



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA PARA O VESTIBULAR

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
COREMU/USP**PROCESSO SELETIVO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA PROFISSIONAL DE
SAÚDE – USP 2022**

31/10/2021

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**. 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. O verso das folhas poderá ser utilizado para rascunho e não será considerado na correção.
7. Duração da prova: **4h30**. Tempo mínimo de permanência obrigatória: **2h30**. 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

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 01 A 03

Descrito há pouco mais de um século, o Alzheimer apaga a memória e reduz a capacidade de planejar e realizar as tarefas do dia a dia. Todavia, esses sinais são típicos dos estágios avançados da doença. Muito antes, ela pode se manifestar de modo dissimulado, fazendo-se confundir com problemas como a depressão, a ansiedade ou alterações súbitas no padrão de sono e apetite.

Sabe-se que esses distúrbios psiquiátricos são mais frequentes nas pessoas que desenvolvem Alzheimer do que na população idosa saudável. Parte dos especialistas defende, com base em estudos populacionais, que a depressão e a ansiedade surgiriam primeiro, em decorrência das dificuldades impostas pelo próprio envelhecimento, e, se não tratadas, aumentariam o risco de Alzheimer. Contudo, surgem evidências de que, ao menos em parte dos casos, o oposto pode acontecer: as manifestações psiquiátricas seriam consequência dos danos neurológicos dos estágios iniciais do Alzheimer.

Em um trabalho conduzido pela neuropatologista brasileira Lea Tenenholz Grinberg, observou-se que, após surgirem as primeiras lesões neurológicas do Alzheimer, o risco de problemas psiquiátricos aumenta. “Esses resultados indicam que, em parte desses casos, a doença de Alzheimer já está instalada em áreas que modulam a atividade cerebral quando as primeiras manifestações psiquiátricas surgem”, afirma Lea.

Os novos achados podem representar dois avanços para a pesquisa e o tratamento do Alzheimer. O primeiro é que a identificação precoce de sinais psiquiátricos pode auxiliar no teste de novos medicamentos. Além disso, a manifestação psiquiátrica do Alzheimer talvez torne possível iniciar mais cedo o uso de medicações já disponíveis.

“Uma importância do estudo coordenado por Lea é mostrar que a depressão no idoso pode não ser de origem primária, causada por fatores sociais ou ambientais, mas resultado de degeneração de regiões cerebrais”, afirma a psiquiatra Paula Villela Nunes, professora da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Isso não significa que seria mais fácil tratar essas pessoas. Especializada em psiquiatria geriátrica e pesquisadora do Instituto de Psiquiatria (IPq) da USP, Paula suspeita que a depressão decorrente do Alzheimer responda pior aos antidepressivos por causa das lesões degenerativas no cérebro. “Tratar esses casos de depressão talvez seja tão desafiador quanto tratar as demências”, diz Paula.

Dezenas de compostos já foram testados para tentar deter ou retardar o Alzheimer. Atualmente, os especialistas apostam que a saída é buscar formas de identificar as lesões no início ou antes de começarem e usar compostos que evitem os danos antes de surgirem os sinais clínicos da doença.

Há urgência para encontrar tratamentos eficazes contra o Alzheimer. Os compostos usados para retardar a perda de memória agem sobre o neurotransmissor acetilcolina, aumentando a atenção. Eles, no entanto, funcionam por, no máximo, alguns anos. Além disso, a doença vem se tornando mais frequente à medida que as pessoas vivem mais. A Organização Mundial da Saúde calcula que existam quase 50 milhões de pessoas com demência no mundo, de 60% a 80% dos casos provocados por Alzheimer. Esse número deve triplicar até 2050.

Ricardo Zorzetto. *Revista Fapesp*. Edição 273, nov. 2018. Adaptado.

01

O objetivo principal do artigo é apresentar evidências de que

- (A) alterações no padrão de sono e apetite relacionadas ao Alzheimer acometem com mais frequência pessoas que já apresentavam histórico de depressão e ansiedade.
- (B) testes promissores de novos medicamentos contra o Alzheimer, elaborados a partir de ensaios clínicos em pessoas em estágio avançado da doença, estão em curso.
- (C) idosos com predisposição à depressão devido a fatores ambientais e psicológicos têm maior probabilidade de desenvolver o Alzheimer.
- (D) problemas psiquiátricos podem ser indícios de que os danos neurológicos dos estágios iniciais do Alzheimer já estão instalados.
- (E) medicamentos já usados no tratamento das demências podem ajudar a tratar a depressão associada ao Alzheimer.

02

Depreende-se corretamente do texto que o autor

- (A) expõe uma contradição a respeito do diagnóstico do Alzheimer em “Todavia, esses sinais são típicos dos estágios avançados da doença” (1º parágrafo).
- (B) assinala uma condição para o aumento do risco do desenvolvimento do Alzheimer em “em decorrência das dificuldades impostas pelo próprio envelhecimento” (2º parágrafo).
- (C) ressalta que a doença deve triplicar até 2050 para corroborar o argumento exposto em “Há urgência para encontrar tratamentos eficazes contra o Alzheimer” (7º parágrafo).
- (D) introduz um argumento que ratifica a afirmação imediatamente anterior em “Eles, no entanto, funcionam por, no máximo, alguns anos” (7º parágrafo).
- (E) estabelece noção de causa e consequência, respectivamente, em “a doença vem se tornando mais frequente à medida que as pessoas vivem mais” (7º parágrafo).

03

A afirmação de que o Alzheimer “pode se manifestar de modo dissimulado” (1º parágrafo) significa, no contexto, que os sintomas da doença podem

- (A) fazê-la progredir de modo desfavorável quando não tratados.
- (B) variar bastante de um paciente para outro.
- (C) ser erroneamente associados aos de outras condições.
- (D) deixar de responder a determinados medicamentos.
- (E) apresentar maior gravidade em determinado grupo etário.

TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 04 A 06

Dentro do campo mais amplo da Psicologia, os analistas do comportamento adotam um conjunto de pressupostos e orientações presentes em uma proposta epistemológica específica, denominada behaviorismo radical. Essa proposta foi inicialmente apresentada pelo psicólogo estadunidense B. F. Skinner (1904-1990).

A fundamentação no behaviorismo radical faz com que os analistas do comportamento compartilhem formas específicas de caracterizar e pesquisar os fenômenos psicológicos e também de intervir sobre eles. Na análise do comportamento, há uma ligação estreita entre essas atividades – caracterizar, pesquisar e intervir.

Em certa ocasião, Skinner afirmou que o comportamento humano é “possivelmente o mais difícil objeto já submetido à análise científica”. A forma como os analistas do comportamento caracterizam e estudam seu objeto produz um conjunto singular de conhecimentos, que permite intervir de maneiras efetivas sobre o comportamento de pessoas e grupos em seu cotidiano.

As intervenções realizadas pela análise do comportamento derivam diretamente dos conhecimentos científicos produzidos pelos analistas do comportamento dedicados à pesquisa. Isso dá aos analistas do comportamento a confiança de que suas intervenções têm fundamentação científica sólida.

Assim, os analistas do comportamento são especialmente céticos em relação a propostas psicológicas que não descrevam claramente seus conceitos, suas evidências empíricas e métodos utilizados para produzi-las. Auxiliar as pessoas a mudar comportamentos demanda quantidade considerável de conhecimento, tempo e trabalho. Esse é um campo em que é fácil encontrar pessoas sem preparo profissional adequado vendendo soluções mágicas por meio de teorias vagas. Basta pensar nas tantas promessas de que é possível “mudar sua vida” praticando certos rituais ou comprando certos produtos. No campo mais amplo dos estudos do comportamento, a aplicação de métodos científicos constitui a exceção, não a regra. A disciplina Análise do comportamento faz parte da exceção.

O objetivo primordial do analista do comportamento é descobrir por que uma pessoa, ou grupo de pessoas, faz o que faz, da maneira como faz. Analisar o comportamento é identificar relações funcionais entre aspectos do ambiente e aspectos do comportamento das pessoas. Essa identificação não é baseada apenas no que o analista do comportamento “acha” que pode afetar o comportamento. As relações funcionais precisam ser descritas empiricamente, por meio de métodos experimentais que permitam verificar com clareza os efeitos de variáveis ambientais sobre o comportamento do indivíduo (Cooper et al., 2007; Johnston; Pennypacker, 2009; Sidman, 1960).

Alexandre Dittrich. Bruno Angelo Strapasson. In: Sella, Ana Carolina; Ribeiro, Daniela Mendonça (Org.). *Análise do comportamento aplicada ao transtorno do espectro autista*. Curitiba: Appris, 2018. Capítulo 4. “Bases Filosóficas da Análise do Comportamento Aplicada”, edição digital. Adaptado.

04

Segundo o texto, o analista do comportamento

- (A) lida com um campo de estudos subjetivo, cujo maior desafio é testar na prática suas propostas de intervenção comportamental.
- (B) dedica-se ao funcionamento das relações sociais, com o intuito primordial de descrevê-las.
- (C) desvenda aspectos da personalidade de determinado indivíduo, oferecendo-lhe a possibilidade de autocohecimento.
- (D) atua com o intuito de influir sobre o comportamento de indivíduos ou grupos, a partir do trabalho de caracterização e pesquisa.
- (E) investiga o impacto do meio social nas atitudes de indivíduos e grupos, com o objetivo de propor soluções cabíveis a determinada sociedade.

05

O termo sublinhado em “Assim, os analistas do comportamento são especialmente céticos em relação a propostas psicológicas que não descrevam claramente seus conceitos” (5º parágrafo) introduz uma

- (A) concessão.
- (B) comparação.
- (C) condição.
- (D) oposição.
- (E) conclusão.

06

A afirmação de que a Análise do comportamento “faz parte da exceção” (5º parágrafo) baseia-se na premissa de que essa disciplina

- (A) atua sobre o comportamento a partir de fundamentos científicos.
- (B) identifica influências do ambiente sobre o indivíduo.
- (C) revela as estruturas inconscientes responsáveis pelo comportamento.
- (D) desvenda processos mentais responsáveis por determinado comportamento.
- (E) propõe-se a investigar problemas comportamentais que sejam prejudiciais ao conjunto da sociedade.

07

Observe o cartaz a seguir:



Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/o-que-e-hanseníase/>.

A campanha veiculada no cartaz alerta sobre

- (A) as principais formas de transmissão da hanseníase.
- (B) o preconceito contra o paciente acometido pela hanseníase.
- (C) os efeitos da falta de adesão ao tratamento da hanseníase.
- (D) a importância da adesão aos métodos de prevenção da hanseníase.
- (E) a necessidade de controlar a propagação da hanseníase.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

Conforme o Decreto 7.508 de 2011, é correto afirmar que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa

- (A) na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.
- (B) na provisão de cuidados de saúde em serviços públicos e privados, conforme a pactuação consensual entre os entes federativos.
- (C) na conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta.
- (D) no acesso universal e igualitário nos diferentes serviços de saúde ordenados pela atenção primária, dentro de uma Rede de Atenção à Saúde.

- (E) na oferta de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de oferecer assistência à saúde.

09

De acordo com a Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, o trabalho é uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. De acordo com essa Portaria, em que reside o trabalho vivo?

- (A) Nas relações estabelecidas no ato de cuidar que são os vínculos, a escuta, a comunicação e a responsabilização pelo cuidado integral em saúde.
- (B) Nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar; é o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização do cuidado.
- (C) Na superação do cuidado fragmentado que se fundamenta das ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionado a partir da oferta.
- (D) Na valorização do espaço de trabalho em saúde dos profissionais comprometidos em realizar a clínica ampliada, comprometendo-se com o cuidado integral.
- (E) Na ampliação do objeto de trabalho em saúde, compreendendo os problemas de saúde, ou seja, entendendo as situações de risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

10

Os cientistas Louis Pasteur e Robert Koch iniciaram uma nova fase na evolução da ciência na área da saúde: a descoberta e o estudo dos microrganismos. A partir dessas descobertas, podemos atribuir uma mudança de foco dos profissionais que

- (A) se preocupam mais com as doenças e seu estudo do que com o doente e a consequência das doenças para o doente.
- (B) não consideram a pessoa humana em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, social ou moral e espiritual.
- (C) perdem o entendimento de que o paciente é uma pessoa única e que deve ser considerado em sua totalidade.
- (D) defendem que o conceito de autonomia ficou enfraquecido, pois só os mais fortes conseguirão expressar e exercer a sua liberdade.
- (E) entendem que a busca da supressão da dor e a extensão do prazer se tornou o único referencial para todas as ações.

11

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), é correto afirmar que Clínica Ampliada consiste em

- (A) Ajudar o sujeito em seu problema de saúde, realizando o diagnóstico de maneira ética, solicitando exame complementar para se comprovar determinada doença, prescrevendo remédio e terapias alternativas.
- (B) Ter um compromisso radical em realizar o diagnóstico da doença do sujeito, reconhecer seus limites e possibilidades para adquirir os medicamentos prescritos, trabalhando com as restrições de suas possibilidades.
- (C) Perguntar e ouvir do sujeito o que ele entendeu sobre o diagnóstico realizado de modo que possa seguir as orientações oferecidas a fim de obter êxito no tratamento.
- (D) Assumir responsabilidade sobre o usuário do serviço com um compromisso ético profundo, considerando a singularidade do sujeito, e buscar ajuda em outros setores, a que se dá o nome de intersectorialidade.
- (E) Orientar os sujeitos a entender seus problemas de saúde e, de uma maneira ética, buscar ajuda de outros setores para realizar o diagnóstico e exames de acordo com as possibilidades do sujeito.

12

O trabalho em saúde com a Clínica Ampliada “pode ser comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. Se a corrente é quase toda de aço, mas um elo é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço.” Essa metáfora demonstra:

- (A) A qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores em escutar o sujeito e produzir vínculos e afetos sem os quais não se produz o trabalho ancorado na Clínica Ampliada.
- (B) A qualidade da atenção e a satisfação do trabalhador no diálogo com a gestão, a fim de que o gestor possa ser seu representante entre os profissionais do serviço.
- (C) A equipe multiprofissional de Saúde da Família, que é referência para uma determinada população, com uma gestão de referência facilitando o vínculo específico entre um grupo de profissionais.
- (D) Trabalho cooperativo, com certa divisão de trabalho na atenção à saúde dos usuários, e gestor mediando o diálogo entre os trabalhadores e os demais serviços, possibilitando a integração do cuidado.
- (E) A interdependência do trabalho em saúde é válida tanto para um serviço de saúde com seus diferentes profissionais quanto para o sistema de saúde com seus diferentes serviços.

13

As reformas previstas e defendidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, estavam na contramão naquele período porque

- (A) a concepção política e ideológica do movimento defendia a saúde como uma questão exclusivamente social.
- (B) havia estabilidade econômica com a retração dos movimentos sociais, pois os trabalhadores ganhavam poder de compra.
- (C) permitiram que maior número de atores participasse do processo de tomada de decisão e implementação da política de saúde.
- (D) recebeu apoio do presidente da República que não seguia a agenda neoliberal e se comprometeu com a reforma sanitária.
- (E) as reformas difundidas naquela época no resto do mundo questionavam a manutenção do estado de bem-estar social.

14

Ancorado em um quadro teórico, Peduzzi (2001) construiu uma tipologia referente a duas modalidades de trabalho em equipe. Assinale a alternativa que caracteriza a tipologia da Equipe Integração:

- (A) Justaposição das ações; agrupamento dos agentes.
- (B) Articulação das ações; agrupamento dos agentes.
- (C) Justaposição das ações; interação dos agentes.
- (D) Articulação das ações; interação dos agentes.
- (E) Articulação das ações; articulação dos agentes.

15

No documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente, são apresentados os atributos da qualidade para a segurança do paciente. O atributo “Oportunidade” é definido como:

- (A) Evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado, que tem como objetivo ajudá-los.
- (B) Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
- (C) Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
- (D) Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.
- (E) Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.

SERVIÇO SOCIAL

16

Segundo Andrade (2008), os cuidados paliativos consistem na manutenção da qualidade de vida nos momentos finais e na garantia de uma morte digna. O Serviço Social compoendo a equipe interdisciplinar acompanha as notícias de óbitos dada à família ou, ainda, é comunicada pela família em casos de falecimento em domicílio. Nessas circunstâncias, são atribuições do/a assistente social:

- (A) Receber a comunicação de óbito pela família e tomar providências quanto à notificação do óbito às entidades competentes.
- (B) Garantir o acesso à informação necessária, fornecendo orientações burocráticas sobre o óbito, como documentos necessários e providências legais.
- (C) Comunicar o óbito aos familiares e fazer orientação das providências burocráticas àquele familiar menos envolvido emocionalmente com o falecido.
- (D) Comunicar o óbito aos familiares na ausência dos profissionais da enfermagem e promover acolhimento psicológico.
- (E) Acompanhar o atendimento médico no momento do comunicado do óbito e, posteriormente, tomar as providências para o velório ser realizado gratuitamente.

17

No texto “Na prática a teoria é outra”, localizado no livro “A instrumentalidade do Serviço Social”, a autora Yolanda Guerra (2011, p.172) afirma que “a repetibilidade das ações, sancionada pela experiência e ancorada na teoria, permite a instituição de modelos de atuação profissional”, porém, mais adiante, faz uma ressalva em relação à aplicação indiscriminada de modelos na análise e diagnóstico da realidade, pois, segundo Guerra, tal conduta levaria o profissional a um equívoco que se apresenta em uma das afirmações apresentadas a seguir. Assinale a alternativa que apresenta o equívoco apontado pela autora.

- (A) Apreensão do real fragmentada e incompleta, que levaria à aceitação acrítica do instituído.
- (B) Aplicação sistematizada e crítica dos modelos de atuação profissional.
- (C) O estabelecimento de princípios, normas e regulamentos passíveis de avaliação.
- (D) Apreensão crítica da realidade e livre da neutralidade entre os sujeitos.
- (E) A consagração de um conjunto de procedimentos, como estudo, diagnóstico, intervenção e avaliação.

18

Vasconcelos (2013), em seu livro “Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade”, define multidisciplinaridade como:

- (A) Justaposição de diversas disciplinas em um nível único de hierarquia.
- (B) Compartilhamento da epistemologia e de uma finalidade e objetivo comuns.
- (C) Gama de disciplinas que compartilham o mesmo saber teórico-epistemológico operando a partir da troca de informação entre si.
- (D) Justaposição de diversas disciplinas de maneira desordenada e nada hierárquica.
- (E) Gama de disciplinas que coexistem, mas sem cooperação ou troca de informação entre si.

19

Martinelli (2011), em seu texto, “O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos” relembra que o fundamento do Serviço Social é a própria realidade social, e sua matéria-prima de trabalho são as múltiplas expressões da questão social. Na sua atuação na área da saúde, no atendimento direto aos usuários, o trabalho com pessoas fragilizadas, que pedem um cuidado humanizado para que possam se fortalecer na sua própria humanidade, exige um exercício profissional que materialize os princípios do Código de Ética, do Projeto Ético Político da profissão e dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Política de Saúde, assim, na saúde é imprescindível a articulação de três dimensões da ética, que são:

- (A) Ética dos cuidados; ética da assistência à saúde; ética exclusiva do/a assistente social.
- (B) Ética profissional; ética pessoal; ética laboral.
- (C) Ética dos cuidados; ética da proteção social; ética militante.
- (D) Ética profissional; ética dos movimentos sociais; ética protestante.
- (E) Ética profissional; normativas morais; valores de igualdade social.

20

Mioto, no texto “Estudos socioeconômicos” (BRASIL, 2009), afirma que, na atualidade, os estudos socioeconômicos consistem em ação de competência dos/as assistentes sociais e que têm por finalidade conhecer de forma profunda e crítica uma determinada situação que apresente expressões da questão social. São objetivos para a realização dos estudos socioeconômicos:

- (A) Subsidiar decisões teóricas acerca da aplicabilidade das legislações sociais.

- (B) Subsidiar decisões técnicas vinculados ao acesso de benefícios sociais ou parecer em situações conflituosas.
- (C) Promover acesso à justiça social em processos seletivos privados.
- (D) Promover políticas de equidade social a partir da elaboração de parecer e opinião pessoal do profissional.
- (E) Recolher dados objetivos acerca de uma situação de pobreza, identificando a responsabilidade dos próprios indivíduos na situação estudada.

21

No texto “Estudos socioeconômicos” (BRASIL, 2009), Mioto afirma que os estudos sociais contêm duas dimensões, uma operativa e outra ética, e que ambas devem expressar a apropriação do conhecimento pelos/as assistentes sociais. A qual tipo de conhecimento a autora se refere ao apresentar as duas dimensões que compõem o estudo social?

- (A) Fundamentos técnico-operativos e instrumentais da profissão.
- (B) Fundamentos teórico-metodológico e técnico-prático da profissão.
- (C) Fundamentos teórico-metodológico e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico.
- (D) Fundamentos específicos formativos da categoria profissional com base na instrumentalidade do Serviço Social.
- (E) Referencial à luz da Teoria Crítico-Positivista, uma vez que estão presentes as dimensões teórico e técnica.

22

Segundo Mioto (BRASIL, 2009, p. 500), “a orientação e o acompanhamento são ações socioeducativas realizadas por assistentes sociais alinhados ao atual projeto ético-político da profissão” e podem promover transformações sociais para indivíduos, grupos e famílias. São efeitos das ações socioeducativas:

- (A) Contribuir para o fortalecimento de processos emancipatórios, nos quais há a formação de uma consciência crítica dos sujeitos frente à apreensão e à vivência da realidade.
- (B) Contribuir para a emancipação de todos os grupos subalternos em que haja exploração da mão-de-obra e da mais-valia, conquistando a extinção do modo de produção capitalista.
- (C) Contribuir para o fortalecimento de processos emancipatórios, sem que haja, necessariamente, a conquista de novos direitos sociais e a ampliação da consciência de classes.
- (D) Facilitar a construção de processos democráticos garantidores de direitos que coexistam com o aprofundamento das desigualdades socioeconômicas.

- (E) Facilitar a ampliação de acesso a bens e serviços previstos em lei, regulando as relações sociais e promovendo maior controle e vigilância das classes subalternas.

23

Mioto (BRASIL, 2009, p. 502) explica que “as ações socioeducativas se constituem como processos que se constroem e se reconstroem continuamente, não existindo modelos pré-definidos”. Porém, cabe salientar que só se torna possível desenvolvê-las mantendo coerência entre a direção teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa. Há na atualidade uma escolha tanto pelas abordagens individuais e pelas grupais, ambas alinhadas aos três pontos que constituem a instrumentalidade do Serviço Social. A escolha da realização de grupos nas ações socioeducativas como uma estratégia coerente é justificada pelo seguinte argumento:

- (A) A formação de grupos é uma estratégia rentável aos serviços e profissionais, pois otimiza custos, ampliando o número de atendimentos realizados.
- (B) A formação de grupos é altamente recomendável, pois proporciona o encontro de diferentes subjetividades e a possibilidade de construção de um trabalho intersubjetivo mesmo durante as ações socioeducativas.
- (C) A formação de grupos é recomendável quando não há a possibilidade de realizar o atendimento individual, pois é este que permite uma intervenção profissional coerente.
- (D) A formação de grupos é altamente recomendável porque permite, por meio da reunião de diferentes sujeitos, a realização do processo educativo de forma coletiva.
- (E) A formação de grupos é uma estratégia metodológica passível de questionamentos no que tange à intervenção do/a assistente social, pois não comporta responder as demandas da população pauperizada nesse formato de atendimento.

24

Chupel e Mioto (2010) constataram em seus estudos que o tema do acolhimento ainda não possui uma discussão consistente no âmbito do Serviço Social, conformando uma lacuna no pensamento e na prática executada no campo da saúde. Há, entretanto, alguns direcionamentos acerca do que é o acolhimento para o Serviço Social, que, segundo os autores, é composto por:

- (A) Escuta do usuário, fornecimento de informação e comportamento cordial.
- (B) Avaliação, aplicação de questionário e identificação de fatores de risco.
- (C) Escuta qualificada, orientação diretiva e encaminhamentos.
- (D) Estabelecimento de vínculo, escuta pragmática e intervenções breves.
- (E) Avaliação, diagnóstico e intervenção.

25

No debate que Chupel e Mioto (2010) fazem sobre o tema do acolhimento no Serviço Social, as autoras buscam identificar quais os objetivos que a categoria profissional reconhece no ato do acolhimento. Nesse contexto, é correto afirmar que o/a assistente social faz o acolhimento

- (A) a fim de construir uma relação de confiança tal que permita criar vínculos e realizar orientações que corrijam o comportamento errante inicial do usuário e subsidiar decisões futuras.
- (B) para garantir o acesso do usuário aos mais diversos direitos sociais, construir uma relação de confiança e coletar informações necessárias para tomada de decisões futuras.
- (C) para captar informações que subsidiem as decisões acerca das intervenções a serem realizadas e escutar as queixas sobre os serviços pelos quais o usuário já passou.
- (D) para realizar orientação acerca de benefícios e direitos sociais, além de identificar demandas previdenciárias e trabalhistas e fazer diagnóstico funcional do grupo familiar.
- (E) a fim de construir uma relação de confiabilidade de modo que o usuário não minta durante as entrevistas sociais futuras, facilitando o trabalho do profissional na concessão de benefícios.

26

Matos (2020) em seu texto “A pandemia do coronavírus (COVID-19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde”, inaugura um diálogo entre os/as assistentes sociais sobre sua prática profissional nesse contexto inédito e desafiador da pandemia e propõe um conjunto de estratégias para uma prática profissional que sustente seu posicionamento ético-político a despeito das (novas) dificuldades nos processos de trabalho. Algumas das estratégias trazidas no referido texto são:

- (A) Realizar estudo social para identificar e classificar os níveis de urgência para atendimento social e, assim, reagendar os atendimentos que não se tratam de risco iminente aos atendidos.
- (B) Direcionar as atividades profissionais para a concessão de benefícios de transferência de renda, realizar orientações previdenciárias e trabalhistas e não pactuar com atividades que não sejam pertinentes à categoria.
- (C) Fazer articulação com outras instituições, posicionar-se diante de requisições técnico-administrativas equivocadas para o Serviço Social e elaborar estratégias seguras para manter o contato com os usuários.
- (D) Fazer articulação entre serviços da rede, responder somente demandas emergenciais e realizar atendimento social com os familiares e amigos dos pacientes.
- (E) Negar-se a qualquer atendimento que venha expor o profissional ao contágio do vírus, elencar prioridades nas novas rotinas de atendimento e garantir o sigilo profissional realizando atendimento às portas fechadas.

27

De acordo com Barroco & Terra (2012, p. 77), “entender o profissional como sujeito ético-moral é tratá-lo como um sujeito dotado de certos atributos que lhe permitem agir eticamente: vontade, racionalidade, consciência, senso moral ou capacidade de responder por seus atos e discernir entre valores morais (certo/errado; bom/mau etc). Dizemos que as ações ético-morais são conscientes quando o sujeito assume que os demais podem sofrer as consequências dos seus atos, se responsabilizando por eles”. Com base na reflexão das autoras, é correto afirmar que, mesmo em situações de confronto entre valores pessoais e os vinculados à ética profissional, espera(m)-se da/o profissional consciência

- (A) ética e compromisso com valores hierárquicos e humanitários.
- (B) de sua incompetência técnica para discernir a respeito dos valores.
- (C) moral e maturidade emocional para escolher os valores ideais.
- (D) das normas e responsabilidade vinculada à moral e a religião.
- (E) ética e responsabilidade vinculada à liberdade e à equidade.

28

A questão social como “matéria” do Serviço Social é notadamente reconhecida nos debates da profissão. Lamamoto (2012) aponta que há uma dupla armadilha para analisar a questão social “quando suas múltiplas e diferenciadas expressões são desconectadas de sua gênese comum, desconsiderando os processos sociais contraditórios, na sua dimensão de totalidade, que as criam e as transformam” (BRASIL, 2012, p. 49). Essas armadilhas referem-se à

- (A) associação dos efeitos contraditórios da sociabilidade burguesa e da relação entre capital e trabalho que resultam nas expressões da questão social.
- (B) pulverização e fragmentação das questões sociais e à difusão de um discurso genérico com uma visão unívoca e indiferenciada da questão social.
- (C) problematização a respeito da compreensão das expressões das questões sociais enquanto lógica do capitalismo.
- (D) ampliação da concepção de questão social voltada à estrutura e dinâmica da sociedade capitalista e de suas respostas ao enfrentamento de suas crises.
- (E) compreensão da totalidade social enquanto apoio analítico que construirá mediações com as diversas e distintas facetas das expressões da questão social.

29

No documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (BRASIL, 2010) destaca-se a relação entre o projeto ético-político e o de reforma sanitária. Os dois projetos são construídos

- (A) no período da Ditadura Militar e se afirmam no acirramento da repressão com o AI5 em 1968.
- (B) junto às organizações privadas de saúde nos anos de 1980 e se expressam frente às suas regulamentações.
- (C) no processo de redemocratização da sociedade brasileira e se consolidam na década de 1980.
- (D) no interior das iniciativas particulares de setores da sociedade civil-empresarial nos anos de 1960.
- (E) em conjunto com as reformas de base do governo de Juscelino Kubitschek durante o período de 1956-1961.

30

Barroco & Terra (2012, p.90) apresentam no debate a respeito do compromisso ético-político com os usuários a seguinte situação hipotética: “A assistente social B atendeu uma usuária que solicitou ajuda de uma passagem de ônibus de São Paulo para São Luiz do Maranhão, para ver sua mãe que estava no hospital, em estado de coma. B deixou de fornecer o auxílio porque durante o atendimento notou que a usuária levava uma revista embaixo do braço e cigarros em seu bolso. B comentou com sua colega que o que mais a incomodou foi o fato da usuária gastar dinheiro com revistas e cigarros. A colega ainda argumentou que a revista poderia ser emprestada, e que o cigarro é uma escolha e uma dependência que não pode ser julgada dessa forma. Mas B estava irredutível: ‘Quem gasta dinheiro com bobagens e não tem força de vontade para largar o vício, não precisa de ajuda’”. Contrárias ao que o Código de Ética Profissional de 1993 prevê, essas situações demonstram que necessidades sociais são negadas em virtude de:

- (A) Compromisso com a liberdade e ação ética.
- (B) Respeito às necessidades e vínculo com os usuários.
- (C) Posicionamento coerente com os valores emancipatórios.
- (D) Preconceito e atitudes policiais.
- (E) Equidade e exercício da autonomia.

31

Iamamoto (BRASIL, 2012, p. 44) afirma que o projeto ético-político profissional é “fruto do protagonismo social dos agentes profissionais, vem sendo construído historicamente no embate entre distintos projetos sociais que se refratam no interior da categoria, redundando em diferenciadas perspectivas de leitura do significado social do Serviço Social, que incidem na condução e operacionalização do trabalho cotidiano”. Segunda a autora, um dos maiores desafios para efetivação desse projeto é torná-lo

- (A) um guia efetivo para o exercício profissional e consolidá-lo por meio de sua implementação efetiva.
- (B) uma obrigação para o exercício profissional e consolidá-lo por meio de sua legislação efetiva.
- (C) uma matriz teórica e ideológica para o exercício profissional e consolidá-lo por meio da militância partidária.
- (D) um conjunto de orientações e procedimentos para o exercício profissional e consolidá-lo por meio da norma.
- (E) um manual ético-moral para o exercício profissional e consolidá-lo por meio de práticas exitosas.

32

Segundo os “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (BRASIL, 2010), uma das competências que permitem ao profissional realizar a análise crítica da realidade para o enfrentamento das situações e demandas sociais que se apresentam em seu cotidiano, é(são):

- (A) Compreensão analítica dos processos sociais vigentes na busca da interação dos grupos sociais distintos.
- (B) Participação efetiva nos espaços de influência política e percepção das correntes majoritárias de poder.
- (C) Apropriação das correlações de forças vigentes na direção do apoio e intervenção às classes dominantes.
- (D) Avaliação das correntes ideológicas em disputa e pactuação com as instituições e interesses privados.
- (E) Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade.

33

A Resolução CFESS nº 383/99 de 29/03/1999, que caracteriza o/a assistente social como profissional da saúde, nas suas considerações, afirma que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnico-política que contribua para:

- (A) Centralizar a ação individual e restrita, salvaguardando as requisições e demandas para o controle institucional e burocrático.
- (B) Incentivar os espaços de comunicação social, de publicização do cotidiano dos usuários e controle dos direitos sociais.
- (C) Potencializar as forças políticas de poder no território, socializando os interesses privados e individuais da população usuária.
- (D) Viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais.
- (E) Estimular as manifestações individuais, a exposição das lideranças populares e os espaços de organização coletiva.

34

Bravo & Matos (2009) destacam, no texto “Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate”, o debate sobre o controle social na saúde e levantam considerações sobre a concepção dos Conselhos pelos assistentes sociais a partir de uma pesquisa e apontam duas tendências identificadas como o otimismo utópico e o pessimismo realista. Essas tendências desdobram-se em duas sub-tendências, do conselho como

- (A) espaço de cooptação ou conselho como um espaço tenso e contraditório, mas com potencial democratizante.
- (B) estratégia do Estado da aglutinação de diferentes movimentos sociais e ou conselho como um núcleo de reivindicações da sociedade.
- (C) matéria exclusiva de atuação das/os assistentes sociais ou conselho como uma instituição burocrática, porém eficiente.
- (D) instrumento de formação de políticos ou conselho como um espaço harmonioso e distensionado.
- (E) canal de reprodução alienada ou conselho como um espaço aberto e de múltiplas requisições político-partidárias.

35

Na obra “O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional”, lamamoto (2005) aponta importantes reflexões sobre as demandas profissionais no âmbito das relações sociais entre o Estado e a sociedade. Nessa direção, a autora menciona ao menos quatro tendências que ela denomina de “temas ocultos” (p. 151) no debate profissional, ou seja, que não têm destaques nas análises da profissão. Dentre esses temas, evidencia-se que a profissão tem olhado

- (A) mais para a instrumentalidade e menos para a ação.
- (B) menos para a prática e mais para a conjuntura.
- (C) menos para a sociedade e mais para o Estado.
- (D) mais para a história e menos para a realidade.
- (E) menos para a instituição e mais para os usuários.

36

De acordo com Bravo & Matos (2009), pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde exige, dentre outros compromissos,

- (A) estar atento às principais requisições do Estado na formulação da política de saúde e pela real redução dos investimentos.
- (B) conectar-se às principais instituições privadas de saúde e reproduzir a ideologia individualista dos planos de saúde.
- (C) estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS.
- (D) envolver-se com os diversos mecanismos de persuasão dos usuários na direção do apaziguamento dos conflitos.
- (E) estar mobilizado em conjunto com as forças hegemônicas das instituições de saúde na perspectiva administrativa.

37

lamamoto (2005, p.198-9) afirma que “na sociedade brasileira, marcada por suas heranças do passado – uma sociedade que se construiu ao revés do imaginário igualitário da modernidade, como o já salientado –, a descoberta dos direitos convive com a sua recusa, com a violência cotidiana perpassando as relações sociais, repondo privilégios e novas discriminações, conformando hoje, o que alguns qualificam de ‘apartação social’”. Nesse sentido, a autora reflete que é justamente na dinâmica desses conflitos que se encontram as fontes de possibilidades e esperanças de uma prática voltada à/ao

- (A) filantropia, que singularize os direitos em benefícios, formulando novas práticas.
- (B) bem comum, que direcione ao assistencialismo, fortalecendo as instituições.
- (C) solidariedade, que potencialize as lideranças institucionais, enfatizando o indivíduo.
- (D) cidadania, que generalize os direitos existentes, criando outros novos na luta social.
- (E) dependência, que assegure o compromisso do usuário, fortalecendo a lealdade.

38

No editorial organizado por Yazbeck, Raichelis & Sant’Ana (2020) da Revista Serviço Social e Sociedade sobre “Questão Social, Trabalho e crise em tempos de pandemia”, as autoras relembram aos assistentes sociais-leitores que, por configurarem expressões concretas da atual fase de acumulação do capitalismo internacional, não se pode creditar à pandemia causada pelo novo coronavírus:

- (A) O aumento da mortalidade, a disseminação do vírus e a possibilidade de contágio sem restrição territorial, além da desinformação protagonizada pelas instituições que deveriam assumir a comunicação.
- (B) A expansão da(s) direita(s) no cenário nacional e internacional, o crescimento do conservadorismo de traços fascistas e a intensa precarização das condições de trabalho e de vida.
- (C) O isolamento social, distanciamento, ações de saúde pública, medidas sanitárias de prevenção e tratamento, programas de vacinação e um programa nacional de combate a pandemia.
- (D) As manifestações de medo de um vírus desconhecido, o tédio do isolamento, a incerteza quanto ao futuro e as dificuldades financeiras que geraram uma nova epidemia evidenciada em inúmeros casos de depressão.
- (E) Complicações mais graves e até mesmo favorecimento do surgimento de outras doenças, como a diabetes, quando o organismo não metaboliza de forma eficiente as moléculas de açúcar (glicose) no sangue.

39

No debate acerca da concepção de família desenvolvido por Mioto (2010) é assinalado que “a família, nas suas mais diversas configurações constitui-se como um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado. Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos”. Nesse sentido, a autora conclui que essa concepção compreende a família não apenas como uma construção

- (A) privada, mas também pública e que tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos.
- (B) subjetiva, mas também objetiva e que tem predominância na tradição e na conformação moral de cada sociedade.
- (C) particular, mas também individualizada, pois sofrem determinações culturais que estruturam seu modo de ser.

- (D) afetiva, mas também da ordem e da hierarquia, que promove a estruturação da sociedade nos seus aspectos ético-morais.
- (E) íntima, mas também política, pois potencializa a estrutura da sociedade e os papéis fundamentais das instituições.

40

Frente às tendências que Behring & Boschetti (2007, p. 164) apontam a respeito da política social e a difícil coexistência entre universalidade e hegemonia neoliberal, destaca-se o processo de privatização passiva que a proposta de saúde pública e universal passa a sofrer, assim como na política de assistência social, com a tímida inserção do SUAS em todos os municípios, como por exemplo “os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) atingem, atualmente, 27,5% dos municípios brasileiros”. Um dos agravantes e determinantes para manutenção desse quadro é a

- (A) estrutura da sociedade capitalista que colabora com a ampliação e a universalização do SUS e do SUAS.
- (B) mobilização permanente da classe da trabalhadora que potencializa a superação da estrutura fragmentada das políticas.
- (C) natureza das políticas sociais que condicionam sua dependência aos mecanismos do assistencialismo burguês.
- (D) condição do orçamento público destinado às políticas sociais, que padece de histórica submissão à política econômica.
- (E) regulamentação do Estado brasileiro que tende a cercear a dinâmica das políticas sociais junto às organizações políticas.

ESTUDO DE CASO

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

Maria, 58 anos, trabalha como assistente social há mais de 15 anos em um ambulatório de especialidades para tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. Quando a Pandemia por COVID-19 foi anunciada e algumas providências começaram a ser tomadas a partir das diretrizes comunicadas pelo Ministério da Saúde, o serviço onde Maria atua propôs algumas adaptações na rotina de trabalho e em seu funcionamento. As consultas ambulatoriais foram suspensas e os acolhimentos iniciais também. Foram mantidos os atendimentos médicos de urgência, consulta de enfermagem e a retirada de medicamento na farmácia. Ou seja, com essas mudanças, foram revistas as prioridades de atendimento e, no entendimento do gestor desta unidade, alguns de seus profissionais passaram a ficar mais ociosos e poderiam, então, ser realocados para a linha de frente na atenção aos casos de COVID-19 em outras unidades com leitos direcionados para os agravos decorrentes desta doença. Conforme previsto nos documentos que regulamentam a prática profissional das equipes de saúde, bem como no Código de Ética do/a Assistente Social, é previsto ao profissional “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades”. Assim, Maria foi realocada para um hospital de campanha. A mudança de lócus-ocupacional no contexto da Pandemia de COVID-19 trouxe a Maria muitos medos e incertezas. Maria refere que é mulher, chefe de família, responsável pelos cuidados de seus dois filhos menores de idade e de sua mãe, idosa. Maria, apesar de não se encontrar na faixa etária que compõe o grupo de risco, faz acompanhamento para hipertensão. Além disso, com base na Medida Provisória (MP) nº 927/2020, que institui a intensificação dos trabalhadores em saúde, com a redução para 12 horas de descanso, após um plantão de 24 horas, Maria para de contar com a ajuda da sobrinha no cuidado de seus filhos e sua mãe, nos plantões em que ela está fora de casa. A sobrecarga emocional e material pela qual Maria se vê tomada a assusta e a faz questionar se, depois de tantos anos de experiência profissional em um serviço de atenção secundária, será capaz de desenvolver a atuação profissional de maneira adequada às demandas advindas do contexto pandêmico, tanto nos aspectos das atribuições específicas quanto às ações que não competem exclusivamente ao Serviço Social e, sobretudo, se conseguirá se proteger contra o vírus.

01

Quais os impactos nas condições de trabalho da/o assistente social no contexto da Pandemia de COVID-19?

RASCUNO

02

No contexto da Pandemia pela COVID-19, quais são as reconfigurações da expressão da “Questão Social” no cotidiano dos usuários?

03

Quais as respostas profissionais possíveis para as expressões da “Questão Social” no contexto da Pandemia?

RASCUNO

