



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 2024

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: 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 05.

Conforme compreensão de Peter Conrad, a medicalização é um processo no qual determinado comportamento e/ou problema não médico é definido como doença, sendo delegada à profissão médica a autorização para ofertar aos indivíduos algum tipo de tratamento.

Nesse contexto, a singularidade dos pacientes tenderia a não ser respeitada. Além disso, ao buscar deter o monopólio do conhecimento e do tratamento sobre o sofrimento e a doença, a Medicina desconsideraria saberes leigos e propostas alternativas e/ou complementares de cuidado à saúde. Os médicos, enquanto destacado grupo ocupacional dos serviços de saúde, tornaram-se objeto de exacerbada crítica, sendo considerados agentes ativos e centrais da medicalização devido às posturas e práticas autoritárias com que muitas vezes exercem sua profissão.

Analisando as consequências políticas, sociais e pessoais da naturalização, hospitalização e institucionalização da doença, Illich reafirmou a “heteronomia” imposta pela cultura médica moderna. A crítica illicheana sobre a iatrogênese cultural é, nesse contexto, impactante em relação ao monopólio médico-científico, que alienaria, objetiva e subjetivamente, as doenças de seus portadores, particularmente no que diz respeito à destruição do cabedal cultural outrora capaz de propiciar ação autônoma das pessoas para cuidar da própria saúde.

Illich defende, em sua instigante radicalidade, a ideia de que esse fenômeno deveria ser entendido como uma forma de expropriação da saúde, organizada e assegurada pela Medicina, a qual passaria a ser “uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano”.

Conforme afirma Foucault em *O Nascimento da Clínica*, a Medicina moderna produziu a doença – tendo como referência o normal e o patológico – mas, acima de tudo, fabricou um corpo-sujeito que contém as doenças.

O sujeito, nessa concepção, não constitui um *a priori*. Isso se deve ao fato de que, desde o século XVIII, nos países desenvolvidos, a Medicina vem cumprindo um papel constitutivo na produção das pessoas. Uma vez que a Medicina foi um dos primeiros conhecimentos científicos transformados em “*expertise*”, forjou-se como porta-voz da autoridade sobre os seres humanos através de uma fala afirmativa de sua cientificidade.

A Medicina se entrelaça, nesse processo, com novos modos de governar as pessoas, individual e coletivamente, de tal modo que os *experts* médicos, em aliança com outros profissionais de saúde e autoridades políticas, buscam gerir modos de existência com o intuito de minimizar a doença e promover a saúde individual e coletiva.

Essa “invenção” do homem moderno pela Medicina se deve a pelo menos três eixos de atuação. O primeiro faz alusão à “sanitarização”, que diz respeito à produção de práticas de saneamento que criaram corpos disciplinados em

relação à saúde. O segundo eixo refere-se à influência da Medicina no campo da linguagem e da produção de sentidos. Um dos exemplos disso é o uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde, especialmente sociológicos e políticos. O terceiro faz referência à composição da Medicina com outras formas de *expertise*, que têm como objeto a enfermidade/saúde, formando um arranjo composto por médicos, urbanistas, sanitaristas, arquitetos, trabalhadores sociais, psicólogos, administradores, religiosos etc. *Experts* estes que, segundo Rose, são diferentes ao longo de distintos momentos históricos, o que faz com que os resultados de suas intervenções também sejam distintos:

“Não há dúvida que haja muito a se criticar. No entanto, a medicalização produziu um efeito ainda mais profundo nas nossas formas de vida: ela nos tornou quem realmente somos (ROSE, 2007)”.

Sérgio R. Carvalho. Camila de O. Rodrigues. Fabrício D. da Costa. Henrique S. Andrade. “Medicalização: uma crítica (im)pertinente?”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 25 [4]: 1251-1269, 2015. Adaptado.

01

Com relação aos cuidados com a saúde, depreende-se do texto:

- (A) As práticas médicas forjadas a partir do século XVIII incentivaram a automedicação, especialmente em países com sistemas de saúde mal estruturados.
- (B) O conhecimento acumulado de forma social prescinde da interferência de profissionais da saúde na promoção do bem-estar físico e psíquico.
- (C) As ações micropolíticas do profissional da área da saúde impactam negativamente a adesão do paciente aos tratamentos propostos.
- (D) A medicalização incorpora ao aparato da medicina problemas que, de outro modo, não seriam considerados como doenças.
- (E) A interferência da *expertise* na medicalização se consagrou a partir da necessidade de promover o estado de saúde global de toda uma população.

02

Segundo as ideias de Illich expostas no texto,

- (A) a obsessão pela saúde resulta do efeito social da doença iatrogênica.
- (B) a prática da medicina moderna contribui para a falta de autonomia do indivíduo nos cuidados com a saúde.
- (C) a naturalização da doença pode ser revertida pela aliança entre profissionais da saúde e autoridades governamentais.
- (D) os profissionais da saúde obedecem a um sistema de ética em que se considera o indivíduo como responsável por seu próprio bem-estar físico e mental.
- (E) a erradicação da doença pressupõe a limitação da profissão médica ao campo da saúde.



03

A relação entre o sujeito e a prática da medicina, na perspectiva de Michel Foucault, exposta no texto, permite afirmar que

- (A) a hegemonia do corpo-sujeito se constitui independentemente do discurso da medicina.
- (B) a medicina prescinde da intermediação com a constituição social do sujeito.
- (C) a influência da constituição do sujeito na prática médica é pouco explorada pelos estudiosos.
- (D) a prática da medicina atua no campo da linguagem e da construção de sentido da realidade do sujeito.
- (E) o discurso libertário da medicina opõe-se a práticas médicas que perpetuam a opressão do paciente.

04

O “uso de termos originalmente médicos em léxicos fora da área da saúde” (8º parágrafo) comumente produz linguagem metafórica, como a que se encontra em:

- (A) A sintonia com o sofrimento é parte da prática médica.
- (B) A prevenção de futuras vicissitudes demanda olhar atento ao corpo saudável.
- (C) O sujeito autônomo deve se tornar empresário de si mesmo.
- (D) Vírus escondidos no corpo podem ser reativados.
- (E) O racismo é um câncer social.

05

Pretende-se, na modernidade, moldar os modos de vida do sujeito com o intuito de promover a saúde individual e coletiva. Um exemplo desse tipo de prática, conforme o texto, é

- (A) a sanitização.
- (B) a iatrogenia.
- (C) o individualismo.
- (D) a heteronomia.
- (E) o altruísmo.

TEXTO PARA A QUESTÃO 06.

Dizem que existem três ondas da qualidade na área da saúde. A primeira onda é claramente tecnológica, um progresso inegável que vai dos modernos recursos diagnósticos e terapêuticos até os prontuários eletrônicos. A segunda onda da qualidade é representada por processos, medidas e avaliações: não basta incorporar a técnica, é preciso saber utilizá-la de modo correto. Protocolos e códigos de alerta, o caminho das pedras bem delimitado que evita criatividades incompetentes, dificulta comodismos, aumenta a segurança. Porém, existe a terceira onda da qualidade: aquela que é capaz de chegar na pessoa e transformá-la. A pessoa como um todo – cabeça, habilidades, conhecimento, emoções, atitudes. Quer dizer, uma onda educativa e formadora. Algo difícil de medir, que requer uma paciência análoga à educação na família. Essa terceira onda está toda por construir. Os projetos de humanização da saúde acabam ficando na periferia do problema, mas não chegam na

pessoa – que é o núcleo de qualquer processo humanizante – porque simplesmente não sabem como fazê-lo.

Pablo González Blasco, Maria Auxiliadora C. De Benedetto, Graziela Moreto. “Humanismo em Saúde: Percorrendo os Caminhos da Humanização”. Revista de Medicina. V. 102 N. 2 (2023). Adaptado.

06

Observa-se no texto que a busca pela qualidade na área da saúde ainda precisa suplantar dificuldades de ordem

- (A) técnica.
- (B) processual.
- (C) educacional.
- (D) vocacional.
- (E) financeira.

TEXTO PARA A QUESTÃO 07.

Não há consenso na literatura científica sobre quanto seria beber com parcimônia, algo como um padrão de consumo com impactos quase desprezíveis na saúde física e mental.

Nas últimas décadas, alguns estudos sugeriam que o consumo de pequenas doses de álcool, geralmente vinho tinto, poderia ser benéfico ao coração. Contudo, o tema permanece polêmico e hoje é contestado por muitos trabalhos. O pouco que se ganharia em termos de proteção cardiovascular seria anulado pelo aumento da probabilidade do surgimento de outras doenças.

A conclusão dominante de um conjunto de estudos e recomendações mais recentes é a de que não há dose, por pequena que seja, com risco zero à saúde. Quanto menor for a ingestão de álcool, menor o risco de desenvolver doenças relacionadas a esse hábito, como problemas no coração, alguns tipos de câncer, cirrose hepática, distúrbios mentais e alcoolismo, sofrer ou provocar acidentes e se envolver em violência física. Essa é a mensagem central da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de boa parte dos trabalhos científicos atuais.

“Álcool é uma substância psicoativa, não é remédio”, diz o psiquiatra Arthur Guerra Andrade, supervisor chefe do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea) do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP). “Pessoas bebem há milhares de anos e esse hábito provavelmente não vai desaparecer das sociedades humanas no futuro. Mas não se sabe com que frequência e em que medida seria seguro ingerir álcool”.

Marcos Pivetta. Revista Pesquisa Fapesp. Ed. 327, mai. 2023. Adaptado.

07

Depreende-se do texto que

- (A) o risco associado ao consumo parcimonioso de álcool é desprezível.
- (B) a ingestão recreativa de bebidas alcoólicas configura-se como um fenômeno sociocultural, caracterizando uma prática segura.
- (C) o consumo de qualquer quantidade de álcool apresenta risco à saúde.
- (D) o consumo moderado de álcool protege o sistema cardiovascular.
- (E) os riscos de acidentes associados ao consumo de álcool suplantam os benefícios associados à ingestão de bebidas alcoólicas.



CONHECIMENTOS GERAIS**08**

A Portaria nº 2.436/2017 do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, define como uma das atribuições da Atenção Básica a “coordenação do cuidado”. Assinale a alternativa que contém a descrição correta desse conceito.

- (A) Gerenciamento de filas e agendas em serviços de saúde de sua competência para otimização do acesso.
- (B) Planejamento da distribuição da oferta de serviços assistenciais no território a partir do mapeamento de suas necessidades de saúde.
- (C) Centralização do processo de tomada de decisão clínica na Equipe de Saúde da Família responsável por cada paciente.
- (D) Articulação entre pontos de atenção da rede de serviços para encaminhamento e acompanhamento de pacientes.
- (E) Padronização de protocolos clínicos na Atenção Básica, considerando as características socioeconômicas e epidemiológicas de cada território.

09

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi introduzida no SUS em 2010, com o objetivo de centralizar os princípios éticos a partir dos quais deve ocorrer o processo de produção de saúde no sistema de saúde brasileiro. Dentre as diretrizes da PNH, está o “acolhimento”. Assinale a alternativa que descreve corretamente esse conceito.

- (A) Abordagem humanizada do processo de triagem, com aplicação do princípio do cuidado centrado no paciente para a priorização de casos agudos e a organização dos fluxos de atendimento.
- (B) Prática dos médicos e enfermeiros, que se responsabilizam por promover a escuta qualificada, a empatia e a valorização dos saberes e experiências dos usuários.
- (C) Técnica de produção de saúde baseada no diálogo com o paciente, realizado no momento de sua admissão no serviço, para informar adequadamente a equipe sobre o seu perfil.
- (D) Prática de escuta qualificada do paciente, por parte do profissional da atenção básica, para direcioná-lo à especialidade médica mais adequada à resolução das necessidades de saúde externadas.
- (E) Abordagem de trabalho em saúde baseada na responsabilização do profissional pela garantia de atenção integral, resolutive e responsável, a ser aplicada em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

10

No contexto das Redes de Atenção à Saúde (RAS), introduzidas pela Portaria nº 4.279/2010 do Ministério da Saúde, o contrato de gestão pode ser definido como:

- (A) Acordo formal entre os gestores de diferentes unidades de saúde, estabelecendo diretrizes para a integração de serviços e o compartilhamento de recursos físicos e humanos entre eles.
- (B) Acordo firmado entre gestores de diferentes serviços para definir os fluxos de referenciamento de pacientes, a ser utilizado como referência pelas centrais de regulação.
- (C) Mecanismo de financiamento compartilhado entre diferentes unidades de saúde, por meio do qual os recursos são repassados de acordo com o atingimento de indicadores de desempenho previamente pactuados.
- (D) Documento legal que estabelece metas e responsabilidades pactuadas entre o gestor de uma unidade de saúde e suas equipes, buscando aprimorar a qualidade dos serviços prestados.
- (E) Ato que formaliza a contratação de prestadores de serviço por parte dos gestores da rede, considerando as necessidades da população a ser atendida e dos demais serviços com os quais haverá articulação.

11

Uma Equipe de Saúde da Família acompanha há anos um paciente diabético que, apesar de realizar o devido acompanhamento clínico e de ter passado por esquemas terapêuticos distintos, demonstra grandes dificuldades na adesão ao tratamento prescrito por seu médico de família. Assinale a alternativa que descreve a aplicação adequada do apoio matricial nesse contexto, segundo definido na cartilha “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” do Ministério da Saúde (2007).

- (A) Intensificação do fluxo de visitas domiciliares por parte dos Agentes Comunitários de Saúde, para monitoramento de padrões comportamentais e subsídio da formulação de novas estratégias de intervenção.
- (B) Mobilização do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para avaliação conjunta do caso com a equipe de referência e elaboração de um Plano Terapêutico Singular.
- (C) Encaminhamento do paciente para realização de atendimento individual com profissionais especializados do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de acordo com suas principais demandas.
- (D) Encaminhamento do paciente a serviços da Rede de Atenção Psicossocial, para auxílio na identificação e superação das dificuldades que o impedem de aderir ao tratamento.
- (E) Convocação da família e/ou rede social do paciente para participação nas consultas, como forma de estimular seu envolvimento ativo no processo terapêutico e garantir apoio emocional ao paciente.



12

A Lei nº 8.080/1990 estabelece princípios, diretrizes organizativas e outros elementos que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o conteúdo da Lei, assinale a alternativa correta.

- (A) As portas de entrada do SUS e seus mecanismos de regulação devem priorizar o atendimento a pacientes de baixa renda e/ou sem cobertura por planos de saúde.
- (B) As ações no âmbito da saúde do trabalhador destinam-se à promoção, proteção e recuperação da saúde de pessoas registradas em vínculos de trabalho formal.
- (C) As redes de atenção devem concentrar serviços em grandes centros urbanos para facilitar o acesso da população.
- (D) O estabelecimento de normas e padrões de qualidade e segurança para pacientes devem estar sob responsabilidade de órgãos públicos externos ao SUS.
- (E) Um dos princípios do SUS é promover a descentralização político-administrativa dos serviços para municípios.

13

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, apresenta diversas diretrizes para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Acerca dessas diretrizes, assinale a alternativa correta.

- (A) O Decreto define a regionalização como uma das diretrizes do SUS, devendo os municípios serem agrupados em regiões de saúde para fins de planejamento e gestão do sistema.
- (B) O Decreto estabelece que a participação da iniciativa privada na gestão do SUS é fundamental para o alcance de seus objetivos, devendo ser incentivada pelo poder público.
- (C) O Decreto determina que os serviços de saúde devem ser organizados em Redes de Atenção especializadas por função (promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação), de forma a evitar sobreposições e potencializar a efetividade das ações.
- (D) O Decreto prevê que a gestão do SUS deve ser centralizada, com a União exercendo o papel de coordenação e execução das ações e serviços de saúde em todo o território nacional.
- (E) O Decreto regulamenta que, nas Redes de Atenção à Saúde, são portas de entrada apenas a atenção primária e serviços de urgência e emergência, devendo as demais ações e serviços ter seu acesso referenciado por essas portas.

14

O trabalho em equipe é um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde. É motivada por múltiplos fatores, como o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento da população e mudanças do perfil epidemiológico, com o crescimento das doenças e condições crônicas. Considerando os fundamentos conceituais apresentados por Peduzzi *et al.* (2020), assinale a alternativa correta.

- (A) O trabalho em equipe interprofissional é uma forma de atuação coletiva que busca minimizar os efeitos do agir instrumental no processo de trabalho, substituindo-o gradualmente pelo agir comunicativo.
- (B) O trabalho em equipe não é a única forma possível de trabalho interprofissional, mas se destaca entre as demais por valorizar a intensa interdependência das ações, o alto grau de integração entre agentes e um senso de identidade compartilhado.
- (C) Um dos fundamentos teóricos do trabalho em equipe é que a colaboração interprofissional deve estimular a maior padronização das ações de cuidado, a partir da combinação de saberes técnicos especializados.
- (D) Para reduzir a fragmentação da atenção decorrente da divisão social do trabalho, o trabalho em equipe deve fortalecer hierarquias bem definidas entre trabalhos especializados e interesses individuais dos agentes envolvidos.
- (E) É desejável que o trabalho interprofissional em equipe estabeleça relações dialógicas com usuários e famílias para potencializar o cuidado, mas não deve interferir em questões comunitárias externas ao serviço de saúde.

15

Sobre os fundamentos e princípios da bioética, qual das afirmações a seguir está correta, conforme Junqueira (2010)?

- (A) No contexto da assistência à saúde, as dimensões biológica e psicológica da pessoa humana devem ser priorizadas em relação às dimensões moral e espiritual.
- (B) O princípio da objeção de consciência sustenta que pacientes não devem ter autonomia para fazer escolhas que causem dano ou prejuízo a outras pessoas.
- (C) O princípio da autonomia diz respeito à liberdade do paciente para tomar suas próprias decisões de saúde, mesmo que em alguns casos isso possa ser considerado prejudicial à sua saúde.
- (D) Para respeitar o princípio da autonomia, os profissionais de saúde não devem fornecer informações detalhadas sobre sua proposta de tratamento, para não sugerir a escolha do paciente.
- (E) O princípio da justiça defende que todas as pessoas devem utilizar igualmente os recursos e tratamentos de saúde, independentemente de suas necessidades de saúde e de sua condição social ou econômica.



SERVIÇO SOCIAL**16**

Cisne, Castro e Oliveira (2018), ao discutirem o abortamento inseguro, afirmam que acontecem no Brasil aproximadamente 250 mil interações em decorrência de complicações pela prática ser criminalizada e, portanto, insegura. Em consequência disso, o aborto é uma das principais causas de mortalidade materna no país, tendo a curetagem pós-abortamento como um dos procedimentos obstétricos mais realizados pelo Sistema Único de Saúde. Deste modo, o aborto deve ser pautado nos debates de saúde pública, pois, segundo as mesmas autoras:

- (A) O abortamento não deve ser legalizado em qualquer hipótese, pois aumentaria o número de mulheres que recorrem a esse procedimento como método contraceptivo.
- (B) A proibição do aborto não combate o cerne da questão, e a ênfase do debate deve ser colocada sobre políticas afirmativas de combate à exclusão social, pois os índices de abortamento inseguro são baixos, e esse debate maniqueísta desgasta os relacionamentos amorosos e conjugais.
- (C) Conforme afirmam as autoras, a gravidez e a maternidade alteram significativamente a vida da mulher, reforçando desigualdades; assim, é necessário pensar em políticas de proteção ao bebê após seu nascimento, liberando a mulher do fardo da maternidade e podendo, assim, manter a proibição do aborto.
- (D) Há mais de um milhão de abortamentos inseguros por ano no Brasil, mas a sua proibição não faz desaparecer e nem diminuir essa prática, e não oferece condições humanizadas de atendimento à saúde integral da mulher.
- (E) A proibição do aborto deve ser discutida de forma ampla com vários agentes sociais, uma vez que é oneroso aos cofres públicos e compromete os direitos reprodutivos dos homens.

17

A incorporação da família como referência na política social brasileira reavivou o debate em torno do trabalho com famílias, que, por muito tempo, ficou relegado a segundo plano no âmbito do Serviço Social brasileiro. Mas, atualmente, o foco do exercício profissional é o trabalhador e a sua família, em todos os espaços ocupacionais. Assim, segundo Miotto (2010), o referido foco consiste na

- (A) relação família e proteção social.
- (B) relação da família com o mercado de trabalho.
- (C) busca ativa por famílias em vulnerabilidade social.
- (D) manutenção da sobrevivência familiar através de ações de solidariedade.
- (E) relação família e as ONG's.

18

Miotto (2010) discute a proposta familista das políticas sociais nas quais se espera a falência da família e de seus recursos na proteção social de seus membros para que ela seja alvo de cuidado e assistência do Estado e, dessa forma, transitória. Assim, nessa perspectiva, segundo a autora, as políticas públicas para as famílias acontecem de forma

- (A) altruísta e voluntária.
- (B) afirmativa e punitivista.
- (C) socialista e comunista.
- (D) vexatória e inclusiva.
- (E) compensatória e temporária.

19

Teixeira (2020) no texto “Envelhecimento, família e políticas públicas” afirma que as políticas sociais em tempos de avanço do neoliberalismo são alvo de reformas que têm como consequência a precarização dos serviços e programas e do acesso a garantia de direitos. Essas consequências impactam diretamente a qualidade de vida da população. Assinale a alternativa que apresenta, segundo a autora, os fatores que levam à precarização da vida na velhice.

- (A) Desamparo e desassistência familiar, redução dos cargos e salários; prejuízos cognitivos e emocionais; déficit de vagas de emprego para a melhor idade.
- (B) Limitações na capacidade de aprimoramento profissional nessa etapa da vida; maior conexão com netos e familiares; descuido da própria saúde mental; exclusão do mercado de trabalho.
- (C) Aumento das despesas e gastos com saúde e medicamentos; total incapacidade de gerenciar os próprios recursos financeiros; privatização da previdência social; maior incidência de doenças degenerativas.
- (D) Diminuição dos salários e aumento do desemprego; redução dos direitos trabalhistas e sociais; diminuição e privatização da Previdência Social; restrição das negociações coletivas e dos sindicatos.
- (E) Exclusão do mercado de trabalho dentre aqueles que não atingiram altos cargos e salários; desamparo e desassistência familiar; limitações psicológicas e físicas.



20

Teixeira (2020) no texto “Envelhecimento, família e políticas públicas”, traz uma reflexão importante acerca das visitas domiciliares e da assistência em domicílio. O cuidado em domicílio é considerado uma boa prática em saúde pelo campo progressista; todavia, segundo Teixeira (2020), pode, sutilmente, reforçar a lógica do cuidado e do bem estar ser realizado por mulheres, de maneira não remunerada e com poucos recursos, naturalizando sua função social. A autora considera que a valorização do cuidado domiciliar pode ser considerada:

- (A) A única alternativa à institucionalização e aos maus tratos.
- (B) Um mérito familiar primoroso que deve ser estimulado e incentivado.
- (C) Um reconhecimento às avessas da importância da família e de sua contribuição ao bem-estar social.
- (D) Uma supervalorização da família que é vulnerável e não pode ser responsabilizada pelo cuidado.
- (E) Uma alternativa barata aos elevados custos das internações hospitalares.

21

Conforme o caderno “Parâmetros para a atuação do assistente social na saúde” (CFESS, 2009, p.29), “as ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática”. Assinale a alternativa que, de acordo com o texto, apresenta o objetivo desta ação profissional.

- (A) Promoção da adesão dos usuários aos programas institucionais evitando futuras contestações.
- (B) Socialização de informação para promoção de autonomia e desvinculação institucional.
- (C) Fornecimento de informações que levem a simples adesão do usuário a proposta institucional.
- (D) Construção de uma nova cultura e ênfase na participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade.
- (E) Construção de estratégias individuais para os problemas coletivos.

22

Conforme apresentado no texto “O Serviço Social em Hospitais: Orientações Básicas” (2009), o conjunto de ações profissionais foi mudando ao longo do tempo em consonância com as novas elaborações teórico-práticas da categoria profissional, bem como com as mudanças de conjuntura política e social do país. Assim, durante um atendimento social na área da saúde, nem sempre a demanda apresentada é pertinente à atuação do/a assistente social. Assinale a alternativa que apresenta uma demanda que o/a assistente social deve atender no trabalho em hospitais.

- (A) Declaração e atestado para liberação do trabalho em caso de doença.
- (B) Orientação e encaminhamento para equipamentos da prefeitura.
- (C) Comunicação de óbito.
- (D) Agendamento de consultas e solicitação de ambulância para alta ou remoção.
- (E) Promoção de campanhas de saúde para medição de peso e pressão da população.

23

Paula et al. (2020) reafirmam a importância dos Programas de Residência Multiprofissional em saúde, pois são uma conquista e uma inovação quando propiciam uma formação pautada em uma concepção ampliada da saúde, envolvendo diversos saberes profissionais na construção de práticas qualificadas para o atendimento dos usuários. Entretanto, as autoras ressaltam a importância de não se perder de vista algumas contradições que surgem nesse processo de trabalho, qual seja:

- (A) O descompasso teórico e ético entre o processo formativo da graduação com a realidade profissional.
- (B) A prática profissional atravessada por processos de precarização que incidem sobre o trabalho e sobre a própria política de saúde.
- (C) A ênfase exagerada dada pelos programas nos processos de mobilização e participação popular no controle social.
- (D) Os cenários de prática sucateados que não propiciam que o processo de ensino e aprendizagem ocorra conforme os princípios éticos da profissão.
- (E) O desrespeito com o ato médico como diretriz do trabalho multidisciplinar.



24

Segundo Augusto Bisneto (2016, p.182), “Se os problemas sociais podem ser desencadeadores de sofrimentos mentais, agora, na situação de monopolização da ordem econômica e de ajustamento das nações ao imperativo da globalização financeira, as circunstâncias apontam para o aumento dos padecimentos mentais por conta da alienação das relações sociais de trabalho e de vínculos afetivos: além da informalidade no trabalho, há a precarização das relações sociais em todas as formas de institucionalização social. (...) O desemprego, a ameaça de depressão, a sobrecarga de trabalho e a perda de autonomia desvanecem os projetos de vida pessoais e comunitários, conduzindo a quadros de depressão”. Como pode-se observar no trecho extraído do livro “Serviço Social e Saúde Mental” (2016), a subjetividade está ligada à realidade social e se esta não for melhorada, os tratamentos psiquiátricos e de saúde mental tornam-se pouco eficazes. Assinale a alternativa que corrobora essa proposição.

- (A) A subalternidade das classes médias urbanas é necessária para a sobrevivência do modo de produção capitalista e de seus cidadãos.
- (B) A produção da subjetividade pessoal é atrelada, somente, à história de vida familiar e individual, pautada em fatores como resiliência e propósito.
- (C) A reabilitação psicossocial só é efetivada na presença de sujeitos desejantes de transformação pessoal e mudança na adaptação ao mundo do trabalho formal.
- (D) A intenção de reabilitar socialmente está presente nos serviços de saúde mental, mas o capitalismo tardio segue desabilitando os indivíduos.
- (E) A sociedade capitalista produz pobreza e desigualdade social, mas também riqueza e bens, assim, cabe aos indivíduos saber utilizar os recursos produzidos com vistas a se fortalecer diante das adversidades.

25

No trecho a seguir, o autor propõe que seja feita uma análise crítica dos modelos terapêuticos e reabilitativos para que a autonomia e a reabilitação psicossocial sejam de fato alcançada. “A capacidade de contratualidade, o poder de negociação, a autonomia, o ‘empowerment’, o estabelecimento de vínculos satisfatórios nas relações sociais, crescem na medida em que o usuário tem condições reais de se apropriar dos objetos sociais postos nas relações do seu cotidiano” (AUGUSTO BISNETO, 2016, p.192). Diante do exposto, assinale a alternativa que complementa a referida análise.

- (A) Os dispositivos de reabilitação psicossocial têm de partir, especialmente, das questões individuais: projeto de vida, desejos, condições cognitivas e emocionais que visem o alcance da libertação e autonomia.
- (B) As relações de trabalho e moradia são imprescindíveis para que a reabilitação psicossocial aconteça de fato. Portanto, até que elas ocorram, é necessário trabalhar com o modelo tradicional de Psiquiatria.
- (C) Os usuários dos serviços de saúde mental territorial têm suas capacidades cognitivas e emocionais supervalorizadas pelos técnicos e ausência de suporte

familiar, por isso, a reabilitação psicossocial é mais efetiva nas interações.

- (D) Somente países desenvolvidos e economicamente ricos foram e são capazes de trabalhar com a perspectiva da reabilitação psicossocial, pois já avançaram em aspectos civilizatórios.
- (E) O fato de o usuário conseguir manter um comportamento integrado em uma oficina abrigada não significa linearmente que o mesmo vai acontecer em um emprego no mercado de trabalho. As dinâmicas da sociedade capitalista e da instituição são diferentes.

26

Ao trabalhar na área da saúde, o/a assistente social deve estar atento/a aos determinantes sociais no processo saúde-doença, determinantes estes que são reflexos da “questão social” e se aprofundam ao passo que as estratégias neoliberais avançam. Assinale a alternativa que apresente parte de tais estratégias, segundo Mota (2009).

- (A) Desregulamentação das políticas de proteção social e ascensão dos direitos sociais.
- (B) Despolitização das desigualdades sociais e privatização e mercantilização dos serviços sociais.
- (C) Emergência de novos protagonistas do mercado e do terceiro setor e fortalecimento do Estado de Direitos.
- (D) Privatização de empresas estatais e participação e redistribuição de seus lucros entre todos os cidadãos.
- (E) Recrudescimento do Estado e da política de proteção social a partir de ações e programas de distribuição de renda.

27

A lei 11.129/05, citada no Caderno do CFESS sobre as Residências Multiprofissionais em saúde, determina que as Residências Multiprofissionais são uma modalidade de ensino de pós-graduações *latu senso*, direcionada para a educação em serviço e que deve ser realizada sob a supervisão técnico-profissional. Deste modo, a/o residente de serviço social deve:

- (A) Desenvolver a sua formação, que combina conhecimentos teórico-práticos em modalidade de dedicação exclusiva sob supervisão de um/a profissional Assistente Social.
- (B) Desenvolver um projeto de pesquisa que lhe atribua titulação de mestre ou doutor ao final do programa.
- (C) Realizar atividades pertinentes ao Serviço Social, fazendo uso de conhecimentos teóricos e atribuições privativas em substituição ao profissional contratado.
- (D) Ter disponibilidade ininterrupta ao espaço socio ocupacional onde ele for alocado, respondendo às demandas de seu supervisor, que não precisa ser, necessariamente, um assistente social.
- (E) Garantir a exclusividade do estudo no processo de formação, de modo que o exercício profissional seja secundário e de responsabilidade somente do profissional contratado.



28

Os serviços de saúde são compostos por equipes multidisciplinares com vistas à realização de um trabalho interprofissional e uma prática colaborativa. De acordo com o texto dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, “o/a assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.” (CFESS, 2010, p.46). O documento destaca, portanto, que cada profissional traz consigo conhecimentos específicos da sua área de formação e deve atentar-se às

- (A) profissões que não são das Humanidades, pois estas não sabem dialogar a partir da Teoria Crítica e têm uma visão positivista dos casos.
- (B) especificidades de cada área profissional para que haja trocas somente horizontais, ou seja, entre áreas correlatas.
- (C) competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações, de modo que o trabalho coletivo não dilua as competências e atribuições de cada profissional.
- (D) hierarquias do saber para que, durante os processos de trabalho, não haja desrespeito para com os profissionais mais bem remunerados que ocupam cargos de maior destaque, bem como não sejam desrespeitados os atos médicos.
- (E) associações teóricas ecléticas e sem pertinência com a Lei que Regulamenta a profissão, dando ênfase às trocas entre profissões alinhadas no projeto de combate ao capitalismo.

29

O editorial “Questão social, trabalho e crise em tempos de pandemia”, das autoras Yazbek, Raichelis e Sant’Ana (2020), convida os leitores para o aprofundamento das reflexões da “questão social” sob múltiplas dimensões. Nesse sentido, afirmar o compromisso profissional na perspectiva da superação das opressões e exploração requer da/o assistente social uma análise que

- (A) desmistifique as expressões da questão social através do cotidiano.
- (B) preconiza o pensamento hegemônico da sociedade.
- (C) recupera e adensa os seus determinantes societários.
- (D) seja substantiva e vinculada aos distintos referenciais teóricos.
- (E) fortaleça e reproduza a dimensão técnica-profissional.

30

Yazbek (2021, p.26), em seu artigo: “Expressões da questão social brasileira em tempos de devastação do trabalho”, questiona: “Como lutar pela liberdade, pela equidade, pela justiça, pela construção de direitos, contra práticas racistas e homofóbicas, entre outros aspectos, nesse contexto? Como levar adiante este embate? Luta desigual, mas que deve nos encontrar preparadas (os)”. As respostas indicadas pela autora para o enfrentamento dos desafios citados referem-se a:

- (A) Inevitável consulta às demais profissões na perspectiva da reprodução da moralidade hegemônica.
- (B) Necessária qualificação profissional que supõe estudo, pesquisa, debate e organização coletiva.
- (C) Fundamental articulação profissional com os órgãos de fiscalização governamental.
- (D) Indispensável investigação profissional dos conflitos institucionais.
- (E) Importante reflexão profissional da dimensão subjetiva dos conflitos sociais.

31

Matos (2015), em “Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade”, refere-se ao “autoengano” para refletir a respeito das

- (A) manifestações conscientes e críticas das/os profissionais no cotidiano do trabalho.
- (B) contradições que se materializam no processo de formação profissional.
- (C) afirmações negativas sobre a postura e condutas profissionais.
- (D) análises imediatas que provocam a reprodução do senso comum na sociedade.
- (E) compreensões sobre a suposta possibilidade da separação entre atitudes pessoais e atitudes profissionais.



32

“Diante dessa crescente restrição da capacidade de atendimento, o assistente social, por estar inserido na ponta final da prestação dos serviços, vê-se, institucionalmente, cada vez mais compelido a exercer a função de um juiz rigoroso da pobreza, técnica e burocraticamente conduzida, como uma aparente alternativa à cultura do arbítrio e do favor” (IAMAMOTO, 2005, p.161). Nas reflexões sobre condições de trabalho e respostas profissionais, a autora levanta exemplos como o citado, que desafiam o cotidiano profissional; no entanto, sinaliza que há outros possíveis encaminhamentos que não o “imobilismo”, “descrença” ou “desilusão profissional”, dentre eles:

- (A) Unir-se com outras forças sociopolíticas que lutam, por exemplo, pela defesa dos direitos sociais conquistados e sua ampliação, pela crescente participação dos usuários e das organizações da sociedade civil na gestão dos serviços públicos.
- (B) Organizar ações sociais em parcerias com as organizações privadas e filantrópicas, com a finalidade de financiamento dos recursos necessários ao atendimento das necessidades com a contrapartida de socialização dos dados sociais da população usuária.
- (C) Manifestar-se contrária aos limites das políticas sociais de forma singular, individual e imediata, por exemplo, ausentando-se das reuniões mensais com a equipe de trabalho, quando as condições estruturais não forem adequadas.
- (D) Expor as condições de trabalho e de recursos institucionais das políticas sociais com as forças sociopolíticas relacionadas à gestão político-partidária, de modo a assegurar mais recursos para seu espaço sócio-ocupacional.
- (E) Reunir a comunidade usuária para construir critérios de seleção escolhidos pelos próprios sujeitos atendidos, na dimensão da defesa da autonomia e estímulo a auto-organização da população, isentando a/o profissional de tomada de decisão.

33

Eurico (2018), no artigo “A luta contra as explorações/opressões, o debate étnico-racial e o trabalho do assistente social”, dialoga sobre a coleta do quesito raça/cor no cotidiano de trabalho profissional e aponta as dificuldades das/os profissionais em encaminharem a questão. Para a autora, as dificuldades dizem respeito à:

- (A) Ausência de formação técnica, pois perguntar a cor seria para a/o profissional discriminar as/os usuárias/os e provocar desconforto aos seus atendidos/as sem necessidade e efetividade para as demandas profissionais.
- (B) Incidência do racismo entre nós, pois perguntar a cor seria simplesmente classificar os sujeitos e, a partir disso, identificar a maior ou menor capacidade de cobertura dos diversos grupos étnico-raciais pelas políticas públicas.
- (C) Postura ética, pois, conforme consta no Código de Ética, exercício do Serviço Social sem ser discriminado/a, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física.

- (D) Competência profissional, que, respaldada pelas orientações normativas da não discriminação, considera irrelevante a pergunta sobre o quesito cor/raça para atender as necessidades identificadas das/os usuárias/os.
- (E) Fragilidade teórico-metodológica da/o profissional, que não acessou literatura consistente a respeito do debate étnico-racial na formação profissional, pois perguntar a raça/cor não alteraria a análise dos determinantes sociais que envolvem o caso.

34

A premissa que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” configura-se, para Bravo e Matos (2009), em “Projeto Ético Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate”, como a bandeira de luta das proposições da Reforma Sanitária na Plenária Nacional da Saúde que antecedeu a Constituição Federal de 1988. Nesse sentido, os ideais da Reforma Sanitária podem ser resumidos como:

- (A) Promoção da saúde, a constituição de princípios para o acesso e a descentralização dos setores públicos.
- (B) Aperfeiçoamento biomédico, a cultura saudável e a centralização da atenção básica nas prioridades governamentais.
- (C) Regulação dos requisitos para o acesso, a cultura democrática e a descentralização dos atendimentos.
- (D) Disseminação da ética médica, a consolidação dos saberes científicos e a concentração da prioridade terciária.
- (E) Democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social.

35

De acordo com a Resolução CFESS 383/1999, uma das razões que justifica considerar a/o assistente social como profissional da saúde refere-se à contribuição da sua prática profissional ao atendimento das:

- (A) Demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do país.
- (B) Exigências governamentais, além de facilitar os mecanismos de vigilância socioinstitucional para que a saúde possa ser percebida como produto das particularidades da família brasileira, dos indivíduos e grupos sociais.
- (C) Demandas das políticas sociais em geral e especialmente da saúde, além da possibilidade de ampliação das supervisões na gestão social que carecem de quadros qualificados para a organização, planejamento e controle dos equipamentos.
- (D) Requisições institucionais oriundas dos interesses dos diversos municípios, além de favorecer a oferta do cuidado em saúde das famílias mais vulneráveis na direção da concepção ampliada da proteção e assistência social.
- (E) Demandas políticas oriundas de grupos e frações de classes, além de ampliar o trabalho educativo de integração social junto a população para que a saúde possa ser percebida como estado de bem-estar físico, biopsicossocial.



36

Behring e Boschetti (2007), na obra “Política Social: fundamentos e história”, revelam as polêmicas teóricas que mencionam a categoria “questão social” como não pertencente ao campo conceitual da teoria crítica, o que consideram um equívoco. Nesse sentido, argumentam que a interpretação da “questão social” como elemento constitutivo da relação entre o Serviço Social e a realidade tem algumas implicações que impõem a necessidade de imprimir:

- (A) Elasticidade na interpretação do conceito, incorporando, necessariamente, as correntes teóricas fenomênicas e pós-modernas.
- (B) Materialidade sobre o conceito, incorporando, necessariamente, as experiências e relatos cotidianos do trabalho profissional.
- (C) Substancialidade na compreensão desse conceito, incorporando, necessariamente, os atributos ideológicos do Estado brasileiro.
- (D) Praticidade na relação com esse conceito, incorporando, necessariamente, as estruturas governamentais e de organização da sociedade civil.
- (E) Historicidade a esse conceito, incorporando, necessariamente, os componentes de resistência, de ruptura e de luta de classes.

37

Behring e Boschetti (2007) alertam para a ofensiva conservadora frente aos princípios da seguridade social brasileira promulgada na Constituição de 1988, conforme verifica-se no livro: “Política Social: fundamentos e história”. Destacam que “as reformas da previdência de 1998 e 2003 introduziram critérios que focalizaram ainda mais os direitos na população contribuinte, restringiram direitos, reduziram o valor de benefícios, limitaram alguns benefícios como o salário-família e o auxílio-reclusão (condicionados a critérios de renda), provocaram a ampliação da permanência no mercado de trabalho e não incorporaram os trabalhadores pobres inseridos em relações informais, que totalizam aproximadamente 40,6 milhões (57,7% dos 70,5 milhões de ocupados, com 10 anos ou mais, segundo o IBGE)”(p.161). Para as autoras, isso se deve a uma dada orientação sobre os direitos mantidos pela:

- (A) Universalidade e estatização.
- (B) Seletividade e privatização.
- (C) Uniformidade e equivalência.
- (D) Irredutibilidade e diversidade.
- (E) Reversibilidade e descentralização.

38

Barroco (2012), no livro: “Código de Ética do/a assistente social comentado”, discorre sobre a defesa dos direitos humanos enquanto um dos princípios fundantes da ética profissional, porém tece críticas à compreensão que orienta grande parte dos movimentos de direitos humanos, destacando-se a:

- (A) Disseminação de conceitos ampliados, científicos e reconhecidos.

- (B) Propagação de referenciais de matriz marxiana e marxistas.
- (C) Constância de pressupostos históricos, dialéticos e materialistas.
- (D) Permanência de visões a-históricas, imutáveis e abstratas.
- (E) Ampliação de bases conceituais sólidas, práticas e realistas.

39

Em situação fictícia, uma assistente social resolve assinar uma declaração de horas de estágio realizadas por um estudante de Serviço Social no local em que atualmente ela se encontra empregada. No entanto, ela não é a supervisora de campo do estudante, e a colega que realmente o supervisionou alega que ele não cumpriu com o período de estágio e se recusa a assinar. De acordo com o Código de Ética Profissional de 1993, a postura da primeira profissional está:

- (A) Incoerente com os princípios éticos profissionais.
- (B) Coerente com a defesa dos direitos dos usuários.
- (C) Coerente com a prática profissional.
- (D) Incoerente com os pressupostos científicos.
- (E) Incoerente com as diretrizes institucionais.

40

No livro “O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional”, lamamoto (2005) discorre sobre a consolidação do projeto ético-político e alerta para a necessidade do fomento de uma cultura pública democrática, inclusive no interior dos espaços de trabalho das/os assistentes sociais, tornando-os “espaços de fato públicos”. Para tanto, é necessário viabilizar por parte das/os profissionais, dentre outros:

- (A) Avaliação das condições dos usuários antes de compartilhamento de informações; orientação sobre o funcionamento das instituições e políticas sociais; restrição dos encaminhamentos de acordo com o verdadeiro interesse sobre os mesmos.
- (B) Ampliação de fóruns de debate e do controle social, obrigatoriedade na participação das organizações populares e voto democrático na escolha de representantes.
- (C) Acesso à benefícios sociais condicionados à participação nos movimentos sociais e de controle social; ampliação do conhecimento de direitos e condensação de fóruns de debate e de representação.
- (D) Comunicação das decisões particulares; encaminhamento assistido, avaliação social com vistas a verificar a autenticidade das informações prestadas pelos usuários.
- (E) Socialização das informações; ampliação do conhecimento de direitos e interesses em jogo; ampliação de fóruns de debate e de representação.



ESTUDO DE CASO

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

Regina, assistente social, estava trabalhando no plantão social do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social) quando chegou para atendimento a Sr^a Cassinda, uma mulher refugiada de Angola, que está morando no Brasil, há mais ou menos dois meses. Ela está vivendo em um cômodo de uma pensão com seus três filhos e o marido.

Com muita timidez e certo constrangimento, Cassinda começa a contar a razão pela qual ela e sua família emigraram de Angola, como tem sido desafiadora a adaptação da família no Brasil devido à falta de recursos financeiros, falta de trabalho, adaptação cultural e “agora isso...” (sic), diz Cassinda abaixando sua cabeça e diminuindo cada vez mais o tom de voz. Ela respira fundo e começa a contar que, no mês anterior, depois de colocar os filhos para dormir, ela saiu da pensão para deixar o lixo na lixeira na rua, quando foi abordada por um homem que a estuprou. Cassinda conta que foi surpreendida e ficou sem reação, muito assustada. Ao encontrar o marido, ela lhe conta o ocorrido. Ambos ficam muito tristes e ainda mais assustados com o país onde decidiram recomeçar a vida. A menstruação de Cassinda atrasou no mês seguinte, ela faz um teste de gravidez e descobre que está grávida do estuprador. De novo, muito constrangida, mas, ao mesmo tempo, decidida, pede auxílio da assistente social para que possa fazer um aborto, uma vez que essa gravidez foi indesejada, fruto de um estupro, e ela e sua família, que já é composta por três crianças estão passando muita necessidade e desamparada de qualquer proteção social do Estado.

A partir do caso e com os textos de apoio “Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres” (2018), “Código de Ética do/a assistente social comentado” (2012) e “Parâmetros para atuação do assistente social na saúde” (2010), responda as perguntas a seguir.



01

A partir dos “Parâmetros para atuação do assistente social na saúde” (2010), aponte e reflita sobre três procedimentos e intervenções necessárias para a garantia de direitos da mulher no caso apresentado.



RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



02

De acordo com os princípios do Código de Ética Profissional, apresente três justificativas éticas que direcionam o cuidado, proteção e defesa dos direitos da usuária em questão.

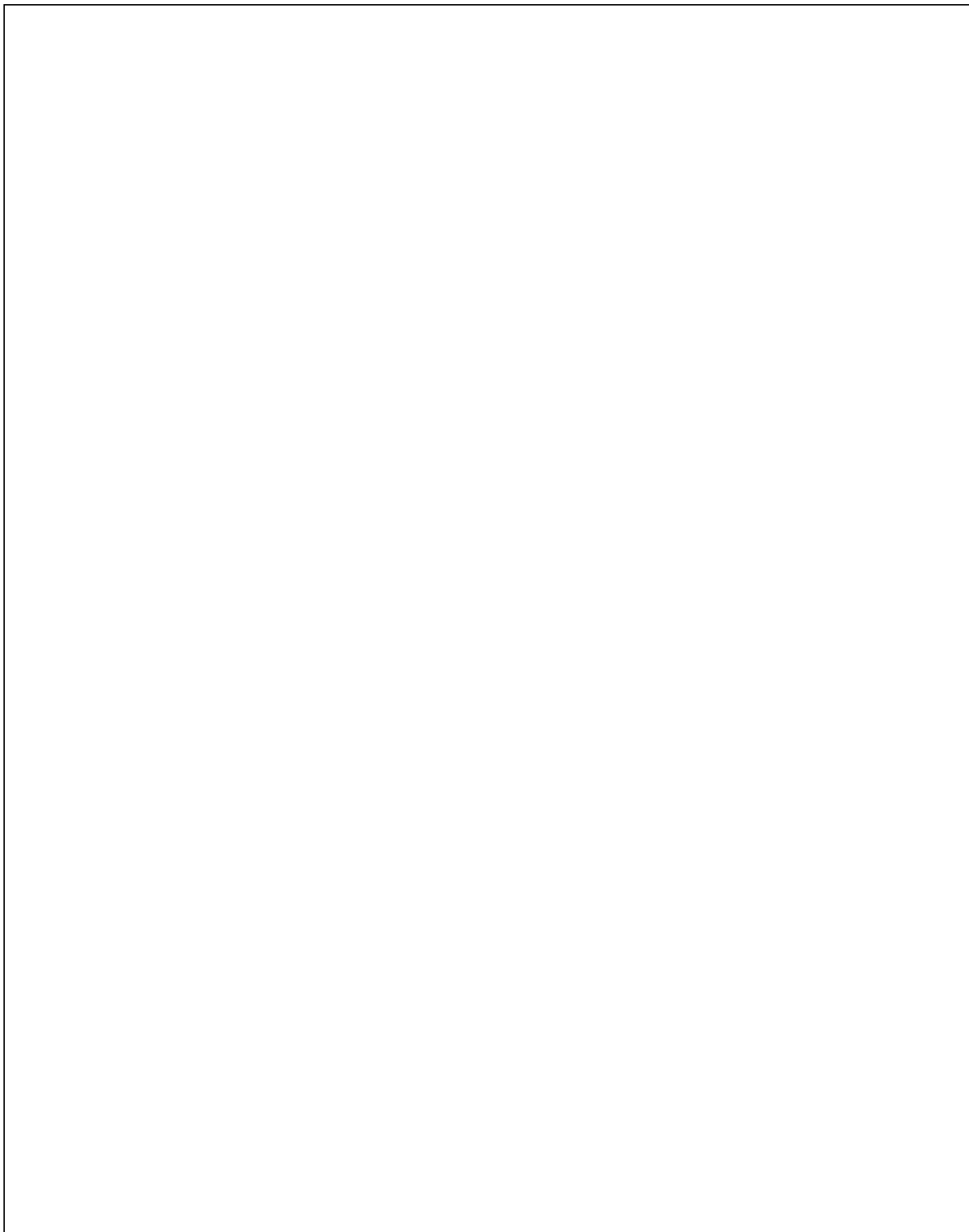


RASCUNHO
NÃO SERÁ
CONSIDERADO NA
CORREÇÃO



03

A partir do texto “Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres” das autoras Cisne; Cavalcante de Oliveira e Castro (2018), apresente reflexões sobre o aborto enquanto uma das expressões da “questão social” na interlocução com o patriarcado e o racismo. Destaque os fenômenos essenciais que causam o “aborto inseguro” para mulheres de classes mais empobrecidas.



Residência Profissional 2024
1ª Fase – Provas: P1 Objetiva/P2 Dissertativa

0/0

1
1/100

