



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 2023**

25/09/2022

Instruções

1. Só abra este caderno quando o fiscal autorizar.
2. Verifique se o seu nome está correto na capa deste caderno e se corresponde à área profissional em que você se inscreveu. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
3. Verifique se o caderno está completo. Ele deve conter 40 questões objetivas (7 questões de Interpretação de texto; 8 questões de Conhecimentos gerais; 25 questões de Conhecimentos específicos em Serviço Social), com cinco alternativas cada uma, e um estudo de caso, com questões dissertativas. Informe ao fiscal de sala eventuais divergências.
4. Durante a prova, são **vedadas** a comunicação entre candidatos e a utilização de qualquer material de consulta, eletrônico ou impresso, e de aparelhos de telecomunicação.
5. A prova deverá ser feita utilizando caneta esferográfica com **tinta azul**. Escreva com letra legível e não assine as suas respostas, para não as identificar.
6. As respostas das questões dissertativas deverão ser escritas **exclusivamente** nos quadros destinados a elas.
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 01 E 02.

Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner, que introduziu importantes conceitos sobre o processo de formação médica por meio de relatório, publicado em 1910, acerca do panorama das escolas de Medicina dos Estados Unidos e do Canadá. Sob o termo “Paradigma Flexneriano”, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação, pautando os modelos educacionais em diversos países das Américas e da Europa.

Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas, as quais deveriam ser distribuídas em três ciclos educacionais: básico, clínico e profissionalizante.

Ademais, as diretrizes Flexnerianas preconizavam a adoção de critérios rígidos para ingresso nas faculdades médicas, a dedicação integral dos docentes ao ensino e à pesquisa, e o maior vínculo entre as universidades e os hospitais.

O “Paradigma Flexneriano” — ou modelo biomédico — ofereceu relevantes contribuições para a qualificação e a padronização dos cursos de medicina, assim como para o desenvolvimento do conhecimento científico, contribuindo para o controle de doenças infecciosas e aumento da expectativa de vida.

Contudo, as transformações sociais e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas despertaram debates e críticas ao modelo de ensino biomédico no meio acadêmico, relacionadas principalmente às visões cartesiana e biologicista do processo saúde-doença.

Por essa perspectiva, o “Paradigma Flexneriano” conceberia o corpo humano a partir de uma concepção mecanicista e reducionista, considerando-o um conjunto de “partes” interconectadas — como peças de uma máquina, que necessitam de avaliações regulares por especialistas. Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano, valorizando o cenário hospitalar e a “hiperespecialização” médica.

Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos, propondo o abandono de saberes dicotômicos — teoria e prática, mente e corpo, objetivo e subjetivo — em direção a abordagens multissistêmicas e integrativas, visando a construção de intersecções epistemológicas.

Iago Gonçalves Ferreira. *Rev Med* (São Paulo). 2021. nov.-dez.;100(6):619-22. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/183603/179519>. Adaptado.

01

Infere-se do texto que as críticas ao Paradigma Flexneriano

- (A) enfatizam a visão do bem-estar psíquico como independente do bem-estar físico.
- (B) advêm da percepção de que a saúde humana deve ser compreendida como um sistema integrado.
- (C) sugerem a inter-relação entre as pesquisas universitárias e o dia a dia dos hospitais.
- (D) reivindicam condições propícias para a investigação diagnóstica no processo de adoecimento.
- (E) ponderam que a busca pela saúde humana prescinde da integração entre teoria e prática.

02

O autor recorre a uma hipótese no seguinte trecho:

- (A) “Desde o início do século XX, o ensino médico ocidental tem sido fortemente influenciado pelas ideias do educador norte-americano Abraham Flexner”. (1º parágrafo)
- (B) “Sob o termo ‘Paradigma Flexneriano’, os preceitos do relatório adquiriram notoriedade no meio acadêmico-científico nas décadas subsequentes à publicação”. (1º parágrafo)
- (C) “Dentre as principais recomendações, o Relatório Flexner propunha a organização rígida da grade curricular dos cursos médicos, abrangendo disciplinas básicas e clínicas”. (2º parágrafo)
- (D) “Desse modo, tal pensamento favoreceria a racionalidade tecnocientífica em detrimento da visão holística do ser humano”. (6º parágrafo)
- (E) “Convergindo com as reflexões acerca do ensino médico, diversas iniciativas de renovação curricular têm emergido nos últimos anos”. (7º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 03 E 04.

O papel da comunicação é central na informação da população, permitindo tomada de decisões que possibilitem manter ou melhorar a saúde de todos. Para aqueles em risco de desenvolver ou já diagnosticados com condições crônicas não transmissíveis (CCNTs), mais conhecidas no português do Brasil como doenças crônicas não transmissíveis ou DCNTs, a comunicação adequada, seja ela de massa, seja pessoal, determina a tomada de atitude oportuna e o engajamento nos autocuidados.

A comunicação é mais ampla do que a seleção de palavras. Inclui também entonação, velocidade do discurso, além de uma série de aspectos de comunicação não verbal. Ao mesmo tempo, o papel da escolha de palavras não pode ser minimizado, pois ele tem potencial para aproximar ou afastar, incluir ou excluir, demonstrar respeito ou estigmatizar, abrir via de mão dupla ou estabelecer barreiras hierárquicas.

No caso de situações de atendimento, por exemplo, trata-se de um aspecto crucial para a criação de laços de confiança. Permite, dessa forma, que a pessoa atendida se sinta confortável, acolhida e valorizada, para que se engaje em seus autocuidados e atinja melhores resultados clínicos.

Assim, há uma série de recomendações quanto ao uso de termos reconhecidos, atualmente, como mais adequados para a comunicação sobre e com pessoas com CCNTs que poderá servir de referência para estudantes de saúde, profissionais de comunicação e demais interessados.

Não é novidade a evolução de línguas vivas. Assim como em outras esferas, a área da saúde também tem seus termos atualizados continuamente. Em paralelo, o importante movimento da saúde centrada na pessoa e a crescente atenção à medicina humanizada, combatendo estigmas e reconhecendo o protagonismo da pessoa em seus autocuidados, influenciaram e aceleraram essas atualizações.

Mark Barone, Bruno Helman, Hermelinda Pedrosa e Pedro Ripoli.
Linguagem importa!. Disponível em:
www.diabesi.com.br/images/2022/Linguagem-Importa-2022.pdf

03

Um dos objetivos do texto é

- (A) reprimir o uso de linguagem técnica na comunicação entre profissionais da saúde e pacientes das CCNTs.
- (B) propor o argumento de autoridade como estratégia para persuadir os pacientes das CCNTs a conhecer sua condição com profundidade.
- (C) impor diretrizes a partir de escolhas lexicais determinadas internacionalmente aos profissionais que lidam com CCNTs.
- (D) encorajar o uso de eufemismos na comunicação entre agentes da saúde e pacientes com CCNTs.
- (E) incentivar o uso de linguagem empática no atendimento em saúde aos pacientes com CCNTs.

04

Quanto ao efeito de sentido produzido no texto, opõem-se as seguintes expressões:

- (A) “informação da população” e “atitude oportuna”. (1º parágrafo)
- (B) “tomada de decisões” e “engajamento nos autocuidados”. (1º parágrafo)
- (C) “barreiras hierárquicas” e “via de mão dupla”. (2º parágrafo)
- (D) “situações de atendimento” e “resultados clínicos”. (3º parágrafo)
- (E) “medicina humanizada” e “movimento da saúde centrada na pessoa”. (5º parágrafo)

TEXTO PARA AS QUESTÕES 05 E 06.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) divulgou a Resolução nº 2.314/2022, que define e regulamenta a telemedicina no Brasil, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias e de comunicação. A norma, fruto de um amplo debate reaberto em 2018 com entidades médicas e especialistas, passa a regular a prática em substituição à Resolução CFM nº 1.643/2002.

Leia o trecho da entrevista a seguir, publicada em 04/05/2021, de José Luiz Gomes do Amaral, presidente da Associação Paulista de Medicina (APM), sobre o assunto.

De que forma telemedicina pode auxiliar na promoção à saúde e na prevenção de doenças?

Acesso à informação correta, completa e compreensível; orientação e acompanhamento. Temos aqui o mais importante.

As inovações tecnológicas permitem-nos ver, ouvir, sentir, calcular, integrar e intervir em tempo real.

Mas temos de superar um atraso de 20 anos em que o Brasil ficou parado. Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela. Além disso, havia o medo do desconhecido: será que daríamos conta da complexidade tecnológica envolvida? Estas novas práticas poderiam atrapalhar o relacionamento com o paciente? Haveria lacunas intransponíveis que comprometessem a qualidade do tratamento?

São medos e mitos que vêm caindo, um após o outro. Mas isso demanda um certo tempo. A catástrofe sanitária acelerou todos esses processos.

Disponível em
<https://www.telemedicinesummit.com.br/artigo/telemedicina-veio-para-ficar-mas-ainda-precisa-superar-desafios>. Adaptado.

05

O entrevistado elenca, nesse trecho da entrevista, argumentos para explicar a resistência à telemedicina, entre eles,

- (A) a preocupação com as questões de sigilo.
- (B) a resistência dos pacientes ao uso da tecnologia.
- (C) a falta de acesso aos meios de comunicação virtual de grande porcentagem dos brasileiros.

- (D) a preocupação com o relacionamento entre médico e paciente.
- (E) a ideia de que o diagnóstico depende da presença do paciente.

06

“Enquanto o mundo desenvolvido aprimorava a telemedicina, aqui nós nos recusávamos a acreditar nela”. (6 parágrafo)

Sem prejuízo do sentido, o termo sublinhado pode ser substituído por

- (A) Nesse ínterim.
- (B) Ao passo que.
- (C) Mesmo que.
- (D) Por ora.
- (E) Desse modo.

07

Analise o cartaz:



Considerando o contexto do cartaz, depreende-se que o termo “lá”

- (A) traduz-se por atingir sucesso profissional em “Chegar lá”.
- (B) transmite ideia de tempo afastado no futuro em “Até lá”.
- (C) indica lugar próximo do falante e do ouvinte em “Até lá”.
- (D) expressa sentido semelhante ao do advérbio “aproximadamente” em “Chegar lá”.
- (E) denota ideia de intensidade ou excesso em “Chegar lá”.

CONHECIMENTOS GERAIS

08

De acordo com a Lei número 8.080, de 1990, alguns fatores são determinantes no processo saúde-doença nas populações. São eles:

- (A) Habitação, Saneamento Básico, Expectativa de Vida, Lazer, Renda, Educação, Meio Ambiente, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (B) Habitação, Saneamento Básico, Alimentação, Transporte, Controle de Natalidade, Renda, Educação, Trabalho, Meio Ambiente, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (C) Habitação, Saneamento Básico, Controle do Consumo de Álcool, Atividade Física, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (D) Habitação, Melhora do Índice de Desenvolvimento Humano, Alimentação, Transporte, Lazer, Renda, Educação, Trabalho, Acesso aos Serviços de Saúde.
- (E) Alimentação, Moradia, Saneamento Básico, Meio Ambiente, Trabalho, Renda, Educação, Transporte, Lazer, Acesso aos Bens e Serviços Essenciais.

09

Quais são alguns dos principais desafios futuros ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o artigo de Paim et al. (2011) publicado na série da Revista *The Lancet*?

- (A) A reforma da estrutura de financiamento para assegurar a universalidade, a igualdade e sustentabilidade, a renegociação dos papéis público e privado, a adequação do modelo de atenção para atender às mudanças demográficas e epidemiológicas e a promoção da qualidade do cuidado.
- (B) A melhora do investimento em prevenção primária e em ações de promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde e nos Hospitais Públicos e Privados e o aumento do número de médicos no Brasil.
- (C) A criação de novos impostos para que se possa aumentar os recursos destinados para a ampliação da construção de hospitais e para a realização de exames de alta complexidade a fim de melhorar os níveis de atenção secundária e terciária.
- (D) A reforma da estrutura de financiamento, com vistas a assegurar a melhoria do atendimento individual com mais profissionais de saúde e o aumento de investimentos privados para melhorar a qualidade do cuidado e da segurança dos pacientes.
- (E) A melhora do acesso à atenção básica e de emergência, a renegociação dos papéis público e privado para a adequação da melhora da cobertura universal de vacinação, da assistência pré-natal e dos recursos humanos e de tecnologia de produtos farmacêuticos.

10

O apoio matricial realizado no SUS configura-se como uma forma de organizar o trabalho

- (A) entre profissões e equipes. Uma equipe pode assumir o papel de referência e a outra, o de apoio. Inverte-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações. Pode dar suporte à produção de cuidado e na apropriação de novos conhecimentos.
- (B) entre duas profissões, em que uma se sobrepõe a outra. Pressupõe uma relação vertical entre profissionais de diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto à apropriação de novos conhecimentos e valorização do esquema tradicional e fragmentado dos saberes.
- (C) da medicina com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação horizontal entre a medicina e as diferentes formações e pode ocorrer tanto como suporte à produção de cuidado, quanto na apropriação de novos conhecimentos.
- (D) das equipes de saúde da família com as outras profissões de saúde. Pressupõe uma relação vertical entre as equipes de estratégia de saúde da família com os outros profissionais de saúde. Valoriza-se o esquema tradicional e fragmentado dos saberes e pode ocorrer principalmente suporte à produção de cuidado.
- (E) individual das equipes, em que uma assume o papel preponderante sobre a outra de acordo com os conhecimentos disciplinares. Pressupõe uma relação horizontal entre profissionais de diferentes formações, valorizando-se o esquema tradicional dos saberes e a apropriação de novos conhecimentos.

11

Quanto ao financiamento do SUS no Brasil, assinale a afirmativa correta:

- (A) Os Estados são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos estaduais; a outra metade fica por conta do governo federal e dos Municípios.
- (B) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta dos Estados e Municípios.
- (C) Os Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelos governos municipais; a outra metade fica por conta dos Estados e do governo federal.
- (D) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal; a outra metade fica por conta de entidades privadas, com repasse dos planos de saúde e dos Estados.
- (E) Os Estados e Municípios são os principais financiadores da saúde pública no país. Historicamente, a maioria dos

gastos é feita pelos governos estadual e municipal, e somente uma parte menor fica para o governo federal.

12

De acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde, são objetivos da Clínica Ampliada:

- (A) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas com foco na medicina diagnóstica; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (B) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir compromissos éticos profundos.
- (C) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar conhecimentos específicos de forma disciplinar; assumir compromissos éticos profundos.
- (D) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.
- (E) Assumir compromissos radicais com as pessoas doentes que devem ser vistas de modo singular; assumir que as responsabilidades sobre os usuários dos serviços de saúde são prioritariamente dos gerentes ou coordenadores das unidades de saúde; buscar sempre a intersetorialidade; reconhecer limites dos conhecimentos profissionais de saúde e de tecnologias e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; evitar compromissos éticos profundos.

13

De acordo com a Bioética, a atividade profissional em saúde deve estar pautada na base sólida do fundamento dos seres humanos. Nesse sentido, quais os conceitos que são importantes de serem entendidos para trabalhar com pessoas no campo da saúde?

- (A) As pessoas são iguais. Isso significa que existe equidade e as mesmas têm as suas características, seus anseios, suas necessidades e isso deve ser respeitado. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas e sociais.
- (B) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas

necessidades, e esse patrimônio merece ser respeitado. Neste sentido, deve-se valorizar sempre as dimensões sociais em relação às demais dimensões.

- (C) As pessoas são diferentes, mas em geral os anseios e necessidades podem ser parecidos. As dimensões biológicas e psicológicas são as mais importantes.
- (D) As pessoas são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, suas necessidades, e essa identidade deve ser respeitada. As pessoas são compostas de dimensões biológicas, psicológicas, sociais, morais e espirituais.
- (E) As pessoas são compostas de dimensões biológicas e psicológicas e, por isso, são únicas. Isso significa que as pessoas são diferentes, têm suas características, seus anseios, mas suas necessidades podem ser parecidas.

14

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica aprovada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, qual alternativa expressa o conceito de equidade?

- (A) Possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da atenção básica (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.
- (B) É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos.
- (C) É a oferta do cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e, de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade, evitando qualquer tipo de exclusão.
- (D) É a forma de permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço onde as pessoas estão adstritas.
- (E) Pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia.

15

São Princípios e Diretrizes do SUS operacionalizados na Atenção Básica:

- (A) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita;

Cuidado centrado na doença; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

- (B) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (C) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação do setor privado.
- (D) Universalidade; Equidade; Integralidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Transversalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.
- (E) Universalidade; Equidade; Individualidade; Regionalização e hierarquização; Territorialização; População adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede; Participação da comunidade.

SERVIÇO SOCIAL

16

No processo de Renovação do Serviço Social brasileiro, notadamente marcado pelo período da Reconceitualização da América Latina a partir dos anos de 1965, caracteriza-se a necessidade da laicização da profissão, a interlocução com as ciências sociais, possibilitando a constituição de uma de suas vertentes, a “intenção de ruptura” com o tradicionalismo profissional. Barroco (2012) assinala que um dos seguintes elementos instaurados nesse processo contribuiu significativamente com essa renovação:

- (A) O metodologismo acadêmico-profissional.
- (B) O pluralismo teórico, político e ideológico.
- (C) O teorismo pragmático das correntes filosóficas.
- (D) A prática assistencialista, empírica e doutrinária.
- (E) O tecnicismo científico, instrumental e neutro.

17

De acordo com Barroco (2012), a defesa dos direitos humanos é uma das prescrições constitutivas dos princípios fundamentais do Código de Ética de 1993. No entanto, a autora assinala a necessidade de reconhecer os seus limites e possibilidades no capitalismo e que é fundamental a sua compreensão histórica. Nessa direção, a defesa dos direitos humanos deve ser tratada como:

- (A) Alternativa do profissional.
- (B) Intervenção voluntária.
- (C) Prática contraditória.
- (D) Estratégia de resistência.
- (E) Categoria epistemológica.

18

De acordo com BRASIL/CFESS (2012), “as condições e relações de trabalho em que estão inscritos os assistentes sociais são indissociáveis da Reforma do Estado, que redimensiona as relações entre o Estado e a sociedade e atinge as políticas e/ou ações voltadas à questão social.” A consequência desse redimensionamento, sob a ótica do Estado capitalista, aponta um esgotamento

- (A) das lutas sociais, com o investimento nas instituições públicas-estatais que fortaleçam os direitos da classe trabalhadora, gerando a universalização dos serviços sociais.
- (B) do sujeito social, reproduzindo o incentivo às políticas públicas de alcance estrutural das massas populares e na defesa da socialização da riqueza e bens produzidos para toda a população.
- (C) da estratégia estatal, com tendência de deslocamento das ações governamentais públicas em favor de sua privatização, instituindo critérios de seletividade no atendimento aos direitos sociais.
- (D) estrutural da sociabilidade capitalista, direcionando as políticas públicas ao seu esgotamento e estimulando a

criação de novas formas de atuação de modo cooperativo e coordenado pelo Estado.

- (E) da pobreza estrutural, revelando a extinção da política social pela ausência de demandas e necessidades das classes mais pauperizadas e, conseqüentemente, universalizando os direitos sociais.

19

Brasil/CFESS (2012) destacam sobre a necessidade da análise macroscópica relativa à questão social, afirmando: “é importante desenvolver a capacidade de ver, nas demandas individuais, as dimensões universais e particulares que elas contêm. O desvelamento das condições de vida dos sujeitos atendidos permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que, iluminadas por uma perspectiva teórico-crítica, lhe possibilita apreender e revelar as novas faces e os novos meandros da questão social que o desafia a cada momento no seu desempenho profissional diário”. Uma análise nessa direção permite

- (A) ampliar as possibilidades de atuação e atribuir efetividade ao trabalho do assistente social.
- (B) restringir a prática profissional e enfatizar o técnico-operativo do Serviço Social.
- (C) consolidar a subordinação do trabalho profissional às amarras da institucionalidade.
- (D) configurar a especificidade da intervenção profissional visando o atendimento imediato.
- (E) superar o campo de atuação profissional e designar outras áreas responsáveis.

20

A avaliação socioeconômica é um dos instrumentos que compõem o trabalho da/o assistente social na saúde e que diz respeito às ações socioassistenciais. Nos “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde” (2010), alerta-se para a compreensão de que a avaliação socioeconômica

- (A) realize a seletividade dos que se adequam ao perfil do benefício social.
- (B) seja o critério fundamental que garanta a classificação de elegibilidade.
- (C) seja o meio para identificar usuários/as que não se adequam aos serviços.
- (D) possa ser um meio de garantia de direitos, e não um instrumento que impeça o acesso.
- (E) torne-se o primeiro instrumento de intervenção profissional junto aos/às usuários/as.

21

Nas ações de articulação com a equipe de saúde, as atribuições específicas dos profissionais de Serviço Social precisam ficar bem especificadas e divulgadas. São consideradas atribuições dos assistentes sociais na articulação com a equipe de saúde, de acordo com os “Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde” (2010):

- (A) Marcar consultas, exames e autorizações para procedimentos.
- (B) Identificar e trabalhar os determinantes sociais das/os usuáries/as.
- (C) Convocar responsáveis para informar alta ou óbito.
- (D) Realizar pesagem e medição de crianças e gestantes.
- (E) Emitir declaração de comparecimento de outro profissional.

22

De acordo com a Resolução CFESS nº 383/99 de 29/03/1999 que caracteriza o/a assistente social como profissional da saúde, considera-se fundamental reconhecer que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social, e o Assistente Social tem focalizado suas atividades para

- (A) o fortalecimento das políticas focalizadas e fragmentadas que contribuam para a seletividade dos serviços e benefícios sociais e o enxugamento das demandas das classes populares.
- (B) a intervenção técnica e profissional que construa alianças com os setores empresariais da saúde, propiciando a liberação de verbas públicas para o setor privado, consolidando a reconfiguração do SUS.
- (C) uma ação técnico-política que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais.
- (D) a política de assistência social fundada no fortalecimento da ajuda e da cooperação, revitalizando os princípios e valores de ideais utilitaristas e que orientam o cotidiano das equipes de saúde.
- (E) um trabalho individualizado e restrito às demandas institucionais que contribua com a rapidez dos fluxos dos atendimentos, a centralização das tomadas de decisão e a manutenção da relação biomédica junto as equipes.

23

No debate a respeito das aproximações do Serviço Social com o Movimento da Reforma Sanitária, avanços são reconhecidos pela profissão a partir dos anos de 1980 sob a égide do processo de Renovação do Serviço Social brasileiro. No entanto, no que se refere ao Serviço Social na saúde, considera-se, neste período, ainda incipiente quanto a alteração na prática institucional devido, dentre outras, à insuficiente

- (A) produção a respeito das demandas da prática na saúde.
- (B) força política no cenário nacional sobre o debate da saúde.
- (C) presença de personagens sanitários no campo da saúde.
- (D) posicionamento da categoria profissional na militância política.
- (E) elaboração de resoluções e normativas referente à saúde.

24

Nos anos de 1990, encontravam-se dois projetos de saúde em disputa: o privatista e o da Reforma Sanitária, ambos com diferentes requisições para o Serviço Social. As demandas reconhecidas do projeto da Reforma Sanitária ao Serviço Social são, dentre outras:

- (A) Atuação psicossocial através do aconselhamento, ação fiscalizatórias aos usuáries de planos de saúde.
- (B) Socialização dos casos mais complexos junto as chefias, atendimento neutro e com respaldo das orientações biomédicas.
- (C) Seleção socioeconômica dos usuáries, assistencialismo através da ideologia do favor.
- (D) Predomínio de práticas individualizadas, atendimento ágil, objetivo e padronizado.
- (E) Democratização do acesso, interdisciplinaridade e abordagens grupais.

25

Iamamoto (2005) apresenta importantes reflexões sobre as condições de trabalho e respostas profissionais das/os assistentes sociais na contemporaneidade. Um dos encaminhamentos possíveis para enfrentar os desafios da prática profissional assinalados pela autora refere a união com

- (A) entidades filantrópicas que revigorem a prática assistencialista e de cunho doutrinário cristão.
- (B) frentes partidárias de vertente liberal que defendam a meritocracia como princípio da política pública.
- (C) coletivos sociais que lutam pela desestatização das políticas sociais e sua privatização.
- (D) forças sociopolíticas que lutam pela defesa dos direitos sociais conquistados e pela sua ampliação.
- (E) movimentos da sociedade civil que fortaleçam o voluntariado e a prática individualizada pelos direitos sociais.

26

Matos (2020), sobre a pandemia de COVID-19 e o trabalho de assistentes sociais na saúde, aponta uma discussão fundamental a respeito do que deve ou não um profissional fazer em contexto de calamidades, pandemias. A orientação se respalda

- (A) no atendimento de todas as demandas.
- (B) na negação da atuação profissional.
- (C) na atenção às competências profissionais.
- (D) na negociação com as chefias.
- (E) no posicionamento voluntário.

27

Com a pandemia de COVID-19, intensificou-se o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) no cotidiano do trabalho profissional. Essa constatação abordada por Yazbeck; Raichelis & Sant'ana (2020) provoca a

- (A) fusão entre tempo de trabalho e tempo de não trabalho, desencadeando desgastes físicos e mentais, sofrimentos e adoecimentos.
- (B) agilidade nas respostas cotidianas e emergenciais do trabalho, garantindo fluidez nos atendimentos.
- (C) satisfação das/os usuários/as pela qualidade da intervenção profissional e celeridade das respostas institucionais.
- (D) difusão de práticas alternativas ao atendimento presencial, provocando conformação que outro modelo é possível.
- (E) prática condizente aos pressupostos ético-políticos profissionais, estimulando as novas configurações das demandas sociais.

28

O perfil profissional necessário para o enfrentamento dos desafios da realidade social requer, conforme Iamamoto (2005, p. 144): “um profissional culto e atento às possibilidades descortinadas pelo mundo contemporâneo, capaz de formular, avaliar e recriar propostas ao nível das políticas sociais e da organização das forças da sociedade civil. Um profissional informado, crítico e propositivo, que aposte no protagonismo dos sujeitos sociais”. Para responder a esse perfil, é necessária uma competência crítica que supere

- (A) teorias sociais, práticas coletivas e análise de conjuntura.
- (B) teorismo estéril, pragmatismo e militância.
- (C) trabalho de base com a população e consciência social.
- (D) organização política das/os usuários e educação permanente.
- (E) formação política, instrumentalidade e intervenção profissional.

29

“Cuidar paliativamente de alguém, em nosso entender, seja em hospitais (ambulatório e enfermagem), seja no domicílio, requer prioritariamente um trabalho interdisciplinar, trabalho este que prima pela complementação dos saberes, partilhamento de responsabilidades, tarefas e cuidados e negação da simples sobreposição entre as áreas envolvidas.” (ANDRADE, 2008, p. 69). A partir dessa afirmação, como a autora resume a atuação do Serviço Social na composição do trabalho interdisciplinar na área dos Cuidados Paliativos?

- (A) O/A assistente social que atua em Cuidados Paliativos deve ter como foco de atuação a garantia da qualidade de vida nos momentos finais, com morte digna e auxílio na manutenção do equilíbrio familiar possível.

- (B) O/A assistente social nessa área de atuação absorve os saberes e técnicas das demais áreas e exerce um trabalho homogêneo em composição com o trabalho dos demais profissionais.
- (C) A participação do/a assistente social na equipe de trabalho interdisciplinar deve ser feita de maneira pontual, quando solicitada, e primando o uso de suas atribuições específicas.
- (D) O/A assistente social deve planejar sua ação profissional para que consiga distinguir sua prática da dos demais colegas de outras áreas, para que assim, não fique sobrecarregado com intervenções alheias.
- (E) A atuação do/a assistente social quando em equipe interdisciplinar deve suspender as diretrizes de atuação próprias de sua categoria profissional, como o Código de Ética, e compartilhar dos saberes e normativas da área da Saúde e dos Cuidados Paliativos.

30

Os estudos socioeconômicos, sempre presentes no cotidiano profissional, foram alterados em sua forma, operacionalização e objetivo ao longo da história da profissão à medida que a profissão se transformava. Assinale a alternativa correta que aponta tal mudança:

- (A) No início, os estudos socioeconômicos tiveram um grande desenvolvimento técnico através da apropriação do marco conceitual do Serviço Social americano e, particularmente, do Método do Serviço Social de Caso. Posteriormente, exigiu-se que a ação profissional fosse pensada na direção do Projeto Ético-Político.
- (B) A assistência ao cliente tinha como premissa a busca de recursos tanto na personalidade como no seu ambiente para corrigir a situação e assim permaneceu até os dias atuais, com poucos avanços no sentido de uma visão crítica dos fenômenos e fatos sociais.
- (C) A busca de solução dos problemas concentrava-se essencialmente nas questões de personalidade e adaptação dos indivíduos. Posteriormente, ao identificar as demandas de cunho individual, era promovido o acesso a determinados auxílios materiais e a serviços no âmbito da caridade.
- (D) As necessidades trazidas por sujeitos singulares nunca foram compreendidas como problemas individuais, somente dentre aqueles profissionais que negavam passar por processos de aprimoramento e atualização profissional.
- (E) No início, as necessidades humanas básicas não satisfeitas, decorrentes da desigualdade social própria da organização capitalista eram interpretadas como defeitos de ordem individual de determinados grupos e pessoas. Posteriormente, a categoria profissional aprimora seu rol de técnicas, avaliações e testes para melhor selecionar aqueles que precisavam de ajuda.

31

As ações profissionais na área do Serviço Social são dotadas de caráter educativo e se desenvolvem mediatizadas pelas políticas sociais que garantem o acesso aos serviços, programas e benefícios sociais. Nesse contexto, a orientação e o acompanhamento são ações de natureza socioeducativa cujo impacto na vida dos indivíduos, dos grupos e das famílias pode ser significativo (BRASIL, 2009). Segundo o texto, no que consiste, portanto, a prática socioeducativa na profissão?

- (A) Ensinar o usuário do serviço a melhor se comportar em contextos de entrevista de emprego, relações profissionais e aquisição de benefícios sociais.
- (B) Ensinar o usuário a lidar de forma mais positiva diante das adversidades da vida cotidiana, incentivando-o a não perder o otimismo mesmo em situações de grande precariedade.
- (C) Promover a conscientização e o empoderamento dos usuários nos serviços das políticas sociais, estimulando a participação em políticas de controle social e promovendo o reforço positivo de tal envolvimento através de doações e benfeitorias particulares.
- (D) As ações socioeducativas são centradas nos usuários, enquanto sujeitos de direitos e, nessa lógica, desenvolve-se um processo educativo que possibilita aos usuários, a partir de suas individualidades, apreender a realidade de maneira crítica e consciente.
- (E) Os/as assistentes sociais, por meio das ações socioeducativas, colocam em movimento o princípio educativo da “pedagogia emancipatória”, em que os usuários de determinada política pública são estimulados a desenvolver autonomia e emancipação com vistas a deixarem de ser usuários dos serviços públicos previstos em lei.

32

A reformulação dos serviços de saúde ocorridas a partir do Movimento de Reforma Sanitária e, também, da Reforma Psiquiátrica trouxe destaque ao acolhimento como estratégia no processo de cuidado em saúde. Assinale a alternativa correta acerca do objetivo do acolhimento na saúde:

- (A) O acolhimento como um viés terapêutico e, portanto, de atribuição específica de profissionais da área da Psicologia e da Psiquiatria.
- (B) O acolhimento como forma de apaziguamento do sofrimento psíquico e ampliação da qualidade de vida.
- (C) O acolhimento como porta de entrada de todo serviço de saúde, sendo equivalente ao atendimento inicial, e não em outro momento do tratamento.
- (D) O acolhimento como facilitador do acesso ao usuário aos serviços e aumento da autonomia dos sujeitos.
- (E) O acolhimento como espaço de escuta qualificada, triagem e julgamento das demandas apresentadas pelos usuários recém-admitidos em um serviço.

33

Quando o usuário se torna o centro da intervenção, existe a possibilidade de criação de uma nova dinâmica de atendimento a partir do desenvolvimento de práticas, como: o trabalho multiprofissional, o reconhecimento da necessidade de garantia do acesso, a resolutividade e a humanização dos serviços. Diante dessa afirmativa, assinale a alternativa que apresenta corretamente quais são os princípios do acolhimento enquanto estratégia de cuidado na área da saúde:

- (A) Atendimento a todas as pessoas para a garantia do acesso universal; reorganização do processo de trabalho com a formação de equipes multissetoriais com divisão e especialização do trabalho, de modo que somente alguns realizem o acolhimento e primazia do atendimento médico e de especialidade.
- (B) Atendimento a todas as pessoas para a garantia do acesso universal; reorganização do processo de trabalho com a formação de equipes multiprofissionais que realizem o acolhimento e qualificação da relação trabalhador-usuário, a qual deve ser baseada por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.
- (C) Reconhecimento da cidadania como valor central no atendimento em saúde; equidade e justiça social no momento do acolhimento e uma abordagem biomédica.
- (D) Uma triagem qualificada para otimização da inclusão de pacientes em um serviço na perspectiva de melhor identificar quem merece estar no serviço; trabalho em equipe composta por médicos e enfermeiros e capacitação profissional continuada.
- (E) A universalização do acesso aos serviços de saúde; reorganização dos processos de trabalho com vistas a diluir as diferenças profissionais auxiliando a construção de competências equivalentes sem quaisquer distinções e ênfase na reabilitação individual.

34

O Serviço Social da atualidade reconhece na família sua capacidade de produção de subjetividades, mas também a constituição de uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos e, portanto, ela não é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. A partir de tal afirmativa, assinale a alternativa correta que apresenta o objetivo da ação profissional com famílias:

- (A) Deve estimular que as famílias sigam trabalhando em prol de cobrir as insuficiências das políticas públicas na esfera privada.
- (B) Consiste em uma ação profissional pautada no reconhecimento da diversidade, buscando a hegemonia familiar e uma consonância de seus comportamentos com o que se espera socialmente dela.
- (C) Deve conceber a família apenas numa perspectiva relacional, para assim, trabalhar ativamente na mudança

de padrões de comportamento e desenvolvimento de papéis tradicionais.

- (D) Consiste em uma ação profissional que se projeta para além de sua eficiência operativa ou de sua instrumentalidade e que seja comprometida eticamente com a transformação social.
- (E) Deve estimular que as famílias pobres sejam acompanhadas pelo Serviço Social com constância e frequência para que, somente assim, tenham capacidade de desempenhar adequadamente sua função protetiva.

35

“Na prática a teoria é outra” dá nome ao subtítulo de um capítulo do livro “A instrumentalidade do Serviço Social” e, neste tópico, Guerra (2011) propõe a discussão acerca da aplicabilidade da teoria na prática profissional do/a assistente social. Sobre essa questão, a autora conclui:

- (A) A determinação do modo de ser do Serviço Social é pautado em um fazer profissional cotidiano e na condução peculiar de cada profissional em seus respectivos lócus-ocupacionais, não havendo uma visão consensual com base nos aspectos éticos da profissão.
- (B) Os projetos sócio-políticos não apresentam qualquer impacto no fazer do/a assistente social, o que deixa explícito que a aplicação da teoria do Serviço Social deve ser preponderante na prática profissional.
- (C) A determinação do modo de ser do Serviço Social não reside no seu estatuto teórico e, sim, nas respostas que a profissão engendra em face dos projetos sócio-políticos que a ela se interpõem.
- (D) Muito embora a complexidade da realidade social seja presente, o/a assistente social não deve, em nenhuma hipótese, pautar sua conduta profissional no que observa na cotidianidade da vida.
- (E) A determinação do modo de ser do Serviço Social deve abandonar os aspectos positivistas que buscavam aplicar técnicas desprovidas de crítica e pautar-se na Teoria Fenomenológica do movimento de Renovação do Serviço Social.

36

No que tange a área de Saúde Mental, na grande maioria dos países democráticos de direito, houve movimentos sociais e reformas em prol de melhorar a assistência ofertada às pessoas em sofrimento psíquico, promovendo a ampliação do acesso aos serviços de saúde. O novo modelo de atenção em saúde mental pautou-se, portanto, em preceitos como liberdade, dignidade, cidadania e desinstitucionalização, sendo que esse último, como apontado por Vasconcelos (2009), enfatizou o componente da desconstrução. Assinale a alternativa correta que apresente a desconstrução à qual o autor se refere no processo de desinstitucionalização:

- (A) Estruturas institucionais convencionais; saber psiquiátrico tradicional e cuidado centrado na doença.

- (B) Manicômios; Centros de Atenção Psicossocial e cuidado centrado na pessoa.
- (C) Unidade Básica de Saúde; estruturas institucionais convencionais e saber psicológico.
- (D) Manicômios; serviços territoriais e serviços ambulatoriais.
- (E) Saber psiquiátrico tradicional e da psicopatologia; a fenomenologia e os Centros de Atenção Psicossocial.

37

Muito embora existam diferentes concepções sobre o tema da interdisciplinaridade, um dos modos de compreensão pode ser a partir dos níveis de cooperação entre as diferentes disciplinas. Assinale a alternativa, de acordo com Vasconcelos (2013), que apresente a correta definição de interdisciplinaridade:

- (A) Grupo de disciplinas sem qualquer relação existente entre elas.
- (B) Justaposição de várias disciplinas em um mesmo nível de hierarquia.
- (C) Relação de reciprocidade, enriquecimento mútuo e tendência à horizontalização.
- (D) Inexistência de fronteiras entre as diversas disciplinas, nenhuma hierarquia entre elas.
- (E) Coordenação das ações a partir de uma disciplina principal.

38

A materialização de direitos e consolidação da cidadania que possibilitam aos sujeitos graus ascendentes de autonomia são desenvolvidos pelos/as assistentes sociais através de três grandes processos de articulação das ações profissionais, quais sejam: os processos político-organizativos, os processos de planejamento e gestão e os processos socioassistenciais. Assinale a alternativa que apresente a definição correta dos processos mencionados:

- (A) Os processos de planejamento e gestão correspondem ao conjunto de ações de planejamento, gestão e administração de bens privados com vistas a otimizar os recursos individuais e familiares.
- (B) Os processos político-organizativos correspondem às ações de mobilização e assessoria, que visam à participação política e à organização da sociedade civil para garantir e ampliar os direitos na esfera pública e exercer o controle social.
- (C) Os processos socioassistenciais correspondem ao conjunto de ações profissionais de caráter solidário e benevolente que tem em vista a observação do comportamento e atitude dos clientes do serviço de assistência social.
- (D) Os processos socioassistenciais correspondem em ações socioeducativas com o objetivo de orientação e construção de demandas coletivas de caráter paliativo.
- (E) Os processos político-organizativos correspondem à orientação e acompanhamento de indivíduos com problemas sociais graves e que precisam de suporte governamental por tempo determinado.

39

A gênese da Questão Social é historicamente compreendida como resultado da exploração do capital sobre o trabalho. Conforme, Behring & Boschetti (2007), suas formas de enfrentamento foram constituídas historicamente no interior da produção e reprodução das relações sociais. Uma das primeiras expressões contundentes da Questão Social refere-se à:

- (A) Gestão do trabalho e as intervenções das instituições sociais.
- (B) Normativa que regula os direitos das fábricas e empresas.
- (C) Legislação e regulamentação das organizações públicas.
- (D) Assistência epidemiológica do Estado e da saúde pública.
- (E) Jornada de trabalho e as respostas das classes e do Estado.

40

A família é um sujeito privilegiado de intervenção do Serviço Social desde os primórdios da profissão. No início, a prática profissional foi inspirada no Serviço Social americano, particularmente, no Método do Serviço Social de Caso. Esse método tinha como objetivo realizar o ajustamento dos indivíduos a seu meio, cooperando com eles a fim de beneficiá-los, mas também à sociedade em geral. Na contemporaneidade, quais aspectos descrevem o atendimento às famílias realizados pelo Serviço Social?

- (A) Trabalha-se a partir do pressuposto de que existem de diversos modelos possíveis de família e que variam também as suas relações com as políticas de proteção social. A ação profissional seria sempre pautada nos fundamentos teórico-metodológicos da vertente crítico-dialética e guiada pelos princípios ético-políticos do código de ética dos assistentes sociais.
- (B) Trabalha-se a partir do grupo familiar principal para, posteriormente, mapear sua conexão com os serviços e demais agentes sociais. As primeiras intervenções acontecem com o pequeno núcleo para que o estudo e avaliação social se expandam depois.
- (C) Na prática profissional, não houve ainda distinção significativa da prática exercida nos primórdios da profissão, ou seja, o Serviço Social de caso segue sendo a metodologia utilizada com mais frequência dentre os/as profissionais da área.
- (D) O Serviço Social ocupa na contemporaneidade um lugar de coadjuvante no atendimento às famílias, porque não desenvolveu técnicas específicas de intervenção tendo sua prática destinada a avaliações periciais nos tribunais de justiça.
- (E) O Serviço Social tem aprimorado seu trabalho com famílias através da aproximação da Terapia Familiar Sistêmica, na qual é dispensável formação complementar para atuar, assim, as práticas terapêuticas estão sendo absorvidas pela profissão.

ESTUDO DE CASO

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

Julia, uma mulher transgênero de 28 anos, estava apresentando sintomas de ansiedade e depressão com duas tentativas de suicídio e, acompanhada de sua namorada, Milena, compareceu a uma consulta médica em um ambulatório de especialidades de seu território.

Ao chegar no serviço, Julia percebeu olhares de julgamento tanto dos outros usuários quanto das funcionárias. Depois, notou que o tempo de espera para a abertura da ficha foi mais longo do que o dos demais, pois, no momento da abertura de ficha, a recepcionista não compreendia o fato de estar diante de uma mulher, mas cujo nome de registro civil estava no gênero masculino.

Passado o primeiro esclarecimento, durante a consulta, Julia teve de interromper o médico algumas vezes para lembrá-lo de fazer uso do pronome correto e lhe chamar por seu nome social.

Julia, que já estava com sentimentos de baixa autoestima, desesperança e apatia ficou desacreditada de que poderia receber ajuda e tratamento naquele equipamento de saúde e não conseguiu estabelecer vínculo positivo nem com o serviço, nem com os profissionais, se sentindo pouco acolhida.

Ainda assim, com a insistência de sua namorada, Julia retornou para o segundo atendimento no dia seguinte, desta vez, com a assistente social. No atendimento social, Julia conseguiu contar mais de sua história e de seus sentimentos, se sentiu escutada e se queixou do mau atendimento recebido no dia anterior, solicitando um posicionamento da assistente social e auxílio para que pudesse manifestar sua insatisfação formalmente na instituição.

01

Quais providências deverão ser tomadas pela assistente social nesse caso?

02

Em quais princípios éticos deverão ser amparadas as respostas da profissional? Cite três e justifique-os.

03

Matos (2013) discorre sobre a importância do registro do Serviço Social na área da saúde e expõe variadas possibilidades de se concretizar esses registros como parte da documentação profissional. Indique quais registros poderiam ser elaborados em relação ao caso, quais cuidados deverão ser tomados nesse processo e a importância dos instrumentos citados.

