



PB SAÚDE

FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE

Assistente Social

**EDITAL Nº 04/2024, DE 11 DE SETEMBRO
DE 2024**

**CÓD: OP-080ST-24
7908403561995**

Língua Portuguesa

1. Leitura, compreensão e interpretação de textos	9
2. Estruturação do texto e dos parágrafos	9
3. Articulação do texto: pronomes e expressões referenciais, nexos, operadores sequenciais	10
4. Significação contextual de palavras e expressões	10
5. Equivalência e transformação de estruturas	11
6. Sintaxe: processos de coordenação e subordinação	12
7. Emprego de tempos e modos verbais. Funções das classes de palavras	13
8. Estrutura e formação de palavras	22
9. Flexão nominal e verbal	22
10. Pronomes: emprego, formas de tratamento e colocação	23
11. Concordância nominal e verbal	23
12. Regência nominal e verbal	25
13. Ortografia oficial	25
14. Acentuação gráfica	26

Legislação do SUS

1. Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios, diretrizes e arcabouço legal	37
2. Constituição Federal 1988, Título VIII - artigos de 194 a 200	40
3. Lei Orgânica da Saúde - Lei n.º 8.080/1990	43
4. Lei n.º 8.142/1990	54
5. Decreto Presidencial n.º 7.508, de 28 de junho de 2011	54
6. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	58
7. Portaria GM/MS n.º 1.604, de 18 de outubro de 2023 Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde	81
8. Resolução CNS n.º 553, de 9 de agosto de 2017, que dispõe sobre a carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde	87

Legislação da PB Saúde

1. Estatuto da PB Saúde - Decreto Nº 40.096 de 28 de fevereiro de 2020	97
2. Código de ética e conduta dos servidores e empregados públicos civis do poder executivo do estado Paraíba - Decreto Nº 44.504 de 05 de dezembro de 2023	107
3. Regimento Interno da PB Saúde - Aprovado na 1ª Reunião Ordinária do Conselho de Administração, realizada no dia 13 de novembro de 2020	111

Conhecimentos Específicos

Assistente Social

1. O Serviço Social: as políticas sociais e as políticas públicas e setoriais	125
2. A história do Serviço Social e o projeto ético-político.....	127
3. O Serviço Social na contemporaneidade	128
4. A ética profissional e a relação com a instituição, o usuário e os profissionais	129
5. O Serviço Social e a interdisciplinaridade	131
6. Controle social, gestão, orçamento e financiamento da Saúde.....	132
7. Programas e projetos socioassistenciais do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).....	134
8. Política Nacional de Assistência Social (PNAS).....	135
9. Sistema Único de Assistência Social (SUAS).....	161
10. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)	162
11. Programa de Atenção Integrada à Família - PAEF e PAEFI, CREAS.....	163
12. Conselho de Assistência Social e a Participação Popular	164
13. BPC (Benefício de Prestação Continuada).....	166
14. NOB - SUAS	167
15. Políticas de seguridade social no Brasil.....	190
16. Avaliação de projetos e programas.....	194
17. Questão social e Serviço Social: debate contemporâneo	195
18. Fundamentos do Serviço Social	196
19. Política social	197
20. Práxis profissional: relação teórico prática	199
21. Instrumentalidade do Serviço Social: atendimento individual, o trabalho com grupos, comunidades, movimentos sociais ...	200
22. Serviço Social e família.....	200
23. Reforma sanitária.....	202
24. Tendências contemporâneas de abordagem do trabalho coletivo na saúde e na assistência social.....	203
25. O Serviço Social no Processo de reprodução de Relações Sociais	204
26. Indicadores Sociais.....	206
27. Planejamento e Serviço Social	206
28. Programas, projetos, serviços e benefícios de Assistência Social	208
29. Elaboração de laudos, pareceres e relatórios sociais.....	208
30. Trabalho em rede.....	209
31. Interdisciplinaridade	212
32. Atribuições do Assistente Social na Saúde.....	214
33. O cotidiano como categoria de investigação	215
34. Atribuições privativas e competências do assistente social.....	216
35. Planejamento e pesquisa.....	218
36. Projeto ético-político-profissional.....	220
37. Código de ética profissional do assistente social	221
38. Política Nacional do Idoso (PNI).....	226
39. Estatuto do idoso	234

ÍNDICE

40. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).....	244
41. Lei Maria da Penha	282
42. LOAS . Lei Orgânica da Assistência Social.....	288
43. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.....	298
44. Legislação específica do Serviço Social	299

LÍNGUA PORTUGUESA

LEITURA, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS

Compreender e interpretar textos é essencial para que o objetivo de comunicação seja alcançado satisfatoriamente. Com isso, é importante saber diferenciar os dois conceitos. Vale lembrar que o texto pode ser verbal ou não-verbal, desde que tenha um sentido completo.

A **compreensão** se relaciona ao entendimento de um texto e de sua proposta comunicativa, decodificando a mensagem explícita. Só depois de compreender o texto que é possível fazer a sua interpretação.

A **interpretação** são as conclusões que chegamos a partir do conteúdo do texto, isto é, ela se encontra para além daquilo que está escrito ou mostrado. Assim, podemos dizer que a interpretação é subjetiva, contando com o conhecimento prévio e do repertório do leitor.

Dessa maneira, para compreender e interpretar bem um texto, é necessário fazer a decodificação de códigos linguísticos e/ou visuais, isto é, identificar figuras de linguagem, reconhecer o sentido de conjunções e preposições, por exemplo, bem como identificar expressões, gestos e cores quando se trata de imagens.

Dicas práticas

1. Faça um resumo (pode ser uma palavra, uma frase, um conceito) sobre o assunto e os argumentos apresentados em cada parágrafo, tentando traçar a linha de raciocínio do texto. Se possível, adicione também pensamentos e inferências próprias às anotações.
2. Tenha sempre um dicionário ou uma ferramenta de busca por perto, para poder procurar o significado de palavras desconhecidas.
3. Fique atento aos detalhes oferecidos pelo texto: dados, fonte de referências e datas.
4. Sublinhe as informações importantes, separando fatos de opiniões.
5. Perceba o enunciado das questões. De um modo geral, questões que esperam **compreensão do texto** aparecem com as seguintes expressões: o autor afirma/sugere que...; segundo o texto...; de acordo com o autor... Já as questões que esperam **interpretação do texto** aparecem com as seguintes expressões: conclui-se do texto que...; o texto permite deduzir que...; qual é a intenção do autor quando afirma que...

ESTRUTURAÇÃO DO TEXTO E DOS PARÁGRAFOS

Uma boa redação é dividida em ideias relacionadas entre si ajustadas a uma ideia central que norteia todo o pensamento do texto. Um dos maiores problemas nas redações é estruturar as ideias para fazer com que o leitor entenda o que foi dito no texto. Fazer uma estrutura no texto para poder guiar o seu pensamento e o do leitor.

Parágrafo

O parágrafo organizado em torno de uma ideia-núcleo, que é desenvolvida por ideias secundárias. O parágrafo pode ser formado por uma ou mais frases, sendo seu tamanho variável. No texto dissertativo-argumentativo, os parágrafos devem estar todos relacionados com a tese ou ideia principal do texto, geralmente apresentada na introdução.

Embora existam diferentes formas de organização de parágrafos, os textos dissertativo-argumentativos e alguns gêneros jornalísticos apresentam uma estrutura-padrão. Essa estrutura consiste em três partes: a ideia-núcleo, as ideias secundárias (que desenvolvem a ideia-núcleo) e a conclusão (que reafirma a ideia-básica). Em parágrafos curtos, é raro haver conclusão.

Introdução: faz uma rápida apresentação do assunto e já traz uma ideia da sua posição no texto, é normalmente aqui que você irá identificar qual o problema do texto, o porque ele está sendo escrito. Normalmente o tema e o problema são dados pela própria prova.

Desenvolvimento: elabora melhor o tema com argumentos e ideias que apoiem o seu posicionamento sobre o assunto. É possível usar argumentos de várias formas, desde dados estatísticos até citações de pessoas que tenham autoridade no assunto.

Conclusão: faz uma retomada breve de tudo que foi abordado e conclui o texto. Esta última parte pode ser feita de várias maneiras diferentes, é possível deixar o assunto ainda aberto criando uma pergunta reflexiva, ou concluir o assunto com as suas próprias conclusões a partir das ideias e argumentos do desenvolvimento.

Outro aspecto que merece especial atenção são os conectores. São responsáveis pela coesão do texto e tornam a leitura mais fluente, visando estabelecer um encadeamento lógico entre as ideias e servem de ligação entre o parágrafo, ou no interior do período, e o tópico que o antecede.

Saber usá-los com precisão, tanto no interior da frase, quanto ao passar de um enunciado para outro, é uma exigência também para a clareza do texto.

Sem os conectores (pronomes relativos, conjunções, advérbios, preposições, palavras denotativas) as ideias não fluem, muitas vezes o pensamento não se completa, e o texto torna-se obscuro, sem coerência.

Esta estrutura é uma das mais utilizadas em textos argumentativos, e por conta disso é mais fácil para os leitores.

Existem diversas formas de se estruturar cada etapa dessa estrutura de texto, entretanto, apenas segui-la já leva ao pensamento mais direto.

ARTICULAÇÃO DO TEXTO: PRONOMES E EXPRESSÕES REFERENCIAIS, NEXOS, OPERADORES SEQUENCIAIS

A coerência e a coesão são essenciais na escrita e na interpretação de textos. Ambos se referem à relação adequada entre os componentes do texto, de modo que são independentes entre si. Isso quer dizer que um texto pode estar coeso, porém incoerente, e vice-versa.

Enquanto a coesão tem foco nas questões gramaticais, ou seja, ligação entre palavras, frases e parágrafos, a coerência diz respeito ao conteúdo, isto é, uma sequência lógica entre as ideias.

Coesão

A coesão textual ocorre, normalmente, por meio do uso de **conectivos** (preposições, conjunções, advérbios). Ela pode ser obtida a partir da **anáfora** (retoma um componente) e da **catáfora** (antecipa um componente).

Confira, então, as principais regras que garantem a coesão textual:

REGRA	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
REFERÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> – Pessoal (uso de pronomes pessoais ou possessivos) – anafórica – Demonstrativa (uso de pronomes demonstrativos e advérbios) – catafórica – Comparativa (uso de comparações por semelhanças) 	<p>João e Maria são crianças. <i>Eles</i> são irmãos. Fiz todas as tarefas, exceto <u>esta</u>: colonização africana. Mais um ano <u>igual</u> aos outros...</p>
SUBSTITUIÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> – Substituição de um termo por outro, para evitar repetição 	<p>Maria está triste. A <u>menina</u> está cansada de ficar em casa.</p>
ELIPSE	<ul style="list-style-type: none"> – Omissão de um termo 	<p>No quarto, apenas quatro ou cinco convidados. (omissão do verbo “haver”)</p>
CONJUNÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> – Conexão entre duas orações, estabelecendo relação entre elas 	<p>Eu queria ir ao cinema, <u>mas</u> estamos de quarentena.</p>
COESÃO LEXICAL	<ul style="list-style-type: none"> – Utilização de sinônimos, hiperônimos, nomes genéricos ou palavras que possuem sentido aproximado e pertencente a um mesmo grupo lexical. 	<p>A minha <u>casa</u> é clara. Os <u>quartos</u>, a <u>sala</u> e a <u>cozinha</u> têm janelas grandes.</p>

Coerência

Nesse caso, é importante conferir se a mensagem e a conexão de ideias fazem sentido, e seguem uma linha clara de raciocínio.

Existem alguns conceitos básicos que ajudam a garantir a coerência. Veja quais são os principais princípios para um texto coerente:

- **Princípio da não contradição:** não deve haver ideias contraditórias em diferentes partes do texto.
- **Princípio da não tautologia:** a ideia não deve estar redundante, ainda que seja expressa com palavras diferentes.
- **Princípio da relevância:** as ideias devem se relacionar entre si, não sendo fragmentadas nem sem propósito para a argumentação.
- **Princípio da continuidade temática:** é preciso que o assunto tenha um seguimento em relação ao assunto tratado.
- **Princípio da progressão semântica:** inserir informações novas, que sejam ordenadas de maneira adequada em relação à progressão de ideias.

Para atender a todos os princípios, alguns fatores são recomendáveis para garantir a coerência textual, como amplo **conhecimento de mundo**, isto é, a bagagem de informações que adquirimos ao longo da vida; **inferências** acerca do conhecimento de mundo do leitor; e **informatividade**, ou seja, conhecimentos ricos, interessantes e pouco previsíveis.

SIGNIFICAÇÃO CONTEXTUAL DE PALAVRAS E EXPRESSÕES

Este é um estudo da **semântica**, que pretende classificar os sentidos das palavras, as suas relações de sentido entre si. Conheça as principais relações e suas características:

Sinonímia e antonímia

As palavras **sinônimas** são aquelas que apresentam significado semelhante, estabelecendo relação de proximidade.

Exemplo: *inteligente* <—> *esperto*

Já as palavras **antônimas** são aquelas que apresentam significados opostos, estabelecendo uma relação de contrariedade.

Exemplo: *forte* <—> *fraco*

Parônimos e homônimos

As palavras **parônimas** são aquelas que possuem grafia e pronúncia semelhantes, porém com significados distintos.

Exemplo: *cumprimento* (saudação) X *comprimento* (extensão); *tráfego* (trânsito) X *tráfico* (comércio ilegal).

As palavras **homônimas** são aquelas que possuem a mesma grafia e pronúncia, porém têm significados diferentes.

Exemplo: *rio* (verbo “rir”) X *rio* (curso d’água); *manga* (blusa) X *manga* (fruta).

As palavras **homófonas** são aquelas que possuem a mesma pronúncia, mas com escrita e significado diferentes.

Exemplo: *cem* (numeral) X *sem* (falta); *conserto* (arrumar) X *concerto* (musical).

As palavras **homógrafas** são aquelas que possuem escrita igual, porém som e significado diferentes.

Exemplo: *colher* (talher) X *colher* (verbo); *acerto* (substantivo) X *acerto* (verbo).

Polissemia e monosssemia

As palavras **polissêmicas** são aquelas que podem apresentar mais de um significado, a depender do contexto em que ocorre a frase.

Exemplo: *cabeça* (parte do corpo humano; líder de um grupo).

Já as palavras **monossêmicas** são aquelas apresentam apenas um significado.

Exemplo: *eneágono* (polígono de nove ângulos).

Denotação e conotação

Palavras com **sentido denotativo** são aquelas que apresentam um sentido objetivo e literal.

Exemplo: *Está fazendo frio.* / *Pé da mulher.*

Palavras com **sentido conotativo** são aquelas que apresentam um sentido simbólico, figurado.

Exemplo: *Você me olha com frieza.* / *Pé da cadeira.*

Hiperonímia e hiponímia

Esta classificação diz respeito às relações hierárquicas de significado entre as palavras.

Desse modo, um **hiperônimo** é a palavra superior, isto é, que tem um sentido mais abrangente.

Exemplo: *Fruta é hiperônimo de limão.*

Já o **hipônimo** é a palavra que tem o sentido mais restrito, portanto, inferior, de modo que o hiperônimo engloba o hipônimo.

Exemplo: *Limão é hipônimo de fruta.*

Formas variantes

São as palavras que permitem mais de uma grafia correta, sem que ocorra mudança no significado.

Exemplo: *loiro – louro / enfarte – infarto / gatinhar – engatinhar.*

Arcaísmo

São palavras antigas, que perderam o uso frequente ao longo do tempo, sendo substituídas por outras mais modernas, mas que ainda podem ser utilizadas. No entanto, ainda podem ser bastante encontradas em livros antigos, principalmente.

Exemplo: *botica* <—> *farmácia* / *franquia* <—> *sinceridade*.

EQUIVALÊNCIA E TRANSFORMAÇÃO DE ESTRUTURAS

A equivalência e transformação de estruturas consiste em saber mudar uma sentença ou parte dela de modo a que fique gramaticalmente correta. Um exemplo muito comum em provas de concursos é o enunciado trazer uma frase no singular, por exemplo, e pedir que o aluno passe a frase para o plural, mantendo o sentido. Outro exemplo é o enunciado dar a frase em um tempo verbal, e pedir que o aluno a passe para outro tempo. Ou ainda a reescritura de trechos, mantendo a correção semântica e sintática.

Paralelismo Sintático e Paralelismo Semântico

O paralelismo sintático é um conceito que trata de um **encadeamento ou de uma repetição de estruturas sintáticas semelhantes** (termos ou orações), em uma sequência ou enumeração. Tal conceito está diretamente ligado ao conceito de coordenação. Termos coordenados entre si são aqueles que desempenham a mesma função sintática dentro do período.

Orações coordenadas são aquelas sintaticamente semelhantes e independentes uma da outra. Normalmente há conectivos ligando tais termos ou orações.

Segundo o gramático Manoel Pinto Ribeiro, neste processo de encadeamento de termos ou orações, há elementos gramaticais, principalmente conectivos coordenativos, que são utilizados com frequência.¹

A coerência é um dos pontos importantes nesta temática. Desta forma, para que toda interlocução se materialize de forma plausível, antes de tudo, as ideias precisam estar dispostas em uma sequência lógica, clara e precisa, pois, se por um motivo ou outro houver uma quebra desta sequência, o discurso certamente estará comprometido.

Mediante este aspecto, vale dizer que determinados elementos revelam sua parcela de contribuição para que tais pressupostos se tornem efetivamente concretizados, o que é garantido, muitas vezes, pelo paralelismo sintático e pelo paralelismo semântico.

Esses se caracterizam pelas relações de semelhança que determinadas palavras e expressões apresentam entre si. Tais relações de similaridade podem se dar no campo morfológico (quando as palavras integram a mesma classe gramatical), no semântico (quando há correspondência de sentido) e no sintático (quando a construção de frases e orações se apresenta de forma semelhante).

Assim, analisemos um caso no qual podemos constatar a ausência de paralelismo de ordem morfológica:

“A tão inesperada decisão é fruto resultante de humilhações, mágoas, concepções equivocadas e agressores por parte de colegas que almejavam ocupar sua função.”

Constatamos uma nítida ruptura relacionada a fatores de ordem gramatical, demarcada pela exposição de um adjetivo (agressores) em detrimento ao substantivo “agressões”.

¹ PESTANA, Fernando. *A gramática para concursos*. Elsevier. 2013.

Ausência de Paralelismo de Ordem Semântica

Observe o exemplo: “Marcela amou-me durante quinze meses e onze contos de réis” (Machado de Assis).

Detectamos que houve uma quebra de sentido com relação à ideia expressa pelo tempo, ao associá-lo com a noção de quantidade, valor.

Ausência de Paralelismo de Ordem Sintática

Observe o exemplo: “O respeito às leis de trânsito não representa segurança somente para o motorista e é para o pedestre.”

Tal ocorrência manifesta-se por intermédio do uso do conectivo “e” em detrimento a outro, que também integra a classe das conjunções aditivas, representado pela expressão “*mas também*.”

Assim, no intento de reformularmos o discurso, obteríamos: “O respeito às leis de trânsito não representa segurança somente para o motorista, mas também para o pedestre.”

Vejamos outros casos que representam esta dualidade paralelística:

– Não só... mas também

“O respeito às leis de trânsito representa segurança não só para o motorista, mas também para o pedestre.”

Tal construção, além de expressar a ideia de adição, ainda retrata um enfoque especial ao se referir aos pedestres (representada pela conjunção “*mas também*”).

– Quanto mais... (tanto) mais

“Atualmente, quanto mais nos aperfeçoamos, mais temos condições de ser bem sucedidos.”

As estruturas paralelísticas denotam o sentido de progressão entre os elementos.

– Tanto... quanto

“O tabagismo é prejudicial tanto para os fumantes ativos, quanto para os passivos.”

Aqui, tais estruturas, além de expressarem adição, ainda acrescentam uma ideia de equiparação ou equivalência.

– Primeiro... segundo

“Há dois procedimentos a realizar: primeiro você diz toda a verdade; segundo, pede desculpas pelo erro cometido.”

Constatamos que os elementos utilizados se relacionam à ideia de uma enumeração, evidenciados de forma sequencial.

– Não... e não / nem

“Não obteve um bom resultado neste ano, nem no anterior.”

Tal recurso foi empregado no sentido de evidenciar uma sequência negativa em relação aos fatos.

– Seja... seja / quer...quer / ora... ora

“Quer você apareça, quer não, iremos ao cinema.”

O emprego das estruturas paralelísticas está relacionado à noção de alternância no que se refere às ações.

– Por um lado... por outro

“Se por um lado as obras garantem o emprego de todos, por outro, desagradam aos moradores.”

Tempos Verbais

Observe o exemplo:

“Se todos comparecessem, o evento ficaria mais animado.”

“Se todos comparecerem, o evento ficará mais animado.”

Constatamos que o emprego do pretérito imperfeito do subjuntivo (comparecessem) na oração subordinada condicional requisita o emprego do futuro do pretérito (ficaria) na oração principal.

Já o emprego do futuro do subjuntivo (comparecerem) na oração subordinada pede o emprego do futuro do presente (ficará) na principal.²

SINTAXE: PROCESSOS DE COORDENAÇÃO E SUBORDINAÇÃO

A sintaxe estuda o conjunto das relações que as palavras estabelecem entre si. Dessa maneira, é preciso ficar atento aos enunciados e suas unidades: **frase, oração e período**.

Frase é qualquer palavra ou conjunto de palavras ordenadas que apresenta sentido completo em um contexto de comunicação e interação verbal. A **frase nominal** é aquela que não contém verbo. Já a **frase verbal** apresenta um ou mais verbos (locução verbal).

Oração é um enunciado organizado em torno de um único verbo ou locução verbal, de modo que estes passam a ser o núcleo da oração. Assim, o predicativo é obrigatório, enquanto o sujeito é opcional.

Período é uma unidade sintática, de modo que seu enunciado é organizado por uma oração (período simples) ou mais orações (período composto). Eles são iniciados com letras maiúsculas e finalizados com a pontuação adequada.

Análise sintática

A análise sintática serve para estudar a estrutura de um período e de suas orações. Os termos da oração se dividem entre:

– **Essenciais (ou fundamentais)**: sujeito e predicado

– **Integrantes**: completam o sentido (complementos verbais e nominais, agentes da passiva)

– **Acessórios**: função secundária (adjuntos adnominais e adverbiais, apóstos)

Termos essenciais da oração

Os termos essenciais da oração são o sujeito e o predicado. O sujeito é aquele sobre quem diz o resto da oração, enquanto o predicado é a parte que dá alguma informação sobre o sujeito, logo, onde o verbo está presente.

O **sujeito** é classificado em **determinado** (facilmente identificável, podendo ser simples, composto ou implícito) e **indeterminado**, podendo, ainda, haver a **oração sem sujeito** (a mensagem se concentra no verbo impessoal):

Lúcio dormiu cedo.

Aluga-se casa para réveillon.

Choveu bastante em janeiro.

Quando o sujeito aparece no início da oração, dá-se o nome de **sujeito direto**. Se aparecer depois do predicado, é o caso de **sujeito inverso**. Há, ainda, a possibilidade de o sujeito aparecer no meio da oração:

² classroombr.blogspot.com.br/2014/07/equivalencia-e-transformacao-de.html

LEGISLAÇÃO DO SUS

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCABOUÇO LEGAL

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é mundialmente conhecido por ser um dos maiores, mais complexos e mais completos sistemas de saúde vigentes. Ele abrange procedimentos de baixa complexidade, como aqueles oferecidos pela Atenção Primária à Saúde (APS), e de alta complexidade, como por exemplo, transplante de órgãos. Dessa maneira, garante acesso universal e integral, de forma gratuita para a população. O SUS pode ser definido como o conjunto de ações e de serviços de saúde prestados pela federação, junto de seus estados e municípios.

Até meados dos anos 80, a concepção de saúde era dada pela “ausência de doença”, contudo, com o fim da Ditadura Militar e com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), ampliou-se o conceito de saúde pública no Brasil quando propôs a ideia de uma saúde preventiva, participação da população nas decisões envolvendo a saúde brasileira, descentralização dos serviços e mudanças embasadas no direito universal a saúde.

Com a publicação do relatório das decisões e pautas discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a oficializar a saúde no meio jurídico brasileiro, determinando, ainda que seja promovida de forma gratuita, universal e de qualidade, para que todos tenham acesso de maneira igualitária. Dessa forma, a saúde passa a ser um direito do cidadão brasileiro e de todo aquele que estiver em território nacional e um dever do Estado.

Fernando Collor de Mello foi responsável pela sanção das leis que promoviam a criação e a organização do SUS.

*OBSERVAÇÃO: Recomenda-se a leitura na íntegra da Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ambas da Constituição Federal

Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 da Constituição Federal: Também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, traz em seu texto original: “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Em referência a essa lei, os objetivos do SUS consistem em identificar fatores determinantes da saúde, formular políticas destinadas a promover nos âmbitos econômico e social, condições para pleno exercício da saúde e aplicar ações assistenciais de proteção, promoção e recuperação com enfoque em atividades preventivas.

Além disso, determina atribuições do SUS voltadas para a vigilância sanitária e epidemiológica, participação ativa em estratégias em saneamento básico e o desenvolvimento

técnico-científico, com o intuito de ampliar as atribuições sob responsabilidade dos órgãos gestores do SUS, como o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 da Constituição Federal: É o resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde. Traz em seu texto original o objetivo: “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

A partir da criação dessa lei, foram criados também os Conselhos e as Conferências de Saúde, que são de extrema importância para o controle social do SUS. Os Conselhos de Saúde foram constituídos afim de fiscalizar, formular e promover ações deliberativas acerca das políticas de saúde.

Em seu texto, traz que a Conferência de Saúde é um espaço voltado para discussões sobre as políticas de saúde em todas as esferas governamentais, acontecendo de maneira ordinária a cada 4 anos em formato de fórum de discussão afim de avaliar e propor mudanças e novas políticas de saúde. Dentre as conferências nacionais, a mais importante que já aconteceu até os dias atuais foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que ficou conhecida como o pontapé inicial para a inclusão da saúde no âmbito legislativo do país.

Por fim, determina que a representação dos usuários do SUS dentro desses conselhos e conferências deve ser paritária em relação aos demais seguimentos, em outras palavras, 50% dos representantes devem ser usuários do SUS.

Princípios do SUS

Para que o SUS tenha a mesma forma de organização e a mesma doutrina em todo o território nacional, fica definido pela Constituição Federal um conjunto de elementos doutrinários e organizacionais.

— Princípios Doutrinários do SUS:

Universalização: Cabe o Estado assegurar a saúde como um direito de todas as pessoas, garantindo o acesso a todos os serviços do SUS sem distinção de sexo, raça ou qualquer outra característica pessoal ou social.

Equidade: Se faz necessário afim de diminuir desigualdades, visto que, todas as pessoas têm o mesmo direito aos serviços oferecidos pelo SUS, mas possuem necessidades distintas, ou seja, investir onde existe a maior carência de investimentos.

Integralidade: Visa tratar as pessoas em um todo, atendendo todas as necessidades de cada indivíduo, de modo a integrar ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças. Ou seja, o sistema de saúde deve estar preparado para acolher o usuário, ouvi-lo e entendê-lo como parte de um contexto social e, assim, identificar suas carências e buscar formas de supri-las.

— **Princípios Organizativos:**

Regionalização e Hierarquização: Define que os serviços promovidos pelo SUS devem ser organizados em níveis crescente de complexidade, abrangendo os critérios epidemiológicos, geográficos e baseados na população a ser atendida.

A hierarquização prevê a divisão de níveis de atenção (primário, secundário e terciário) afim de distribuir o atendimento de acordo com a necessidade real do paciente para o setor especializado naquilo que ele precisa.

Enquanto isso, a regionalização dispõe da necessidade de não somente dividir os serviços de saúde, mas também sistematizá-los de maneira eficiente, evitando que dois setores fiquem responsáveis pelo mesmo serviço e, conseqüentemente, poupar que recursos materiais, financeiros e humanos sejam gastos desnecessariamente.

Descentralização: A redistribuição do poder ligado as decisões, aos recursos, com o intuito de aproximar a tomada de decisão ao fato, pois entende-se que, dessa maneira, haverá mais chance de acerto. Graças a descentralização, têm-se a tendência da municipalização das decisões a respeito dos serviços de saúde.

Participação dos cidadãos: Há a necessidade, embasada a partir das Leis Orgânicas, da participação da população nas decisões relacionadas a administração pública do SUS por meio dos Conselhos de Saúde, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais. Além disso, com a ampliação do acesso à internet, foi possível aumentar o debate sobre assuntos importantes para a saúde através de consultas e audiências públicas.

— **Diretrizes para a gestão do SUS**

As diretrizes para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) estão estabelecidas na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

Universalidade

A universalidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere ao direito de todos os cidadãos brasileiros, sem exceção, ao acesso gratuito e igualitário aos serviços de saúde. Ou seja, qualquer pessoa, independentemente de sua condição social, econômica ou de saúde, tem direito a ser atendida pelo SUS.

Ela é garantida pelo SUS por meio da oferta de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, desde a atenção básica até a atenção especializada e hospitalar, em todo o território nacional. O SUS oferece uma ampla gama de serviços, que incluem consultas médicas, exames, cirurgias, internações, atendimento de emergência, entre outros.

Além disso, é considerada um avanço importante na garantia do direito à saúde no Brasil, pois garante que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua capacidade de pagamento ou de outros fatores que possam levar à exclusão do sistema de saúde.

No entanto, apesar dos avanços, ainda há desafios a serem enfrentados para garantir a efetivação da universalidade no SUS, como a melhoria da qualidade dos serviços, a ampliação do acesso em regiões mais distantes e a redução das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde.

Equidade

A equidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere ao direito de todos os cidadãos brasileiros, sem exceção, de terem acesso igualitário aos serviços de saúde, levando em conta suas necessidades individuais de saúde, independentemente de sua classe social, gênero, raça ou qualquer outra forma de discriminação.

O SUS busca garantir a equidade por meio da oferta de serviços e ações de saúde que abrangem desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, assegurando o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde. Dessa forma, todos os cidadãos devem ter acesso aos mesmos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica ou de sua localização geográfica.

No entanto, a equidade na oferta de serviços de saúde ainda é um desafio a ser enfrentado no SUS. Existem desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde, com algumas regiões do país tendo acesso a uma infraestrutura mais adequada de serviços de saúde do que outras. Além disso, a discriminação de gênero, raça, orientação sexual e outros fatores também podem afetar o acesso aos serviços de saúde.

Por isso, é importante que a gestão do SUS trabalhe para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde, implementando políticas que promovam a inclusão social e a igualdade de oportunidades, e garantindo que todos os cidadãos brasileiros possam usufruir do direito à saúde, de forma igualitária e justa.

Integralidade

A integralidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere à oferta de um conjunto completo e articulado de ações e serviços de saúde, que abrangem desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, assegurando o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde.

O SUS busca garantir a integralidade do cuidado, levando em consideração as necessidades individuais de cada paciente e ações de saúde que visem sua recuperação, prevenção ou manutenção de sua saúde. Isso significa que os serviços de saúde devem ser organizados de maneira a garantir a oferta de serviços que considerem as dimensões biopsicossociais e culturais de cada pessoa.

Além disso, a integralidade no SUS também significa que os serviços devem ser organizados de forma articulada, em todos os níveis de atenção à saúde, de forma a oferecer uma atenção contínua, coordenada e integral aos usuários, sem fragmentação do cuidado. Isso implica em uma gestão integrada e descentralizada do SUS, que deve envolver a atuação articulada de serviços de saúde, gestores e profissionais, em todas as esferas do sistema de saúde.

Contudo, a garantia da integralidade do cuidado ainda é um desafio a ser enfrentado no SUS, especialmente em relação à oferta de serviços em algumas regiões do país, bem como em relação à disponibilidade de tecnologias e medicamentos. Por isso, é importante que a gestão do SUS trabalhe para garantir a integralidade do cuidado, implementando políticas e práticas que promovam a articulação entre os serviços de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários do SUS.

Participação social

A participação social é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ela se refere ao direito dos cidadãos de participarem ativamente do processo de gestão do SUS, tanto na definição de políticas públicas de saúde, quanto no controle social das ações e serviços oferecidos pelo sistema.

O SUS reconhece que a participação da sociedade é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais democrático e eficiente, capaz de responder às necessidades de saúde da população. A participação social no SUS pode se dar por meio de diferentes formas, como:

– **Conselhos de Saúde:** são instâncias de participação popular na gestão do SUS, que têm a função de acompanhar, fiscalizar e propor políticas de saúde para o governo;

– **Conferências de Saúde:** são eventos que ocorrem a cada quatro anos, nos âmbitos nacional, estadual e municipal, com a participação de representantes da sociedade civil e do governo, para discutir e propor diretrizes para a política de saúde;

– **Ouvidorias:** são canais de comunicação entre os usuários do SUS e os gestores do sistema, que recebem denúncias, reclamações e sugestões para melhorar a qualidade dos serviços de saúde;

– **Participação em programas de saúde:** a sociedade pode participar de diferentes programas e ações de saúde, como campanhas de vacinação, mutirões de saúde, entre outras iniciativas.

Ela é fundamental para a construção de um sistema de saúde mais democrático e eficiente, capaz de responder às necessidades de saúde da população. Por isso, é importante que a gestão do SUS promova e fortaleça a participação da sociedade, incentivando a participação de diferentes grupos sociais e garantindo a transparência e a prestação de contas por parte dos gestores do sistema.

Descentralização

Ela se refere à distribuição de poder, responsabilidades e recursos para a gestão do SUS entre as diferentes esferas do governo (federal, estadual e municipal), garantindo a autonomia e a capacidade de decisão dos gestores locais.

Tem como objetivo principal promover a democratização do acesso à saúde, levando em conta as especificidades e as necessidades de cada região. Com a descentralização, os municípios passaram a ter maior autonomia para gerir seus sistemas de saúde, possibilitando a construção de políticas e serviços de saúde mais adequados às necessidades locais.

Além disso, a descentralização do SUS também permite uma maior participação da sociedade na gestão do sistema de saúde, uma vez que a administração dos serviços passa a estar mais próxima dos cidadãos.

No entanto, a descentralização também pode trazer desafios para a gestão do sistema, como a falta de recursos e capacidade técnica para a gestão em algumas regiões do país. Por isso, é fundamental que a gestão do SUS trabalhe para fortalecer a capacidade de gestão dos municípios e para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde em todo o território nacional.

Regionalização

A regionalização é uma das estratégias fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, juntamente com a descentralização e a municipalização. Ela se refere à organização dos serviços de saúde em regiões, de acordo com as necessidades e as características locais, buscando garantir o acesso equitativo e integral aos serviços de saúde em todo o território nacional.

Tem como objetivo principal a promoção da equidade no acesso aos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades regionais e garantindo a oferta de serviços de qualidade e em tempo oportuno. A partir da regionalização, os municípios podem se organizar em redes de saúde, articulando as ações e serviços de saúde e garantindo a integralidade da assistência.

Para a implementação da regionalização, é fundamental que haja uma articulação entre as diferentes esferas do governo (federal, estadual e municipal) e a participação da sociedade civil. É preciso definir critérios de organização das regiões de saúde, considerando aspectos como a densidade populacional, as características epidemiológicas, a oferta de serviços de saúde, a distância entre os municípios, entre outros fatores.

Também deve-se levar em conta a capacidade de gestão e a disponibilidade de recursos financeiros e humanos para a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em cada região. Por isso, é importante que a gestão do SUS trabalhe para fortalecer a capacidade de gestão e a qualificação dos profissionais de saúde em todo o país, visando garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade e em tempo oportuno para toda a população.

Humanização

A humanização é um princípio fundamental do Sistema Único de Saúde no Brasil, que busca valorizar a relação entre profissionais de saúde e usuários, respeitando suas necessidades, desejos e valores. Se baseia na construção de vínculos mais solidários e acolhedores entre os profissionais de saúde e os usuários, e visa a promoção da dignidade humana, da autonomia e da cidadania.

Para a efetivação da humanização no SUS, são necessárias diversas ações, tais como a valorização e capacitação dos profissionais de saúde, estimulando a reflexão crítica e a escuta qualificada dos usuários, a ampliação e qualificação da participação dos usuários e da sociedade civil na gestão dos serviços de saúde, a garantia do acesso aos serviços de saúde, respeitando a integralidade e a equidade no atendimento, a promoção da educação em saúde e da prevenção de doenças, visando a promoção da saúde e o cuidado com o indivíduo em sua totalidade, o estímulo à promoção da saúde mental, respeitando as diferenças individuais e os aspectos psicológicos e emocionais dos usuários.

A humanização no SUS busca transformar a relação tradicionalmente vertical entre profissionais de saúde e usuários, colocando-os em um patamar de igualdade e trabalhando juntos para a promoção da saúde e o cuidado do indivíduo. É um processo contínuo de transformação da cultura institucional, que busca construir uma atenção mais resolutiva, equitativa e comprometida com a qualidade de vida dos usuários do SUS.

As diretrizes para a gestão do SUS estabelecem um conjunto de princípios e valores que devem orientar a gestão do sistema de saúde brasileiro, garantindo o acesso universal, equitativo, integral e humanizado aos serviços de saúde, com a participação da sociedade na sua gestão e descentralização da gestão para os estados e municípios.

— **Financiamento**

O financiamento do SUS é composto por recursos públicos provenientes dos orçamentos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), além de recursos oriundos de contribuições sociais e impostos específicos, como a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

Os recursos do SUS são alocados de forma descentralizada e destinados para ações e serviços de saúde, como atendimento médico, consultas, exames, internações hospitalares, ações de vigilância em saúde, entre outros.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito universal e um dever do Estado, e que a União, os estados e os municípios devem aplicar um percentual mínimo de suas receitas na área da saúde. Atualmente, a Emenda Constitucional nº 86/2015 fixou o percentual de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União e de 12% da RCL dos estados e do Distrito Federal para a saúde. Já os municípios devem aplicar no mínimo 15% de suas receitas próprias na saúde, acrescidos dos repasses federais e estaduais.

Além disso, o SUS conta com o Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é um mecanismo de financiamento da saúde pública no país, responsável por receber e repassar os recursos do SUS para estados e municípios, garantindo a distribuição equitativa e a aplicação adequada dos recursos. O FNS recebe recursos de diversas fontes, como o Orçamento Geral da União, as contribuições sociais e os repasses dos estados e municípios.

Em resumo, o financiamento do SUS é uma responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo e é financiado com recursos públicos provenientes de diversos impostos e contribuições sociais, sendo gerido pelo Fundo Nacional de Saúde.

— **Regulação**

A regulação do SUS no Brasil é um processo que busca garantir o acesso igualitário e oportuno aos serviços de saúde, de forma a promover a equidade no atendimento e a eficiência na utilização dos recursos públicos. A regulação é responsável por planejar, organizar e avaliar as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, buscando garantir a integralidade da assistência e a resolubilidade dos serviços.

A regulação do SUS é realizada por meio de três tipos de ações: a regulação assistencial, a regulação da atenção à saúde e a regulação econômica. A regulação assistencial tem como objetivo garantir o acesso igualitário aos serviços de saúde, regulando o fluxo de pacientes e os critérios de encaminhamento entre as unidades de saúde. A regulação da atenção à saúde busca garantir a integralidade e a continuidade do cuidado, orientando a oferta de serviços e a organização da rede de atenção à saúde. Já a regulação econômica visa garantir a eficiência na utilização dos recursos públicos, regulando a oferta de serviços e estabelecendo critérios para a remuneração dos serviços prestados.

A regulação do SUS é uma responsabilidade compartilhada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com a participação da sociedade civil e dos profissionais de saúde. É importante que a regulação seja realizada de forma transparente, com a participação da população na definição das prioridades de saúde e na avaliação da qualidade dos serviços prestados. Além disso, é fundamental que a gestão do SUS trabalhe para fortalecer

a capacidade de regulação em todo o país, visando garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade e em tempo oportuno para toda a população.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL 1988, TÍTULO VIII - ARTIGOS DE 194 A 200

No tocante à Seguridade Social, segue um processo mnemônico para ser utilizado como técnica de auxílio no processo de memorização:

Seguridade Social	
P	Previdência Social
A	Assistência Social
S	Saúde

**TÍTULO VIII
DA ORDEM SOCIAL**

(...)

**CAPÍTULO II
DA SEGURIDADE SOCIAL**

**SEÇÃO I
DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento, identificando - se, em rubricas contábeis específicas para cada área, as receitas e as despesas vinculadas a ações de saúde, previdência e assistência social, preservado o caráter contributivo da previdência social; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 103, de 2019)
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998)

- I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)



LEGISLAÇÃO DA PB SAÚDE

ESTATUTO DA PB SAÚDE - DECRETO Nº 40.096 DE 28 DE FEVEREIRO DE 2020

DECRETO Nº 40.096 DE 28 DE FEVEREIRO 2020.

Cria a Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PB Saúde, aprova o seu Estatuto e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DA PARAÍBA, no uso da atribuição que lhe confere a Constituição Estadual e tendo em vista o disposto na Lei Complementar Estadual nº 157, de 17 de fevereiro de 2020, DECRETA:

Art. 1º Fica criada a Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PB Saúde, fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, entidade não dependente, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, na forma da Lei Complementar Estadual nº 157, de 17 de fevereiro de 2020.

§1º A PB Saúde será dotada de autonomia administrativa, financeira, patrimonial e gerencial, com quadro de pessoal próprio e estrutura organizacional nos termos de seu Estatuto aprovado no anexo único.

§2º A Fundação terá sede e foro no município de João Pessoa.

Art. 2º A Fundação será subvencionada, integralmente, por suas receitas, oriundas dos contratos de prestação de serviços que vier a celebrar, além dos resultados financeiros de suas aplicações e de doações e legados de qualquer natureza.

§1º O patrimônio inicial da PB Saúde será constituído dos bens móveis e imóveis, direitos e obrigações que lhe forem transferidos, assim como pelo aporte inicial de R\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de reais), de que trata o art. 34 da Lei Complementar Estadual nº 157, de 17 de fevereiro de 2020.

§2º O aporte inicial será realizado até 31 de dezembro de 2020, podendo ser feito em parcelas a serem definidas pela Secretaria de Estado da Fazenda.

Art. 3º A Secretaria de Estado da Saúde SES e a Secretaria de Estado de Administração SEAD deverão adotar, em até 120 (cento e vinte) dias da data de publicação deste Decreto, as providências para a transferência da propriedade do Hospital Geral de Manguape, integrante da estrutura da SES, para compor o patrimônio da PB Saúde, incluído o imóvel, o acervo técnico, documental, mobiliário e de equipamentos, que se dará mediante ato do titular da SES.

Art. 4º A Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado de Administração ficam autorizadas a destinar os bens públicos à PB Saúde que se façam necessários à consecução dos objetivos da Entidade e à prestação de serviços contratados na forma do art. 6º da Lei Complementar Estadual nº 157, de 17 de fevereiro de 2020, mediante permissão de uso.

Art. 5º Os contratos de prestação de serviços e seus respectivos aditivos celebrados entre a PB Saúde e o Poder Público, inclusive com a Secretaria de Estado da Saúde, serão submetidos à apreciação e manifestação prévia da Controladoria Geral do Estado CGE e da Procuradoria Geral do Estado PGE.

Art. 6º A remuneração dos serviços prestados pela PB Saúde à Secretaria de Estado da Saúde será condicionada à verificação do cumprimento das obrigações contratuais assumidas pela Fundação relativas à adequada contraprestação dos serviços contratados.

Art. 7º As metas contratuais relativas ao desempenho institucional, a serem alcançadas pela PB Saúde objetivarão instrumentalizar a Secretaria de Estado da Saúde para o acompanhamento e avaliação do desempenho institucional da Fundação.

Parágrafo único. Na definição das metas e seus indicadores de que trata o caput, deverão ser priorizadas as dimensões de efetividade, da eficiência, do aprimoramento operacional e da otimização dos custos dos processos de cuidado e gestão em saúde da PB Saúde, assim como a da melhoria nos níveis de satisfação dos usuários, no que concerne aos serviços prestados.

Art. 8º A SES-PB prestará todo o apoio necessário às atividades de implantação da PB Saúde até o início de seu funcionamento, podendo designar a dirigentes e a servidores da SES-PB a incumbência de celebrar os atos constitutivos da Fundação.

Parágrafo único. As despesas administrativas diretas ou indiretas, apuradas pela SES-PB, decorrentes do estabelecido no caput, serão ressarcidas pela PB Saúde, uma vez instituída, implantada e devidamente contratada para prestar serviços à SES-PB.

Art. 9º A PB Saúde é declarada de utilidade pública estadual, sendo considerada, ainda, como entidade beneficente de assistência social, para todos os efeitos legais.

Art. 10. Este Decreto passa a vigorar a partir da data de sua publicação.

PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA, em João Pessoa, 28 de fevereiro de 2020; 132º da Proclamação da República.

ANEXO ÚNICO

DECRETO Nº 40.096, DE 28 DE FEVEREIRO DE 2020

ESTATUTO DA FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE – PB SAÚDE

CAPÍTULO I DA NATUREZA, SEDE E DURAÇÃO

Art. 1º A Fundação Paraibana de Gestão em Saúde – PB Saúde, fundação pública com personalidade jurídica de direito privado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e com quadro de pessoal próprio, rege-se pelo presente Estatuto e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

§1º A PB Saúde integra o Sistema Único de Saúde como entidade da administração pública indireta vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Estado da Paraíba (SES-PB).

§2º O tempo de atuação e o ciclo de vida da PB Saúde são de caráter indeterminado.

Art. 2º A PB Saúde tem sede na Rua São Paulo, s/n, Bairro dos Estados, João Pessoa-PB, CEP: 58030-040 e foro no município de João Pessoa, Estado da Paraíba.

Art. 3º A PB Saúde, após o devido registro civil de seus atos constitutivos, reger-se-á pelo disposto na Lei Complementar Estadual nº 157, de 17 de fevereiro de 2020 e por este Estatuto, não se aplicando à Fundação as demais disposições do Código Civil referente às fundações, nos termos do

§3º do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967.

Art. 4º O orçamento da PB Saúde não compõe o orçamento fiscal do Poder Executivo estadual, sendo a entidade considerada não dependente para fins da aplicação da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES, MISSÃO E COMPETÊNCIAS

Art. 5º A PB Saúde terá por finalidade executar ações e prestar serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado da Paraíba.

Art. 6º A PB Saúde atuará visando assegurar a defesa do interesse da população paraibana na garantia de seu direito à saúde, bem como a prestação de serviços de forma a garantir a dignidade humana, a efetividade da atenção à saúde e a eficiência no uso dos recursos públicos.

Art. 7º Para a realização de sua finalidade, compete à PB Saúde:

I– prestar serviços gratuitos de atenção integral à saúde, em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica, diagnóstica e de reabilitação;

II– apoiar, recrutar ou capacitar o pessoal de saúde dos órgãos e entidades públicas e privadas que integrem e participem do SUS;

III– prestar serviços na área de desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade no âmbito do SUS;

IV– cooperar com órgãos e entidades públicas e privadas na execução de ações e serviços públicos de saúde, em acordo aos critérios da regionalização e das referências assistenciais;

V– prestar serviços nas áreas de engenharia clínica, de reforma e manutenção predial, ampliação e construção de unidades de saúde, de apoio diagnóstico e terapêutico, de telemedicina, de aprimoramento da gestão do SUS, de assistência farmacêutica, de serviços de logística vinculados a serviços de saúde, de medicina legal e verificação de óbitos, dentre outros na área da saúde;

VI– desenvolver atividades de pesquisa e inovação em saúde, servindo como campo de prática;

VII– prestar serviços de apoio à execução de planos de ensino e pesquisa de instituições de ensino técnico e superior públicas ou privadas de interesse do SUS;

VIII– atuar em parceria com agências e instituições nacionais ou internacionais, que fomentem o desenvolvimento do SUS paraibano, por meio do desenvolvimento e execução de projetos, cujos créditos contraídos pelo Estado da Paraíba venham a ser executados pela PB Saúde, em atenção às normas estipuladas nos termos aditivos ao contrato de gestão celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a PB Saúde.

Art. 8º A PB Saúde observará, em sua atuação, os princípios, diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS, a Lei Federal nº 13.460, de 12 de junho de 2017, que trata da participação, prote-

ção e defesa dos direitos dos usuários dos serviços públicos e ainda as disposições da Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública.

CAPÍTULO III DO PATRIMÔNIO E RECEITAS

Art. 9º O patrimônio da PB Saúde constitui-se dos bens móveis e imóveis, valores, direitos e outros bens que lhe forem destinados, doados ou que venha a adquirir com sua receita própria.

Art. 10. Os bens da PB Saúde serão utilizados exclusivamente na consecução de suas finalidades, podendo ser alienados, mediante autorização específica do Chefe do Poder Executivo estadual.

Parágrafo único. Os bens considerados não essenciais poderão ser alienados sob autorização do Conselho de Administração.

Art. 11. Só será admitida a cessão de uso ou a doação à PB Saúde de bens livres e desembaraçados, sem quaisquer ônus, excetuados os eventuais encargos relacionados ao uso do imóvel e à finalidade específica definida pelo cedente ou doador.

Art. 12. No caso de extinção da PB Saúde, os legados e doações que lhe forem destinados, bem como os demais bens que venha a adquirir ou produzir, serão incorporados ao patrimônio do Estado.

Art. 13. Constituem receitas da PB Saúde:

I– rendas oriundas da prestação de serviços ao Poder Público;

II– rendas oriundas do usufruto de seu patrimônio;

III– os derivados de contratos, convênios e outros instrumentos congêneres por ela celebrados com o Poder Público, com entidades nacionais, internacionais e/ou estrangeiras, públicas ou privadas e com a iniciativa privada;

IV– as doações, legados e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado;

V– as resultantes da alienação de bens não essenciais à sua finalidade, autorizados pelo Conselho de Administração;

VI– as resultantes de aplicações financeiras na forma da legislação vigente; e

VII– as receitas de qualquer natureza provenientes do exercício de suas atividades.

CAPÍTULO IV DA DIREÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

Art. 14. São órgãos superiores da PB Saúde:

I– Conselho de Administração;

II– Direção Superior; e

II– Conselho Fiscal.

§1º A PB Saúde será regida pelo Conselho de Administração e administrada por sua Direção Superior.

§2º A PB Saúde constituirá sua assessoria jurídica, seu serviço de soluções e orientações ao usuário (ouvidoria), além de sua unidade de controle interno e compliance.

SEÇÃO I DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Art. 15. O Conselho de Administração é órgão de deliberação superior, controle e fiscalização da PB Saúde, constituído por 8 (oito) membros e seus respectivos suplentes, nomeados pelo Chefe do Poder Executivo estadual.

§1º O Conselho de Administração tem a seguinte composição:

I– Membros natos:

- a) Secretário de Estado da Saúde;
- b) Secretário de Estado da Administração;
- c) Secretário de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão;
- d) Secretário de Estado da Fazenda;
- e) Procurador Geral do Estado;
- f) Superintendente da PB Saúde (membro da Direção Superior da PB Saúde).

II– Membros da sociedade civil indicados:

- a) Representante indicado pelo Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Paraíba COSEMS-PB;
- b) Representante indicado pelo Conselho Estadual de Saúde.

§2º Em caso de vacância, falta, impossibilidade temporária dos membros titulares, estes serão substituídos pelos respectivos suplentes, que terão direito de manifestação em todas as reuniões, assim como, na ausência do titular, terão direito a voto.

§3º A atividade dos membros do Conselho de Administração não será remunerada.

Art. 16. A presidência do Conselho de Administração será exercida pelo titular da Secretaria de Estado da Saúde.

Parágrafo único. Em caso de vacância, falta ou impossibilidade temporária de seu Presidente, o Conselho de Administração será presidido pelo seu respectivo suplente, na figura de um dos Secretários Executivos da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, caso não já tenha sido definido no ato de nomeação do Conselho de Administração.

Art. 17. O prazo de gestão dos membros do Conselho de Administração, mencionados no art.15, inciso II, alíneas “a” e “b”, será de 2 (dois) anos contados a partir da data de publicação do ato de nomeação, permitida 1 (uma) recondução consecutiva, por igual período.

§1º A investidura dos membros do Conselho de Administração da PB Saúde, mencionados no caput deste artigo, dar-se-á mediante assinatura de termo de posse, depois de nomeados por Ato Governamental.

§2º Na hipótese de recondução, o prazo de nova gestão deverá ser contado a partir da data do término do prazo de gestão anterior.

§3º Findo o prazo de gestão, o membro do Conselho de Administração permanecerá no exercício do cargo até a investidura de seu substituto.

§4º No caso de vacância definitiva do cargo de Conselheiro no curso da gestão, os Conselheiros remanescentes designarão um Conselheiro substituto, em caráter provisório, até que ocorra nova e definitiva investidura para o exercício da função, por meio da chancela do Chefe do Poder Executivo estadual.

§5º Além dos casos de morte, renúncia, destituição e outros previstos em lei, considerar-se-á vago o cargo de membro do Conselho de Administração, de que trata o §1º, inciso II, do art. 15 o Conselheiro que, sem causa formalmente justificada, não comparecer a duas reuniões consecutivas ou três alternadas, no intervalo de um ano, salvo casos de força maior ou casos fortuitos justificáveis.

§6º A perda do cargo não elide a responsabilidade civil e penal a que estejam sujeitos os membros do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal em virtude do descumprimento de suas obrigações.

Art. 18. Compete privativamente ao Conselho de Administração:

I– estabelecer estratégias e diretrizes institucionais, além de metas para o efetivo e eficiente desempenho de suas atividades na prestação de serviços públicos pela PB Saúde à população paraibana;

II– fixar as diretrizes gerais para as políticas de gestão, de governança corporativa, de transparência, de gestão de riscos e de pessoal da Fundação;

III– aprovar o Regimento Interno, que disciplinará a estrutura organizacional da entidade, o Regulamento Próprio de Compras, o Código de Ética, Conduta e Integridade Institucional, bem como os demais regulamentos da PB Saúde, dirimindo questões não contempladas pelas normas, princípios e diretrizes estatutários;

IV– autorizar a aquisição, a alienação e a oneração de bens imóveis; bem como a alienação de bens do ativo permanente, a constituição de ônus reais e a prestação de garantias a obrigações de terceiros, sem prejuízo do constante no art. 10;

V– autorizar a celebração de contrato de gestão entre a PB Saúde e a SES-PB, nos termos da legislação vigente;

VI– examinar e aprovar políticas, planos e projetos institucionais desenvolvidos e propostos pela Direção Superior, assegurando-se que:

a) as políticas, planos, programas e projetos institucionais, estejam em harmonia com as políticas estaduais e nacionais de saúde e garantam a sustentabilidade econômico-financeira do Estado da Paraíba e da PB Saúde; e

b) o quadro de empregos e a estrutura remuneratória de pessoal da PB Saúde, sejam submetidos à prévia apreciação e aprovação do Conselho de Administração, antes da realização de processos públicos para seleção e recrutamento de pessoal.

VII– designar e destituir o responsável pelo controle interno, bem como autorizar a contratação de auditores independentes;

VIII– apreciar os relatórios anuais de auditoria interna e aprovar os planos anuais de atividades de auditoria interna ordinárias;

IX– opinar e submeter à aprovação do Poder Executivo estadual, representado pelo Secretário de Estado de Saúde:

a) relatório de administração e as demonstrações contábeis anuais, para subsidiar a prestação de contas anual à Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba;

b) plano operativo anual, o orçamento, o plano de investimentos e a projeção das despesas correntes anuais;

c) proposta de destinação de eventuais superávits ou resultados;

d) a contratação de empréstimos para a PB Saúde;

e) a proposta de criação de subsidiárias; e

f) a proposta de alteração do Estatuto ou extinção da PB Saúde.

X– dar posse e conceder licenças aos membros da Direção Superior e ao Conselho Fiscal, assim como designar o substituto do Superintendente da PB Saúde, nos casos de afastamentos excepcionais deste, por motivos de força maior, em prazo inferior a trinta dias;

XI– promover, anualmente, a análise dos resultados alcançados pela PB Saúde, bem como a análise da efetividade de suas estratégias de gestão e do cumprimento do plano operativo, assegurando a ampla divulgação destas análises, com especial destaque para a Assembleia Legislativa e para o Tribunal de Contas do Estado da Paraíba;

XII – avaliar, anualmente, o desempenho da Direção Superior, especialmente quanto ao compromisso desta para com o alcance das metas de desempenho institucional; e

XIII – deliberar sobre os demais assuntos que lhe forem submetidos pela Direção Superior da PB Saúde.

Parágrafo único. Excluem-se da obrigação de publicação as informações de natureza estratégica cuja divulgação possa ser comprovadamente prejudicial ao interesse público.

Art. 19. Os membros do Conselho de Administração respondem pelos danos resultantes de omissão do cumprimento de seus deveres e de atos praticados com culpa ou dolo, ou com violação ao Estatuto da PB Saúde.

Art. 20. O Conselho de Administração reunir-se-á ordinariamente, a cada bimestre, e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação de seu Presidente, a seu critério, ou por solicitação de, pelo menos, seis de seus membros.

§1º As reuniões ordinárias do Conselho de Administração serão fixadas em calendário anual, aprovado pela maioria absoluta de seus membros, convocadas mediante aviso, por escrito, a cada um dos membros do Conselho, com antecedência mínima de dois dias úteis.

§2º As reuniões extraordinárias podem se realizar a qualquer tempo, quando assunto de relevância o exigir, e serão convocadas pelo Presidente ou por pelo menos seis dos membros do Conselho, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§3º O aviso de convocação da reunião mencionará local, data, hora, matéria a ser tratada sendo expedido por meio eletrônico aos Conselheiros, acompanhados de cópia dos documentos necessários à discussão da pauta.

§4º A critério do Presidente do Conselho de Administração, será admitida a participação dos Conselheiros por meio de teleconferência, ou outro meio de comunicação remota que assegure a sua participação efetiva.

§5º É obrigatória a participação, salvo ausências justificadas, dos membros da Direção Superior da PB Saúde nas reuniões do Conselho de Administração, sem direito a voto, exceção feita ao seu Superintendente, que é membro nato do Conselho de Administração, com direito a voz e voto.

§6º As reuniões do Conselho de Administração serão obrigatoriamente instaladas mediante presença de maioria simples (cinco Conselheiros) e com a participação de pelo menos um membro da Direção Superior da PB Saúde.

§7º O registro das reuniões do Conselho de Administração será realizado por meio de gravação de áudio convertida em ata sintética, contendo a pauta, os assuntos deliberados, o resultado nominal de eventuais votações, os encaminhamentos recomendados à Direção Superior, devendo o banco de dados dos áudios e as atas sintéticas ficarem arquivados juntamente com a lista de presença dos participantes da reunião, incluídos os convidados.

§8º As decisões do Conselho de Administração deverão ser publicadas no sítio eletrônico da PB Saúde, salvo quando contiverem matéria de natureza estratégica e/ou sigilosa, cuja divulgação possa ser comprovadamente prejudicial ao interesse público.

§9º Nas deliberações do Conselho de Administração cabe o seu presidente, além do voto ordinário, o voto de qualidade.

§10. Os quóruns para deliberações do Conselho de Administração são os seguintes:

I – maioria absoluta dos membros do Conselho de Administração, presentes, no mínimo, três quartos de seus membros, para matérias estatutárias e regimentais da PB; e,

II – maioria simples dos membros do Conselho de Administração, presentes, no mínimo, 05 (cinco) conselheiros, para os demais assuntos.

SEÇÃO II DA DIREÇÃO SUPERIOR

Art. 21. A PB Saúde será administrada por uma Direção Superior, composta por 3 (três) membros, a saber:

- I – Diretor Superintendente;
- II – Diretor Administrativo Financeiro;
- III – Diretor de Atenção à Saúde.

§1º Os membros da Direção Superior serão nomeados por ato do Chefe do Poder Executivo estadual, a quem caberá destituí-los a qualquer tempo.

§2º A investidura dos membros da Direção Superior dar-se-á mediante assinatura de termo de posse perante o Conselho de Administração.

Art. 22. É condição para investidura em cargo da Direção Superior, a assunção de compromisso público com o alcance de metas de desempenho institucional, aprovadas pelo Conselho de Administração, ao qual cumpre a incumbência de fiscalizar seu cumprimento.

§1º As metas de desempenho institucional estabelecidas para a Direção Superior da PB Saúde deverão se alinhar às metas de desempenho fixadas no contrato de gestão celebrado entre a Fundação e a Secretaria de Estado da Saúde.

§2º O descumprimento injustificado dos compromissos com o alcance das metas de desempenho institucional em dois exercícios financeiros consecutivos implicará na exoneração imediata dos membros da Direção Superior pelo Chefe do Poder Executivo estadual, mediante solicitação do Secretário de Estado da Saúde.

Art. 23. Compete à Direção Superior da PB Saúde:

I – cumprir e fazer cumprir este Estatuto, as normas em vigor e as políticas e decisões emanadas do Conselho de Administração;

II – exercer a gestão corporativa da PB Saúde;

III – elaborar proposta de planos operativos, regulamentos operacionais internos, peças orçamentárias, planos diretores de investimentos, minutas de contratos, políticas e quadro de pessoal, para submetê-los à prévia apreciação, para aprovação pelo Conselho de Administração, que por sua vez autorizará a Direção Superior da PB Saúde a assumir como suas atribuições:

a) elaborar e executar os planos operativos anuais e quadrienal, o orçamento anual, e o plano diretor de investimentos da PB Saúde;

b) elaborar e zelar pelas normativas e regulamentos internos previstos no artigo 18, inciso III;

c) definir a estrutura organizacional da PB Saúde e o seu regimento interno, bem como a executar a criação de filiais, unidades gestoras, escritórios, representações ou subsidiárias;

d) elaborar e gerenciar o contrato de gestão celebrado entre PB Saúde e a SES-PB;

e) elaborar e gerenciar o quadro de empregos e a estrutura remuneratória de pessoal;

f) planejar e executar a estratégia de longo prazo atualizada com análise de riscos e oportunidades para, no mínimo, os próximos 5 (cinco) anos; e

g) construir o plano operativo anual para o exercício seguinte, contendo as estratégias traçadas para alcançar os objetivos, metas e resultados institucionais a serem alcançados, devendo ser apresentado, até a última reunião ordinária do Conselho de Administração do ano anterior.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Assistente Social

O SERVIÇO SOCIAL: AS POLÍTICAS SOCIAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS E SETORIAIS

O Serviço Social e as Políticas Sociais

A Política Nacional de Assistência Social foi aprovada pela Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) nº 145 de 15/10/2004. Assim, a Assistência Social como política de proteção social configura-se como uma nova situação para o Brasil¹.

Ela significa garantir a todos que dela necessitam, e sem contribuição prévia a provisão dessa proteção. Essa perspectiva significaria apontar quem, quantos, quais e onde estão os brasileiros mandatários de serviços e atenções de assistência social. Numa nova situação, não dispõe de imediato e pronto a análise de sua incidência.

A opção que se construiu para exame da política de assistência social na realidade brasileira parte então da defesa de um certo modo de olhar e quantificar a realidade, a partir de:

- Uma visão social inovadora, dando continuidade ao inaugurado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Assistência Social de 1993, pautada na dimensão ética de incluir “os invisíveis”, os transformados em casos individuais, enquanto de fato são parte de uma situação social coletiva; as diferenças e os diferentes, as disparidades e as desigualdades;
- Uma visão social de proteção, o que supõe conhecer os riscos, as vulnerabilidades sociais a que estão sujeitos, bem como os recursos com que conta para enfrentar tais situações com menor dano pessoal e social possível. Isto supõe conhecer os riscos e as possibilidades de enfrentá-los;
- Uma visão social capaz de captar as diferenças sociais, entendendo que as circunstâncias e os requisitos sociais circundantes do indivíduo e dele em sua família são determinantes para sua proteção e autonomia. Isto exige confrontar a leitura macro social com a leitura micro social;
- Uma visão social capaz de entender que a população tem necessidades, mas também possibilidades ou capacidades que devem e podem ser desenvolvidas. Assim, uma análise de situação não pode ser só das ausências, mas também das presenças até mesmo como desejos em superar a situação atual;
- Uma visão social capaz de identificar forças e não fragilidades que as diversas situações de vida possuam.

Tudo isso significa que a situação atual para a construção da política pública de assistência social precisa levar em conta três vertentes de proteção social: as *pessoas*, as suas *circunstâncias* e dentre elas seu *núcleo de apoio primeiro*, isto é, a *família*.

A proteção social exige a capacidade de maior aproximação possível do cotidiano da vida das pessoas, pois é nele que riscos, vulnerabilidades se constituem. Sob esse princípio é necessário re-

lacionar as pessoas e seus territórios, no caso os municípios que, do ponto de vista federal, são a menor escala administrativa governamental.

O município, por sua vez, poderá ter territorialização intraurbanas, já na condição de outra totalidade que não é a nação. A unidade sócio familiar por sua vez, permite o exame da realidade a partir das necessidades, mas também dos recursos de cada núcleo/domicílio.

O conhecimento existente sobre as demandas por proteção social é genérico, pode medir e classificar as situações do ponto de vista nacional, mas não explicá-las. Este objetivo deverá ser parte do alcance da política nacional em articulação com estudos e pesquisas.

A nova concepção de assistência social como direito à proteção social, direito à seguridade social, tem duplo efeito: o de suprir sob dado padrão pré-definido um recebimento e o de desenvolver capacidades para maior autonomia. Neste sentido ela é aliada ao desenvolvimento humano e social e não tuteladora ou assistencialista, ou ainda, tão só provedora de necessidades ou vulnerabilidades sociais.

O desenvolvimento depende também de capacidade de acesso, vale dizer da redistribuição, ou melhor, distribuição dos acessos a bens e recursos; isto implica em um incremento das capacidades de famílias e indivíduos.

A Política Nacional de Assistência Social se configura necessariamente na perspectiva sócio territorial, tendo os mais de 5.500 municípios brasileiros como suas referências privilegiadas de análise, pois se trata de uma política pública, cujas intervenções se dão essencialmente nas capilaridades dos territórios. Essa característica peculiar da política tem exigido cada vez mais um reconhecimento da dinâmica que se processa no cotidiano das populações.

Por sua vez, ao agir nas capilaridades dos territórios e se confrontar com a dinâmica do real, no campo das informações, essa política inaugura uma outra perspectiva de análise ao tornar visíveis aqueles setores da sociedade brasileira tradicionalmente tidos como invisíveis ou excluídos das estatísticas - população em situação de rua, adolescentes em conflito com a lei, indígenas, quilombolas, idosos, pessoas com deficiência.

Nessa direção, tendo como base informações do Censo Demográfico de 2000 e da Síntese de Indicadores Sociais - 2003, elaborados a partir das informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD de 2002, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, bem como o Atlas de Desenvolvimento Humano 2002, e tendo a Política de Assistência Social assumido a centralidade sociofamiliar no âmbito de suas ações, cabe reconhecer a dinâmica demográfica e socioeconômica associadas aos processos de exclusão/inclusão social, vulnerabilidade aos riscos pessoais e sociais em curso no Brasil, em seus diferentes territórios.

Tendo em vista que normalmente essas informações permitem no máximo o reconhecimento por estado brasileiro, e considerando o fato de que o modelo de desigualdade sócio territorial do país se reproduz na dinâmica das cidades, também se faz necessário um

¹ <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=101000>

panorama desses territórios, espaços privilegiados de intervenção da política de assistência social. Dessa forma, a presente análise situacional buscará também compreender algumas características desse universo de mais de 5.500 cidades brasileiras.

Os dados gerais do país permitem uma análise situacional global e sugerem, ao mesmo tempo, a necessidade de confrontá-los com a realidade que se passa no âmbito dos municípios brasileiros, considerando pelo menos seus grandes grupos:

- Municípios pequenos 1: com população até 20.000 habitantes;
- Municípios pequenos 2: com população entre 20.001 a 50.000 habitantes;
- Municípios médios: com população entre 50.001 a 100.000 habitantes;
- Municípios grandes: com população entre 100.001 a 900.000 habitantes;
- Metrôpoles: com população superior a 900.000 habitantes.

O Serviço Social e as Políticas Públicas e Setoriais

De acordo com o Art. 1º da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (LOAS), *“A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”*.

A Constituição Federal de 1988 traz uma nova concepção para a Assistência Social brasileira. Incluída no âmbito da Seguridade Social e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em dezembro de 1993, como política social pública, a assistência social inicia seu trânsito para um campo novo: o campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal.

A LOAS cria uma nova matriz para a política de assistência social, inserindo-a no sistema do bem-estar social brasileiro concebido como campo de Seguridade Social, configurando o triângulo juntamente com a saúde e a previdência social. A inserção na Seguridade Social aponta, também, para seu caráter de política de Proteção Social articulada a outras políticas do campo social voltadas à garantia de direitos e de condições dignas de vida.

Entende-se por Proteção Social as formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros. Tais sistemas decorrem de certas vicissitudes da vida natural ou social, tais como a velhice, a doença, o infortúnio, as privações.

Neste conceito, também, tanto as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais (como a comida e o dinheiro), quanto os bens culturais (como os saberes), que permitirão a sobrevivência e a integração, sob várias formas na vida social. Ainda, os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades.

Desse modo, a assistência social configura-se como possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo. A proteção social deve garantir as seguintes seguranças: segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia); de acolhida; e, convívio ou vivência familiar.

A segurança de rendimentos não é uma compensação do valor do salário-mínimo inadequado, mas a garantia de que todos tenham uma forma monetária de garantir sua sobrevivência, independentemente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego. É o

caso de pessoas com deficiência, idosos, desempregados, famílias numerosas, famílias desprovidas das condições básicas para sua reprodução social em padrão digno e cidadã.

Por segurança da acolhida, entende-se como uma das seguranças primordiais da política de assistência social. Ela opera com a provisão de necessidades humanas que começa com os direitos à alimentação, ao vestuário, e ao abrigo, próprios à vida humana em sociedade.

A conquista da autonomia na provisão dessas necessidades básicas é a orientação desta segurança da assistência social. É possível, todavia, que alguns indivíduos não conquistem por toda a sua vida, ou por um período dela, a autonomia destas provisões básicas, por exemplo, pela idade, uma criança ou um idoso, por alguma deficiência ou por uma restrição momentânea ou contínua da saúde física ou mental.

Outra situação que pode demandar acolhida, nos tempos atuais, é a necessidade de separação da família ou da parentela por múltiplas situações, como violência familiar ou social, drogadição, alcoolismo, desemprego prolongado e criminalidade. Podem ocorrer também situações de desastre ou acidentes naturais, além da profunda destituição e abandono que demandam tal provisão.

A segurança da vivência familiar ou a segurança do convívio é uma das necessidades a ser preenchida pela política de assistência social. Isto supõe a não aceitação de situações de reclusão, de situações de perda das relações.

É próprio da natureza humana o comportamento gregário. É na relação que o ser cria sua identidade e reconhece a sua subjetividade.

A dimensão societária da vida desenvolve potencialidades, subjetividades coletivas, construções culturais, políticas e, sobretudo, os processos civilizatórios. As barreiras relacionais criadas por questões individuais, grupais, sociais por discriminação ou múltiplas inaceitações ou intolerâncias estão no campo do convívio humano.

A dimensão multicultural, intergeracional, interterritoriais, intersubjetivas, entre outras, devem ser ressaltadas na perspectiva do direito ao convívio. Nesse sentido a Política Pública de Assistência Social marca sua especificidade no campo das políticas sociais, pois configura responsabilidades de Estado próprias a serem asseguradas aos cidadãos brasileiros.

Marcada pelo caráter civilizatório presente na consagração de direitos sociais, a LOAS exige que as provisões assistenciais sejam prioritariamente pensadas no âmbito das garantias de cidadania sob vigilância do Estado, cabendo a este a universalização da cobertura e a garantia de direitos e acesso para serviços, programas e projetos sob sua responsabilidade.

Princípios

Em consonância com o disposto na LOAS, Capítulo II, Seção I, Art. 4º, a Política Nacional de Assistência Social rege-se pelos seguintes princípios democráticos:

I - Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;

II - Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;

III - Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;

IV - Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;

V - Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

Diretrizes

A organização da Assistência Social tem as seguintes diretrizes, baseadas na Constituição Federal de 1988 e na LOAS:

I - *Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social, garantindo o comando único das ações em cada esfera de governo, respeitando-se as diferenças e as características sócio territoriais locais;*

II - *Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;*

III - *Primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo;*

IV - *Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.*

Objetivos

A Política Pública de Assistência Social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, considerando as desigualdades sócio territoriais, visando seu enfrentamento, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais. Sob essa perspectiva, e em concordância com o Art. 2º da LOAS, objetiva:

- Prover serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica e, ou, especial para famílias, indivíduos e grupos que deles necessitarem;
- Contribuir com a inclusão e a equidade dos usuários e grupos específicos, ampliando o acesso aos bens e serviços socioassistenciais básicos e especiais, em áreas urbana e rural;
- Assegurar que as ações no âmbito da assistência social tenham centralidade na família, e que garantam a convivência familiar e comunitária.

Usuários

Constitui o público usuário da política de Assistência Social, cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social.

A HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL E O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO

A História do Serviço Social

O Serviço Social que se instaura no Brasil em 1936 (ano em que se cria o primeiro curso no país, em São Paulo) manteve fortes relações com o Serviço Social europeu, de origem franco-belga, até o fim da Segunda Guerra Mundial. No final dos anos 1940, esta relação é deslocada pela influência do Serviço Social norte-americano, influência que se torna dominante na década de 1950 e prossegue como tal até meados dos anos 1960².

Entre fins da década de 1960 e a entrada dos anos 1990, a interlocução do Serviço Social brasileiro com a Europa foi muito reduzida. Dos anos 1990 aos dias atuais, esta interlocução vem sendo reativada (nomeadamente com Portugal e com a França).

Nesses anos, a renovada relação do Serviço Social brasileiro com seus congêneres europeus tem revelado dimensões contraditórias, numa interação que envolve de fecundos e mútuos estímulos a reações de estranhamento. Um dos tópicos que mais polariza a atenção dos nossos interlocutores europeus diz respeito ao chamado projeto ético-político profissional que é hegemônico no interior do diferenciado e plural Serviço Social brasileiro.

Projeto Ético Político

A expressão projeto ético-político profissional surgiu em 1998, no IX Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, realizado em Goiânia, e acabou por se consolidar, nos meios acadêmicos e profissionais, a partir de 2000. Desde então, tornou-se tema de disciplinas em cursos de licenciatura, objeto de investigação em cursos de pós-graduação, de artigos em revistas especializadas e moeda comum nos círculos profissionais.

A expressão não designa um texto ou um diploma legal, embora se socorra de textos e instrumentos legais. Ela se refere a uma programática profissional, que envolve componentes éticos, políticos e técnicos, programática que resultou da acumulação de investigações acadêmicas conjugadas a desafios postos aos profissionais de campo, de terreno.

Este é talvez um dos traços mais peculiares do projeto ético-político: ele é produto da articulação entre profissionais de terreno (agentes técnicos alocados diretamente às práticas profissionais) e profissionais dedicados especificamente à investigação (alocados especialmente nas universidades) – é, provavelmente, a mais típica resultante de uma viva relação entre teoria e prática: na sua formulação, confluíram os esforços do conjunto da categoria profissional.

Na sua construção, dois sujeitos coletivos foram essenciais: o sistema CFESS-CRESS, sintetizando as inquietudes, as preocupações e a experiência dos profissionais de terreno e a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), com o seu contribuinte essencialmente teórico, e também a Executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) teve incorporadas as suas demandas e interesses.

Para esclarecer a construção do projeto ético-político profissional, é necessário recordar as suas motivações e o contexto em que ela se processa. Como todos sabem, o Brasil, entre 1964 e 1985, esteve submetido a um regime ditatorial de extrema brutalidade. Sob

² Netto, José Paulo. *O projeto ético-político profissional do serviço social brasileiro*. Lusíada. *Intervenção Social*, Lisboa, n.º 42/45 (2º semestre de 2013 a 1º semestre de 2015).

tutela militar, a ditadura brasileira serviu ao grande capital: configurou uma autêntica autocracia burguesa e operou uma sistemática superexploração dos trabalhadores.

Mas, à diferença de outros regimes ditatoriais da América Latina, respaldados pelos Estados Unidos, a ditadura brasileira desenvolveu as forças produtivas e modernizou a estrutura econômica do país. Seu legado foi uma complexa sociedade urbano-industrial marcada por uma máxima desigualdade, em que as expressões da “questão social” atingiram níveis insuportáveis.

A derrota da ditadura, em meados dos anos 1980, e um negociado processo de transição à democracia, culminaram, em 1988, com a elaboração de uma Constituição que abriu espaços efetivamente democráticos. É na sequência da instauração dos institutos democráticos consagrados na Constituição de 1988, com as transformações políticas e sociais deles decorrentes, que as lideranças profissionais do Serviço Social trataram de compatibilizar a legislação profissional, ou seja: os diplomas legais reguladores do exercício profissional e o código de ética, tanto às novas normas constitucionais quanto às novas condições e relações de trabalho em que se inseriam os assistentes sociais.

Entre 1990 e 1993, a representação profissional (então, o sistema CFAS-CRAS, renomeado CFESS-CRESS depois de 1993) articulou um processo nacional de debate e discussão em torno destes dois eixos: a regulamentação profissional e o código de ética adequados aos novos tempos. Tratou-se mesmo de um amplo e democrático debate nacional: em todo o país, organizaram-se sessões de trabalho em que os assistentes sociais de terreno, com a assessoria de juristas e acadêmicos, discutiram à exaustão os seus problemas ético-profissionais, as suas aspirações e demandas.

Reunidas em relatórios de âmbito local, depois regional, as deliberações resultantes dessas sessões de trabalho foram reelaboradas e sintetizadas por uma comissão de âmbito nacional, que as sistematizou e encaminhou às instâncias estatais pertinentes. Assim, em 1993, entrou em vigência o novo Código de Ética Profissional (Resolução/CFESS nº 273/93, 13 de março de 1993) e foi promulgada pelo Executivo Federal a nova Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93, de 7 de junho de 1993).

No processo de elaboração da Lei de Regulamentação da Profissão, que estabelece as exigências legais para o exercício das atividades do assistente social, os seus direitos, as suas atribuições e funções privativas. Em suma: a legislação que institucionaliza o seu estatuto profissional, neste processo o protagonismo dos profissionais de terreno foi essencial, sem prejuízo da relevância das assessorias jurídica e acadêmica a que recorreram. Na elaboração do Código de Ética Profissional, repetiu-se o mesmo protagonismo dos assistentes sociais de terreno, mas a contribuição acadêmica teve um peso ponderável.

Em ambos os casos, foi recuperada criticamente a experiência histórica da categoria profissional no Brasil. Não se partiu do zero nem se fez tabula rasa do passado. Mas foram decisivas as preocupações com as novas realidades, os novos processos sociais e as novas tendências emergentes na transição do século XX ao século XXI na sociedade brasileira.

Deu-se ênfase à natureza profissional do Serviço Social e à condição do seu técnico como trabalhador assalariado (seja na função pública, seja no setor privado). E a categoria profissional teve consciência da necessidade de readequar a formação técnico-acadêmica para embasar o perfil profissional exigido pelas novas condições,

para tanto, incumbiu-se a ABEPSS de redimensionar a formação em nível de licenciatura, com uma nova proposta de plano de estudos e grade curricular.

Em 1996, a ABEPSS formulou as Diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social, explicitando os conteúdos teórico-práticos básicos e mínimos que devem comparecer na formação do assistente social. A proposição apresentada contempla três núcleos de conhecimentos: um que trata dos pressupostos teórico-metodológicos para o conhecimento da vida social; outro que tematiza a formação histórica da sociedade brasileira; e um terceiro, que compreende os fundamentos do trabalho profissional, os componentes metodológicos, técnicos e instrumentais do exercício profissional.

A programática que é a substância do projeto ético-político profissional do Serviço Social brasileiro resulta da articulação que vincula esses três níveis da constituição profissional: a legislação que regula o exercício da profissão, o seu código de ética e os parâmetros da formação acadêmica. Nestes três pilares assenta o projeto ético-político profissional.

O SERVIÇO SOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE

O Brasil apresenta hoje, em termos quantitativos, o segundo corpo profissional de assistentes sociais no mundo, superado apenas pelo contingente de profissionais dos Estados Unidos da América. A enorme expansão das universidades privadas, de cunho empresarial, que se verificou a partir de 1997, é muito responsável pelo grande crescimento da categoria profissional nos últimos dez anos³.

Desde a sua origem, a formação do assistente social teve nível universitário no Brasil e, já na entrada dos anos 1960, estava regulamentada a profissão, ou seja: o Estado, mediante diplomas legais, estabeleceu os requisitos, as funções, atribuições e direitos dos profissionais de Serviço Social, criando as autarquias responsáveis pelo controle do exercício profissional, o então Conselho Federal de Assistentes Sociais/CFAS, mais ou menos equivalente, em Portugal, às ordens dos médicos e dos advogados, com suas delegações regionais, os então Conselhos Regionais de Assistentes Sociais/CRAS.

Esta organização legal da profissão foi alterada em 1993, com uma nova Lei de Regulamentação da Profissão, vigente até hoje e que atende aos interesses da categoria profissional; por esta lei, o CFAS e os CRAS foram transformados no sistema Conselho Federal de Serviço Social-Conselhos Regionais de Serviço Social/CFESS-CRESS. Mas a organização dos assistentes sociais brasileiros estendeu-se para além do sistema CFESS/CRESS.

Ademais da existência de um pequeno número de sindicatos profissionais, reunidos na Federação Nacional dos Sindicatos de Assistentes Sociais/FENAS, duas importantes entidades articulam as relações institucionais da categoria profissional: a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social/ABEPSS e a Executiva Nacional dos Estudantes de Serviço Social/ENESSO, vinculada à União Nacional dos Estudantes/UNE.

A ABEPSS, cujas origens remontam aos anos 1940, é constituída por docentes de cursos de Serviço Social a ela livremente associados e é o espaço institucional em que se discutem e se formulam as orientações gerais para a formação profissional; e, neste âmbito,

³ Netto, José Paulo. *O projeto ético-político profissional do serviço social brasileiro*. Lusíada. *Intervenção Social*, Lisboa, n.º 42/45 (2º semestre de 2013 a 1º semestre de 2015).