



CÓD: OP-008NV-21  
7908403513994

# **SES-RS**

**SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO  
DO RIO GRANDE DO SUL**

Assistente Social

**EDITAL DE ABERTURA N° 15/2021**

## ***Língua Portuguesa***

1. Ortografia - Sistema Oficial (Emprego De Letras, Acentuação, Hífen, Divisão Silábica). - Relações Entre Sons E Letras, Pronúncia E Grafia . . . . .	01
2. Morfologia - Estrutura E Formação De Palavras. Classes De Palavras. Flexão Nominal Da Língua Portuguesa: Padrões Regulares E Formas Irregulares. Flexão Verbal Da Língua Portuguesa: Padrões Regulares E Formas Irregulares . . . . .	03
3. Morfossintaxe E Sintaxe - A Oração E Seus Termos. - Emprego Das Classes De Palavras. Sintaxe De Colocação Das Palavras. - O Período E Sua Construção. Período Simples E Período Composto. Coordenação: Processos, Formas E Sentidos. Subordinação: Processos, Formas E Sentidos . . . . .	10
4. Regência Nominal E Verbal Da Língua Portuguesa. . . . .	13
5. Uso Da Crase . . . . .	14
6. Concordância Nominal E Verbal Da Língua Portuguesa. . . . .	14
7. Equivalência Entre Estruturas; Transformação De Estruturas . . . . .	16
8. Discurso Direto, Indireto E Indireto Livre . . . . .	17
9. Pontuação: Sinais, Seus Empregos E Seus Efeitos De Sentido. . . . .	20
10. Semântica - Significação De Palavras E Expressões. Relações Semânticas Entre Palavras E Expressões (Sinonímia, Antonímia, Hiponímia, Homonímia, Polissemia). - Conotação E Denotação; Sentido Figurado, Sentido Literal. - Relações Semânticas, Lógicas E Enunciativas Entre Frases. - Valores Semânticos Das Classes De Palavras . . . . .	21
11. Valores Dos Tempos, Modos E Vozes Verbais . . . . .	21
12. Efeitos De Sentido Da Ordem De Expressões Na Oração E No Período . . . . .	21
13. Variedades De Linguagem, Tipos E Gêneros Textuais, Adequação De Linguagem . . . . .	21
14. Elementos De Sentido Do Texto: Coerência E Progressão Semântica Do Texto; Relações Contextuais Entre Segmentos De Um Texto; Informações Explícitas, Inferências Válidas, Pressupostos E Implícitos Na Leitura Do Texto . . . . .	23
15. Leitura, Análise E Interpretação De Texto. elementos De Estruturação Do Texto: Recursos De Coesão; Função Referencial De Pronomes; Uso De Nexos Para Estabelecer Relações Entre Segmentos Do Texto; Segmentação Do Texto Em Parágrafos E Sua Organização Temática. - Interpretação Do Texto: Identificação Do Sentido Global De Um Texto; Identificação De Seus Principais Tópicos E De Suas Relações (Estrutura Argumentativa); Síntese Do Texto; Adaptação E Reestruturação Do Texto Para Novos Fins Retóricos . . . . .	25

## ***Governança e Gestão do Sistema Único de Saúde - SUS***

1. Participação e Controle Social; . . . . .	01
2. História e evolução das políticas de saúde no Brasil; . . . . .	03
3. Missão e competência da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul . . . . .	25
4. Políticas de Saúde no Brasil . . . . .	25
5. Redes de atenção à saúde; . . . . .	25
6. Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS; . . . . .	26
7. Sistema Único de Saúde (SUS): evolução, princípios e diretrizes; . . . . .	38
8. Controle Social e Participação Social no Sistema Único de Saúde – SUS; . . . . .	45
9. Gestão e planejamento; financiamento; gestão da saúde nos Estados; Processo de planejamento no Sistema Único de Saúde – SUS; - . . . . .	45
10. Governança regional das redes de atenção à saúde; . . . . .	61
11. Inovação na atenção ambulatorial especializada; . . . . .	61
12. A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde; . . . . .	61
13. Judicialização da saúde; . . . . .	61
14. Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020 a 2028; . . . . .	63
15. Plano Estadual de Saúde 20/23; . . . . .	63
16. A regulação no SUS; . . . . .	63
17. Educação permanente em saúde; . . . . .	64
18. Monitoramento e avaliação. . . . .	73
19. Indicadores de saúde; . . . . .	74
20. Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde – SUS; . . . . .	76
21. Gestão do trabalho em saúde. . . . .	83

## ***Informática***

1. Conhecimentos do Sistema Operacional Microsoft Windows 7 ou superior; . . . . .	01
2. Conhecimentos sobre discos virtuais Google Drive e Microsoft OneDrive; . . . . .	08
3. Conhecimentos sobre editores de textos (Google Docs e Word 365 para Web) em ambientes virtuais; . . . . .	09
4. Conhecimentos sobre serviços de planilhas Online (Google Planilhas e Excel 365 para Web) . . . . .	18

## **Conhecimentos Específicos Assistente Social**

1. Lei de Regulamentação da Profissão nº Lei nº 8.662/93	01
2. Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde	03
3. Estatuto do Idoso	04
4. Estatuto da Criança e do Adolescente	13
5. Estatuto da Pessoa com deficiência	48
6. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	64
7. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos indígenas	67
8. Política Nacional da População em Situação de Rua	68
9. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	70
10. Reforma Sanitária	77
11. Reforma Psiquiátrica	81
12. Fundamentos teóricos, metodológicos, éticos e políticos do Serviço Social	93
13. Planejamento: programas e projetos	93
14. Instrumentalidade do Serviço Social	95
15. Supervisão de Estágio em Serviço Social	105
16. O trabalho do Assistente Social na contemporaneidade	108
17. O trabalho do Assistente Social em tempos de pandemia	117
18. O trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e interprofissional em saúde	120
19. Projeto Terapêutico Singular	121
20. Clínica Ampliada	121
21. Serviço social no trabalho com família(s), grupo(s) e indivíduo(s) sociais	130
22. A pesquisa na atuação do assistente social	166
23. Ética profissional do Assistente Social	169
24. Qualificação e capacitação das equipes dos diversos componentes de atenção à saúde, com incorporação de conteúdo específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente	173

## **Conteúdo Digital**

### **Legislação do SUS**

1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, artigos 5º e 6º e 196 a 200	01
2. Lei Federal nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências	03
3. Lei Federal nº 8.142/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências	12
4. Lei Complementar Federal nº 141/ 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde	13
5. Decreto Federal nº 7.508/2011. Regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	19
6. Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, de 03 de outubro de 1989, artigos 241 a 246	22
7. Portaria de Consolidação nº 1 de 02 de junho de 2021, Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde, dispõe sobre a Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde	23
8. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro, dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde	42
9. Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017, Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro, dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde	71

### **Direito Público**

1. Constituição da República Federativa do Brasil (1988): Art. 1º ao art. 135; art. 145 ao art. 168; art. 193 ao art. 204	01
2. Lei Complementar Estadual/RS nº 10.098, de 03 de fevereiro de 1994 - Estatuto e Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis do Estado do Rio Grande do Sul	01

---

## ÍNDICE

---

3.	Lei Federal nº 8.429, de 02 de junho de 1992, que dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional, e dá outras providências . . . . .	26
4.	Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências. . . . .	34
5.	Lei Complementar Federal nº 101, de 04 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, e dá outras providências. . . . .	38
6.	Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002, que institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. . . . .	53
7.	Decreto Estadual/RS nº 45.746, de 14 de julho de 2008, que institui, no âmbito da Administração Pública Direta e Indireta do Estado do Rio Grande do Sul, o Código de Conduta da Alta Administração, o Código de Ética dos Servidores Públicos Cíveis do Poder Executivo Estadual, cria a Comissão de Ética Pública, e dá outras providências . . . . .	54
8.	Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021 - Lei de Licitações e Contratos Administrativos . . . . .	57
9.	Lei Complementar Estadual/RS nº 15.595, de 19 de janeiro de 2021, que altera a lei nº 14.733, de 15 de setembro de 2015, que dispõe sobre a estrutura administrativa e diretrizes do Poder Executivo do Estado do Rio Grande do Sul, e dá outras providências. . . . .	95
10.	Lei Estadual/RS nº 13.417, de 05 de abril de 2010, que dispõe sobre a reestruturação do Quadro de Funcionários da Saúde Pública, estabelece normas gerais de enquadramento, institui nova tabela de vencimentos, e dá outras providências . . . . .	104
11.	Lei Estadual/RS nº 15.612, de 06 de maio de 2021, que dispõe sobre o processo administrativo do Estado do Rio Grande do Sul	110
12.	Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, e dá outras providências . . . . .	117
13.	Decreto Estadual/RS nº 55.718, de 12 de janeiro de 2021, que dispõe sobre a estrutura básica da Secretária da Saúde . . . . .	139
14.	Lei Complementar Federal nº 131, de 27 de maio de 2009, que altera e acrescenta dispositivos à Lei Complementar Federal nº 101/2000. . . . .	140
15.	Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) . . . . .	141
16.	Lei Federal nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, e dá outras providências. . . . .	153
17.	Lei Federal nº 12.288, de 20 de julho de 2010 - Estatuto da Igualdade Racial . . . . .	158
18.	Lei Estadual/RS nº 13.694, de 19 de janeiro de 2011 - Estatuto Estadual da Igualdade Racial . . . . .	164

### **Atenção**

- Para estudar o Conteúdo Digital Complementar e Exclusivo acesse sua “Área do Cliente” em nosso site.

<https://www.apostilasopcao.com.br/errata-retificacao>

---

**ORTOGRAFIA - SISTEMA OFICIAL (EMPREGO DE LETRAS, ACENTUAÇÃO, HÍFEN, DIVISÃO SILÁBICA). - RELAÇÕES ENTRE SONS E LETRAS, PRONÚNCIA E GRAFIA**

A ortografia oficial diz respeito às regras gramaticais referentes à escrita correta das palavras. Para melhor entendê-las, é preciso analisar caso a caso. Lembre-se de que a melhor maneira de memorizar a ortografia correta de uma língua é por meio da leitura, que também faz aumentar o vocabulário do leitor.

Neste capítulo serão abordadas regras para dúvidas frequentes entre os falantes do português. No entanto, é importante ressaltar que existem inúmeras exceções para essas regras, portanto, fique atento!

### Alfabeto

O primeiro passo para compreender a ortografia oficial é conhecer o alfabeto (os sinais gráficos e seus sons). No português, o alfabeto se constitui 26 letras, divididas entre **vogais** (a, e, i, o, u) e **consoantes** (restante das letras).

Com o Novo Acordo Ortográfico, as consoantes **K**, **W** e **Y** foram reintroduzidas ao alfabeto oficial da língua portuguesa, de modo que elas são usadas apenas em duas ocorrências: **transcrição de nomes próprios** e **abreviaturas e símbolos de uso internacional**.

### Uso do “X”

Algumas dicas são relevantes para saber o momento de usar o X no lugar do CH:

- Depois das sílabas iniciais “me” e “en” (ex: mexerica; enxergar)
- Depois de ditongos (ex: caixa)
- Palavras de origem indígena ou africana (ex: abacaxi; orixá)

### Uso do “S” ou “Z”

Algumas regras do uso do “S” com som de “Z” podem ser observadas:

- Depois de ditongos (ex: coisa)
- Em palavras derivadas cuja palavra primitiva já se usa o “S” (ex: casa > casinha)
- Nos sufixos “ês” e “esa”, ao indicarem nacionalidade, título ou origem. (ex: portuguesa)
- Nos sufixos formadores de adjetivos “ense”, “oso” e “osa” (ex: populoso)

### Uso do “S”, “SS”, “Ç”

- “S” costuma aparecer entre uma vogal e uma consoante (ex: diversão)
- “SS” costuma aparecer entre duas vogais (ex: processo)
- “Ç” costuma aparecer em palavras estrangeiras que passaram pelo processo de aportuguesamento (ex: muçarela)

### Os diferentes porquês

<b>POR QUE</b>	Usado para fazer perguntas. Pode ser substituído por “por qual motivo”
<b>PORQUE</b>	Usado em respostas e explicações. Pode ser substituído por “pois”
<b>POR QUÊ</b>	O “que” é acentuado quando aparece como a última palavra da frase, antes da pontuação final (interrogação, exclamação, ponto final)
<b>PORQUÊ</b>	É um substantivo, portanto costuma vir acompanhado de um artigo, numeral, adjetivo ou pronome

### Parônimos e homônimos

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

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

Já as palavras **homônimas** são aquelas que possuem a mesma grafia e pronúncia, porém têm significados diferentes. **Ex:** *rio* (verbo “rir”) X *rio* (curso d’água); *manga* (blusa) X *manga* (fruta).

A acentuação é uma das principais questões relacionadas à Ortografia Oficial, que merece um capítulo a parte. Os acentos utilizados no português são: **acento agudo** (´); **acento grave** (`); **acento circunflexo** (^); **cedilha** (ç) e **til** (~).

Depois da reforma do Acordo Ortográfico, a **trema** foi excluída, de modo que ela só é utilizada na grafia de nomes e suas derivações (ex: Müller, mülleriano).

Esses são sinais gráficos que servem para modificar o som de alguma letra, sendo importantes para marcar a sonoridade e a intensidade das sílabas, e para diferenciar palavras que possuem a escrita semelhante.

A sílaba mais intensa da palavra é denominada **sílaba tônica**. A palavra pode ser classificada a partir da localização da sílaba tônica, como mostrado abaixo:

- **OXÍTONA:** a última sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: café)
- **PAROXÍTONA:** a penúltima sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: automóvel)
- **PROPAROXÍTONA:** a antepenúltima sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: lâmpada)

As demais sílabas, pronunciadas de maneira mais sutil, são denominadas **sílabas átonas**.

## Regras fundamentais

CLASSIFICAÇÃO	REGRAS	EXEMPLOS
<b>OXÍTONAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>terminadas em A, E, O, EM, seguidas ou não do plural</li> <li>seguidas de -LO, -LA, -LOS, -LAS</li> </ul>	cipó(s), pé(s), armazém respeitá-la, compô-lo, comprometê-los
<b>PAROXÍTONAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>terminadas em I, IS, US, UM, UNS, L, N, X, PS, Ã, ÃS, ÃO, ÃOS</li> <li>ditongo oral, crescente ou decrescente, seguido ou não do plural</li> <li>(OBS: Os ditongos “EI” e “OI” perderam o acento com o Novo Acordo Ortográfico)</li> </ul>	táxi, lápis, vírus, fórum, cadáver, tórax, bíceps, ímã, órfão, órgãos, água, mágoa, pônei, ideia, geleia, paranoico, heroico
<b>PROPAROXÍTONAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>todas são acentuadas</li> </ul>	cólica, analítico, jurídico, hipérbole, último, álibi

## Regras especiais

REGRA	EXEMPLOS
Acentua-se quando “I” e “U” tônicos formarem hiato com a vogal anterior, acompanhados ou não de “S”, desde que não sejam seguidos por “NH” OBS: Não serão mais acentuados “I” e “U” tônicos formando hiato quando vierem depois de ditongo	saída, faísca, baú, país feiura, Bocaiuva, Sauipe
Acentua-se a 3ª pessoa do plural do presente do indicativo dos verbos “TER” e “VIR” e seus compostos	têm, obtêm, contêm, vêm
Não são acentuados hiatos “OO” e “EE”	leem, voo, enjoo
Não são acentuadas palavras homógrafas OBS: A forma verbal “PÔDE” é uma exceção	pelo, pera, para

Muitas pessoas acham que fonética e fonologia são sinônimos. Mas, embora as duas pertençam a uma mesma área de estudo, elas são diferentes.

**Fonética**

Segundo o dicionário Houaiss, *fonética* “é o estudo dos sons da fala de uma língua”. O que isso significa? A fonética é um ramo da Linguística que se dedica a analisar os sons de modo físico-articulador. Ou seja, ela se preocupa com o movimento dos lábios, a vibração das cordas vocais, a articulação e outros movimentos físicos, mas não tem interesse em saber do conteúdo daquilo que é falado. A fonética utiliza o Alfabeto Fonético Internacional para representar cada som.

Sintetizando: a fonética estuda o movimento físico (da boca, lábios...) que cada som faz, desconsiderando o significado desses sons.

**Fonologia**

A fonologia também é um ramo de estudo da Linguística, mas ela se preocupa em analisar a organização e a classificação dos sons, separando-os em unidades significativas. É responsabilidade da fonologia, também, cuidar de aspectos relativos à divisão silábica, à acentuação de palavras, à ortografia e à pronúncia.

Sintetizando: a fonologia estuda os sons, preocupando-se com o significado de cada um e não só com sua estrutura física.

Bom, agora que sabemos que fonética e fonologia são coisas diferentes, precisamos de entender o que é fonema e letra.

**Fonema**: os fonemas são as menores unidades sonoras da fala. Atenção: estamos falando de menores unidades de som, não de sílabas. Observe a diferença: na palavra pato a primeira sílaba é pa-. Porém, o primeiro som é pê (P) e o segundo som é a (A).

**Letra**: as letras são as menores unidades gráfica de uma palavra.

Sintetizando: na palavra pato, pa- é a primeira sílaba; pê é o primeiro som; e P é a primeira letra.

Agora que já sabemos todas essas diferenciações, vamos entender melhor o que é e como se compõe uma sílaba.

**Sílaba**: A sílaba é um fonema ou conjunto de fonemas que emitido em um só impulso de voz e que tem como base uma vogal. A sílabas são classificadas de dois modos:

**Classificação quanto ao número de sílabas:**

As palavras podem ser:

- Monossílabas: as que têm uma só sílaba (pé, pá, mão, boi, luz, é...)
- Dissílabas: as que têm duas sílabas (café, leite, noites, caí, bota, água...)
- Trissílabas: as que têm três sílabas (caneta, cabeça, saúde, circuito, boneca...)
- Polissílabas: as que têm quatro ou mais sílabas (casamento, jesuíta, irresponsabilidade, paralelepípedo...)

**Classificação quanto à tonicidade**

As palavras podem ser:

- **Oxítonas:** quando a sílaba tônica é a última (ca-**fé**, ma-ra-cu-**já**, ra-**paz**, u-ru-**bu**...)
- **Paroxítonas:** quando a sílaba tônica é a penúltima (**me**-sa, sa-bo-**ne**-te, **ré**-gua...)
- **Proparoxítonas:** quando a sílaba tônica é a antepenúltima (**sá**-ba-do, **tô**-ni-ca, his-**tó**-ri-co...)

Lembre-se que:

**Tônica:** a sílaba mais forte da palavra, que tem autonomia fonética.

**Átona:** a sílaba mais fraca da palavra, que não tem autonomia fonética.

Na palavra *telefone*: te-, le-, ne- são sílabas átonas, pois são mais fracas, enquanto que fo- é a sílaba tônica, já que é a pronunciada com mais força.

Agora que já sabemos essas classificações básicas, precisamos entender melhor como se dá a divisão silábica das palavras.

**Divisão silábica**

A divisão silábica é feita pela silabação das palavras, ou seja, pela pronúncia. Sempre que for escrever, use o hífen para separar uma sílaba da outra. Algumas regras devem ser seguidas neste processo:

Não se separa:

- **Ditongo:** encontro de uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (cau-le, gai-o-la, ba-lei-a...)
- **Tritongo:** encontro de uma semivogal, uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (Pa-ra-guai, quais-quer, a-ve-ri-guou...)
- **Dígrafo:** quando duas letras emitem um único som na palavra. Não separamos os dígrafos ch, lh, nh, gu e qu (fa-**cha**-da, co-lhei-ta, fro-**nha**, pe-**guei**...)
- **Encontros consonantais inseparáveis:** re-cla-mar, psi-có-lo-go, pa-trão...)

Deve-se separar:

- **Hiatos:** vogais que se encontram, mas estão em sílabas vizinhas (sa-ú-de, Sa-a-ra, ví-a-mos...)
- Os **dígrafos** rr, ss, sc, e xc (car-ro, pás-sa-ro, pis-ci-na, ex-ce-ção...)
- **Encontros consonantais separáveis:** in-fec-ção, mag-nó-lia, rit-mo...)

**MORFOLOGIA - ESTRUTURA E FORMAÇÃO DE PALAVRAS. CLASSES DE PALAVRAS. FLEXÃO NOMINAL DA LÍNGUA PORTUGUESA: PADRÕES REGULARES E FORMAS IRREGULARES. FLEXÃO VERBAL DA LÍNGUA PORTUGUESA: PADRÕES REGULARES E FORMAS IRREGULARES**
**Classes de Palavras**

Para entender sobre a estrutura das funções sintáticas, é preciso conhecer as classes de palavras, também conhecidas por classes morfológicas. A gramática tradicional pressupõe 10 classes gramaticais de palavras, sendo elas: adjetivo, advérbio, artigo, conjunção, interjeição, numeral, pronome, preposição, substantivo e verbo.

Veja, a seguir, as características principais de cada uma delas.

CLASSE	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
ADJETIVO	Expressar características, qualidades ou estado dos seres Sofre variação em número, gênero e grau	Menina <i>inteligente</i> ... Roupa <i>azul-marinho</i> ... Brincadeira <i>de criança</i> ... Povo <i>brasileiro</i> ...
ADVÉRBIO	Indica circunstância em que ocorre o fato verbal Não sofre variação	A ajuda chegou <i>tarde</i> . A mulher trabalha <i>muito</i> . Ele dirigia <i>mal</i> .
ARTIGO	Determina os substantivos (de modo definido ou indefinido) Varia em gênero e número	A galinha botou <i>um</i> ovo. <i>Uma</i> menina deixou <i>a</i> mochila no ônibus.
CONJUNÇÃO	Liga ideias e sentenças (conhecida também como conectivos) Não sofre variação	Não gosto de refrigerante <i>nem</i> de pizza. Eu vou para a praia <i>ou</i> para a cachoeira?
INTERJEIÇÃO	Exprime reações emotivas e sentimentos Não sofre variação	<i>Ah!</i> Que calor... Escapei por pouco, <i>ufa!</i>

NUMERAL	Atribui quantidade e indica posição em alguma sequência Varia em gênero e número	Gostei muito do <i>primeiro</i> dia de aula. <i>Três</i> é a <i>metade</i> de <i>seis</i> .
PRONOME	Acompanha, substitui ou faz referência ao substantivo Varia em gênero e número	Posso <i>ajudar</i> , senhora? <i>Ela me</i> ajudou muito com o <i>meu</i> trabalho. <i>Esta</i> é a casa <i>onde</i> eu moro. <i>Que</i> dia é hoje?
PREPOSIÇÃO	Relaciona dois termos de uma mesma oração Não sofre variação	Espero <i>por</i> você essa noite. Lucas gosta <i>de</i> tocar violão.
SUBSTANTIVO	Nomeia objetos, pessoas, animais, alimentos, lugares etc. Flexionam em gênero, número e grau.	A <i>menina</i> jogou sua <i>boneca</i> no <i>rio</i> . A <i>matilha</i> tinha muita <i>coragem</i> .
VERBO	Indica ação, estado ou fenômenos da natureza Sofre variação de acordo com suas flexões de modo, tempo, número, pessoa e voz. Verbos não significativos são chamados verbos de ligação	Ana se <i>exercita</i> pela manhã. Todos <i>parecem</i> meio bobos. <i>Chove</i> muito em Manaus. A cidade é muito bonita quando vista do alto.

### Substantivo

#### Tipos de substantivos

Os substantivos podem ter diferentes classificações, de acordo com os conceitos apresentados abaixo:

- **Comum:** usado para nomear seres e objetos generalizados. Ex: *mulher; gato; cidade...*
- **Próprio:** geralmente escrito com letra maiúscula, serve para especificar e particularizar. Ex: *Maria; Garfield; Belo Horizonte...*
- **Coletivo:** é um nome no singular que expressa ideia de plural, para designar grupos e conjuntos de seres ou objetos de uma mesma espécie. Ex: *matilha; enxame; cardume...*
- **Concreto:** nomeia algo que existe de modo independente de outro ser (objetos, pessoas, animais, lugares etc.). Ex: *menina; cachorro; praça...*
- **Abstrato:** depende de um ser concreto para existir, designando sentimentos, estados, qualidades, ações etc. Ex: *saudade; sede; imaginação...*
- **Primitivo:** substantivo que dá origem a outras palavras. Ex: *livro; água; noite...*
- **Derivado:** formado a partir de outra(s) palavra(s). Ex: *pedreiro; livraria; noturno...*
- **Simples:** nomes formados por apenas uma palavra (um radical). Ex: *casa; pessoa; cheiro...*
- **Composto:** nomes formados por mais de uma palavra (mais de um radical). Ex: *passatempo; guarda-roupa; girassol...*

#### Flexão de gênero

Na língua portuguesa, todo substantivo é flexionado em um dos dois gêneros possíveis: **feminino** e **masculino**.

O **substantivo biforme** é aquele que flexiona entre masculino e feminino, mudando a desinência de gênero, isto é, geralmente o final da palavra sendo **-o** ou **-a**, respectivamente (Ex: *menino / menina*). Há, ainda, os que se diferenciam por meio da pronúncia / acentuação (Ex: *avô / avó*), e aqueles em que há ausência ou presença de desinência (Ex: *irmão / irmã; cantor / cantora*).

O **substantivo uniforme** é aquele que possui apenas uma forma, independente do gênero, podendo ser diferenciados quanto ao gênero a partir da flexão de gênero no artigo ou adjetivo que o acompanha (Ex: *a cadeira / o poste*). Pode ser classificado em **epiceno** (refere-se aos animais), **sobrecomum** (refere-se a pessoas) e **comum de dois gêneros** (identificado por meio do artigo).

É preciso ficar atento à **mudança semântica** que ocorre com alguns substantivos quando usados no masculino ou no feminino, trazendo alguma especificidade em relação a ele. No exemplo *o fruto X a fruta* temos significados diferentes: o primeiro diz respeito ao órgão que protege a semente dos alimentos, enquanto o segundo é o termo popular para um tipo específico de fruto.

#### Flexão de número

No português, é possível que o substantivo esteja no **singular**, usado para designar apenas uma única coisa, pessoa, lugar (Ex: *bola; escada; casa*) ou no **plural**, usado para designar maiores quantidades (Ex: *bolas; escadas; casas*) — sendo este último representado, geralmente, com o acréscimo da letra **S** ao final da palavra.

Há, também, casos em que o substantivo não se altera, de modo que o plural ou singular devem estar marcados a partir do contexto, pelo uso do artigo adequado (Ex: *o lápis / os lápis*).

#### Variação de grau

Usada para marcar diferença na grandeza de um determinado substantivo, a variação de grau pode ser classificada em **aumentativo** e **diminutivo**.

Quando acompanhados de um substantivo que indica grandeza ou pequenez, é considerado **analítico** (Ex: *menino grande / menino pequeno*).

Quando acrescentados sufixos indicadores de aumento ou diminuição, é considerado **sintético** (Ex: *meninão / menininho*).

#### Novo Acordo Ortográfico

De acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, as **letras maiúsculas** devem ser usadas em nomes próprios de pessoas, lugares (cidades, estados, países, rios), animais, acidentes geográficos, instituições, entidades, nomes astronômicos, de festas e festividades, em títulos de periódicos e em siglas, símbolos ou abreviaturas.

## PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

### Participação e Controle Social no SUS

Os movimentos sociais ocorridos durante a década de 80 na busca por um Estado democrático aos serviços de saúde impulsionaram a modificação do modelo vigente de controle social da época que culminou com a criação do SUS a partir da Constituição Federativa de 1988.

O objetivo deste texto é realizar uma análise deste modelo de participação popular e controle social no SUS, bem como favorecer reflexões aos atores envolvidos neste cenário, através de uma pesquisa narrativa baseada em publicações relevantes produzidas no Brasil nos últimos 11 anos.

**É insuficiente o controle social estar apenas na lei, é preciso que este aconteça na prática. Entretanto, a sociedade civil, ainda não ocupa de forma efetiva esses espaços de participação.**

O processo de criação do SUS teve início a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde (LOA), nº 8080/90 e nº 8.142/90, sendo estabelecidas nestas as diretrizes e normas que direcionam o novo sistema de saúde, bem como aspectos relacionados a sua organização e funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios além de disciplinar o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde (FINKELMAN, 2002; FARIA, 2003; SOUZA, 2003).

O SUS nos trouxe a ampliação da assistência à saúde para a coletividade, possibilitando, com isso, um novo olhar às ações, serviços e práticas assistenciais. Sendo estas norteadas pelos princípios e diretrizes: Universalidade de acesso aos serviços de saúde; Integralidade da assistência; Equidade; Descentralização Político-administrativa; Participação da comunidade; regionalização e hierarquização (REIS, 2003). A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde.

No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado (ARANTES et al., 2007). Nesse contexto, enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde, através da garantia da participação no planejamento do enfrentamento dos problemas prioritizados, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada (BRASIL, 2006).

Sendo o SUS a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, esta não somente reitera o exercício do controle social sob as práticas de saúde, mas também evidencia a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados em seu arcabouço jurídico, além dos reconhecidos pela Lei Orgânica de saúde de nº 8.142/90, os conselhos e as conferências de saúde. Destaca, ainda, as audiências públicas e outros mecanismos de audiência da sociedade, de usuários e de trabalhadores sociais (CONASS, 2003; BARBOSA, 2009; COSSETIN, 2010).

Ademais, a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 estabelece em seu art. 12 a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Entretanto, é a Lei n.º

8.142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS. Legitimando assim os interesses da população no exercício do controle social (BRASIL, 2009).

Essa perspectiva é considerada uma das formas mais avançadas de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da saúde das comunidades.

Amiúde, as condições necessárias para que se promova a democratização da gestão pública em saúde se debruça com a discussão em torno do controle social em saúde.

O presente estudo tem como objetivo realizar uma análise do modelo vigente de participação popular e controle social no SUS e ainda elucidar questões que permitirão entender melhor a participação e o controle social, bem como favorecer algumas reflexões a todos os atores envolvidos no cenário do SUS.

### Participação e Controle Social

Após um longo período no qual a população viveu sob um estado ditatorial, com a centralização das decisões, o tecnicismo e o autoritarismo, durante a década de 1980 ocorreu uma abertura democrática que reconhece a necessidade de revisão do modelo de saúde vigente na época, com propostas discutidas em ampliar a participação popular nas decisões e descentralizar a gestão pública em saúde, com vistas a aproximar as decisões do Estado ao cotidiano dos cidadãos brasileiros (DALLARI, 2000; SCHNEIDER et al., 2009; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Nessa perspectiva, a dimensão histórica adquire relevância essencial para a compreensão do controle social, o que pode provocar reações contraditórias. De fato, o controle social foi historicamente exercido pelo Estado sobre a sociedade durante muitos anos, na época da ditadura militar.

É oportuno destacar que a ênfase ao controle social que aqui será dada refere-se às ações que os cidadãos exercem para monitorar, fiscalizar, avaliar, interferir na gestão estatal e não o inverso. Pois, como vimos, também denominam-se controle social as ações do Estado para controlar a sociedade, que se dá por meio da legislação, do aparato institucional ou mesmo por meio da força.

A organização e mobilização popular realizada na década de 80, do século XX, em prol de um Estado democrático e garantidor do acesso universal aos direitos a saúde, coloca em evidência a possibilidade de inversão do controle social. Surge, então, a perspectiva de um controle da sociedade civil sobre o Estado, sendo incorporada pela nova Constituição Federal de 1988 juntamente com a criação do SUS (CONASS, 2003).

A participação popular na gestão da saúde é prevista pela Constituição Federal de 1998, em seu artigo 198, que trata das diretrizes do SUS: descentralização, integralidade e a participação da comunidade. Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema, com o intuito de torná-lo mais adequado a atender às necessidades da população brasileira (BRASIL, 2006; WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006; OLIVEIRA, 2003).

A discussão com ênfase dada ao controle social na nova Constituição se expressa em novas diretrizes para a efetivação deste por meio de instrumentos normativos e da criação legal de espaços institucionais que garantem a participação da sociedade civil organizada na fiscalização direta do executivo nas três esferas de governo. Na atualidade, muitas expressões são utilizadas corriqueiramente para caracterizar a participação popular na gestão pública de saúde, a que consta em nossa Carta Magna e o termo 'participação da comunidade na saúde'. Porém, iremos utilizar aqui o termo mais

comum em nosso meio: 'controle social'. Sendo o controle social uma importante ferramenta de democratização das organizações, busca-se adotar uma série de práticas que efetivem a participação da sociedade na gestão (GUIZARDI et al., 2004).

Embora o termo controle social seja o mais utilizado, consideramos que se trata de um reducionismo, uma vez que este não traduz a amplitude do direito assegurado pela nova Constituição Federal de 1988, que permite não só o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos. Este também se manifesta através da ação, onde cidadãos e políticos têm um papel social a desempenhar através da execução de suas funções, ou ainda através da proposição, onde cidadãos participam da formulação de políticas, intervindo em decisões e orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas com objetivo de atender aos legítimos interesses públicos (NOGUEIRA, 2004; BRASIL, 2011b; MENEZES, 2010).

Fonte: <http://cebes.org.br/2013/05/participacao-popular-e-o-controle-social-como-diretriz-do-sus-uma-revisao-narrativa/>

### Estratégias operacionais e metodológicas para o controle social

Recomenda-se que o processo de educação permanente para o controle social no SUS ocorra de forma descentralizada, respeitando as específicas cidades e condições locais a fim de que possa ter maior efetividade.

Considerando que os membros do Conselho de Saúde renovam-se periodicamente e outros sujeitos sociais alternam-se em suas representações, e o fato de estarem sempre surgindo novas demandas oriundas das mudanças conjunturais, torna-se necessário que o processo de educação permanente para o controle social esteja em constante construção e atualização.

A operacionalização do processo de educação permanente para o controle social no SUS deve considerar a seleção, preparação do material e a identificação de sujeitos sociais que tenham condições de transmitir informações e possam atuar como facilitadores e incentivadores das discussões sobre os temas a serem tratados. Para isso é importante:

- identificar as parcerias a serem envolvidas, como: universidades, núcleos de saúde, escolas de saúde pública, técnicos e especialistas autônomos ou ligados a instituições, entidades dos segmentos sociais representados nos Conselhos, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e outras organizações da sociedade que atuem na área de saúde. Na identificação e articulações das parcerias, deve ficar clara a atribuição dos conselhos, conselheiros e parceiros;
- realizar as atividades de educação permanente para os conselheiros e os demais sujeitos sociais de acordo com a realidade local, garantindo uma carga horária que possibilite a participação e a ampla discussão dos temas, democratização das informações e a utilização de técnicas pedagógicas para o controle social que facilitem a construção dos conteúdos teóricos e, também, a interação do grupo. Sugere-se que as atividades de educação permanente para o controle social no SUS sejam enfocadas em dois níveis: um geral, garantindo a representação de todos os segmentos, e outro específico, que poderá ser estruturado e oferecido de acordo com o interesse ou a necessidade dos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde e os demais órgãos da sociedade.

Para promover o alcance dos objetivos do processo de educação permanente para o controle social no SUS, recomenda-se a utilização de metodologias que busquem a construção coletiva de conhecimentos, baseada na experiência do grupo, levando-se em consideração o conhecimento como prática concreta e real dos sujeitos a partir de suas vivências e histórias. Metodologias essas que ultrapassem as velhas formas autoritárias de lidar com a aprendizagem e muitas vezes utilizadas como, por exemplo, a da comunicação unilateral, que transforma o indivíduo num mero receptor de teorias e conteúdos.

Recomenda-se, também, a utilização de dinâmicas que propiciem um ambiente de troca de experiências, de reflexões pertinentes à atuação dos Conselheiros de Saúde e dos sujeitos sociais e de técnicas que favoreçam a sua participação e integração, como, por exemplo, reuniões de grupo, plenárias, estudos dirigidos, seminários, oficinas, todos envolvendo debates.

A 12.ª Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA..., 2005) recomendou a realização de ações para educação permanente e propôs que as atividades do Conselheiro de Saúde fossem consideradas de relevância pública. Essa proposição foi contemplada na Resolução n.º 333/2003 (BRASIL, 2003c), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, que garante ao Conselheiro de Saúde a dispensa, sem prejuízo, do seu trabalho, para participar das reuniões, eventos, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

Assim, o processo proposto, especialmente, no que diz respeito aos Conselhos de Saúde deve dar conta da intensa renovação de Conselheiros de Saúde, que ocorre em razão do final dos mandatos, ou por decisão da instituição ou entidade de substituir o seu representante. Isto requer, no mínimo, a oferta de material básico informativo, uma capacitação inicial promovida pelo Conselho de Saúde e a garantia de mecanismos que disponibilizem informações aos novos Conselheiros.

Sugestões de material de apoio:

- Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU);
- Declaração dos Direitos da Criança e Adolescente (Unicef);
- Declaração de Otawa, Declaração de Bogotá e outras;
- Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2003) – Capítulo da Ordem Social;
  - Leis Federais: 8.080/90 (BRASIL, 1990a), 8.142/90 (BRASIL, 1990b), 8.689/93 (BRASIL, 1993), 9.656/98 (BRASIL, 1998) e respectivas Medidas Provisórias;
  - Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde;
  - Normas Operacionais do SUS;
  - Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho (NOB/ RH – SUS), 2005 (BRASIL, 2005), Diretrizes e Competências da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) e das Condições de Gestão dos Estados e Municípios;
    - Constituição do Estado e Leis Orgânicas do Estado, do Distrito Federal e Município;
    - Seleção de Deliberações do Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pactuações das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite;
  - Resoluções e deliberações do Conselho de Saúde relacionadas à Gestão em Saúde: Plano de Saúde, Financiamento, Normas, Direção e Execução, Planejamento – que compreende programação, orçamento, acompanhamento e avaliação;
    - Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 333/2003 (BRASIL, 2003c), Resolução n.º 322/2003 (BRASIL, 2003b), Resolução n.º 196/96 (BRASIL, 1996) e outras correspondentes com mesmo mérito, e deliberações no campo do controle social – formulação de estratégias e controle da execução pelos Conselhos de Saúde e pela sociedade.

A definição dos conteúdos básicos de educação permanente para o controle social no SUS deve ser objeto de deliberação pelos plenários dos Conselhos de Saúde nas suas respectivas esferas governamentais.

Recomenda-se que, para esse processo, seja prevista a criação de instrumentos de acompanhamento e avaliação dos resultados das atividades

### Responsabilidades

#### Esferas governamentais

Compete ao Estado, nas três esferas do governo:

a) Oferecer todas as condições necessárias para que o processo de educação permanente para o controle social ocorra, garantindo o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde e a realização das ações para a educação permanente e controle social dos demais sujeitos sociais.

b) Promover o apoio à produção de materiais didáticos destinados às atividades de educação permanente para o controle social no SUS, ao desenvolvimento e utilização de métodos, técnicas e fomento à pesquisa que contribuam para esse processo.

#### Ministério da Saúde

a) Incentivar e apoiar, inclusive nos aspectos financeiros e técnicos, as instâncias estaduais, municipais e do Distrito Federal para o processo de elaboração e execução da política de educação permanente para o controle social no SUS;

b) Manter disponível e atualizado o acervo de referências sobre saúde e oferecer material informativo básico e audiovisual que propicie a veiculação de temas de interesse geral em saúde, tais como: legislação, orçamento, direitos em saúde, modelo assistencial, modelo de gestão e outros.

## HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

### Evolução Histórica da Saúde Pública e das políticas de saúde no Brasil

As políticas públicas de saúde no Brasil têm sofrido modificações ao longo dos anos, e tais mudanças historicamente têm sido pelo menos aparentemente para adequarem-se aos contextos políticos, econômicos e sociais. Somente com a chegada da família real, em 1808, é que algumas normas sanitárias foram impostas para os portos, numa tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas que pudessem colocar em risco a integridade da saúde da realeza. Em 1822, com a Independência do Brasil, algumas políticas de saúde foram implantadas, tais políticas eram referentes ao controle dos portos e atribuía às províncias quaisquer decisões sobre tais questões.

Somente com a Proclamação da República, em 1889, é que as práticas de saúde em nível nacional tiveram início. Oswaldo Cruz e Carlos Chagas que estiveram à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), implementaram um modelo sanitista visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando-se responsável pelos serviços sanitários e de profilaxia no país, respectivamente.

O Estado brasileiro teve sua primeira intervenção em 1923, com a Lei Elói Chaves, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que asseguravam aos trabalhadores e empresas assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) passando a abranger uma quantidade maior de trabalhadores(3). Conforme refere Figueiredo; Tonini (2007), ao extinguir os IAPs, em

1967, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi implantado, atendendo, também, trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e trabalhadores com carteira assinada através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Somente no final da década de 80 deixou de exigir carteira de trabalho para atendimentos em hospitais, tornando a saúde menos excludente e mais universal.

Na década de 70 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária que tinha como objetivo conquistar a democracia para mudar o sistema de saúde. O conceito saúde – doença bem como o processo de trabalho e a determinação social da doença foram rediscutidos(4). No final da década de 80 o quadro social e político no país era diferente, onde o movimento de redemocratização expandia-se pelos estados brasileiros e a oposição ganhava força no Congresso Nacional. Dentro desse contexto ocorria, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que tinha como presidente Sérgio Arouca e que, pela primeira vez, foi verdadeiramente popular refletindo o momento pelo qual o país passava. O grande marco da VIII Conferência Nacional de Saúde foi a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que posteriormente tornou-se Sistema Único de Saúde (SUS) além de ter consolidado as ideias da Reforma Sanitária.

A saúde ganhou espaço a partir de então com a Constituição Federal de 1988 (CF\88) que criou o SUS rompendo, dessa forma, com o antigo modelo de saúde que era dominado pelo sistema previdenciário. A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Os princípios e diretrizes estabelecidos foram: descentralização, integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização.

O SUS foi regulamentado em 1990, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei Nº 8.080 e a Lei Nº 8.142 onde se deu destaque para a construção de um modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, controle social, descentralização e regionalização com base municipal. A primeira LOS regulamenta o SUS em todo o país definindo seus princípios e diretrizes, que contemplam a universalidade, a integralidade da assistência, equidade, descentralização e a participação da comunidade. Estabelece condições para o norteamo do gerenciamento e sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde. A segunda regulamenta a participação da sociedade na formulação das políticas de saúde, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos através do Fundo Nacional de Saúde, que faria o repasse de forma regular e automática para cada esfera.

As Normas Operacionais Básicas (NOB's) foram instituídas para nortear a operacionalização do sistema, sendo a mais importante a NOB\SUS 01-96, pois a partir dela o município tornou-se o principal responsável por atender às necessidades do cidadão com requisitos de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, onde o Município passou a ser responsável, dentre outras, pela elaboração da programação municipal dos serviços básicos de saúde bem como pelos serviços de referência ambulatorial especializada e hospitalar; executar ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, de média e alta complexidade; manter os sistemas de cadastros atualizados e avaliar o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população e do meio ambiente.

A União passou a normalizar e financiar e os Municípios a executar as ações. Criou a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que tinha como objetivo alocar recursos de assistência à saúde nos estados e municípios, como forma de universalizar o acesso da população a todo tipo de assistência nos três níveis de complexidade. Também foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), que alterou o financiamento das ações básicas, tornando necessário uma avaliação da aplicação dos recursos e impactos.

A NOAS – SUS 01\2001 transformou o modelo vigente de gestão em Gestão Plena da Atenção Básica – Ampliada (GPAB-A), ampliando o debate sobre a municipalização e regionalização e instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que estabeleceu as diretrizes para uma assistência regionalizada, organizada, de forma que o território estadual foi dividido em regiões e microrregiões de saúde tendo como base critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, a oferta de serviços e a acessibilidade que a população tem aos mesmos, bem como o diagnóstico dos problemas de saúde mais frequentes e das prioridades de intervenção. E o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que define as prioridades e estabelece as estratégias no que se refere a investimentos dos recursos de modo que seja prestada assistência em todos os níveis de complexidade.

Em 2006 com o Pacto pela Saúde, foram extintas essas formas de habilitação, através da Portaria Nº 399\2006 passando a vigorar o Termo de Compromisso e Gestão (TCG) que contemplava atribuições dos entes federados bem como os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos. Nas suas três dimensões, Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Gestão do SUS, foram estabelecidas no primeiro seis prioridades representando o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, que são: Saúde do Idoso; Controle do câncer de colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.

Em 2008 a Portaria do MS Nº 325\08 criou mais cinco prioridades no Pacto pela Vida passando a totalizar onze prioridades. **As cinco prioridades estabelecidas foram:** Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do Homem. O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades dos entes federados para o fortalecimento da gestão em seus eixos de ação.

Já em 2011 com o Decreto Nº 7.508\2011 o TCG foi substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tendo como objetivo a organização e a integração das ações e serviços de saúde, sob responsabilidade dos entes federativos com a finalidade de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde a partir da definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, desempenho, recursos financeiros. Reconhece a atenção básica como porta de entrada do sistema e como eixo principal das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que constitui um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com o intuito de garantir a integralidade tendo como porta de entrada para tais ações a atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto e a partir destes partem as referências para serviços de atenção ambulatorial e hospitalar especializado.

Por fim, o SUS representa o maior projeto de inclusão social no Brasil, proporcionando aos que antes eram excluídos pelo sistema garantia de assistência à saúde. Entretanto a despeito da mesma importância do projeto gigantescas dificuldades são encontradas em sua implementação relacionadas ao financiamento, regulação incipiente, precárias condições de trabalho falhas na descentralização. Necessitando de um fortalecimento no que se refere à regulação da assistência a saúde no país que apesar dos avanços obtidos com a descentralização explícita problemas como leitos insuficientes para atender a demanda da população que necessita de atendimentos, principalmente de média e alta complexidade, que em sua maioria estão sob o poder do setor privado complementar e filantrópico

## Políticas de saúde no SUS

### Política Nacional de Atenção Básica

#### Breve contextualização histórica

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido pensada, internacionalmente, desde o início do século XX, com destaque para o seu desenho no relatório Dawson de 1922, materializando-a na figura do médico geral, no contexto de uma rede territorial de serviços nucleada a partir dos centros primários, com autoridade sanitária regional. Esta formulação serviu de base para a construção do Serviço Nacional de Saúde inglês, importante referência de sistema público e universal de saúde.

A conferência internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, influenciada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor saúde, incorporou elementos dessas experiências, propondo os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social.

Uma importante formulação concebeu a APS a partir da ideia de atributos, destacando-se: o primeiro contato, a abordagem integral, a continuidade e longitudinalidade, a coordenação, a abordagem familiar e comunitária, referindo-se ao grau de busca da APS pelas pessoas, ao grau de vinculação e relacionamento entre APS e pessoas sob seus cuidados, à capacidade resolutiva e ao poder para coordenar casos e fluxos assistenciais.

Diferentes países do mundo têm APS no seu sistema de saúde. O ideário de Alma Ata é frequentemente destacado como marco fundamental para a APS, com traduções e incorporações heterogêneas nos países, ora como APS seletiva, ora como APS ampliada, com forte influência de organismos internacionais.

#### APS no Brasil

As primeiras experiências de APS no Brasil datam da primeira metade do século XX. Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1988, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária. Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), do Programa de Saúde da Família (PSF), em um contexto e conjuntura política e econômica desfavoráveis a políticas universalistas. A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) uma certa fusão do Pacs com o PSF. Inicialmente com caráter seletivo, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) tiveram crescimento marcante em cidades pequenas e em regiões mais pobres, expandindo-se com maior força para os grandes centros nos anos 2000.

A introdução dos Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável na década de 1990, operados por meio de repasse financeiro fundo a fundo, facilitou a implantação da ESF e superou a lógica de financiamento por convênio e produção (procedimentos), tendo caráter relativamente redistributivo e tipo de repasse mais global por meio do PAB Fixo (per capita) e do PAB-Variável (por adesão a componentes da ESF).

Com evolução progressiva ao longo dos anos, em 2017, havia 42.467 EqSF implantadas no Brasil, cobrindo uma população estimada de 131.349.487 pessoas ou 63.73%. Há evidências de impactos da APS no Brasil, com destaque para a mortalidade infantil. A APS no Brasil conta com a particularidade de ter em suas equipes o

Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro de uma equipe multiprofissional. Diversos estudos abordam a singularidade do ACS na experiência brasileira e a importância do seu trabalho, sobretudo em áreas mais pobres.

No Brasil, além de formulações internacionais, também têm sido agregadas outras perspectivas, conceitos e diretrizes – a APS é também chamada de Atenção Básica (AB), como signifiicante de resistência à APS seletiva. Neste artigo, tais termos serão utilizados como equivalentes. Nas formulações do Pacs e do PSF, tanto a vigilância em saúde como as práticas de promoção à saúde (incluindo a intersetorialidade) e prevenção de doenças tiveram centralidade, com pouca relevância dada às práticas clínicas, subsumidas por ações programáticas em saúde com destacada normatividade. Destacam-se no Brasil, também, as noções de acolhimento, vínculo e adscrição de clientela, territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe multiprofissional, as ações individuais e coletivas e a retaguarda do apoio matricial. Salientam-se as características de porta de entrada preferencial da APS, centro de comunicação e base de ordenamento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

### Edições da PNAB e a revisão atual

A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESF.

Os anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A despeito disso, importantes nós críticos persistiram, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos.

Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, em boa parte baseado no enfrentamento desses nós críticos. De fato, podemos reconhecer na PNAB de 2011, no Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM) expressões desse esforço. Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à sua ampliação e ao aprimoramento. Destaca-se ainda a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). Suportando tais iniciativas, observou-se incremento no orçamento federal da AB, notadamente no PAB Variável e em recursos de investimento. O PMM (no seu componente provimento), por exemplo, possibilitou maior permanência dos médicos nas EqSF em áreas de maior vulnerabilização social, bem como o crescimento da cobertura da ESF, em um processo de disputa com a categoria médica e que provocou debates na sociedade, para além do SUS e da saúde coletiva. Em 2013, havia 34.724 EqSF implantadas no Brasil, passando a 40.162 EqSF em 2015, com esta velocidade de crescimento do número de equipes provavelmente se devendo ao PMM. Essas iniciativas, no entanto, não foram suficientes para o enfrentamento do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, entre outros, em parte pelo tempo de sua implantação, em parte por seus limites.

É sabido que houve aumento da carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos e, no caso da AB, a baixa participação do ente estadual. A isso se somam reivindicações dos gestores municipais por mais autonomia, apoio financeiro e provimento de médicos, em parte, contempladas, no âmbito da AB, com as mudanças na PNAB a partir de 2011. Ainda assim, há evidências que apontam que a maior parte da responsabilidade pelo custeio das EqSF tem se concentrado nos municípios.

Os anos 2014 e 2015, por sua vez, foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no País, com impacto sobre o SUS. No plano da AB, destaca-se também a aprovação, em 2014, da lei federal com definição de piso salarial e obrigatoriedade de contratação apenas por vínculos diretos, para os ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), recaindo mais fortemente sobre os municípios, em virtude da responsabilidade pela contratação de profissionais. Em 2016, ganha destaque na agenda nacional a revisão da PNAB, precedida por uma portaria que facultava a presença de ACS nas equipes e incorporação de mais técnicos de enfermagem, em pouco tempo revogada diante das repercussões políticas. Houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento. Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Nesse período, o então ministro da saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Em meio a esse cenário e diante de muitos protestos, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, uma mudança instituindo uma nova PNAB.

### O que muda com a nova PNAB

Até o processo de reformulação, a Atenção Básica (AB) era orientada pela política aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e publicada em 2012, tendo na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. Para Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (ISC/UFBA), coordenadora do eixo de Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde do OAPS, a principal mudança com a nova portaria está justamente na possibilidade de financiamento federal de outras modalidades de atenção básica. “É contraditório com o próprio texto da nova portaria que afirma a ‘prioridade’ para a Estratégia Saúde da Família. Prioridade significa financiamento diferenciado para garantia de equipe em tempo integral na unidade de saúde, o que facilita a construção de vínculo entre profissionais e os usuários. Isso é muito importante para médicos/as, enfermeiros/as e dentistas”, avalia.

A pesquisadora apontou as principais fragilidades do novo texto da política, que classificou como “ambíguo”. Entre os problemas identificados está a integração do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com o dos Agentes de Endemias, que não são obrigatórios nas equipes de Saúde da Família, o que pode levar ao aumento das atribuições dos ACS, sem redução da média de famílias sob sua responsabilidade; a falta de determinação na portaria do número de ACS por equipe – “na crise de financiamento que vivemos, o mínimo tende a ser o máximo”; a definição de atribuições de “regulação” de filas para consultas e exames especializados de usuários/as da AB ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); e ainda a não obrigatoriedade da presença de profissionais de saúde bucal na composição das equipes de Atenção Básica.

**CONHECIMENTOS DO SISTEMA OPERACIONAL MICROSOFT WINDOWS 7 OU SUPERIOR**

O Windows 7 é um dos sistemas operacionais mais populares desenvolvido pela Microsoft<sup>1</sup>.

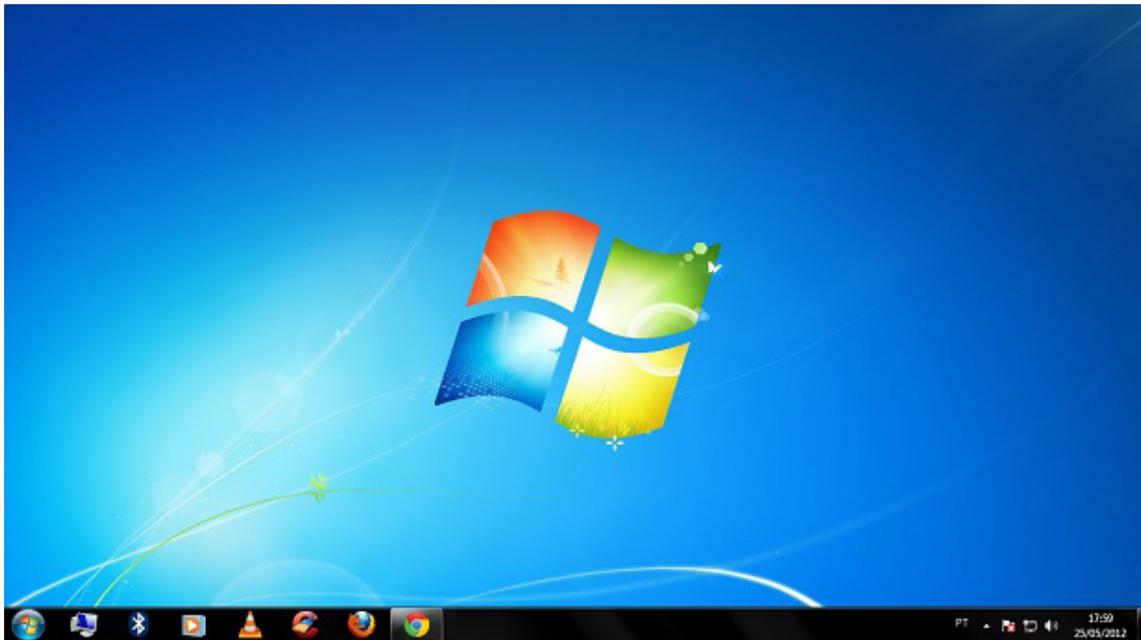
Visualmente o Windows 7 é semelhante ao seu antecessor, o Windows Vista, porém a interface é muito mais rica e intuitiva.

É Sistema Operacional multitarefa e para múltiplos usuários. O novo sistema operacional da Microsoft trouxe, além dos recursos do Windows 7, muitos recursos que tornam a utilização do computador mais amigável.

Algumas características não mudam, inclusive porque os elementos que constroem a interface são os mesmos.

**Edições do Windows 7**

- Windows 7 Starter;
- Windows 7 Home Premium;
- Windows 7 Professional;
- Windows 7 Ultimate.

**Área de Trabalho**

Área de Trabalho do Windows 7.<sup>2</sup>

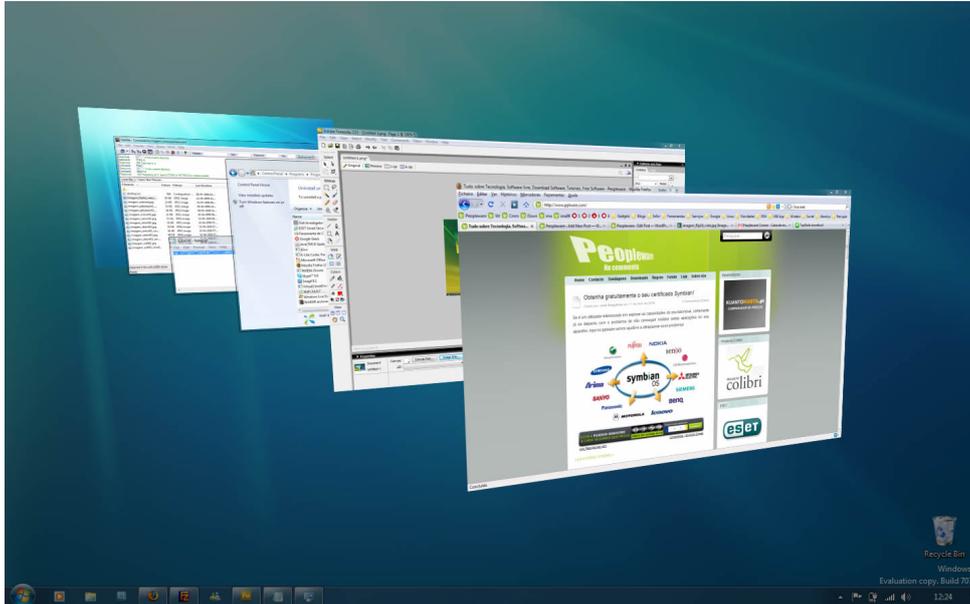
A Área de trabalho é composta pela maior parte de sua tela, em que ficam dispostos alguns ícones. Uma das novidades do Windows 7 é a interface mais limpa, com menos ícones e maior ênfase às imagens do plano de fundo da tela. Com isso você desfruta uma área de trabalho suave. A barra de tarefas que fica na parte inferior também sofreu mudanças significativas.

<sup>1</sup> <https://estudioaulas.com.br/img/ArquivosCurso/materialDemo/AulaDemo-4147.pdf>

<sup>2</sup> Fonte: <https://www.techtudo.com.br/dicas-e-tutoriais/noticia/2012/05/como-ocultar-lixeria-da-area-de-trabalho-do-windows.html>

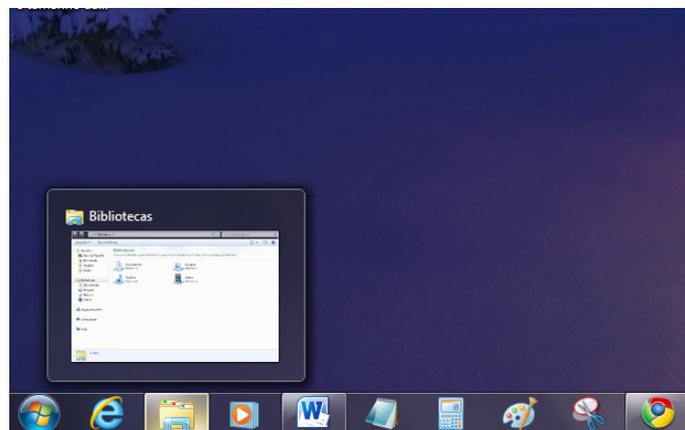
**Barra de tarefas**

– Avisar quais são os aplicativos em uso, pois é mostrado um retângulo pequeno com a descrição do(s) aplicativo(s) que está(ão) ativo(s) no momento, mesmo que algumas estejam minimizadas ou ocultas sob outra janela, permitindo assim, alternar entre estas janelas ou entre programas.



*Alternar entre janelas.<sup>3</sup>*

- A barra de tarefas também possui o menu Iniciar, barra de inicialização rápida e a área de notificação, onde você verá o relógio.
- É organizada, consolidando os botões quando há muitos acumulados, ou seja, são agrupados automaticamente em um único botão.
- Outra característica muito interessante é a pré-visualização das janelas ao passar a seta do mouse sobre os botões na barra de tarefas.



*Pré-visualização de janela.<sup>4</sup>*

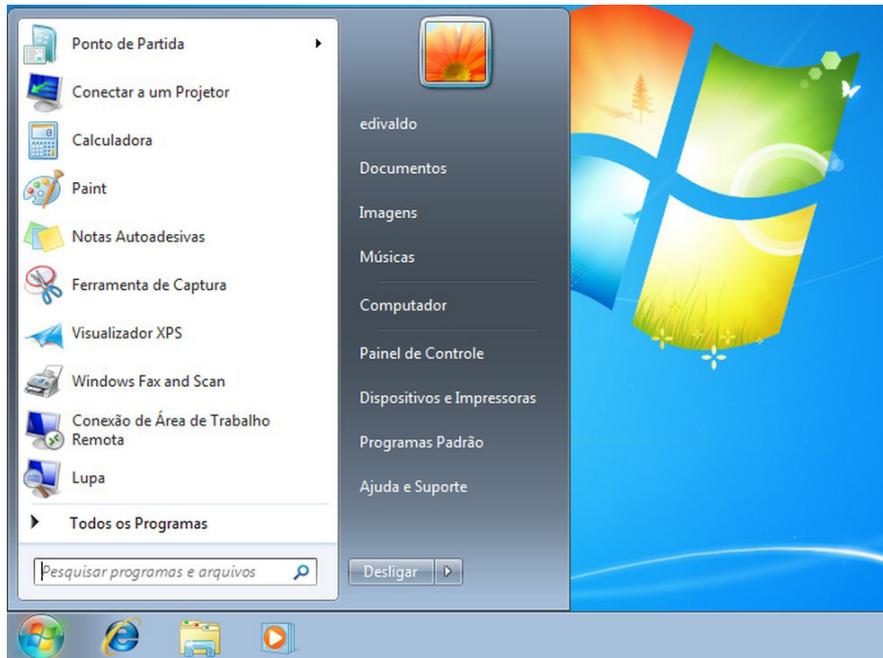
<sup>3</sup> Fonte: <https://pplware.sapo.pt/tutoriais/windows-7-flip-3d>

<sup>4</sup> Fonte: <https://www.techtudo.com.br/dicas-e-tutoriais/noticia/2010/12/como-aumentar-o-tamanho-das-miniaturas-da-taskbar-do-windows-7.html>

**Botão Iniciar**



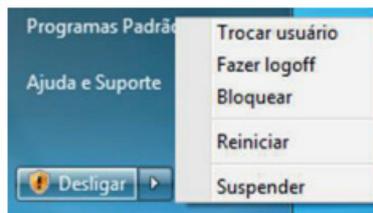
*Botão Iniciar*<sup>5</sup>O botão Iniciar é o principal elemento da Barra de Tarefas. Ele dá acesso ao Menu Iniciar, de onde se podem acessar outros menus que, por sua vez, acionam programas do Windows. Ao ser acionado, o botão Iniciar mostra um menu vertical com várias opções.



*Menu Iniciar.*<sup>6</sup>

**Desligando o computador**

O novo conjunto de comandos permite Desligar o computador, Bloquear o computador, Fazer Logoff, Trocar Usuário, Reiniciar, Suspender ou Hibernar.



**Ícones**

Representação gráfica de um arquivo, pasta ou programa. Você pode adicionar ícones na área de trabalho, assim como pode excluir. Alguns ícones são padrões do Windows: Computador, Painel de Controle, Rede, Lixeira e a Pasta do usuário.

**Windows Explorer**

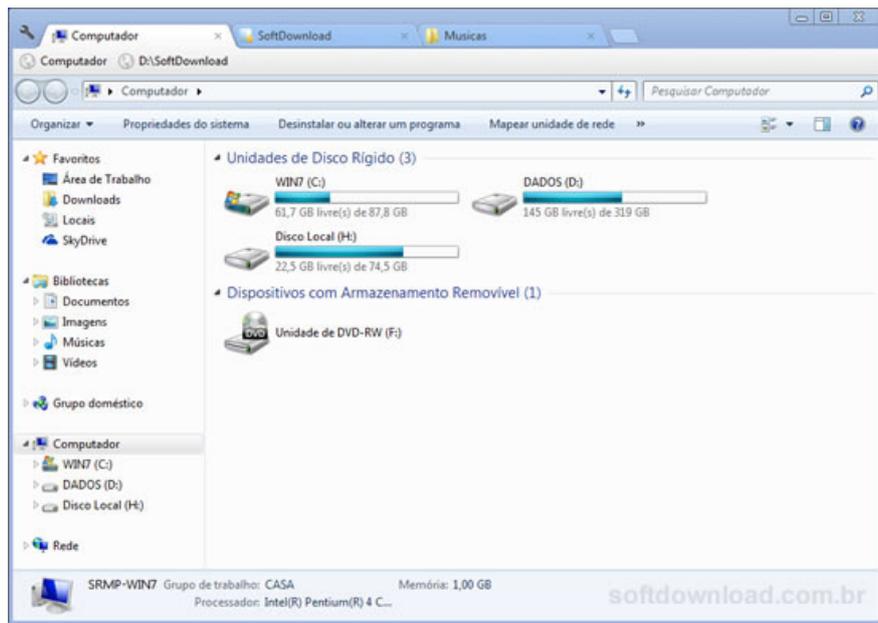
No computador, para que tudo fique organizado, existe o Windows Explorer. Ele é um programa que já vem instalado com o Windows e pode ser aberto através do Botão Iniciar ou do seu ícone na barra de tarefas.

Este é um dos principais utilitários encontrados no Windows 7. Permite ao usuário enxergar de forma interessante a divisão organizada do disco (em pastas e arquivos), criar outras pastas, movê-las, copiá-las e até mesmo apagá-las.

Com relação aos arquivos, permite protegê-los, copiá-los e movê-los entre pastas e/ou unidades de disco, inclusive apagá-los e também renomeá-los. Em suma, é este o programa que disponibiliza ao usuário a possibilidade de gerenciar todos os seus dados gravados.

<sup>5</sup> Fonte: <https://br.ign.com/tech/47262/news/suporte-oficial-ao-windows-vista-acaba-em-11-de-abril>

<sup>6</sup> Fonte: <https://www.techtudo.com.br/dicas-e-tutoriais/2019/04/como-deixar-a-interface-do-windows-10-parecida-com-o-windows-7.ghml>



Uma das novidades do Windows 7 são as Bibliotecas. Por padrão já consta uma na qual você pode armazenar todos os seus arquivos e documentos pessoais/trabalho, bem como arquivos de músicas, imagens e vídeos. Também é possível criar outra biblioteca para que você organize da forma como desejar.



*Bibliotecas no Windows 7.<sup>8</sup>*

**Aplicativos de Windows 7**

O Windows 7 inclui muitos programas e acessórios úteis. São ferramentas para edição de texto, criação de imagens, jogos, ferramentas para melhorar o desempenho do computador, calculadora e etc.

A pasta Acessórios é acessível dando-se um clique no botão Iniciar na Barra de tarefas, escolhendo a opção Todos os Programas e no submenu, que aparece, escolha Acessórios.

<sup>7</sup> Fonte: <https://www.softdownload.com.br/adicione-guias-windows-explorer-clover-2.html>

<sup>8</sup> Fonte: <https://www.tecmundo.com.br/musica/3612-dicas-do-windows-7-aprenda-a-usar-o-recurso-bibliotecas.htm>

**LEI DE REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO Nº LEI Nº  
8.662/93**

**LEI Nº 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993**

*Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências*

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º É livre o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional, observadas as condições estabelecidas nesta lei.

Art. 2º Somente poderão exercer a profissão de Assistente Social:

I - Os possuidores de diploma em curso de graduação em Serviço Social, oficialmente reconhecido, expedido por estabelecimento de ensino superior existente no País, devidamente registrado no órgão competente;

II - os possuidores de diploma de curso superior em Serviço Social, em nível de graduação ou equivalente, expedido por estabelecimento de ensino sediado em países estrangeiros, conveniado ou não com o governo brasileiro, desde que devidamente revalidado e registrado em órgão competente no Brasil;

III - os agentes sociais, qualquer que seja sua denominação com funções nos vários órgãos públicos, segundo o disposto no art. 14 e seu parágrafo único da Lei nº 1.889, de 13 de junho de 1953.

Parágrafo único. O exercício da profissão de Assistente Social requer prévio registro nos Conselhos Regionais que tenham jurisdição sobre a área de atuação do interessado nos termos desta lei.

Art. 3º A designação profissional de Assistente Social é privativa dos habilitados na forma da legislação vigente.

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

IV - (Vetado);

V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais;

VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;

VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo;

IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;

X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social;

XI - realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;

II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;

III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;

IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;

V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;

VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;

VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação;

VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;

IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social;

X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos semelhantes sobre assuntos de Serviço Social;

XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais;

XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;

XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

Art. 5º-A. A duração do trabalho do Assistente Social é de 30 (trinta) horas semanais.

Art. 6º São alteradas as denominações do atual Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) e dos Conselhos Regionais de Assistentes Sociais (CRAS), para, respectivamente, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS).

Art. 7º O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) constituem, em seu conjunto, uma entidade com personalidade jurídica e forma federativa, com o objetivo básico de disciplinar e defender o exercício da profissão de Assistente Social em todo o território nacional.

1º Os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) são dotados de autonomia administrativa e financeira, sem prejuízo de sua vinculação ao Conselho Federal, nos termos da legislação em vigor.

2º Cabe ao Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e aos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), representar, em juízo e fora dele, os interesses gerais e individuais dos Assistentes Sociais, no cumprimento desta lei.

Art. 8º Compete ao Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), na qualidade de órgão normativo de grau superior, o exercício das seguintes atribuições:

I - orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício da profissão de Assistente Social, em conjunto com o CRESS;

II - assessorar os CRESS sempre que se fizer necessário;

III - aprovar os Regimentos Internos dos CRESS no fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS/CRESS;

IV - aprovar o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais juntamente com os CRESS, no fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS/CRESS;

V - funcionar como Tribunal Superior de Ética Profissional;

## CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS ASSISTENTE SOCIAL

VI - julgar, em última instância, os recursos contra as sanções impostas pelos CRESS;

VII - estabelecer os sistemas de registro dos profissionais habilitados;

VIII - prestar assessoria técnico-consultiva aos organismos públicos ou privados, em matéria de Serviço Social;

IX - (Vetado)

Art. 9º O fórum máximo de deliberação da profissão para os fins desta lei dar-se-á nas reuniões conjuntas dos Conselhos Federal e Regionais, que inclusive fixarão os limites de sua competência e sua forma de convocação.

Art. 10. Compete aos CRESS, em suas respectivas áreas de jurisdição, na qualidade de órgão executivo e de primeira instância, o exercício das seguintes atribuições:

I - organizar e manter o registro profissional dos Assistentes Sociais e o cadastro das instituições e obras sociais públicas e privadas, ou de fins filantrópicos;

II - fiscalizar e disciplinar o exercício da profissão de Assistente Social na respectiva região;

III - expedir carteiras profissionais de Assistentes Sociais, fixando a respectiva taxa;

IV - zelar pela observância do Código de Ética Profissional, funcionando como Tribunais Regionais de Ética Profissional;

V - aplicar as sanções previstas no Código de Ética Profissional;

VI - fixar, em assembleia da categoria, as anuidades que devem ser pagas pelos Assistentes Sociais;

VII - elaborar o respectivo Regimento Interno e submetê-lo a exame e aprovação do fórum máximo de deliberação do conjunto CFESS/CRESS.

Art. 11. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) terá sede e foro no Distrito Federal.

Art. 12. Em cada capital de Estado, de Território e no Distrito Federal, haverá um Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) denominado segundo a sua jurisdição, a qual alcançará, respectivamente, a do Estado, a do Território e a do Distrito Federal.

1º Nos Estados ou Territórios em que os profissionais que neles atuam não tenham possibilidade de instalar um Conselho Regional, deverá ser constituída uma delegacia subordinada ao Conselho Regional que oferecer melhores condições de comunicação, fiscalização e orientação, ouvido o órgão regional e com homologação do Conselho Federal.

2º Os Conselhos Regionais poderão constituir, dentro de sua própria área de jurisdição, delegacias seccionais para desempenho de suas atribuições executivas e de primeira instância nas regiões em que forem instalados, desde que a arrecadação proveniente dos profissionais nelas atuantes seja suficiente para sua própria manutenção.

Art. 13. A inscrição nos Conselhos Regionais sujeita os Assistentes Sociais ao pagamento das contribuições compulsórias (anuidades), taxas e demais emolumentos que forem estabelecidos em regulamentação baixada pelo Conselho Federal, em deliberação conjunta com os Conselhos Regionais.

Art. 14. Cabe às Unidades de Ensino credenciar e comunicar aos Conselhos Regionais de sua jurisdição os campos de estágio de seus alunos e designar os Assistentes Sociais responsáveis por sua supervisão.

Parágrafo único. Somente os estudantes de Serviço Social, sob supervisão direta de Assistente Social em pleno gozo de seus direitos profissionais, poderão realizar estágio de Serviço Social.

Art. 15. É vedado o uso da expressão Serviço Social por quaisquer pessoas de direito público ou privado que não desenvolvam atividades previstas nos arts. 4º e 5º desta lei.

Parágrafo único. As pessoas de direito público ou privado que se encontrem na situação mencionada neste artigo terão o prazo de noventa dias, a contar da data da vigência desta lei, para processarem as modificações que se fizerem necessárias a seu integral cumprimento, sob pena das medidas judiciais cabíveis.

Art. 16. Os CRESS aplicarão as seguintes penalidades aos infratores dos dispositivos desta Lei:

I - multa no valor de uma a cinco vezes a anuidade vigente;

II - suspensão de um a dois anos de exercício da profissão ao Assistente Social que, no âmbito de sua atuação, deixar de cumprir disposições do Código de Ética, tendo em vista a gravidade da falta;

III - cancelamento definitivo do registro, nos casos de extrema gravidade ou de reincidência contumaz.

1º Provada a participação ativa ou convivência de empresas, entidades, instituições ou firmas individuais nas infrações a dispositivos desta lei pelos profissionais delas dependentes, serão estas também passíveis das multas aqui estabelecidas, na proporção de sua responsabilidade, sob pena das medidas judiciais cabíveis.

2º No caso de reincidência na mesma infração no prazo de dois anos, a multa cabível será elevada ao dobro.

Art. 17. A Carteira de Identificação Profissional expedida pelos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), servirá de prova para fins de exercício profissional e de Carteira de Identidade Pessoal, e terá fé pública em todo o território nacional.

Art. 18. As organizações que se registrarem nos CRESS receberão um certificado que as habilitará a atuar na área de Serviço Social.

Art. 19. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) será mantido:

I - por contribuições, taxas e emolumentos arrecadados pelos CRESS, em percentual a ser definido pelo fórum máximo instituído pelo art. 9º desta lei;

II - por doações e legados;

III - por outras rendas.

Art. 20. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) contarão cada um com nove membros efetivos: Presidente, Vice-Presidente, dois Secretários, dois Tesoureiros e três membros do Conselho Fiscal, e nove suplentes, eleitos dentre os Assistentes Sociais, por via direta, para um mandato de três anos, de acordo com as normas estabelecidas em Código Eleitoral aprovado pelo fórum instituído pelo art. 9º desta lei.

Parágrafo único. As delegacias seccionais contarão com três membros efetivos: um Delegado, um Secretário e um Tesoureiro, e três suplentes, eleitos dentre os Assistentes Sociais da área de sua jurisdição, nas condições previstas neste artigo.

Art. 21. (Vetado).

Art. 22. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais terão legitimidade para agir contra qualquer pessoa que infringir as disposições que digam respeito às prerrogativas, à dignidade e ao prestígio da profissão de Assistente Social.

Art. 23. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 24. Revogam-se as disposições em contrário e, em especial, a Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957.

Brasília, 7 de junho de 1993; 172º da Independência e 105º da República.

**PARÂMETROS DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL  
NA SAÚDE**

**Atuação do Assistente Social em equipes interprofissionais e interdisciplinares**

O trabalho interdisciplinar nas instituições não é uma novidade, contudo, embora contrate-se diferentes áreas para atuarem interdisciplinarmente, nem sempre a interdisciplinaridade concretiza-se de fato. Minayo (2010), alerta para a confusão entre o trabalho multidisciplinar, onde diversos profissionais trabalham em parceria resolvendo problemas ou executando programas e o trabalho interdisciplinar, onde um tema complexo é focado sobre o olhar de várias disciplinas, na busca de uma interpretação ou de uma resposta menos parcial do que a dada por uma área específica.

A formação educacional direcionada para a especialização do saber e a determinação do mercado para a atuação interdisciplinar, pode ocasionar relações conflituosas entre os membros das equipes interdisciplinares. As relações de trabalho já são por si só, relações de poder e de conflitos. O conceito de que o especialista é alguém que sabe quase tudo sobre quase nada e do generalista como alguém que sabe quase nada sobre quase tudo, pode ilustrar a possibilidade de conflito quando profissionais especialistas e generalistas são convocados a trabalharem interdisciplinarmente.

A construção científica do conhecimento até meados do século XVII, baseava-se no princípio da participação, que mistura o igual e o desigual para então compará-los, ainda que a disciplinarização do conhecimento estivesse presente nos meios científicos.

A especialização nas atividades científicas iniciou no século XVIII, chegando a seu apogeu no século XIX, culminando em especializações cada vez mais restritas no século XX. O conhecimento científico é construído – a partir desta perspectiva - na delimitação de objetos que não se misturam, a divisão e análise seus elementos constitutivos, para, a partir daí, recompô-los (Fiorin; 2008).

As concepções da ciência do século XIX reconheciam a impossibilidade de compreender a realidade em sua totalidade, adotando a delimitação do estudo como forma de alcançar o conhecimento “do que seria possível”. O programa de pesquisa reducionista unificador, que buscava reduzir à alguns princípios, a grande variedade com que se apresenta o real, mostrou-se ineficiente para compreender e responder os diversos aspectos da complexa realidade social.

Embora o projeto reducionista unificador, sugerido por Galileu e aperfeiçoado ao longo de todo o desenvolvimento posterior da mecânica, tenha sido de inestimável importância para a consolidação da ciência moderna, a redução de todas as qualidades ligadas aos sentidos (qualidades secundárias) às qualidades primárias que, na realidade, se traduzem em quantidades matemáticas, representou e ainda representa uma enorme lacuna no processo de compreensão profunda da realidade. É necessário reconhecer que a ciência moderna produz conhecimentos e desconhecimentos e as especialidades estão muito próximas da ignorância.

*(Germano, 2011, p.229)*

Com o questionamento dos paradigmas científicos tradicionais segmentados, a idéia da articulação de saberes na interpretação da realidade começa a ser amplamente discutida no século XX. A filosofia da consciência – com seu modelo de conhecimento subjetivo, onde as coisas passam a ser explicadas pela razão – é confrontada pelo paradigma do giro lingüístico, cujo modelo de conhecimento baseia-se no âmbito da linguagem, no estudo da relação entre a comunicação e a realidade.

A apreensão da realidade exige um acordo democrático entre as diferentes disciplinas. A objetividade e a subjetividade são ambas partes integrantes da realidade e a dicotomia entre sujeito/objeto, cultura/natureza, idealismo/materialismo, observador/observado é então consequentemente questionada, indicando o fim da dualidade entre as ciências naturais e sociais (Germano, 2011).

Os projetos interdisciplinares significam portanto, a superação dos antigos obstáculos entre as diferentes áreas do saber.

A tentativa de uma explicação da realidade, bem como a intervenção nela, reconhece a necessidade da comunicação de várias disciplinas. E as disciplinas pertinentes ao trabalho interdisciplinar serão exigidas pelo próprio objeto a ser estudado.

Não se pode prever as disciplinas mais apropriadas para comporem uma abordagem disciplinar. A pergunta central para um tema ou um problema vai definir quais disciplinas deverão cooperar para compreendê-lo (Minayo, 2010).

O processo de formação de equipes interdisciplinares deve ter em conta o objeto de estudo e que disciplinas contribuirão na produção de conhecimento sobre esse objeto.

A partir daí, o trabalho interdisciplinar poderá responder as questões apresentadas, de modo que estas respostas sejam mais efetivas que as respostas dadas por uma produção de conhecimento fracionada, geradora de soluções fragmentadas. Embora muitas contratações profissionais estabeleçam de antemão que o profissional comporá uma equipe interdisciplinar, o trabalho realizado pode permanecer no âmbito multidisciplinar, ou seja, com cada profissional atuando isoladamente na sua área.

Outra questão passível de acontecer é a sobreposição de uma área a outra, seja pelo status da área ou sua relação com o setor de trabalho, pela imposição de determinados profissionais ou negligência de outros, pela competência de determinados profissionais ou incompetência de outros, pelo acúmulo de conhecimento de determinadas profissões e/ou profissionais, pela demanda do objeto de estudo e sua relação com as áreas disciplinares. No entanto, o reconhecimento dos limites inerentes a cada profissão, é fator indispensável para um trabalho interdisciplinar.

A questão da comunicação é relevante na formação de uma equipe interdisciplinar, pois cada profissional deve comunicar seu saber, dar sua contribuição, bem como expor suas limitações, do mesmo modo que ouvir as demais áreas e buscar compreendê-las, sem que isso signifique uma “invadir” ou “ser invadido” em cada área do saber. O processo de interlocução deve contemplar conceitos, teorias, disciplinas, métodos, bem como a realidade, na busca de clarificar a verdade.

O processo de formação de equipes interdisciplinares deve começar antes de tudo, pela compreensão da historicidade do processo de produção do conhecimento, sua relação com o modo de produção capitalista e o reconhecimento da necessidade de interação profissional para compreender e responder às complexidades da sociedade oriunda dessas relações. O antagonismo presente nas relações sociais deve ser considerado na formação de uma equipe interdisciplinar, que atuará no contexto de diferentes especializações profissionais, atendendo a demandas complexas – daí a necessidade de uma equipe ser interdisciplinar - e dentro de determinações institucionais/organizacionais.

A capacidade de trabalhar em equipe é um ponto crucial, pois muitos profissionais extremamente competentes em sua área de atuação, podem demonstrar dificuldade em atuar em equipe e com isso prejudicarem o desempenho dos trabalhos e sua própria ascensão profissional. A habilidade de escutar, comunicar, liderar, ser crítico, criativo e saber gerenciar as relações e a inteligência emocional, é fundamental para que o trabalho em equipe seja de fato produtivo.

**ESTATUTO DO IDOSO**

A referida lei trouxe ao ordenamento jurídico pátrio a garantia dos direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Entre os direitos, estão a atenção integral à saúde por meio do Sistema Único de Saúde - SUS; recursos públicos destinados à proteção ao idoso; atendimento familiar em detrimento do asilar; além de outros direitos que estão elencados na referida Lei.

A Lei 10.741/2003 estimula a criação de varas especializadas e exclusivas do idoso. Quanto a esse último direito, o Estatuto do Idoso ao instituir tal dispositivo possibilitou mais uma garantia aos idosos. Foram criadas delegacias e setores do Ministério Público especializados na defesa dos direitos dos idosos. Ilustre-se ainda a obrigatoriedade da prioridade de tramitação processual em todas as varas, visando a celeridade ao idoso.

**LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003**

*Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.*

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**TÍTULO I  
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º A garantia de prioridade compreende: (Redação dada pela Lei nº 13.466, de 2017)

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais. IX – prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda. (Incluído pela Lei nº 11.765, de 2008).

§ 2º Dentre os idosos, é assegurada prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo-se suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos. (Incluído pela Lei nº 13.466, de 2017)

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei.

Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

Art. 7º Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei.

**TÍTULO II  
DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS**

**CAPÍTULO I  
DO DIREITO À VIDA**

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

**CAPÍTULO II  
DO DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE**

Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

§ 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II – opinião e expressão;

III – crença e culto religioso;

IV – prática de esportes e de diversões;

V – participação na vida familiar e comunitária;

VI – participação na vida política, na forma da lei;

VII – faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

§ 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

§ 3º É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

**CAPÍTULO III  
DOS ALIMENTOS**

Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

Art. 12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça ou Defensor Público, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil. (Redação dada pela Lei nº 11.737, de 2008)

Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

**CAPÍTULO IV  
DO DIREITO À SAÚDE**

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

§ 5º É vedado exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos, hipótese na qual será admitido o seguinte procedimento: (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

I - quando de interesse do poder público, o agente promoverá o contato necessário com o idoso em sua residência; ou (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

II - quando de interesse do próprio idoso, este se fará representar por procurador legalmente constituído. (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

§ 6º É assegurado ao idoso enfermo o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária. (Incluído pela Lei nº 12.896, de 2013)

§ 7º Em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência. (Incluído pela Lei nº 13.466, de 2017).

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contatado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: (Redação dada pela Lei nº 12.461, de 2011)

I – autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011)

§ 2º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista no caput deste artigo, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011)

**CAPÍTULO V  
DA EDUCAÇÃO, CULTURA, ESPORTE E LAZER**

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Art. 21. O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

§ 1º Os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna.

§ 2º Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais.

Art. 22. Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.

Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais.

Art. 24. Os meios de comunicação manterão espaços ou horários especiais voltados aos idosos, com finalidade informativa, educativa, artística e cultural, e ao público sobre o processo de envelhecimento.

Art. 25. As instituições de educação superior ofertarão às pessoas idosas, na perspectiva da educação ao longo da vida, cursos e programas de extensão, presenciais ou a distância, constituídos por atividades formais e não formais. (Redação dada pela lei nº 13.535, de 2017)

Parágrafo único. O poder público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual. (Incluído pela lei nº 13.535, de 2017)

### **CAPÍTULO VI DA PROFISSIONALIZAÇÃO E DO TRABALHO**

Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

Art. 27. Na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir.

Parágrafo único. O primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada.

Art. 28. O Poder Público criará e estimulará programas de:

I – profissionalização especializada para os idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas;

II – preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania;

III – estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.

### **CAPÍTULO VII DA PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Art. 29. Os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. Os valores dos benefícios em manutenção serão reajustados na mesma data de reajuste do salário-mínimo, pro rata, de acordo com suas respectivas datas de início ou do seu último reajustamento, com base em percentual definido em regulamento, observados os critérios estabelecidos pela Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Art. 30. A perda da condição de segurado não será considerada para a concessão da aposentadoria por idade, desde que a pessoa conte com, no mínimo, o tempo de contribuição correspondente ao exigido para efeito de carência na data de requerimento do benefício.

Parágrafo único. O cálculo do valor do benefício previsto no caput observará o disposto no caput e § 2º do art. 3º da Lei nº 9.876, de 26 de novembro de 1999, ou, não havendo salários-de-contribuição recolhidos a partir da competência de julho de 1994, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.213, de 1991.

Art. 31. O pagamento de parcelas relativas a benefícios, efetuado com atraso por responsabilidade da Previdência Social, será atualizado pelo mesmo índice utilizado para os reajustamentos dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social, verificado no período compreendido entre o mês que deveria ter sido pago e o mês do efetivo pagamento.

Art. 32. O Dia Mundial do Trabalho, 1º de Maio, é a data-base dos aposentados e pensionistas.

### **CAPÍTULO VIII DA ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas. (Vide Decreto nº 6.214, de 2007)

Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do caput não será computado para os fins do cálculo da renda familiar per capita a que se refere a Loas.

Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casalar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.

§ 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casalar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

§ 2º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

§ 3º Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o caput deste artigo.

Art. 36. O acolhimento de idosos em situação de risco social, por adulto ou núcleo familiar, caracteriza a dependência econômica, para os efeitos legais. (Vigência)

### **CAPÍTULO IX DA HABITAÇÃO**

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

§ 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casalar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

§ 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

I - reserva de pelo menos 3% (três por cento) das unidades habitacionais residenciais para atendimento aos idosos; (Redação dada pela Lei nº 12.418, de 2011)