



Processo Seletivo dos Programas de  
Residência em Área Profissional da  
Saúde - USP 2026

### Instruções

1. **Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.**
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se a folha de respostas pertence ao **grupo P**. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta e de aparelhos de telecomunicação.
4. Duração da prova: 4 horas. Cabe ao candidato controlar o tempo com base nas informações fornecidas pelo fiscal. O(A) candidato(a) poderá retirar-se da sala definitivamente apenas a partir das 15 h. Não haverá tempo adicional para preenchimento da folha de respostas.
5. O(A) candidato(a) deverá seguir as orientações estabelecidas pela FUVEST a respeito dos procedimentos adotados para a aplicação deste concurso.
6. Lembre-se de que a FUVEST se reserva ao direito de efetuar procedimentos adicionais de identificação e controle do processo, visando a garantir a plena integridade do exame. Assim, durante a realização da prova, será coletada por um fiscal uma **foto** do(a) candidato(a) para fins de reconhecimento facial, para uso exclusivo da USP e da FUVEST. A imagem não será divulgada nem utilizada para quaisquer outras finalidades, nos termos da lei.
7. Após a autorização do fiscal da sala, 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 5 alternativas cada uma, e 1 estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
8. Preencha a folha de respostas com cuidado, utilizando caneta esferográfica de **tinta azul ou preta**. Essa folha **não será substituída** em caso de rasura.
9. Ao final da prova, é **obrigatória** a devolução da folha de respostas acompanhada deste caderno de questões.

#### Declaração

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

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

## Interpretação de Texto

01

Disponível em <https://www.instagram.com/>.

A expressão “por conta própria” contribui para o efeito persuasivo da peça ao

- (A) enfatizar o risco da autonomia mal informada, associando a ação individual a possíveis agravamentos do quadro clínico.
- (B) sugerir a existência de alternativas caseiras e autônomas para o tratamento de doenças, relativizando a orientação médica.
- (C) atribuir ao sujeito a responsabilidade exclusiva por sua condição de saúde, reforçando o discurso da culpabilização.
- (D) indicar que a automedicação é aceitável em contextos emergenciais, desde que haja experiência prévia com o remédio.
- (E) transferir para o leitor a responsabilidade institucional pela prevenção da doença, desobrigando o sistema público de saúde.

## Texto para as questões de 02 a 04

Bebê *reborn*: o que há por trás do espanto?

Publicar vídeos de partos de bebê *reborn*, trocar fraldas, amamentar, dar nomes, cuidar — tudo isso virou tendência nos últimos tempos. O tema viralizou, gerando debates acalorados sobre a suposta infantilização do adulto, papéis de gênero e a banalização do cuidado real de um recém-nascido. Alguns dizem que o incômodo gerado por essas práticas se refere ao fato de vermos adultos brincando. Mas, quando se estuda o tema a fundo, percebe-se que o impulso de brincar permanece na vida adulta — apenas assume outros formatos. Ele está presente nas piadas entre amigos, nos jogos, nas criações artísticas, nos memes ou no montar legos. Por que, então, o cuidado com o *reborn* parece ultrapassar esse limite?

Talvez porque ele encene um tipo específico de vínculo — não qualquer um, mas aquele socialmente considerado o mais profundo e exigente de todos: o materno. Só que, nesse caso, o bebê não é um sujeito em formação. Não há reciprocidade, nem desafio, nem transformação mútua. É o gesto de cuidar deslocado da presença real de um outro. E isso, por si só, já seria suficiente para causar desconforto. Mas talvez o desconforto maior esteja em algo que vai além. Vivemos tempos em que a fronteira entre fantasia e realidade está cada vez mais diluída. Criamos versões editadas de nós mesmos nas redes, montamos cenários para exibir afetos, performamos relações. O bebê *reborn* surge como símbolo extremo de um fenômeno que, em alguma medida, é familiar: um afeto cuidadosamente encenado para parecer real — e que talvez só se sustente porque pode ser controlado e exibido. Um afeto com apelo estético, ajustado à imagem do que é belo. E, ao mesmo tempo, sem risco, sem contradição, sem frustração.

Elementos dessa mesma lógica também aparecem em outro fenômeno contemporâneo: o de pessoas que desenvolvem vínculos afetivos com inteligências artificiais. Algumas se apaixonam. Outras compartilham segredos. Há quem trate a IA como terapeuta ou melhor amigo. Assim como o *reborn*, a IA apenas simula humanidade. Não sente dor, não se angustia, não ama. Apenas responde — com precisão e sem conflito. Ainda assim, nos relacionamos.

Tauane Paula Gehm. Revista Saúde. Maio de 2025. Adaptado.

## 02

No texto, o fenômeno dos vídeos sobre bebê *reborn* é utilizado como

- (A) evidência de uma prática infantilizante que deve ser reprimida.
- (B) idealização acrítica da maternidade como forma central de cuidado social.
- (C) substituição imediata dos vínculos reais por simulações digitais automatizadas.
- (D) prova do distanciamento crescente entre adultos e responsabilidades reais.
- (E) ponto de partida para uma reflexão mais ampla sobre afeto e performatividade.

### 03

Em “afeto com apelo estético, ajustado à imagem do que é belo”, o uso do termo “ajustado” indica

- (A) relação direta entre estética e expressão afetiva.
- (B) naturalização da beleza nos vínculos afetivos.
- (C) tendência espontânea à busca por harmonia emocional.
- (D) simulação de afeto moldada a padrões estéticos.
- (E) anulação do afeto por construções visuais agradáveis.

### 04

No trecho “Não há reciprocidade, nem desafio, nem transformação mútua” (2º parágrafo), o termo “reciprocidade” contribui para

- (A) suavizar a crítica à ausência de vínculo afetivo, sugerindo equilíbrio emocional.
- (B) reforçar a ideia de que o cuidado encenado não envolve troca real entre sujeitos.
- (C) indicar que a relação com o *reborn* pode ser mais autêntica do que aparenta.
- (D) destacar que o bebê *reborn* impõe exigências similares às de um bebê real.
- (E) apresentar uma exceção à lógica da fantasia, mostrando que o vínculo pode evoluir.

Texto para as questões de 05 a 07

#### Uma gordura contra a obesidade

As reações do corpo humano à ingestão de dietas ricas em gorduras são complexas e marcadas por aspectos positivos e negativos. O coração é provavelmente o órgão em que os potenciais malefícios e benefícios dessa relação dual são mais conhecidos. Alguns tipos de ácidos graxos tendem a se depositar nos tecidos, elevar a pressão arterial e aumentar os riscos de problemas cardíacos. Esse é o caso das gorduras saturadas, encontradas na carne vermelha, em aves e derivados do leite integral, e das trans, produzidas a partir da modificação de óleos vegetais e usadas em grande parte dos alimentos processados industrialmente. Já outras formas de gordura, como as insaturadas, parecem contribuir para manter baixos os níveis de colesterol e da pressão e relativamente limpos os vasos sanguíneos.

Nas últimas duas décadas, uma relação igualmente intrincada com os diferentes tipos de gordura começou a ser esmiuçada em outro órgão vital – o cérebro. Novos estudos têm levantado indícios de que a obesidade, marcada geralmente por um consumo excessivo de gorduras saturadas e trans como parte de hábitos alimentares e de um estilo de vida pouco saudáveis, produziria uma inflamação contínua no hipotálamo. Os danos a essa região, que fica na base do cérebro e funciona como um sensor de nutrientes, levariam à morte dos neurônios responsáveis por controlar as sensações de fome e de saciedade e o gasto de energia. Assim, o mau funcionamento dos circuitos que regulam o comportamento alimentar – o indivíduo sente fome logo depois de uma farta refeição – contribuiria para perpetuar o ganho de peso. Esse é um dos efeitos deletérios possivelmente ocasionados pelo acúmulo de gorduras saturadas no sistema nervoso central.

Marcos Pivetta. Revista Pesquisa FAPESP. Julho de 2022. Adaptado.

### 05

A relação entre as diferentes formas de gordura e os órgãos do corpo humano, tal como apresentada no texto, conduz o leitor a compreender que

- (A) os efeitos benéficos das gorduras no cérebro ainda estariam sendo mais bem compreendidos do que os efeitos no coração.
- (B) a oposição entre gorduras saturadas e insaturadas seria baseada em descrições figuradas e subjetivas.
- (C) a obesidade teria como principal causa a ingestão de alimentos ricos em gorduras trans e saturadas.
- (D) a atuação das gorduras no sistema nervoso central poderia afetar mecanismos fisiológicos que agravariam a obesidade.
- (E) os efeitos estéticos do consumo de gorduras estariam sendo priorizados em detrimento das consequências clínicas.

### 06

O uso do advérbio “geralmente”, no trecho “marcada geralmente por um consumo excessivo”, tem como principal efeito

- (A) mitigar a afirmação, reconhecendo que nem toda obesidade decorre dos fatores mencionados.
- (B) intensificar a argumentação científica ao indicar uma frequência estatística.
- (C) explicitar uma certeza absoluta sobre os mecanismos fisiológicos.
- (D) substituir o papel dos dados empíricos na exposição do problema.
- (E) indicar que a obesidade é um fenômeno invariável no tempo.

### 07

A utilização do termo “perpetuar”, no final do segundo parágrafo, confere ao texto uma

- (A) indicação de solução futura por meio da correção de hábitos alimentares.
- (B) conotação de continuidade inevitável e reforço da ideia de círculo vicioso na obesidade.
- (C) perspectiva irônica sobre os efeitos neurológicos da alimentação inadequada.
- (D) ruptura semântica com o discurso científico, em favor de uma linguagem mais literária.
- (E) relativização dos danos provocados pelo consumo de gorduras saturadas.

## Conhecimentos Gerais

08

O Brasil é um país de dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais. (...) O Sistema Único de Saúde aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. (...) A implantação de um sistema de saúde universal no Brasil teve início em um contexto político e econômico desfavorável, que promovia a ideologia neoliberal, perspectiva essa reforçada por organizações internacionais contrárias ao financiamento público de sistemas de saúde nacionais e universais.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] 9 Maio, 2011.

Assinale a alternativa que melhor corresponde aos fatos históricos relativos à trajetória de criação do SUS.

- (A) Um aspecto essencial da Reforma Sanitária no Brasil foi a sua condução ter sido liderada por governos, partidos políticos e entidades internacionais, ignorando a participação da sociedade civil.
- (B) A implementação do SUS buscava reverter o quadro de desigualdades e exclusão do sistema de saúde anterior, que atendia trabalhadores formais e informais. A Lei 8.080/90 detalhou como esse sistema funcionaria.
- (C) Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde confirmou que a saúde é um direito do cidadão. Estabeleceu os princípios do SUS, focando na coordenação, integração e transferência de recursos entre instituições de saúde nos diferentes níveis.
- (D) O movimento por uma reforma sanitária no Brasil desconsiderava a saúde como uma questão social e política. Essa visão destacava a importância de discutir a saúde cientificamente.
- (E) A implementação do SUS começou em 1990, ano em que Fernando Collor de Mello foi eleito presidente, o primeiro escolhido pelo povo após o regime militar, que seguiu uma política neoliberal e focou na reforma da saúde.

09

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assinale a alternativa que melhor define os seus fundamentos.

- (A) Visa a garantir a organização e o funcionamento de serviços de saúde de forma integrada e independente, de acordo com as necessidades da população e as diretrizes do SUS.
- (B) Define a RAS como um sistema autônomo de serviços de saúde, que se organiza em diferentes níveis de atenção para garantir o acesso do usuário e fortalecer a atenção à saúde.
- (C) Estabelece princípios como a centralização da gestão, a regionalização das ações de saúde, a participação da sociedade e a garantia de acesso universal e equitativo aos serviços de saúde.
- (D) Reconhece a regionalização como uma diretriz fundamental do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, orientando a organização da RAS.
- (E) Contribui para a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços de saúde, garantindo um atendimento mais integrado, mas pouco eficiente e resolutivo.

10

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi criado em 2004 e caracteriza-se como uma política pública com o objetivo de ampliar o acesso da população a medicamentos essenciais. Assinale a alternativa que descreve corretamente um de seus aspectos.

- (A) O acesso aos serviços é garantido pela apresentação de uma receita médica ou odontológica, elaborada conforme as leis vigentes, que deve incluir mais de cinco medicamentos do elenco.
- (B) A prioridade para aquisição dos medicamentos do Programa é dada aos laboratórios farmacêuticos privados, complementarmente a aquisição dar-se-á no mercado público.
- (C) É realizado de maneira conjunta, com a participação do Ministério da Saúde e da Fiocruz, que cuida da execução por meio de acordos estabelecidos com os estados, o Distrito Federal, os municípios e as entidades privadas.
- (D) O Programa exige a presença de um farmacêutico responsável, a venda com receituário e o cumprimento das normas sanitárias e da legislação aplicada a estabelecimentos farmacêuticos.
- (E) Destina-se ao atendimento igualitário dos usuários dos serviços públicos de saúde, mas principalmente daqueles que utilizam os serviços privados de saúde, e que têm dificuldades em adquirir medicamentos prescritos.

11

No campo da Saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis. Estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas. Política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

Com a implementação do Plano Nacional de Humanização, trabalhou-se para alcançar resultados englobando as seguintes direções:

- (A) Diminuição das filas e do tempo de espera, com redução do acesso, além de atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco.
- (B) As unidades de saúde devem investir na formação contínua da equipe de saúde e melhorar o ambiente de trabalho, fato que deve ajudar na interação entre trabalhadores e usuários.
- (C) As unidades de saúde precisam aumentar a participação ativa dos usuários sem levar em conta as redes sociais e familiares nas propostas de tratamento, monitoramento e cuidados em geral.
- (D) A valorização dos usuários, trabalhadores e gestores através da participação coletiva na produção de saúde, sem interferência nos processos de gestão.
- (E) A identificação dos profissionais que cuidam dos usuários é prescindível, posto que a rede de serviços se responsabilizará pela atenção integral.

**12**

A Residência Multiprofissional em Saúde configura-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional.

O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Assinale a alternativa que melhor define a Residência Multiprofissional em Saúde.

- (A) Apresenta uma perspectiva teórico-pedagógica divergente dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação.
- (B) Adequa-se às necessidades locais e regionais, constituindo de um processo de educação permanente em saúde que dificulta a afirmação do trabalhador no seu universo de trabalho e na sociedade onde vive.
- (C) Essa modalidade de formação pós-graduada pretende aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem fora do sistema.
- (D) A formação “intercategorias” visa uma formação coletiva inserida no mesmo “campo” de trabalho, anulando os “núcleos” específicos de saberes de cada profissão.
- (E) É considerada uma importante estratégia para a formação de profissionais qualificados para o SUS, promovendo a melhoria da qualidade da atenção à saúde e a integração entre as áreas.

**13**

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revendo as diretrizes para a organização da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme essa portaria, a PNAB

- (A) define a atenção básica como a porta de entrada preferencial do SUS, com foco na atenção parcial à saúde da população, abrangendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
- (B) busca garantir a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, com o técnico de enfermagem podendo indicar tratamentos e acompanhar a população adscrita.
- (C) estabelece a composição da Estratégia de Saúde da Família, com a presença de médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, como dentistas e técnicos de saúde bucal.
- (D) define as Unidades Básicas de Saúde como os locais de prestação de serviços de atenção básica, sem citá-las como espaços de educação, formação, pesquisa e inovação.
- (E) estabelece a carga horária máxima por categoria profissional e a necessidade de organização da jornada de trabalho para garantir o acesso, o vínculo e a continuidade do cuidado.

**14**

As unidades da atenção básica compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde. (...) A prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade.

O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Considerando os indicadores necessários para o bom funcionamento das unidades de atenção básica, é correto afirmar:

- (A) Com uma boa estrutura, diminuem as filas nos pronto-socorros e hospitais, o uso excessivo de medicamentos e a utilização indiscriminada de equipamentos avançados.
- (B) Problemas de saúde menos frequentes devem ser tratados nas unidades básicas de saúde, permitindo que os ambulatórios e os hospitais desempenhem suas verdadeiras funções.
- (C) A Unidade de Saúde da Família proporciona assistência contínua em especialidades básicas, dispondo de uma equipe unidisciplinar para acompanhar as orientações da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde.
- (D) O Posto de Saúde tem como objetivo fornecer assistência a uma população específica, seja de maneira planejada ou não, por um profissional de nível médio, com a presença obrigatória do médico.
- (E) A unidade mista oferece atendimento voltado para a atenção básica e integral nas especialidades básicas, incluindo serviços odontológicos e de outras áreas, mas não conta com internação.

**15**

A Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, instituiu as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), ampliar o acesso e melhorar a qualidade do atendimento, com um foco em equipes multidisciplinares e em articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Acerca dessa Portaria, é correto afirmar:

- (A) Aprimora a estratégia das equipes multiprofissionais, com aumento do cofinanciamento federal, inclusão de novas especialidades médicas e a incorporação de tecnologias de informação e comunicação (TIC).
- (B) Cria as equipes multidisciplinares (eMulti) na Atenção Primária à Saúde, que são compostas por profissionais das mesmas áreas e atuam de forma integrada.
- (C) Estabelece três modalidades de equipes eMulti: Ampliada, Complementar e Estratégica, com cargas horárias iguais, mas diferindo na composição profissional.
- (D) Prevê incentivos financeiros estaduais para custeio e desempenho das eMulti, com o objetivo de fortalecer a APS.
- (E) Reduz a gama de serviços oferecidos e integra práticas de assistência, prevenção, promoção da saúde e vigilância.

**Serviço Social**

**16**

De acordo com a discussão promovida por Teixeira (2020) no artigo “Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado”, há, na sociedade contemporânea, uma naturalização de alguns processos do envelhecimento que levam a uma confusão entre os atributos biológicos e os sociais do envelhecer e, como resultado disso, inviabilizam-se determinantes sociais que fazem parte desse processo humano.

Assinale a alternativa que apresenta os determinantes sociais aos quais a autora se refere em seu texto.

- (A) O texto defende que a dimensão biológica associada à deterioração do corpo com o avançar da idade são um constructo social que determina o processo de envelhecimento.
- (B) Os determinantes sociais referidos pela autora dizem respeito exclusivamente aos fatores genéticos e de transmissão geracional, os quais, por sua vez, são naturais e imutáveis.
- (C) As categorias mais estruturantes da forma de envelhecer são a classe social, o gênero, a atividade social (emprego, trabalho) e a sociabilidade familiar, comunitária e religiosa.
- (D) O texto defende que os determinantes sociais do envelhecimento são irrelevantes frente aos avanços da medicina moderna e da eficácia farmacológica.
- (E) Segundo o texto, o envelhecimento é um processo puramente individual, determinado pelas escolhas pessoais e pelo estilo de vida, sem relação com fatores sociais.



**17**

No texto “O Serviço Social em hospitais: Orientações Básicas” (BRASIL, 2009), discute-se que o objetivo profissional nos hospitais consiste em resgatar o papel do Serviço Social no trato da “questão social” neste lócus-ocupacional.

Assim sendo, quais ações descritas caracterizam a atuação profissional nos hospitais?

- (A) Promover ações de aconselhamento ecumênico como forma de apoio aos pacientes e familiares e atuar como intermediário entre médicos e pacientes, repassando informações clínicas com a análise dos determinantes sociais que afetam o processo de saúde-doença.
- (B) Realizar grupos no Pronto-Socorro enfatizando direitos sociais (creche, estudo gratuito perto da moradia), promoção da saúde e prevenção de doenças, acidentes, maus tratos, além de realizar ações como pesagem, aferição de pressão arterial e aplicar vacina em épocas de campanha.
- (C) Criar mecanismos (rotinas) e ações que facilitem o conhecimento e o acesso do usuário aos serviços oferecidos pela unidade hospitalar e pela rede de saúde e manter um sistema de registro e estudo das expressões da “questão social” que chegam aos plantões do Serviço Social.
- (D) Articular os processos de referência e contrarreferência com as demais unidades de saúde do município, com a participação do usuário, otimizando os processos de admissão e alta, a fim de não permitir que os usuários do serviço façam uso indevido da política pública.
- (E) Criar mecanismos, rotinas e ações institucionais que facilitem o acesso aos recursos e direitos sociais garantidos por lei e democratizar informações e prestar apoio psicológico aos familiares/colaterais na ocorrência de óbito, desde dar a notícia até a total elaboração do luto.

**18**

“Uma das situações crônicas que estressa e onera os assistentes sociais nos hospitais é a alta em situações que envolvem população de rua, crianças e idosos abandonados. Considerados ‘casos sociais’, são colocados sob a responsabilidade exclusiva do Serviço Social, sem considerar-se, por exemplo, a resolutividade das ações realizadas caso o tratamento indicado não tenha continuidade.

Diante dos problemas de financiamento da saúde e da assistência social, são situações de difícil enfrentamento. Frequentemente, o período do tratamento/internação não é o mesmo necessário às ações previstas pelo que se convencionou denominar “alta social”, o que leva a uma ocupação do leito que não só prejudica a instituição, mas – muito mais – a própria população que necessita de atendimento.

Estas situações demandam uma ação conjunta de todos os profissionais envolvidos na atenção prestada, em articulação com a direção da unidade, no sentido de pressionar o poder público – através da publicização dos dados referentes a estas situações –, para que as diferentes secretarias de Governo – de saúde, de assistência social – possam agilizar os encaminhamentos necessários.” (BRASIL, 2009, p.26)

Diante da problematização apresentada, assinale a alternativa que contempla a intervenção profissional nos contextos de alta hospitalar.

- (A) Diante de impasses na decisão acerca da alta hospitalar, o/a assistente social deve tomar decisões com base em sua autonomia profissional, desconsiderando a avaliação da equipe multiprofissional sobre o caso, e dar seguimento aos encaminhamentos para a rede de proteção social, visando à articulação intersetorial e o tratamento em domicílio.
- (B) Criar mecanismos (rotinas) e ações institucionais que agilizem e facilitem o comparecimento dos familiares/colaterais à unidade de saúde, possibilitando a participação sistemática e continuada da família no processo de internação, bem como responsabilizando os familiares, conforme previsto em lei, no processo de cuidado, para evitar sobrecarregar a instituição.
- (C) Realizar estudos quantitativos e qualitativos dos casos de ocupação de leito por motivo social, no sentido de, a partir do perfil desse segmento de usuários, entender os motivos da internação ou reinternação e estabelecer mecanismos de encaminhamento para as demais secretarias municipais e conselhos – de saúde, do idoso, tutelares – tendo em vista a repressão de determinadas demandas ao serviço hospitalar.
- (D) Realizar estudos de determinados segmentos dos usuários (população de rua, idosos, crianças de rua ou abandonadas, diabéticos, pessoas com deficiência etc), objetivando a definição do público potencialmente admitido nas instalações hospitalares, selecionando aqueles sem rede de apoio e otimizando os recursos.
- (E) Criar uma rotina que assegure a participação do Serviço Social no processo de admissão, internação e alta hospitalar, no sentido de, desde a entrada do usuário/família na unidade, identificar e trabalhar os aspectos sociais da situação apresentada e garantir a participação, a plena informação e a discussão sobre as necessidades, possibilidades e intervenções para contribuir para a alta hospitalar.

**19**

A publicação do CFESS (2022) “Assistente Social no combate ao preconceito” apresenta uma importante discussão sobre a vida cotidiana: “A vida cotidiana é necessária à reprodução social dos indivíduos. Não existe vida social sem cotidianidade (...) e, portanto, a cotidianidade não é o espaço da práxis, nem da teorização, mas de práticas fragmentadas e de um modo de pensar que tende a estabelecer uma unidade imediata entre o pensamento e a ação.” (p.9-10)

Em síntese, a dinâmica da vida cotidiana caracteriza-se pelo pragmatismo e por atividades e ações realizadas de forma repetitiva e espontânea.

Essa forma de pensar generalista e imediata corresponde ao que conhecemos por senso comum que, segundo o texto, apresenta as seguintes características:

- (A) Subjetivismo; juízo imediato; individualização, generalização, causalidade e heterogeneidade.
- (B) Reflexões aprofundadas e planejadas; base em evidências empíricas e metodologias rigorosas; saber neutro, livre de influências ideológicas.
- (C) Juízo de valor, juízo moral, mas também estudos aprofundados sobre a ética e o respeito às diferenças.
- (D) Ruptura com ideias preconcebidas, incentivando o pensamento crítico e a transformação social.
- (E) Subjetivismo; juízo moral; pensamento crítico; influências ideológicas, culturais ou históricas.



**20**

“A dinâmica da vida cotidiana favorece a reprodução do senso comum, com suas analogias e estereótipos, dando lugar aos preconceitos (...) o sistema social de preconceitos é veiculado ideologicamente, tendo como espaços de reprodução fundamentais a cultura e a moral dominantes. Por meio da cultura, disseminam preconceitos que expressam o modo dominante de pensar e de se comportar, de valorar os objetos e as relações sociais.” (CFESS, 2021, p.13).

Com base nesse excerto, assinale a alternativa que apresenta aspectos e contextos que fomentam o preconceito.

- (A) A reprodução de preconceitos, que ocorre principalmente em espaços acadêmicos e científicos, sendo rara na vida cotidiana.
- (B) A desconstrução de estereótipos e a superação de valores morais excludentes somada a posicionamentos questionadores.
- (C) A permanência e rigidez dos juízos provisórios, a suposta neutralidade, a ignorância, a intolerância, o egoísmo e o medo.
- (D) Postura crítica e ética que contribua para a problematização e questionamento das ideologias dominantes e do senso comum.
- (E) Valores progressistas e inclusivos como um instrumento eficaz para eliminar práticas discriminatórias.

**21**

O combate ao preconceito é uma prerrogativa no âmbito do exercício profissional, seja porque o Código de Ética Profissional é enfático a esse respeito, seja porque as diretrizes teórico-metodológicas questionam a ideologia dominante que, por sua vez, nega a razão crítica. Contudo, o enfrentamento ao preconceito também se faz necessário, pois

- (A) a neutralidade e igualdade nas relações humanas é o único caminho possível para a construção de uma sociedade verdadeiramente meritocrática.
- (B) a naturalização de práticas discriminatórias gera sofrimento em todos os envolvidos, especialmente dentre aqueles que são os autores de tais atitudes.
- (C) o preconceito e a discriminação são estruturais e presentes nos mais diversos setores sociais e somente os/as assistentes sociais podem combatê-los.
- (D) o preconceito impede a liberdade e autonomia; viola direitos e promove retrocesso nas conquistas sociais; promove discriminação e intolerância; causa humilhação, sofrimento e alienação.
- (E) os princípios éticos do Serviço Social permitem que o/a profissional atue de acordo com suas convicções pessoais, mesmo que estas reforcem estigmas ou discriminações.



**22**

“Desse modo, o racismo e as condições de vida dessas mulheres impossibilitavam que vivessem a maternidade, pois o desespero por não ver seus filhos e filhas sob as mesmas condições desumanas, por vezes, prevalecia, mesmo que isso custasse também suas próprias vidas. As desigualdades operadas pelo sistema do capital em nível internacional e as apropriações que ele faz do patriarcado e do racismo são expressas na vida sexual e reprodutiva das mulheres, aprofundando a dimensão da opressão e da exploração sobre elas. Assim, para nós, compreender as determinações materiais e subjetivas das mulheres (e de diferentes mulheres, em contextos diversos) é imprescindível para se pensar a questão do aborto.” (Cisne, Cavalcante de Oliveira, Castro, 2018, p. 456).

Segundo as autoras, o aborto, por vezes, tem sido a única alternativa diante de gravidezes indesejadas, com as mulheres recorrendo a métodos inseguros que podem resultar em diversas complicações na sua vida e saúde reprodutiva. Além disso, a realidade do aborto inseguro no país e no mundo é um retrato das desigualdades de sexo, raça/etnia e classe, de modo que a criminalização do aborto atinge mais diretamente um grupo em específico, aumentando, assim, a discriminação social e aprofundando a “questão social”. Ainda de acordo com as autoras, os abortos inseguros

- (A) ocorrem, principalmente, em países desenvolvidos com sistemas de saúde avançados.
- (B) são mais comuns entre mulheres de alta renda e com acesso fácil a serviços médicos.
- (C) acontecem, sobretudo, em áreas urbanas ricas com infraestrutura médica adequada.
- (D) são raros e ocorrem apenas em situações de emergência médica em hospitais bem equipados.
- (E) acontecem, em sua maioria, nos países de economia periférica.

**23**

No texto “Teletrabalho e Teleperícia: orientações para assistentes sociais no contexto da pandemia” (CFESS, 2021), os autores refletem acerca das estratégias de trabalho desenvolvidas durante a Pandemia de COVID-19 que objetivaram garantir o isolamento social necessário à sociedade naquele período e impuseram aos trabalhadores que se apropriassem das tecnologias de informação e comunicação (TICs) fora do ambiente da instituição empregadora, de modo que o teletrabalho acabou se tornando uma realidade.

Diante disso, assinale a alternativa que apresenta quais as consequências dessa tendência na forma em que o trabalho profissional está se organizando na atualidade.

- (A) A divisão entre público e privado se dilui, e o trabalho tem invadido várias dimensões da vida privada, todavia, a possibilidade de *homeoffice* promove mais horas de descanso e lazer para o trabalhador.
- (B) Os custos do trabalho são, quase sempre, repassados às/aos trabalhadoras/es que estão atuando na modalidade de teletrabalho e provocam a intensificação da exploração do trabalho.
- (C) A tendência atual tem resultado em uma redução significativa da demanda pelos serviços dos/as assistentes sociais, tornando o trabalho dessa categoria profissional menos relevante.
- (D) A nova organização do trabalho caminha em direção a um modelo em que os profissionais trabalham sem a colaboração uns dos outros, o que tem sido avaliado como benéfico para a autonomia profissional.
- (E) Após o fim da pandemia de COVID-19, os trabalhadores e trabalhadoras retomaram suas atividades funcionais presenciais sem qualquer influência da modalidade de teletrabalho.

**24**

No texto “Processos de trabalho e documentos em Serviço Social: reflexões e indicativos relativos à construção, ao registro e à manifestação da opinião técnica”, Fávero, Paiva e Oliveira (2020) explicam a importância dos registros após a realização do estudo social, pois evidenciam, de forma direta ou indireta, as dimensões sociais, políticas e culturais na apreensão de dada realidade.

Assinale a alternativa que elucida corretamente as possíveis formas de registro em matéria de serviço social.

- (A) Parecer social é a exposição detalhada, prolongada e aprofundada acerca da questão ou situação social analisada.
- (B) Laudo Social é produto ou registro da perícia social realizada pelo/a profissional e, geralmente, comporá instrução social de um processo judicial, respeitando às mesmas exigências teórico-metodológicas, éticas e técnicas do estudo social.
- (C) Relatório Social é o documento no qual constam o registro do objeto de estudo, a identificação dos sujeitos envolvidos e um breve histórico da situação e a opinião pessoal do avaliador.
- (D) Informe social é um registro, geralmente breve e pontual, utilizado entre os usuários de um serviço que compartilhem da mesma situação-problema a ser abordada pelo/a assistente social.
- (E) Evolução em prontuário é um registro coletivo contendo prognóstico de um usuário de serviço de saúde em que não se faz necessário respeitar o sigilo profissional.

**25**

Ao compreendermos a família para além da sua estrutura relacional e inscrita em um contexto abrangente, identificamos que aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais atravessam o compartilhamento de sua vida cotidiana, conforme nos ensina Miotto (2010) em seu texto “Família, trabalho com famílias e Serviço Social.”

Assinale a alternativa que apresenta a intervenção adequada com as famílias no âmbito do Serviço Social.

- (A) A intervenção do Serviço Social emerge na ausência do mercado e da família na proteção social de seus membros.
- (B) A família deve esgotar seus recursos para que, posteriormente, a intervenção do/a assistente social aconteça de forma pontual e temporária.
- (C) A intervenção do Serviço Social deve se efetivar por meio das políticas públicas focalistas e provisórias.
- (D) A família deve alcançar cidadania, equidade e justiça sociais por meio de intervenções que garantam os direitos sociais universais.
- (E) Uma vez que o/a assistente social atribui a satisfação das necessidades sociais à competência ou incompetência das famílias, ele/a deve promover grupos reflexivos para fortalecimento de vínculos.

**26**

“Historicamente, orientação e acompanhamento são termos largamente utilizados pelos assistentes sociais, como executores terminais das políticas sociais, para referenciar um arco bastante grande de ações profissionais que se desenvolvem em diversos espaços sócio-ocupacionais. Considera-se que a orientação e o acompanhamento, tradicionalmente vinculados ao atendimento de demandas singulares de indivíduos, grupos e famílias, configuram-se como ações socioeducativas que se desenvolvem nos processos socioassistenciais e que se articulam organicamente com os processos de planejamento e gestão e com os processos político-organizativos.” (Miotto, 2009, p.1). Qual o papel da orientação e do acompanhamento nos processos socioassistenciais?

- (A) Estabelecer uma relação profícua entre assistentes sociais e usuários durante um atendimento assistencialista.
- (B) Estabelecer ações de planejamento, gestão e administração de políticas sociais com fins lucrativos.
- (C) Promover intervenção direta com os usuários em contextos institucionais.
- (D) Estabelecer ações profissionais que visam à organização da sociedade civil para arrefecer o controle social.
- (E) Promover ações de natureza socioeducativa para o fortalecimento de competências individuais.

**27**

“O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular.” (CFESS, 2010, p.26).

Diante da semelhança entre o Projeto Ético-Político do Serviço Social e o projeto da Reforma Sanitária, a atuação competente e crítica do/a assistente social na área da saúde consiste em

- (A) desconsiderar a importância da intersetorialidade e trabalhar de forma isolada, sem a colaboração de outros profissionais da saúde que compõem a equipe interprofissional.
- (B) apreender de forma crítica os processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade.
- (C) aceitar a autonomia relativa no exercício da profissão e prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções.
- (D) priorizar aspectos administrativos e burocráticos para otimizar a gestão dos serviços e proteger o direito do trabalhador para que não seja ferida sua honra profissional.
- (E) realizar análise do movimento histórico da sociedade brasileira e reparar as decisões políticas equivocadas da época da Reforma Sanitária.



**28**

Santos (2012), ao considerar o desemprego como expressão do mecanismo básico da reprodução da “questão social” resultante da lei geral de acumulação capitalista, evidencia a transversalidade que o desemprego opera no conjunto das expressões da “questão social”. Nesse sentido, a autora compreende, como particularidades do desemprego e da “questão social” no Brasil, a

- (A) resistência e a estabilidade do emprego assalariado.
- (B) produtividade e a solidez das leis trabalhistas.
- (C) excepcionalidade e o aparato reformista do Estado.
- (D) flexibilidade e a precariedade do regime de trabalho.
- (E) centralidade e o empreendedorismo do trabalhador.



**29**

Matos, Santos, Araújo (2024) discorrem sobre uma das causas de mortalidade materna: o abortamento inseguro no país, sendo as maiores vítimas mulheres negras e indígenas, e ressaltam: “Não podemos perder de campo de análise a necessidade de consolidar o direito constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), pois os direitos das mulheres, meninas e demais pessoas que gestam têm sido constantemente negados quando se diz respeito aos direitos reprodutivos (...)” (p.17). Mencionam que esses direitos negados se expressam por variadas questões, dentre elas

- (A) a oferta de saúde preventiva para as mulheres e a ausência de manifestações coletivas sobre os direitos reprodutivos.
- (B) a escassa demanda para o setor público na assistência às mulheres e o respeito à garantia constitucional do Estado Laico.
- (C) a falta de investimento adequado na política de planejamento familiar e a presença do conservadorismo na condução das ações de acolhimento.
- (D) o redimensionamento da política reprodutiva no país e a inexistência de reivindicações específicas sobre o aborto legal no Brasil.
- (E) o fortalecimento do pluralismo feminista nos debates acadêmico-científicos e o distanciamento do tema na vida da maioria das mulheres.



**30**

Brites & Barroco (2022), ao refletirem sobre a ética profissional e demandas institucionais, elencam uma série de demandas conservadoras dirigidas ao trabalho profissional, dentre elas, as que: “pretendem conferir ao exercício profissional a perspectiva do controle sobre os comportamentos e modo de vida das (os) usuárias (os) dos serviços; pretendem subalternizar o trabalho da (o) assistente social a procedimentos e avaliações de outras profissões mais valorizadas socialmente, como no caso do saber médico na área da saúde, ou mesmo a decisões de gestores que contrariam garantias constitucionais e legislações sociais; não reconhecem e desrespeitam as competências e as atribuições privativas da profissão (...)” (p. 231). Nessa conjuntura, as autoras afirmam que a realização objetiva da ética profissional demanda, necessariamente,

- (A) reflexão ética sistemática sobre os conteúdos valorativos das respostas profissionais, investimento em estratégias profissionais capazes de romper com a fragmentação e o isolamento do trabalho cotidiano, articulações profissionais coletivas capazes de resistir e reverter as tendências conservadoras presentes nos espaços sócio-ocupacionais.
- (B) intenso estudo ético normativo sobre as regulamentações institucionais e estatais, realização de cursos de pós-graduação que fortaleçam o *status* da profissão perante os demais profissionais, mobilização de sujeitos sociais que representem relações de poder nos espaços de trabalho na perspectiva do confronto político-ideológico direto.
- (C) posicionamento flexível a respeito dos valores e princípios éticos atribuídos ao Serviço Social, reavaliação dos instrumentos técnico-operativos privativos da profissão na perspectiva de abertura para novas formas do fazer profissional, monitoramento da estatística dos atendimentos na garantia do avanço de produtividade no trabalho.
- (D) atitude reta frente aos preceitos ético-morais legitimados institucionalmente pela profissão, promoção de ações solidárias que tenham como objetivo a harmonia entre os pares e que distensionem os conflitos multiprofissionais, fortalecimento das relações profissionais orientado pelas competências técnicas capazes de transformar a realidade dos espaços sócio-ocupacionais.
- (E) capacidade de análise ética que refute valores externos que expressem a totalidade dos sujeitos sociais, estímulo de atitudes e respostas imediatas no combate à desvalorização profissional, suscitando a ênfase na história da profissão e seu reconhecimento legal, vinculação com diferentes atores políticos que fortaleçam a carreira pessoal.

**31**

Eurico é autora da Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia (BRASIL, 2022). Ressalta, no processo metodológico da coleta, que: "Ao indagar uma pessoa sobre o seu perfil étnico-racial, à luz dos critérios do IBGE, nos deparamos com cinco alternativas: branca, preta, parda, amarela ou indígena. O primeiro passo é naturalizar a pergunta, assim como ocorre com outros dados pessoais. É preciso estar convicta/o de que a coleta desta informação é parte fundamental do processo de identificação das pessoas com as quais nos deparamos, enquanto assistentes sociais (...)" (p.51). A autora, portanto, destaca que a coleta do quesito raça/cor/etnia oportuniza

- (A) o acolhimento, a padronização e a identificação das pessoas negras nos espaços sócio-ocupacionais de forma sistemática e é uma ferramenta fundamental para segmentar os tipos de atendimento.
- (B) a classificação, o conhecimento e o redimensionamento da conduta ética a ser praticada pelas/os profissionais nos serviços e é uma ferramenta preponderante na identificação das mazelas sociais.
- (C) a identificação, o cadastramento e o mapeamento do perfil das pessoas com as quais a profissão realiza interlocuções e é uma ferramenta essencial para a formulação de políticas públicas.
- (D) a exposição, o reconhecimento e a construção de parâmetros metodológicos de intervenção profissional atualizados e é uma ferramenta secundária na análise das demandas profissionais.
- (E) o registro, a distinção e a caracterização da miscigenação própria do território onde a/o profissional trabalha e é uma ferramenta estratégica na produção de relatórios e pareceres sociais.

**32**

O tema da "alienação parental" é crescente no campo de atuação profissional com as famílias. A Nota Técnica "O trabalho de Assistentes Sociais e a Lei de Alienação Parental (Lei 12.318/2010)" (BRASIL, 2022) expõe contundentes críticas à referida lei, considerando especialmente o combate ao *familismo* estampado nas práticas profissionais das diversas políticas sociais brasileiras. Nesse sentido, o documento reflete que a Lei nº 12.318/2010, em vez de reforçar a proteção social das crianças e adolescentes na convivência familiar, promoveu

- (A) uma gama de concepções e conceitos sobre família que expressam as diversas configurações familiares e reforçam o papel preponderante das políticas públicas no acolhimento dos casos de alienação parental.
- (B) um reforço da impositividade do sistema de justiça nos preconceitos e opressões existentes no tratamento das mulheres-mães neste espaço e não contribuiu para a promoção de uma igualdade parental.
- (C) um conjunto de procedimentos técnicos que colaboraram com o planejamento de protocolos socioassistenciais no tratamento e diagnóstico social sobre as relações familiares.
- (D) uma direção estratégica de cuidado e proteção às crianças e adolescentes de forma integral, considerando os aspectos biopsicossociais que caracterizam o problema social em pauta.
- (E) um ineditismo nas propostas de atenção aos problemas de convivência familiar e comunitária, ampliando as possibilidades de acolhimento das crianças e adolescentes que sofrem de alienação parental.

**33**

Na definição sobre racismo, Eurico (2018) afirma que "(...) é um fenômeno universal que, no caso do Brasil, incide majoritariamente sobre a população negra e tem como uma das formas mais eficazes de opressão a desqualificação de tudo aquilo que remete a sua herança genética, cultural, religiosa, a suas tradições e valores, quando estes colocam em jogo a supremacia branca" (p. 520). Nessa acepção, a autora reforça que a lógica de hierarquização de grupos étnico-raciais é funcional aos interesses do capitalismo e apreende a questão da branquitude como uma construção sócio-histórica brasileira que identifica o "ser branco" como:

- (A) Pessoa autodeclarada branca que reconhece sua inferioridade racial, fortalecendo as desvantagens sociais, econômicas e simbólicas.
- (B) Alguém que ocupa determinadas posições e lugares sociais vinculados à aparência, ao *status* e ao fenótipo, potencializando um sistema de privilégios.
- (C) Indivíduo que se identifica como pardo e não reconhece a diferença do pertencimento étnico-racial como determinante do *status* social.
- (D) Representação de grupos sociais minoritários que sofreram discriminação e racismo ao longo da formação sócio-histórica brasileira.
- (E) Categoria criada por intelectuais brasileiros para identificar as múltiplas formas de ser na sociedade, fomentando a equidade.

**34**

Iamamoto e Carvalho (1985) explicitam o desenvolvimento do trabalho profissional no campo da reprodução do controle e da ideologia dominante nos marcos da produção e reprodução das relações sociais capitalista. Afirmando que "pode o profissional limitar-se a responder às demandas do empregador, confirmando-lhe sua adesão, ou lançar-se no esforço coletivo junto à categoria, aliada aos demais profissionais e aos setores populares, de propor e efetivar uma direção alternativa àquela proposta pelos setores dominantes para a intervenção técnica" (p.122). Essas possibilidades estão circunscritas na condição de trabalhador/a assalariado/a que dispõe, portanto, de

- (A) ampliada liberdade.
- (B) densos instrumentais técnicos.
- (C) proporcional competência.
- (D) relativa autonomia.
- (E) largas estratégias institucionais.

**35**

Barroco e Terra (2012) apontam que o despreparo teórico das/os profissionais no cotidiano do trabalho pode reproduzir manifestações de preconceito e discriminação, conforme elucidam a partir de depoimentos de assistentes sociais: “O local onde reside – área favelada – propicia o seu envolvimento com pessoas perniciosas à sua formação moral (Batista, 2003, p.109). Interno oriundo de lar ilegalmente constituído, tendo sido autuado por práticas antissociais, ocorridas em consequência de ter-se ligado a más companhias quando ia encontrar-se com o pai no morro de São Carlos (Batista, 2003, p. 110)” (p.75). Esses depoimentos resultam, segundo as autoras, dentre outros fatores,

- (A) da consciência crítica das/os profissionais, da presença de pressupostos técnicos consistentes, do fortalecimento das relações institucionais, das articulações políticas juntos aos movimentos sociais, da centralidade da ciência.
- (B) do aparato instintivo da prática profissional, do arcabouço filosófico que orienta a profissão, das requisições normativas impressas na atuação institucional, de caráter progressista, coletivo e democrático.
- (C) dos arranjos teórico-doutrinários que embasam a prática profissional na atualidade, do respeito às demandas institucionais na garantia do acesso aos recursos pela população, do atendimento das prerrogativas inscritas nas políticas sociais.
- (D) das indicações previstas nas diretrizes curriculares do Serviço Social, das correntes ideológicas emancipatórias que influenciam o fazer profissional, das manifestações de questionamento às práticas abusivas e estigmatizadoras da população.
- (E) da precarização da formação profissional, da falta de preparo técnico e teórico, da fragilização de uma consciência crítica, da despolitização, da incorporação de valores e ideologias conservadoras, individualistas, irracionalistas.



**36**

Behring e Boschetti (2007), ao discorrerem sobre o projeto ético-político do Serviço Social e política social, frente aos desafios concretos dos limites dados pela estrutura econômica capitalista, ressaltam que a viabilização estratégica desse projeto passa pela necessária atitude de resgatar e exercitar ao menos três perspectivas compostas por:

- (A) Dada predisposição para ceder às demandas das organizações empregadoras; reconhecer a soberania do Estado frente às reivindicações da sociedade; postura político-profissional integrativa.
- (B) Uma visão histórico-processual da realidade; reconhecer o Estado e a sociedade como espaços contraditórios; postura político-profissional que articula fortalecimento das instituições democráticas e dos movimentos sociais.
- (C) Determinada visão estratégica da política social; reconhecer os alicerces que orientam a moral burguesa nos espaços profissionais; postura político-profissional que articula a produção do consenso.
- (D) Uma finalidade interventiva de solução dos problemas sociais; reconhecer o pragmatismo das instituições empregadoras; postura político-profissional que articula mediação e controle das forças sociais em disputa.
- (E) Um pensamento altruísta sobre a realidade social; reconhecer os limites inerentes à prática profissional; postura político-profissional que articula as influências nas relações de poder dos espaços sócio-ocupacionais.

**37**

Uma das características centrais do trabalho da/o assistente social é a condição de assalariamento que lhe é inerente. Iamamoto (2009) recupera alguns tensionamentos advindos desta constatação entre a afirmação e defesa do projeto profissional e a condição de trabalhador/a assalariado/a, afirmando: “Verifica-se, pois, uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos (...) Assim, o trabalho do assistente social encontra-se sujeito a um conjunto de determinantes externos, que fogem ao seu controle do indivíduo e impõem limites, socialmente objetivos, à consecução de um projeto profissional coletivo no cotidiano do mercado de trabalho” (p.354). O contexto apresentado reproduz reincidentemente no interior do cotidiano profissional, a interpretação que há um “distanciamento entre projeções e realidade, entre teoria e prática” (p.348). A autora enfatiza duas questões a respeito dessa percepção:

- (A) A existência de um campo de mediações que necessita ser considerado e a exigência de ruptura de análises unilaterais que destituem as relações sociais de suas contradições.
- (B) A indicação de que o fato é inevitável na compreensão sobre o trabalho assalariado e a necessidade de estabelecer parâmetros que orientem a unidade entre teoria e prática.
- (C) O imperativo da formação permanente que aprofunde as particularidades da teoria e da prática e a determinação para o conjunto CFESS/CRESS elaborar uma nota técnica a respeito.
- (D) O aprofundamento do debate se faz primordial nos espaços institucionais e o reconhecimento de que a cisão entre pensamento e ação é uma excepcionalidade no Serviço Social.
- (E) A conformação de que realmente não há como compreender a unidade entre dois polos distintos e o reforço da perspectiva que separa o conhecimento e a realidade do cotidiano profissional.

**38**

As reflexões acerca da inserção do Serviço Social nos diversos Programas de Residência no país, multi ou uniprofissionais, destacam reiteradamente algumas preocupações históricas e estruturantes, como as que seguem: “A proposta de formação em saúde, por meio das residências multiprofissionais, ainda que tenha formulações importantes que se aproximam dos princípios do projeto Reforma Sanitária dos anos 1980, contraditoriamente vem servindo para mascarar a precarização do trabalho. Isso é nitidamente percebido pelo investimento de bolsas para a contratação de força de trabalho qualificada, sobretudo chancelada pela universidade e/ou instituições de ensino e pesquisa, em detrimento da ocupação dos postos de trabalho nos serviços de saúde” (SOUZA, 2024, p.367). Diante do exposto, a autora considera fundamental não perder de vista que os programas de residência em saúde devem consubstanciar propostas pedagógicas

- (A) estritamente práticas no serviço, com vistas a garantir a substituição dos trabalhadores para o exercício profissional no âmbito do SUS, reafirmando a posição hegemônica da categoria profissional como mediadora das contradições sociais.
- (B) de formação em serviço, com vistas a qualificar trabalhadores para o exercício profissional no âmbito do SUS, reafirmando posição contrária a todas as formas de utilização dos espaços de residência como trabalho precarizado.
- (C) efetivas, com vistas a ampliar o quadro de mão de obra de trabalhadores nas redes de saúde privada, reafirmando posição favorável a todas as formas de profissionalização endógenas que estimulam a disciplinaridade.
- (D) dinâmicas que predomine a experiência prática nos serviços, com vistas a redimensionar as metodologias do ensino em residências, reafirmando posição flexível aos novos formatos da educação em saúde, como o ensino à distância.
- (E) aliadas à direção social da política governamental vigente, com vistas a evitar prejuízos de recursos humanos e orçamentários, reafirmando posição contundente às divergentes formas de execução da política de saúde.

**39**

Matos (2015) descreve uma gama de iniciativas do Conjunto CFESS/CRESS sobre o fortalecimento, compreensão e socialização das atribuições privativas e competências profissionais do/a assistente social. Dentre elas, destaca-se a elaboração de documentos, denominados “subsídios para o trabalho profissional”, como as publicações dos Parâmetros de atuação na política de saúde; na política de assistência social; na educação; no espaço sociojurídico. Os documentos citados terminam por colaborar na ampliação do debate das competências e atribuições privativas da profissão, contestando uma ideia reproduzida no passado recente da categoria de “que assistentes sociais sabiam dizer o que não era sua competência, mas não sabiam informar quais eram” (p.693). Nessa lógica, essas produções propiciaram e representam

- (A) uma nova iniciativa substitutiva da regulamentação da profissão, facilitando a apreensão das competências e demarcando o tempo presente como ponto de partida para compreender às requisições profissionais.
- (B) um aparato ético-normativo que orienta o exercício profissional de modo efetivo, colaborando na distinção entre o que pode ou não ser manifesto por cada profissional.
- (C) uma refração da direção política profissional que centraliza o debate das atribuições privativas e competências profissionais no interior das entidades, facilitando seu espraiamento.
- (D) um avanço no delineamento das competências profissionais, de forma objetiva, e manifestam a identificação de demandas institucionais apresentadas ao Serviço Social e que não lhes são pertinentes.
- (E) um horizonte ideológico a ser projetado aos/às assistentes sociais, de modo que seu alcance reverbere no cotidiano do trabalho e transforme significativamente os sentidos do trabalho profissional.

**40**

Nas reflexões acerca da ética profissional, relações sociais de sexo e étnico-raciais, Brites & Barroco (2022) assinalam uma lista de exemplos que expressam as particularidades das opressões que atravessam as relações profissionais, “identificados nos olhares lançados para um decote, para o tamanho de uma saia, para a quantidade de filhos de uma mulher, para a cor da pele e o tipo de penteado de um cabelo, para a crença religiosa, para a composição familiar e as orientações sexuais” (p.168). No entanto, as autoras enfatizam que essas manifestações não são apenas singulares, advindas de crenças e preconceitos de diversos profissionais, e sim, fazem parte também

- (A) das orientações normativas previstas na legislação brasileira.
- (B) dos mecanismos institucionais e sociais que os legitimam e violam direitos.
- (C) das estratégias profissionais coletivas que necessitam redimensionar o perfil do público atendido.
- (D) dos dispositivos regulatórios das políticas sociais que orientam a seletividade.
- (E) da escassez de referências teóricas e legais que discutam e enfrentem as temáticas.

## Estudo de caso

Analise o caso descrito para responder às questões dissertativas de 01 a 03.

Durante o acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a Sr.<sup>a</sup> Mônica relatou que, há muitos anos, acompanha seu filho Marcos em consultas médicas, custeadas com muito esforço na tentativa de compreender as dificuldades emocionais e de aprendizagem que surgiram desde a primeira infância. Na época, Marcos foi medicado, mas nunca fez acompanhamento multiprofissional.

Com o passar do tempo e a entrada na adolescência, Marcos se envolveu com amigos que o influenciaram a consumir álcool e outras drogas. Além dos problemas com a baixa frequência escolar e repetência, Marcos também começou a apresentar problemas comportamentais em casa, tornando-se muito hostil com a própria mãe.

Na última semana, antes de ir ao CAPS, Marcos agrediu verbal e fisicamente sua mãe, empurrando-a e desferindo um soco em seu braço quando ela pediu que ele não saísse de casa naquela noite. Marcos estava sob efeito de substâncias psicoativas. No dia seguinte, ele pediu desculpas à mãe e aceitou ir ao CAPS com ela.

A Sr.<sup>a</sup> Mônica chegou ao CAPS pedindo ajuda para seu filho. Ela solicitou à assistente social uma internação de longo prazo, mencionando que sente medo de Marcos e teme que ele lhe faça algum mal. Ela afirmou não ter nenhuma rede de apoio e contou que ambos vivem sozinhos em uma região periférica da cidade, onde Marcos tem fácil acesso a drogas lícitas e ilícitas.

### Questão 01 (3,0 pontos)

Frente ao contexto apresentado no estudo de caso, apresente e explique três medidas/providências que devem ser tomadas pela assistente social de acordo com as diretrizes da política de saúde mental, orientadas pelos princípios da ética profissional.

### Questão 02 (3,0 pontos)

Com base na requisição apresentada pela Sr.<sup>a</sup> Mônica, que solicita uma internação a longo prazo, discorra a respeito dos pressupostos inscritos na Reforma Psiquiátrica sobre o princípio da desinstitucionalização, apresentando duas alternativas substitutivas à solicitação em pauta.

### Questão 03 (4,0 pontos)

Elenque dois desafios e duas estratégias de atuação profissional que a assistente social citada no caso pode enfrentar considerando o contexto dos CAPS no Brasil.

### Instruções:

- As respostas deverão ser redigidas de acordo com a norma padrão da língua portuguesa.
- Escreva com letra legível e não ultrapasse o espaço de linhas disponíveis da folha de respostas.
- Receberão nota zero textos que desrespeitarem os direitos humanos e textos que permitirem, por qualquer modo, a identificação do(a) candidato(a).

**RASCUNHO**

**NÃO SERÁ**

**CONSIDERADO**

**NA CORREÇÃO**

**RASCUNHO**

**NÃO SERÁ**

**CONSIDERADO**

**NA CORREÇÃO**





**Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026**

**12/10/2025**

**Profissão 13 – SERVIÇO SOCIAL**

Prova P	
01	A
02	E
03	D
04	B
05	D
06	A
07	B
08	C
09	D
10	D
11	B
12	E
13	C
14	A
15	A
16	C
17	C
18	E
19	A
20	C
21	D
22	E
23	B
24	B
25	D
26	C
27	B
28	D
29	C
30	A
31	C
32	B
33	B
34	D
35	E
36	B
37	A
38	B
39	D
40	B

Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026

12/10/2025

**Profissão 13 – SERVIÇO SOCIAL**

RESPOSTAS ESPERADAS

**Questão 01 (3,0 pontos)**

As respostas profissionais pressupõem a compreensão da sintonia entre os princípios e valores da ética profissional e as diretrizes que orientam a política de saúde mental pós-reforma psiquiátrica. Neste sentido, considerando os eixos que orientam o exercício das competências e atribuições de assistentes sociais na saúde vale destacar, entre eles, o atendimento direto aos usuários – que supõe a articulação com profissionais de outras áreas, portanto, a efetivação de trabalho interdisciplinar, a propositura e o desenvolvimento de ações socioeducativas e as ações socioassistenciais. A partir de ambos, é possível o delineamento das seguintes medidas: **1. A busca pelo aprofundamento da compreensão das condições sociais de vida**, do cotidiano de Marcos e Mônica que poderá se desdobrar em um conjunto de procedimentos e ações: realização de entrevistas com ambos realizadas por membros da equipe multiprofissional; a realização de visitas domiciliares para apropriação do cotidiano de Mônica e Marcos; sensibilizá-los a participar de grupos socioeducativos; O **acolhimento e a criação de vínculos** compõe também uma das etapas na intervenção do profissional no contexto da política de saúde mental. Além disso, compreender qual a demanda mais imediata que é requerida e **construir reflexões e mediações para entender a demanda mediata e seus determinantes e condicionantes sociais e de saúde**. **2.** O processo de aprofundamento daquelas condições sociais de vida, e, portanto, do exercício da investigação como ação transversal ao trabalho profissional na saúde, exige o planejamento do trabalho a ser construído não somente pela assistente social, mas por membros que compõe a **equipe multidisciplinar do CAPS**, na medida em que o referido planejamento constitui outro eixo de atuação do trabalho profissional na saúde e, por meio dele, o conjunto das ações, inclusive a avaliação daquelas prioritárias e daquelas que podem ser desenvolvidas a médio e a longo prazo, tem maiores chances de serem exitosas, revelando o cuidado ético, porque responsável e consciente dos efeitos das ações profissionais; No conjunto dessas ações, a assistente social pode apresentar as práticas de saúde mental orientadas pelos pressupostos da Reforma Psiquiátrica que tem a desinstitucionalização como um marco, potencializando outras formas de atenção à saúde, como as experiências dos Centros de Convivência e Cultura; o trabalho ambulatorial dos CAPS; o atendimento individualizado e grupal; as estratégias de Redução de Danos (RD); dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **3.** No contexto do trabalho desenvolvido nos CAPs, o planejamento é constituído também pela **elaboração e acompanhamento do Projeto Terapêutico ou Projeto Terapêutico Singular (PTS)** que, na especificidade do Serviço Social, refere-se à **elaboração de um projeto/plano de intervenção** para aquela família, que dê respostas satisfatórias na perspectiva do acesso aos seus direitos.

**Questão 02 (3,0 pontos)**

A desinstitucionalização constitui um princípio central e fundante da Reforma Psiquiátrica no Brasil supondo fortemente a convivência e a sociabilidade como recursos de cuidado e enfrentamento das fragilidades no campo da saúde mental. Neste sentido, a elaboração de respostas que expressem a tentativa de articulação dos espaços de moradia dos pacientes, com a possibilidade do lazer, dos cuidados/tratamentos necessários na perspectiva da preservação dos seus vínculos e não da sua destituição. A descentralização do tratamento acontece através dos dispositivos territoriais como os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Convivência, Hospitais – DIA, UBSS dentre outros serviços comunitários, em que o paciente não rompa os vínculos comunitários, familiares e sociais. Assim, através do respeito às diferenças e de uma compreensão mais profunda acerca do sofrimento psíquico rompendo estigmas e preconceitos, o usuário não é retirado de seu contexto familiar e comunitário, ao contrário, é acolhido e busca-se fortalecer os vínculos para que amplie o senso de pertencimento motivando-o no engajamento ao tratamento. Duas possibilidades a serem trabalhadas pelo Serviço Social em conexão com as equipes multidisciplinares dos serviços que compõem a rede de saúde mental, poderiam ser: **1. Fortalecimento da Rede de Apoio e 2. Inserção em programas e serviços.** A aceitação espontânea de Marcos para ir ao CAPS pode e deve ser potencializada, assim como, encaminhamento e articulação da rede de serviços que compõem a RAPS- Rede de

Processo Seletivo dos Programas de Residência em Área Profissional de Saúde – USP 2026

12/10/2025

Atenção Psicossocial afim de realizar diagnóstico diferencial e avaliação de Marcos, acolhimento de ambos no serviço, construção de um Projeto Terapêutico com vistas a sua reabilitação psicossocial e mitigação dos danos no consumo das substâncias psicoativas. Acompanhamento interdisciplinar e intersetorial, compartilhando com Mônica o cuidado de seu filho Marcos, bem como, a protegendo das violências e da sobrecarga gerada por desempenhar o papel de principal cuidadora do filho há tantos anos. Fazer notificação na UBS da violência sofrida e encaminhar Mônica para um centro de defesa e proteção à mulher. Também inseri-la em uma rede de proteção e cuidado psicossocial.

**Questão 03 (4,0 pontos)**

Considerando o CAPS como serviço que, situado no campo da saúde mental, orientado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, busca a garantia de respostas pautadas pela humanização, pelo cuidado em saúde com dignidade e respeito. No entanto, sua efetivação se dá nas condições objetivas que marcam a concretização dos direitos sociais via políticas sociais no Brasil, determinadas elas pela lógica neoliberal que afeta as formas e condições de contratação das equipes multidisciplinares, repercutindo nas relações de trabalho e na qualidade da oferta deste serviço. Aqui, certamente, **situa-se um desafio**, posto que, nos CAPS, expressam-se tanto as tendências de configuração das políticas sociais quanto as do mundo do trabalho, cujas relações e condições atravessam as políticas sociais, impactando o trabalho profissional em saúde. Portanto, a precarização, a fragilização dos vínculos na contratação, a composição numericamente insuficiente das equipes, entre outros, configuram desafios aos CPAS. **Outro diz respeito** à previsão da participação e do controle social, como, por exemplo, a constituição de assembleias nos CAPS como recurso democrático e participativo que, carece ser potencializado na perspectiva da ultrapassagem terapêutica, sintonizando-a com a perspectiva do controle social no campo da saúde, portanto, de incidência de profissionais e pacientes no processo de construção e acompanhamento da política de saúde mental, no horizonte do alargamento dos direitos sociais. Também assim, o trabalho multidisciplinar apresenta desafios à sua implementação, sobretudo no que tange à preservação das particularidades das distintas áreas profissionais e suas potenciais contribuições para um trabalho coletivo que, institucionalmente, tende a apresentar demandas e atribuições homogêneas a profissionais de áreas distintas – eis aqui um enorme desafio, o de garantir a proposta do trabalho coletivo e multidisciplinar, preservando as citadas particularidades. Outros desafios podem ser identificados como: a precarização e sucateamento dos serviços de saúde (CAPS, incluso) devido a um repasse de verba deficitário e maior investimento em serviços que propõem um modelo de atenção contrário aos princípios da Reformas Sanitária e Psiquiátrica; falta de política de moradia e de desenvolvimento educacional e profissional para grupos populacionais que sofrem de alguma patologia, especialmente na área de saúde mental em que há forte estigma. A falta de recursos materiais e de condições objetivas de vida prejudicam o processo de reabilitação psicossocial e o cuidado dos aspectos subjetivos dos sujeitos.

Em face da situação apresentada e considerando tais desafios, a assistente social pode construir estratégias de:

1. Facilitação do fluxo das ações entre a equipe multidisciplinar do CAPS, visando a qualidade do cuidado em saúde; portanto, promover acompanhamento interdisciplinar e intersetorial para serviços da assistência social, previdência, educação e habitação.
2. Qualificar o processo de investigação da situação, engajando a participação coletiva da equipe multidisciplinar e o envolvimento da família em todo o processo, na direção da participação do controle social, buscando alianças com a comunidade, território e movimentos sociais reconhecidos da região na perspectiva da garantia do direito a reabilitação psicossocial, promovendo o encaminhamento e articulação da rede de serviços que compõem a RAPS- Rede de Atenção Psicossocial e construção de um Projeto Terapêutico.