Estudos sobre a literacia em saúde de indivíduos e grupos, ao redor do planeta, têm demonstrado que quanto mais desenvolvidas forem as habilidades e competências associadas à literacia em saúde, em uma determinada população, melhores são os resultados de saúde observados, individual e coletivamente. O oposto também é destacado nestes estudos, evidenciando situações onde indivíduos e grupos com uma literacia em saúde menos desenvolvida estão mais sujeitos ao manejo inadequado de condições crônicas de saúde, utilizam mais frequentemente os serviços de emergência médica e tendem a apresentar maiores dificuldades de aderir a tratamentos medicamentosos.

Embora amplamente utilizado, nas esferas acadêmicas e de governos - nos Estados Unidos, no Canadá e em diversos países da Europa Ocidental, incluindo Portugal -, o conceito de literacia em saúde ainda é incipientemente trabalhado no Brasil, tendo como foco principal os estudos sobre linguagem e compreensão de informações sobre saúde, ou seja, aqueles circunscritos ao seu domínio fundamental. Igualmente, ainda não está no cerne de políticas públicas de saúde, sobretudo como elemento estratégico para a promoção da saúde, individual e coletivamente.

Frederico Peres. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.02412023>.

Uma das consequências da literacia em saúde é

- (A) a confirmação de um diagnóstico muitas vezes indesejado.
- (B) uma abordagem mais eficiente no tratamento de doenças crônicas, entre outras.
- (C) o aumento da dificuldade em processar informações sobre saúde.
- (D) a falta de comunicação entre cuidador e paciente em cuidados paliativos.
- (E) a substituição da visita ao médico pela navegação na internet.



06

Leia o texto e analise a imagem a seguir.

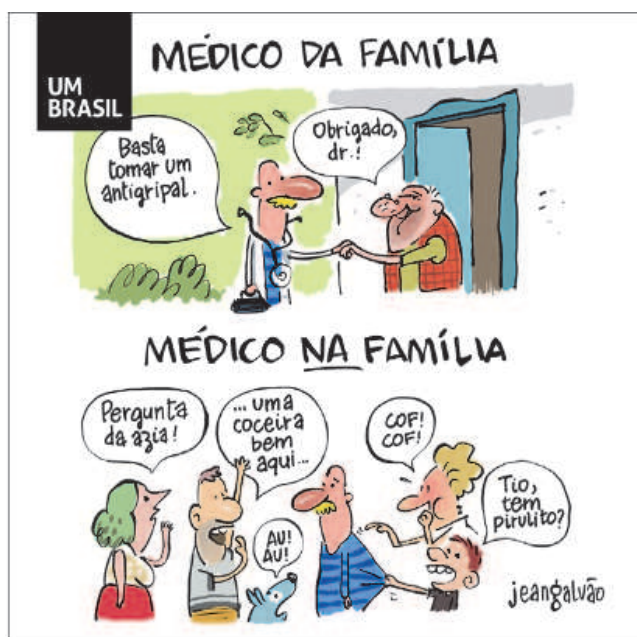
Ser médico de (sua) família.

Boa parte dos médicos presta cuidados de saúde aos seus familiares. Um estudo americano revelou que 99% dos médicos recebem pedidos de aconselhamento, diagnóstico ou tratamento de seus parentes. Diversos motivos conduzem ao estabelecimento desta singular relação médico-pessoa. O pedido expresso do parente constitui o motivo principal, realçando-se a proximidade familiar como atenuadora de custos e de inconveniências de deslocamento à unidade de saúde. A este fato somam-se o desconforto do médico em solicitar a observação por um colega e a inibição em recusar o uso do seu olhar clínico. O *American College of Physicians* e a *American Medical Association* desaconselham os cuidados prestados aos familiares. O Novo Código de Ética Médica brasileiro não refere este aspecto em seus artigos.

A literatura registra problemas que podem ser produto desta peculiar relação. A natureza informal do ambiente familiar poderá corroer a extensão da coleta de dados feita na anamnese, ao ser marcada pela ausência de registros clínicos e pela hesitação em questionar sobre hábitos nocivos ou sexuais. Tal poderá traduzir-se num menor rigor do diagnóstico. O comprometimento a estes níveis é também interpretado como consequência da interferência do excessivo envolvimento emocional na formulação do raciocínio médico.

Diversas interrogações permanecem perante aquele paciente que é também familiar. Uma delas não será, certamente, rara: não poderá a relação médico-paciente somar-se a uma relação familiar, com benefício para a pessoa, em determinadas situações clínicas? Pergunta-se, portanto, se o afeto existente na relação entre dois familiares e, concomitantemente numa relação médico-paciente, não constituirá, por si só, uma parte do tratamento.

José Agostinho Santos. Disponível em: rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/443. Adaptado.



Jean Galvão. Disponível no instagram do autor: @jeangalvao.

Depreende-se do texto e da charge que

- (A) a tendência para a ocultação de informações de impacto psicológico negativo da parte do médico-familiar deteriora o desempenho do tratamento.
- (B) as abordagens clínicas de familiares aparecem com frequência no cotidiano do médico, colocando-o, então, diante de diversos dilemas.
- (C) o afeto existente na relação entre familiares que constituam, concomitantemente, um médico e um paciente, já beneficia, por si, o tratamento.
- (D) o caráter imprevisível da observação clínica de familiares permite uma investigação mais acurada sobre hábitos nocivos, como o tabagismo.
- (E) as reivindicações clínicas em família são vistas como desrespeitosas, comprometendo, assim, a relação afetiva entre médico e familiares.

07

Leia o texto a seguir.

Em algum momento, os sintomas da dengue e da gripe podem ser os mesmos: dor de cabeça, dores pelo corpo e nas juntas, febre e mal-estar. Apesar de ambas as doenças serem virais, há outros sinais que as diferenciam, sobretudo aqueles que indicam uma possível evolução para quadros mais graves. Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024, é importante conhecer esses sintomas para ajudar na identificação da enfermidade.

“A principal semelhança entre a dengue e a influenza é a febre de início súbito, geralmente a primeira manifestação das duas doenças, e a dor atrás dos olhos. Já a principal diferença são os sintomas respiratórios que aparecem logo nos primeiros dias de sintomas da influenza, como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor, além das manchas vermelhas na pele que ocorrem tipicamente na dengue por volta de três a cinco dias”, explica o infectologista e gestor médico de Desenvolvimento Clínico do Butantan, Érique Miranda.

A dengue é causada pela picada da fêmea do mosquito *Aedes aegypti*. Como o *A. aegypti* é vetor dos quatro vírus da dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), assim como dos vírus da Zika e Chikungunya, se picar alguém infectado será capaz de transmitir o patógeno para outras pessoas.

A gripe, por sua vez, é causada pelo vírus influenza. Como o influenza sofre mutações frequentemente, todo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS) define as três cepas que irão compor os imunizantes para cada hemisfério, de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior.

Disponível em: butantan.gov.br. Adaptado.

Considerando-se o período em que se encontra, estabelece ideia de “causa” o trecho:

- (A) “Como o Brasil enfrenta um aumento no número de casos de dengue neste início de 2024”.
- (B) “Apesar de ambas as doenças serem virais”.
- (C) “como coriza, tosse produtiva e deglutição com dor”.
- (D) “de acordo com os vírus que mais circularam no ano anterior”.
- (E) “assim como dos vírus da Zika e Chikungunya”.



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Política Nacional de Humanização tem como objetivo humanizar a atenção e a gestão do SUS. Entre seus diversos elementos, essa política busca promover uma proposta prática conhecida como clínica ampliada. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) Um compromisso radical com o combate à doença, levando em consideração todo o conhecimento disponível sobre os sintomas e outros aspectos regulares observáveis independentemente das singularidades dos pacientes.
- (B) O estímulo para que especialistas ampliem seu leque de conhecimentos técnicos, de forma a combinar métodos e tecnologias de outras especialidades médicas.
- (C) O desenvolvimento de estratégias para garantir a adesão do paciente ao tratamento mais indicado para casos com o mesmo diagnóstico, potencializando seus resultados.
- (D) O desenvolvimento de propostas terapêuticas articuladas que levem em conta as diferenças individuais de cada paciente, buscando sua participação e valorizando sua autonomia enquanto um sujeito no seu projeto terapêutico.
- (E) Um conjunto de diretrizes para a ampliação e qualificação dos momentos de escuta e acolhimento na prática clínica, com o objetivo de obter detalhes sobre o contexto que provocou o adoecimento e chegar a diagnósticos mais precisos.

09

Considerando as disposições atualizadas da Lei nº 8.080, assinale a alternativa que aborda corretamente as condições de participação da iniciativa privada no sistema de saúde.

- (A) A assistência à saúde é livre à iniciativa privada, através do pagamento direto ou da intermediação financeira de planos de saúde, sendo vedada a contratação de serviços privados pelo setor público.
- (B) As condições para o funcionamento de serviços privados de assistência à saúde devem seguir princípios éticos e normas expedidas por órgão de direção do SUS.
- (C) Serviços privados podem estabelecer contratos e convênios com o SUS em caráter complementar, desde que as entidades participantes não tenham fins lucrativos.
- (D) O SUS pode estabelecer contratos e convênios com entidades privadas para a prestação de serviços hospitalares, desde que sejam devidamente credenciadas como instituições filantrópicas.
- (E) Participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência à saúde é permitida por lei desde 2015, exceto no que concerne a hospitais gerais e hospitais especializados.

10

No campo da Bioética, é comum referir-se a certos princípios básicos propostos pelo Relatório Belmont (1978) no contexto das pesquisas com seres humanos e, posteriormente, estendidos para a prática médica e outras áreas relacionadas à saúde. Um desses princípios é o de autonomia, que versa sobre a liberdade de cada pessoa decidir sobre sua própria vida, exercendo sua autodeterminação, livre de pressões externas ou influência de outras pessoas. Levando em conta as situações descritas pelas alternativas a seguir, assinale aquela em que a autonomia individual está sendo limitada para garantir o prevaletimento de outros princípios bioéticos.

- (A) A proibição de fumar em ambientes fechados e outros espaços públicos.
- (B) O oferecimento de cuidados paliativos para pacientes terminais.
- (C) A realização de pesquisa científica em pacientes após manifestação de consentimento.
- (D) A recusa de um profissional à realização de procedimento por objeção de consciência.
- (E) A prescrição excessiva de antibióticos.

11

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). O documento que a acompanha discorre sobre fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS e o compromisso com seus resultados esperados, tanto sanitários quanto econômicos. Assinale a alternativa que define corretamente um desses fundamentos.

- (A) O conceito de economia de escala, aplicado à RAS, diz respeito às vantagens obtidas pela multiplicação e capilarização de serviços pelo maior número de municípios, otimizando resultados e o uso de recursos assistenciais.
- (B) A integração vertical consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade, para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica.
- (C) A integração horizontal é definida como a articulação não hierarquizada de diversas unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços diferenciados, resultando em um aumento da resolutividade.
- (D) Os processos de substituição devem ser minimizados, evitando alterações e reagrupamentos de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, de maneira a garantir a longo prazo a continuidade nas dimensões da localização, das competências clínicas e da tecnologia.
- (E) O conceito de equidade, uma das dimensões da qualidade, preconiza que características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde.



12

A Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu novo tipo de incentivo financeiro federal para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). O Pagamento por Desempenho das eMulti valerá para os municípios com equipes que alcançarem os indicadores definidos na portaria, em avaliação quadrimestral. Assinale a alternativa que contém indicadores do Pagamento por Desempenho, a serem observados na atuação das eMulti, definidos na portaria.

- (A) Quantidade de ações realizadas, população adscrita cadastrada e satisfação da pessoa atendida.
- (B) Percentual de solicitações respondidas em 72 horas, satisfação das pessoas atendidas e índice de vulnerabilidade social.
- (C) Quantidade de ações realizadas, resolução de ações interprofissionais e satisfação das pessoas atendidas.
- (D) Resolução das ações interprofissionais, população adscrita cadastrada e satisfação das pessoas atendidas.
- (E) Índice de vulnerabilidade social, quantidade de ações realizadas e percentual de atendimentos remotos realizados.

13

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Um dos conceitos fundamentais desse instrumento normativo é a Região de Saúde, definida como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter um mínimo de ações e serviços de saúde. Assinale a alternativa que contém todos os requisitos mínimos para a instituição de uma Região de Saúde.

- (A) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada; urgência e emergência; e vigilância em saúde.
- (B) Atenção primária; vigilância em saúde; atenção ambulatorial especializada; e atenção psicossocial.
- (C) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; e atenção ambulatorial especializada e hospitalar.
- (D) Atenção primária; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; atenção psicossocial; e vigilância em saúde.
- (E) Atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde.

14

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, pressupõe uma articulação interfederativa, realizada em instâncias próprias, em que todas as esferas de governo compartilham responsabilidades comuns. Porém, a portaria também define responsabilidades específicas para cada esfera. Assinale a alternativa que contém uma responsabilidade de competência exclusiva das Secretarias Municipais de Saúde.

- (A) Gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território.
- (B) Articular instituições de ensino e serviço, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde.
- (C) Definir estratégias de institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica.
- (D) Destinar recursos próprios para o financiamento da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático.
- (E) Analisar os dados gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos.

15

O financiamento do SUS tem como fontes as receitas estatais e de contribuições sociais dos orçamentos federal, estadual e municipal. Paim et al. (2011) analisam a trajetória do financiamento do sistema público, construindo uma interpretação sobre a sua adequação às necessidades de saúde da população brasileira e os desafios para o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Assinale a alternativa em concordância com a análise feita pelos autores no período histórico estudado.

- (A) As fontes de financiamento do SUS, embora sejam bem definidas, não têm sido suficientes para assegurar recursos financeiros adequados.
- (B) Recursos arrecadados especificamente para a saúde foram destinados a despesas de outros setores, em diversos momentos da história recente.
- (C) A proporção pública da despesa com saúde no Brasil é compatível com outros países com sistemas universais, mas nosso país tem um PIB per capita muito baixo.
- (D) A redução da contribuição estadual e municipal para o financiamento do SUS resultou num aumento da participação federal no gasto público com saúde.
- (E) O volume de recursos públicos para o SUS é maior do que o previsto quando ele foi criado, mas as necessidades de saúde da população aumentaram em maior proporção.



SERVIÇO SOCIAL**16**

No debate desenvolvido no “2º Seminário Nacional Residência em Saúde Mental e Serviço Social” (BRASIL 2023), dentre o conjunto das reflexões sobre as residências multiprofissionais na área da saúde, afirmou-se que, ao mesmo tempo em que os programas foram pensados a partir da perspectiva formativa de jovens graduados, também estão condicionados aos processos de trabalho forjados no neoliberalismo econômico e na precarização das relações trabalhistas, ou seja, os programas têm potencial para o aprimoramento da formação crítica de seus alunos, mas correm o risco de submetê-los a estágios em que há mais residentes do que preceptores e tutores e jornadas exaustivas de trabalho. Assim, qual a compreensão crítica que podemos ter desse contexto?

- (A) A superação e extinção da residência como forma de especialização e formação profissional no contexto de ausência de concursos e seleção pública de profissionais.
- (B) A residência em saúde sozinha não transforma a realidade dos serviços, mas a educação na saúde, via residência, pode sim fomentar reflexão e ação com foco na necessidade em saúde.
- (C) A conscientização de que os programas de residência são locus-ocupacional propício para as reivindicações da classe trabalhadora e a luta por justiça social.
- (D) A mobilização dos docentes e discentes por meio dos espaços de participação popular com vistas à qualidade do ensino e priorizá-lo em relação à assistência nos serviços.
- (E) A conscientização de que o SUS depende dos programas de residência multiprofissional para assistir seus usuários, assim, não há o que se questionar quanto à estrutura e funcionamento.

17

“A forma como denominamos a experiência do sofrimento e/ou adoecimento psíquico corrobora com a propagação do preconceito que atravessa as/os usuárias/os atendidas/os nos diferentes serviços de saúde mental. Dessa forma, é essencial compreendermos que o processo de sofrimento e adoecimento psicossocial pode ocorrer com qualquer pessoa, além de não ser uma questão meramente individual, e, sim, coletiva. (...) Ao apreendermos que cada pessoa responde à realidade social de maneira distinta, sentindo dores, sofrimento, angústia, é necessário reconhecer que algumas precisam de maior suporte em saúde mental, para lidarem com a complexidade do existir e sofrer.” (BRASIL, 2022, p.11-12).

O trecho apresentado destaca a importância da compreensão do sofrimento psíquico como uma construção social e coletiva. De acordo com o texto, a que se deve atentar ao escolher uma abordagem e intervenção em saúde mental?

- (A) À importância do reconhecimento de cada disciplina que compõe a Saúde Mental, sem perder de vista a hierarquia entre os saberes.
- (B) Ao enfrentamento das desigualdades sociais que reforçam o adoecimento mental, por meio de ações socioassistenciais, voluntárias e pontuais.
- (C) Ao reconhecimento de que o sofrimento psíquico será extinto completamente quando da superação do modelo biomédico.

- (D) Ao reconhecimento da produção do sofrimento e adoecimento psíquico constituídos pelas relações de gênero, raça e classe.
- (E) À promoção de grupos e oficinas terapêuticas em instituições hospitalares para promover a ressocialização dos doentes.

18

Marcia Eurico, no texto de publicação do CFESS “Notas técnicas sobre o trabalho do assistente social e a coleta do quesito raça/cor/etnia” (2022), afirma que é preciso estar convicto da importância da coleta da informação do quesito raça, cor e etnia no processo de identificação das pessoas durante o atendimento social, pois há uma intencionalidade na coleta e uma dimensão política, qual seja:

- (A) Produzir indicadores que possam mapear e reconhecer que o processo de miscigenação no Brasil consolidou a democracia racial.
- (B) Desmistificar que exista preconceito racial e étnico e comprovar que a população negra tem acesso às políticas públicas e não precisa mais da política de cotas.
- (C) Produzir indicadores que possam identificar assimetrias de raça, cor e etnia no processo de elaboração e execução de políticas públicas.
- (D) Comprovar que a reparação histórica à população negra já foi feita, rompendo com a ideologia do racismo estrutural.
- (E) Estabelecer a dimensão da equidade na elaboração de políticas a favor da igualdade na consolidação de discriminação racial.

19

No texto “A importância ética do trabalho de assistentes sociais nas diferentes políticas públicas para a garantia do direito à vida das mulheres e para a materialização do direito ao aborto legal” que compõe a coletânea do CFESS (2022), a autora aponta que a defesa da legalização do aborto não trata de tornar tal prática um método contraceptivo, outrossim, de garantir a preservação da vida das mulheres, reduzir o número de abortamentos por meio de políticas públicas e fortalecer a educação sexual, criando uma rede multiprofissional protetiva à mulher. Ou seja, a partir de tal perspectiva, a decisão de tornar-se mãe deveria ser um ato consciente, não um autoritarismo estatal, institucional e social sobre a mulher. Quais princípios do Código de Ética Profissional coadunam com essa conclusão?

- (A) Luta pela garantia de direito à vida e soberana em suas decisões e projeto de vida.
- (B) Empenho na eliminação de qualquer forma de preconceito e Sigilo profissional.
- (C) Promoção do respeito às liberdades individuais e busca pela emancipação do Feminismo.
- (D) Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população atendida e direitos humanos à cidadãos direitos.
- (E) Reconhecimento da liberdade como valor ético central e defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo.



20

O texto que compõe a coletânea do CFESS (2022) “A importância ética do trabalho de assistentes sociais nas diferentes políticas públicas para a garantia do direito à vida das mulheres e para a materialização do direito ao aborto legal” (BRASIL, 2022), no que se refere à prática do aborto legal, explicita as condições em que o mesmo pode ser realizado. A esse respeito, é correto afirmar:

- (A) Não é necessário apresentação de boletim de ocorrência ou autorização judicial e, em casos de estupro, não há limite no que se refere à idade gestacional.
- (B) O direito da objeção médica se sobrepõe ao direito da mulher em realizar o aborto dentro do previsto em lei.
- (C) Não é dever dos profissionais de saúde garantir às vítimas de violência sexual o atendimento de acordo com suas necessidades.
- (D) A notificação compulsória dos casos de violência sexual em todo território nacional é com vistas a responsabilizar a mulher que procurou realizar um aborto.
- (E) Os profissionais da saúde podem responder criminalmente caso se prove que o estupro não precedeu o aborto.

21

GONÇALVES, LIMA e BEDIM (2020) destacam, no artigo sobre as Residências Multiprofissionais em Saúde, que o trabalho dos/as assistentes sociais nesse *lôcus* ocupacional se materializa nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde em seus diversos níveis de complexidade e que cabe ao profissional do Serviço Social formular estratégias que visem a fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre essas estratégias, destacam-se:

- (A) Elaboração de laudos e pareceres periciais com vistas a aprimorar a seleção dos usuários aos serviços, verificação de processos por meio do serviço de vigilância sanitária; orientação socioeducativa às famílias e grupos de pacientes e estudo socioeconômico para conhecimento da demanda social do território de abrangência do serviço.
- (B) Verificação da condição socioeconômica de famílias e indivíduos que estão em acompanhamento de saúde na atenção secundária; identificação dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; busca por atendimento uniprofissional e manutenção das especificidades profissionais sem colaboração entre as diversas áreas.
- (C) Identificação dos determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; defesa do acesso dos usuários aos serviços de saúde; busca por uma atuação em equipe, de forma interdisciplinar e investimento na intersetorialidade através de encaminhamentos e reuniões de articulação da rede de serviços.
- (D) Elaboração e execução de projetos assistencialistas na área da saúde; assessoria aos movimentos sociais e conselhos populares, garantir espaços de controle social e manter-se na equipe de apoio médico.
- (E) Construção de espaços que garantam a participação popular; articulação junto ao movimento dos trabalhadores e usuários em defesa do SUS e trabalho com os usuários do serviço na perspectiva de garantir os princípios da instituição ainda que estes diverjam das necessidades da população atendida.

22

O objeto de intervenção do Serviço Social é a questão social e suas expressões que se materializam através das necessidades e demandas apresentadas pelos usuários dos serviços que compõem a rede socioassistencial. O/A assistente social faz aproximações sucessivas à realidade social e às condições objetivas de vida para apreender as dimensões universais e particulares a partir de uma perspectiva crítica. O resultado do seu estudo é registrado em relatório ou laudo social, em que, ao final, há um parecer da situação estudada.

No texto “Produção de documentos e emissão de opinião técnica em serviço social” (CFESS, 2022) defende-se que para realização de um estudo social é necessária competência técnica e ética. Nessa discussão, o documento aponta “quatro chaves teóricas” para a realização do estudo social, que são:

- (A) Dimensão subjetiva, objetiva, realidade social e contexto familiar.
- (B) Empatia, respeito, acolhimento e escuta qualificada.
- (C) Políticas sociais, equidade, justiça social e inclusão social.
- (D) A categoria trabalho; políticas sociais e território e família e relações de gênero e raça/etnia.
- (E) Trabalho, relações familiares e comunitárias, democracia e respeito.

23

“Resumindo, concebe-se que a lógica das ações socioeducativas, realizadas no escopo dos processos socioassistenciais, está centrada nos usuários, enquanto sujeitos de direitos. Nessa lógica, desenvolve-se, por meio das relações que se estabelecem entre assistentes sociais e usuários, um processo educativo que possibilita aos usuários, a partir de suas individualidades, apreender a realidade de maneira crítica e consciente, construir caminhos para o acesso e usufruto de seus direitos (civis, políticos e sociais) e interferir no rumo da história de sua sociedade.” (MIOTO, 2009, p.4). A descrição apresentada no excerto exposto refere-se a qual ação profissional no âmbito do Serviço Social?

- (A) Visita domiciliar, visita hospitalar e diagnóstico clínico situacional.
- (B) Agendamento de exame; aquisição de medicamento; verificação das condições de hospedagem do paciente.
- (C) Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias; realização de assembleias e reuniões.
- (D) Contato com Secretarias de Saúde de outros municípios; comunicação de alta médica e realização de grupo de sala de espera.
- (E) Realização de grupo de sala de espera; comunicação de óbito e agendamento de exames.



24

Após os movimentos sociais lutarem pela redemocratização do país e, mais especificamente com o movimento da Reforma Sanitária, a saúde passou a ser um direito universal, garantido pelo Estado e de acesso a todos e todas brasileiros e brasileiras sem qualquer distinção. Entretanto, as políticas de proteção social de cunho universalizante acabam por ser duramente criticadas pelos atores sociais conservadores que argumentam que o Estado não pode assumir todos os ônus e deveria assumir integralmente somente a atenção básica, que não é do interesse do mercado e traria menos prejuízos aos cofres públicos. Isso significa que a satisfação de necessidades sociais, cobertas originalmente como direitos, passaria a depender do acesso mercantil e da contratação de planos privados. O retrocesso descrito se refere a qual processo político?

- (A) Contrarreforma neoliberal e projeto privatista.
- (B) Avanço democrático e neoconservadorismo.
- (C) Liberalismo dos costumes e conservadorismo econômico.
- (D) Avanço do projeto privatista e consolidação da democracia.
- (E) Reforma estatal e consolidação do Estado de Bem-Estar Social.

25

De acordo com a publicação do CFESS “Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde” (2017), para se pensar em uma atuação do Serviço Social na área da saúde comprometida com a população atendida, é necessária a incorporação dos conhecimentos e dos princípios dos Projetos da Reforma Sanitária e Ético-Político da profissão. Assim, consiste em uma resposta profissional qualificada às necessidades apresentadas pelo usuário:

- (A) Submeter a operacionalização de seu trabalho às necessidades institucionais e governamentais.
- (B) Reconhecer os determinantes singulares e psíquicos no processo saúde-doença.
- (C) Facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde e direitos sociais.
- (D) Mapear os serviços de saúde particulares para garantir a qualidade do atendimento.
- (E) Garantir o encaminhamento somente dos casos graves para o SUS para não sobrecarregar o sistema.

26

O texto de Teixeira (2020) apresenta uma discussão profícua acerca do processo de envelhecimento na contemporaneidade. A autora destaca que, muito embora, o envelhecimento longo esteja definido geneticamente para espécie humana, o envelhecimento e a longevidade em massa são frutos das condições sociais, políticas e econômicas e que, portanto, apesar das diferenças singulares de cada indivíduo, o envelhecimento também é resultado do progresso social, da melhoria geral das condições de existência — saúde, educação, trabalho protegido e etc. Qual é a compreensão teórica utilizada pela autora para melhor apreensão do

fenômeno do envelhecimento a partir da descrição feita no referido texto?

- (A) As contribuições de Durkheim sobre o método do Fato Social permitem compreender os elementos e fatores que exercem forças sobre os indivíduos singulares e que os fazem se submeter às regras sociais do tempo histórico em que vivem.
- (B) As contribuições de Durkheim permitem aprofundarmos a compreensão acerca da longevidade ao discutir o suicídio enquanto fenômeno social associado à precarização das condições objetivas de vida a partir de uma análise da totalidade da realidade.
- (C) As contribuições marxistas sobre a Questão Social contribuem parcialmente para a compreensão do fenômeno do envelhecimento em massa, pois desconsidera as esferas singular e particular do método materialismo-histórico-dialético, que são centrais na compreensão coletiva dos sujeitos sociais.
- (D) As contribuições de Lukács sobre o método histórico-dialético, a partir das relações entre singularidade, particularidade e totalidade, permitem romper com o universalismo abstrato e a-histórico, bem como com os singularismos e particularismos culturalistas.
- (E) As contribuições de Engels e Marx sobre o método histórico-dialético, a partir das relações trabalhistas, permitem uma interpretação pertinente da precarização do trabalho e da importância das respostas neoliberais de privatização e previdência privada.

27

“Pensar a família no campo da proteção social implica reconhecer a família na sua dimensão simbólica, na sua multiplicidade, na sua organização (...)”. (MIOTO, 2010, p. 169), entretanto, não cabe concebê-la “apenas numa perspectiva relacional, não incorporando com as relações estabelecidas com outras esferas da sociedade, como a relação com o Estado, através de sua legislação, de suas políticas econômicas e sociais” (MIOTO, 2010, p. 168). Portanto, pensar a família no campo da proteção social consiste em

- (A) avaliar como a família é incorporada à política social: quais famílias são incluídas, seus impactos e se a garantia de direitos sociais se efetiva.
- (B) avaliar as famílias no que se refere à sua competência ou incompetência individual de satisfação de suas necessidades sociais.
- (C) esperar que a capacidade das famílias em satisfazer suas demandas sociais se esgote para reconhecer aquelas que merecem receber intervenção do Estado.
- (D) mitigar os riscos sociais a partir de práticas educativas que fortaleçam a cidadania social extinguindo as ações socioassistenciais e de transferência de renda.
- (E) abrandar a responsabilidade familiar em relação à provisão de bem-estar social, através do mercado e das práticas privatistas.



28

No capítulo sobre moral e (neo)conservadorismo, Brites & Barroco (2022) assinalam que a moral é tratada como uma dimensão privilegiada da realidade social e consideram que o avanço político mundial de extrema-direita e de movimentos neofascistas coloca em evidência características, dentre elas:

- (A) Formação de seguidores; objetivação da história; fortalecimento da ciência e da história; antiliberalismo; defesa da ética, democracia, do pluralismo, dos valores emancipatórios e da família socialmente construída.
- (B) Geração de militantes; subjetivação da vida cotidiana; valorização da ciência e da história; antipessimismo; defesa da liberdade, trabalho, direitos, valores democráticos e da família patriarcal heteronormativa.
- (C) Concepção de líderes; subjetivação da miséria; revigoramento da ciência e da história; anticristianismo; defesa da natureza, floresta, meio ambiente, valores dos povos originários e da família como centro universal.
- (D) Criação de mitos; subjetivação da história; negacionismo da ciência e da história; anti-humanismo; defesa da ordem, tradição, moral, valores religiosos e da família patriarcal heteronormativa.
- (E) Constituição de defensores; objetivação da história; negacionismo da ética e da moral; antissemitismo; defesa da norma, constituição, legislação, valores do livre arbítrio e da família de múltiplas formações.

29

As importantes conquistas do processo de redemocratização brasileira e expressas, em parte, na Constituição Federal de 1988, esboçam políticas orientadas pelos princípios da universalização, responsabilidade pública e gestão democrática. No entanto, para Behring & Boschetti (2007), apesar dos avanços, instaura-se a difícil tarefa da coexistência entre a

- (A) transversalidade e a hegemonia profissional.
- (B) universalidade e a hegemonia neoliberal.
- (C) multidisciplinaridade e a hegemonia burguesa.
- (D) integralidade e a hegemonia capitalista.
- (E) responsabilidade e a hegemonia conservadora.

30

No processo de “reestruturação neoliberal do Estado”, apresentado por Raichelis (Brasil, 2020), dissemina-se uma dada ideologia que “esvazia conteúdos reflexivos e criativos do trabalho, enquadra processos e dinâmicas às metas de qualidade e de produtividade a serem alcançadas, reduz as margens de autonomia profissional e enfraquece a organização política e sindical dos/as trabalhadores/as do Estado. (...) ganha espaço como estruturador das relações de trabalho entre empregadores/as e trabalhadores/as, reproduzindo-se nas políticas estatais as tendências de empresariamento do trabalho, fazendo prevalecer a razão instrumental em detrimento da razão crítica” (p.31/2). No texto sobre as “atribuições e competências profissionais à luz da ‘nova’ morfologia do trabalho”, a autora identifica essa ideologia como:

- (A) Gerencialista.
- (B) Altruísta.
- (C) Tradicionalista.
- (D) Socialista.
- (E) Assistencialista.

31

Barroco (In. Barroco & Terra, 2012) apresenta a seguinte situação hipotética: “O assistente social *E* trabalha em uma instituição pública que atende usuários que recebem benefícios governamentais. Uma usuária, conhecida por toda a equipe, comparece todos os meses para receber o benefício a que tem direito por estar desempregada. Uma tarde, *E* saiu mais cedo do trabalho para ir ao médico e encontrou a usuária vendendo CDs na rua. Indignado com o comportamento moral da beneficiária, *E* não teve dúvidas em denunciá-la, requerendo imediatamente a suspensão de seu benefício. Seus colegas discordaram, alegando que ele não estava no trabalho, que encontrou com a usuária por acaso, que ele sabe que a usuária é mãe solteira, portanto não consegue trabalho e não pode viver com o pouco que recebe do benefício, precisando fazer ‘bicos’ para sobreviver. Afinal, disse seu colega, ‘ela não estava cometendo nenhum crime! Só estava trabalhando!’. *E*, no entanto, estava seguro de sua decisão, como disse ao colega: ‘Minha deliberação está baseada em meus princípios éticos. Quem me garante que ela não seja uma criminosa. Quem mente uma vez, meu amigo, não merece mais confiança’” (p.90). Considerando o compromisso ético-político com as/os usuárias/os previsto no Código de Ética Profissional de 1993, o assistente social *E* descumpriu o seguinte dever ético:

- (A) Conceder-se, no exercício da profissão, de práticas que promovem a exposição do usuário, alteração dos dados, o cerceamento dos direitos adquiridos.
- (B) Pronunciar-se, no exercício da profissão, como testemunha de denúncia em violação de condicionalidades na requisição de benefícios.
- (C) Empenhar-se, no exercício da profissão, na identificação de descumprimentos de comportamentos esperados pela moral hegemônica da sociedade.
- (D) Aproveitar-se, no exercício da profissão, de práticas decorrentes da relação assistente social-usuário para obter vantagens.
- (E) Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos.



32

No debate que lamamoto apresenta sobre as perspectivas do trabalho cotidiano de assistentes sociais (BRASIL, 2021), apresentam-se inúmeros desafios entre a intencionalidade ético-política crítica e transformadora do projeto profissional e os tensionamentos oriundos das demandas institucionais, marcadas por restrições de recursos e de direitos voltados para população. Diante disso, a autora pergunta se o que ocorre acima trata-se de uma defasagem entre “teoria” e “prática” ou de uma idealização do projeto profissional ou mesmo da incapacidade da/o profissional em responder às requisições profissionais com qualidade. lamamoto afirma que a existência dessas tensões decorre

- (A) das contradições entre os propósitos das/os trabalhadoras/es e as determinações dos empregadores; dos condicionantes objetivos da inscrição do Serviço Social na divisão social do trabalho e de seu agente como trabalhador assalariado.
- (B) das formações acadêmicas aligeiradas e precarizadas, focalizadas na dimensão teórico-metodológica e técnico-operativa; dos condicionantes estruturantes da sociabilidade burguesa nas questões gênero/sexo e raça/etnia.
- (C) do recrudescimento da mercantilização das políticas sociais e suas facetas político-partidárias; dos condicionantes subjetivos dos interesses profissionais que revelam a identidade profissional determinada pelo interesse da classe dominante.
- (D) das relações institucionais de passividade por parte das/os profissionais; dos condicionantes suprapartidários que determinam as formas de objetivação da prática profissional na divisão social do trabalho.
- (E) dos fenômenos estruturantes da pauperização e contrarreformas do Estado; dos condicionantes particulares da prática profissional que reivindicam um projeto profissional articulado com a gênese da profissão.

33

Nos termos de lamamoto (2009), “O assistente social é proprietário de sua força de trabalho especializada. Ela é produto da formação universitária que o capacita a realizar um ‘trabalho complexo’ (...)” (p.352). Em decorrência, o caráter social desse trabalho assume uma dupla dimensão, enquanto trabalho:

- (A) Simples e produtivo.
- (B) Prático e dinâmico.
- (C) Concreto e abstrato.
- (D) Substantivo e empírico.
- (E) Multidisciplinar e autônomo.

34

No debate apresentado por Vasconcelos (In Mota et al, 2009) a respeito da prática na saúde e o Serviço Social, na perspectiva de identificar e priorizar as demandas de fundo, na maioria das vezes, implícitas nas queixas dos usuários, indica-se, como uma das estratégias de enfrentamento dos obstáculos para essa compreensão, a busca de assessoria/consultoria por parte da equipe de Serviço Social na saúde, com o objetivo de projetar e analisar, permanentemente,

- (A) as requisições institucionais, de modo a compreender as estratégias de acolhimento de suas demandas, no sentido de uma ação profissional coerente, consistente e afinada com os interesses administrativos.
- (B) os recursos financiadores da política de saúde, de modo a colaborar com a minimização das ações assistenciais de saúde que oneram os cofres estatais no sentido de uma ação profissional consciente.
- (C) a correlação de forças existentes nos espaços da política de saúde, identificando as tendências dominantes, no sentido de uma ação profissional organicamente centrada nos interesses majoritários.
- (D) os interesses dos usuários, captando suas intencionalidades no acesso ao direito à saúde gratuita e pública, no sentido de uma ação profissional firme, reta e coerente com o uso dos recursos públicos.
- (E) a prática, o que significa contrapor a realidade dos espaços profissionais ocupados pelo Serviço Social, no sentido de uma ação profissional pensada, consciente, dinâmica, articulada à realidade social.

35

Brites & Barroco (2022) refletem sobre as condicionalidades do Programa Bolsa Família, afirmando: “Quando, por diferentes motivos, uma família beneficiária do Programa Bolsa Família não cumpre uma ou mais condicionalidades, de modo geral, a responsabilidade recai exclusivamente sobre a família, não havendo qualquer avaliação sobre a qualidade e as possibilidades efetivas de acesso aos serviços de educação e de saúde, que são de responsabilidade do Estado” (p.130). Nesse sentido, as autoras chamam atenção para o fato de que as/os assistentes sociais são capacitadas/os para entender, sistematizar e dar visibilidade política aos determinantes

- (A) particulares, sujeito a penalizações, que adulteram o atendimento das condicionalidades.
- (B) pessoais, que evidenciam a necessária fiscalização no atendimento das condicionalidades.
- (C) sociais, que criam obstáculos ou inviabilizam o atendimento das condicionalidades.
- (D) singulares, que criam necessidade de policiamento quanto ao atendimento das condicionalidades.
- (E) morais, que subestimam o comportamento das famílias no descumprimento das condicionalidades.



36

O debate que Eurico (2018) discorre a respeito da questão étnico-racial e do racismo no Brasil suscita compreender o conceito de branquitude. A autora apoia sua compreensão a partir do “ser branco” como alguém que

- (A) alcança determinadas aparências e aptidões profissionais vinculadas à naturalização das relações sociais de raça, gênero e classe, reproduzindo formas de ser na sociedade.
- (B) ocupa determinadas posições e lugares sociais vinculados à aparência, ao *status* e ao fenótipo, enquanto construções sócio-históricas, reproduzindo privilégios e diferenças.
- (C) realiza determinadas ações e práticas sociais vinculadas à luta antirracista, sexista e classista, predominando o combate a todas as formas de opressões e explorações na sociabilidade capitalista.
- (D) reivindica determinada superioridade estética vinculada às particularidades da organização social, enquanto consequência da história natural da humanidade.
- (E) dissemina determinados modos de agir e comportar-se relacionados às múltiplas formas culturais de existência, reproduzindo a igualdade, liberdade e privilégios para todos os povos.

37

Matos (2015) levanta reflexões a respeito das atribuições privativas e competências profissionais, destacando as transformações recorrentes sobre as demandas institucionais, afirmando que: “Esses serviços, por sua vez, engendram processos coletivos de trabalho que, nem por isso, deixam de requerer competências profissionais particulares, lembrando que entendemos que o trabalho coletivo expressa uma busca de resposta às necessidades dos(as) usuários(as). Cabe lembrar que esse movimento é contraditório: ao mesmo tempo que pode descaracterizar nossas atribuições privativas, pode também apresentar novas e importantes demandas para a profissão” (p.690). Sendo assim, na contradição deste processo, o autor destaca a importância de não perder de vista a função

- (A) de ajustamento da profissão.
- (B) jurídica da profissão.
- (C) social da profissão.
- (D) holística da profissão.
- (E) de contenção da profissão.

38

O campo da saúde do trabalhador é uma importante área de atuação das/os assistentes sociais. Nos “Parâmetros para Atuação de assistentes Sociais na Política de Saúde” (2010), é ressaltada essa relevância, indicando que a saúde do trabalhador envolve

- (A) o coletivo de trabalhadores, inserido no processo saúde/doença no trabalho, não abrangendo apenas àqueles que têm o adoecimento nesse processo.
- (B) as particularidades de doenças como a LER, configurando as especificidades que acometem os trabalhadores no processo saúde/doença.
- (C) todas as manifestações de adoecimento físico, psíquico e social dos trabalhadores, independentemente das origens e causas acometidas.
- (D) áreas laborais específicas, provenientes de estruturas industriais, como as fábricas, e que produzem recorrentemente adoecimentos dos trabalhadores.
- (E) o conjunto de trabalhadores que, por uma dada razão epidemiológica, apresentam sintomas e adoecimentos comuns à prática laboral.

39

“A categoria profissional dos assistentes sociais não constitui um bloco homogêneo, em que todos possuem a mesma concepção de direitos, cidadania e política social, mas não podemos negar que teve e tem uma participação indiscutível na construção e na defesa dos direitos sociais, econômicos, políticos e culturais, nesse país onde o termo direito não faz parte do cotidiano daqueles que não tem acesso a ele por meio das políticas sociais” (BEHRING & BOSCHETTI, 2007, p. 192). Nas reflexões das autoras, para viabilizar o projeto ético-político profissional, é necessário incorporar três dimensões estratégicas:

- (A) A de tendência polissêmica que abarca toda a realidade; reconhecer o Estado e sociedade como entes convergentes; postura político-profissional que envolve recursos ideo-políticos para enfrentar e solucionar os problemas oriundos da questão social.
- (B) A primeira focada na perspectiva empírica da realidade; reconhecer o Estado e a sociedade como um todo harmônico; postura político-profissional que privilegia a autoridade científica e o saber como relações de poder no interior das instituições.
- (C) De cunho interventivo baseado no conhecimento singular da realidade; reconhecer o papel do Estado como mediador das relações sociais; postura político-profissional que articula a população usuária como responsável pelos processos de contradição social.
- (D) Carregada de princípios e valores humanitários; reconhecimento do papel das instituições como protetoras dos bens e direitos sociais; postura político-profissional que defende a capilaridade das iniciativas privadas na solução dos conflitos.
- (E) Uma visão histórico-processual da realidade; reconhecer o Estado e a sociedade como espaços contraditórios; postura político-profissional que articula o fortalecimento das instituições democráticas e dos movimentos sociais.



40

Um dos argumentos que caracteriza a relativa autonomia da/o assistente social no exercício do trabalho profissional pode ser explicado por Yamamoto na reconhecida obra “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil” (1985) a partir da seguinte afirmação:

- (A) Carece o profissional ampliar suas respostas técnicas operativas às demandas do empregador, confrontando-as com as dimensões ético-política e teórico-metodológica junto aos grupos e frações de classes que configuram o perfil das classes dominantes.
- (B) Pode o profissional limitar-se a responder às demandas do empregador, confirmando-lhe sua adesão, ou lançar-se no esforço coletivo junto à categoria de propor e efetivar uma direção alternativa àquela proposta pelos setores dominantes.
- (C) Tem o profissional possibilidade de ampliar às demandas do empregador, conformando-lhe sua função, ou lançar-se no empenho coletivo junto às instituições privadas para efetivar uma prática desestatizante e burocrática.
- (D) Necessita o profissional centrar-se a desenvolver metodologias específicas, confiando-lhe sua competência, ou providenciar estratégias particulares junto à formação profissional que possa garantir o reconhecimento e a legitimação da prática.
- (E) Deve o profissional limitar-se a responder às demandas do empregador, confiando-lhe sua adesão, ou lançar-se no esforço singular junto aos recursos individuais para propor e efetivar uma direção substantiva àquela proposta pelos setores dominantes.



ESTUDO DE CASO

ANALISE O CASO DESCRITO PARA RESPONDER ÀS QUESTÕES DISSERTATIVAS DE 01 A 03.

Marina é uma jovem de 21 anos que está em situação de rua há cinco. Ainda na adolescência, passou por um processo de rompimento de vínculos com seus pais e demais relações significativas devido ao uso de substâncias psicoativas. Marina estabeleceu um padrão prejudicial de uso de álcool e outras drogas, o que a levou passar temporadas na “cracolândia”. Quando ficou em situação de rua, Marina foi atendida por diversos serviços que compõem a rede socioassistencial, sendo eles: UBS, CAPS AD, Hospital de Especialidade, Comunidade Terapêutica, Centro de Acolhida, CREAS, Ocupação do Movimento de Luta por Moradia, Igreja e outros atendimentos de entidades do Terceiro Setor. O itinerário terapêutico de Marina foi extenso, mas frutífero, e, há dois anos, a jovem se encontra abstinente da maioria das substâncias de que fazia uso, não apresentando mais prejuízos em decorrência de seu uso. Todavia, ainda assim, Marina não conseguiu retomar os estudos, desenvolver uma atividade laborativa que lhe dê uma renda fixa e, portanto, não conseguiu sair da situação de rua e, tampouco, arcar com uma moradia digna. Em dias de maior angústia, seja por fome, frio, tristeza ou fissura, Marina busca ajuda nos antigos locais que lhe acolheram, entretanto, a jovem não apresenta mais critério de inclusão para ser atendida na maioria deles. Nos serviços de saúde, os profissionais afirmam que Marina teve alta; nos serviços de assistência social, a situação de Marina não é avaliada como de extrema precarização das condições sociais de vida, saúde e sobrevivência (é jovem, saudável, não é mais usuária de drogas, não está gestante). Um dia, Marina busca ajuda da assistente social que lhe atendeu no Hospital de Especialidade durante uma internação para tratamento do uso abusivo de drogas. Marina recorre ao vínculo com a profissional para pedir vaga de internação para assim ter acesso a abrigo, alimentação, higiene, cuidado, proteção e orientação. Ela já sabe que não corresponde aos critérios para estar ali, então afirma para a profissional que está com ideia suicida e necessita de internação hospitalar urgentemente.



Questão 01

Diante do caso exposto e com base nas seguintes referências bibliográficas: i) Produção de documentos e emissão de opinião técnica em serviço social (BRASIL, 2022); ii) Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde (BRASIL 2017); iii) Atribuições privativas do/a assistente social em questão (BRASIL, 2020); iv) Serviço Social e ética profissional: fundamentos e intervenções críticas (BRITES & BARROCO , 2021), identifique três providências que poderiam ter sido tomadas por assistentes sociais no processo de cuidado de Marina ao longo de seu processo de acesso e atendimento nos serviços sociais pelos quais passou e, assim, contribuído para um enfrentamento mais efetivo das condições sociais de vida nas quais se encontrava.



Questão 02

A partir da análise de Behring & Boschetti (2006), discorra sobre a influência do trinômio que transforma as políticas sociais brasileiras e que impacta direta ou indiretamente no contexto das expressões da Questão Social identificadas na situação de Marina. Quais tendências são essas que caracterizam o trinômio identificado pelas autoras e como essas tendências obstaculizam respostas mais eficazes para o caso apresentado?



Questão 03

Descreva três aspectos que devem compor o estudo social da assistente social que atenderá Marina no Hospital de Especialidades e quais as possíveis condutas a serem realizadas pela profissional que sejam pertinentes ao projeto ético-político da profissão.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



Residência Profissional 2025
1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1

1/100

