

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SESAB

Serviço Social - Áreas de Concentração:

Saúde do Adulto, Saúde da Criança e Saúde Mental

Edital Nº 001/2018

NB060-2018

DADOS DA OBRA

Título da obra: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Cargo: Serviço Social - Áreas de Concentração: Saúde do Adulto, Saúde da Criança e Saúde Mental

(Baseado no Edital N° 001/2018)

- Conhecimentos Gerais em Saúde
 - Conhecimentos Básicos
 - Conhecimentos Específicos

Gestão de Conteúdos

Emanuela Amaral de Souza

Diagramação/ Editoração Eletrônica

Elaine Cristina

Ana Luiza Cesário

Thais Regis

Produção Editorial

Leandro Filho

Capa

Joel Ferreira dos Santos

APRESENTAÇÃO

PARABÉNS! ESTE É O PASSAPORTE PARA SUA APROVAÇÃO.

A Nova Concursos tem um único propósito: mudar a vida das pessoas.

Vamos ajudar você a alcançar o tão desejado cargo público.

Nossos livros são elaborados por professores que atuam na área de Concursos Públicos. Assim a matéria é organizada de forma que otimize o tempo do candidato. Afinal corremos contra o tempo, por isso a preparação é muito importante.

Aproveitando, convidamos você para conhecer nossa linha de produtos "Cursos online", conteúdos preparatórios e por edital, ministrados pelos melhores professores do mercado.

Estar à frente é nosso objetivo, sempre.

Contamos com índice de aprovação de 87%*.

O que nos motiva é a busca da excelência. Aumentar este índice é nossa meta.

Acesse **www.novaconcursos.com.br** e conheça todos os nossos produtos.

Oferecemos uma solução completa com foco na sua aprovação, como: apostilas, livros, cursos online, questões comentadas e treinamentos com simulados online.

Desejamos-lhe muito sucesso nesta nova etapa da sua vida!

Obrigado e bons estudos!

*Índice de aprovação baseado em ferramentas internas de medição.

CURSO ONLINE



PASSO 1

Acesse:

www.novaconcursos.com.br/passaporte



PASSO 2

Digite o código do produto no campo indicado no site.

O código encontra-se no verso da capa da apostila.

*Utilize sempre os 8 primeiros dígitos.

Ex: FV054-18



PASSO 3

Pronto!

Você já pode acessar os conteúdos online.

SUMÁRIO

Conhecimentos Gerais em Saúde

Bioética;	01
Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade;	18
Constituição Federal de 1988, Seção II – Da Saúde;	22
Controle Social;	23
Economia da Saúde;	24
Educação em Saúde;	26
Epidemiologia;	33
Financiamento da Saúde;	42
Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde;	43
Legislação SUS: Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990, Lei Federal nº. 8.142, de 28/12/1990 e Decreto Federal nº. 7.508, de 23/06/2011;	50
Liderança no Trabalho;	73
Modelos Assistenciais em Saúde: organização da assistência à saúde;	76
Monitoramento de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultados;	77
Pacto pela Saúde;	79
Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Programas de Saúde;	84
Política Nacional da Atenção Básica;	86
Política Nacional de Promoção da Saúde;	88
Políticas Públicas em Saúde e sua Evolução Histórica;	96
Processo de Trabalho em Saúde;	98
Programas de Saúde;	102
Qualidade em Serviços de Saúde: conceitos e aspectos gerais;	102
Segurança do Trabalho em Saúde;	103
Norma Regulamentadora 32 (NR 32);	110
Trabalho em equipe multidisciplinar;	120
Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Sanitária e Ambiental.	122

Conhecimentos Básicos

Avaliação do estado nutricional: técnicas, práticas e interpretações.	01
Diagnóstico nutricional.	05
Avaliação nutricional e terapia dietética em obesidade.	08
Diabetes mellitus,	12
Doenças cardiovasculares,	16
Doenças transmissíveis,	19
Pneumopatias,	21
Neuropatias,	25
Nefropatias,	27
Doenças do sistema digestório e anexos,	29
Câncer,	32
SIDA.	35
Cirurgias.	36
Queimaduras,	38
Trauma e Sepsis.	42
Terapia nutricional enteral e parenteral.	43
Desnutrição.	47
Avaliação nutricional e alimentação do lactente, pré-escolar, escolar e adolescentes.	49
Terapia nutricional em pediatria: desnutrição, anemia ferropriva, Hipovitaminose A, Obesidade, Diabetes mellitus, constipação intestinal e alergia alimentar.	53
Cuidado nutricional de gestante de baixo e alto risco (Diabetes na gestação, Síndromes hipertensivas da gravidez, Anemia,	

SUMÁRIO

Hipovitaminose A, Gestante, Adolescente) e, Assistência pré-natal.	72
Equipe multiprofissional e atuação do nutricionista no cuidado nutricional na atenção básica à saúde.	85
Níveis de intervenção das ações de alimentação e nutrição dirigidas ao indivíduo, à família e à comunidade.	88
Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) na assistência à saúde.	94
Princípios da ética, da moral e da bioética com a prática profissional à luz da ciência e dos valores humanos.	95

Conhecimentos Específicos

Políticas Sociais e a Seguridade Social Brasileira.	01
SUS: conceitos e trajetória histórica.	02
A Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil.	06
Serviço Social contemporâneo.	15
Determinações sociais do processo saúde-doença: a doença como processo social.	26
Integralidade no processo saúde-doença.	32
Normas de biossegurança nos serviços de saúde.	36
Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32).	56
Ética e Legislação Profissional.	66
Serviço Social e Instrumentalidade: relação teoria e prática.	66
Atuação profissional do Assistente Social na Área de Saúde.	66
Trabalho do Assistente Social em equipe multidisciplinar.	69

CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE

Bioética;	01
Conceitos de eficácia, eficiência e efetividade;	18
Constituição Federal de 1988, Seção II – Da Saúde;	22
Controle Social;	23
Economia da Saúde;	24
Educação em Saúde;	26
Epidemiologia;	33
Financiamento da Saúde;	42
Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde;	43
Legislação SUS: Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/1990, Lei Federal nº. 8.142, de 28/12/1990 e Decreto Federal nº. 7.508, de 23/06/2011;	50
Liderança no Trabalho;	73
Modelos Assistenciais em Saúde: organização da assistência à saúde;	76
Monitoramento de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultados;	77
Pacto pela Saúde;	79
Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Programas de Saúde;	84
Política Nacional da Atenção Básica;	86
Política Nacional de Promoção da Saúde;	88
Políticas Públicas em Saúde e sua Evolução Histórica;	96
Processo de Trabalho em Saúde;	98
Programas de Saúde;	102
Qualidade em Serviços de Saúde: conceitos e aspectos gerais;	102
Segurança do Trabalho em Saúde;	103
Norma Regulamentadora 32 (NR 32);	110
Trabalho em equipe multidisciplinar;	120
Vigilância à Saúde: Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Sanitária e Ambiental.	122

BIOÉTICA;

O profissional de enfermagem atua sob um conjunto de valores pessoais e profissionais quando se relaciona com um paciente. Cada paciente possui um sistema pessoal de valores. O profissional de enfermagem não deve permitir que os seus valores entrem em conflito com os do paciente. A objetividade enriquece a habilidade do profissional em atuar de modo inteligente e disciplinado quando assiste pacientes com problema de saúde. Ele deve se empenhar em desenvolver uma autoconsciência para entender atitudes e sentimentos e para controlar o comportamento nas relações profissionais com os pacientes.

No ambiente de assistência de saúde, os valores do profissional de enfermagem, do paciente e da sociedade interagem. Inevitavelmente, conflitos de valores surgem, os quais podem causar dilemas éticos. A ética determina a conduta apropriada e é tão importante quanto os direitos legais. O profissional precisa constantemente lembrar-se da ética, quando lidar com pacientes e com outros profissionais de saúde.

Uma vez que o profissional de enfermagem está ciente dos valores que motivam o comportamento pessoal e profissional, é mais fácil ajudar os pacientes a identificar os valores que influenciam seus próprios comportamentos e atitudes. A frequência e a intensidade com as quais a pessoa pratica comportamento de promoção de saúde depende do valor dado na redução da ameaça da doença e na promoção da saúde. Os profissionais de enfermagem ajudam os pacientes a elucidarem seus valores pessoais, ordenam prioridades de valor, minimizam conflitos, conseguem uma estabilidade entre valores e comportamentos relacionados à prevenção de doenças e à promoção de saúde e recebem tratamento ético. A competência de um profissional está na habilidade em ajudar os pacientes a compreenderem a si próprios e ao impacto de alguns comportamentos no seu bem-estar.

Definição de Valores e Ética

Um valor é uma convicção pessoal sobre a importância sobre uma dada ideia ou comportamento. Dar valor a um certo comportamento ou ideia é achá-los preferíveis a outros. Os valores que um indivíduo retém refletem necessidades pessoais, culturais, influências sociais e relacionamento com pessoas de importância pessoal. Os valores variam entre as pessoas, desenvolvem-se e mudam com o tempo. Um sistema de valores bem desenvolvido faz com que a tomada de decisões seja uma tarefa relativamente sem conflitos.

A ética consiste nos princípios ou padrões que determinam a conduta apropriada. O termo origina-se da palavra grega "ethos", que significa costume. A ética refere-se ao que é certo e errado, o que é dever ou obrigação. Sendo uma característica de todas as profissões, a ética protege os direitos dos homens.

Os valores influenciam como um indivíduo percebe os outros e como ele age. Quando os valores entram em conflito, a ética frequentemente entra em cena e o resultado é o dilema. Não há situação absolutamente certa ou errada, mas uma pessoa não deve comprometer os valores de outra quando tentar resolver um dilema ético. Por exemplo, um enfermeiro de uma comunidade, solicitado por um colega de trabalho para entrar em greve, precisa decidir-se entre a lealdade a seus colegas e aos pacientes.

As pessoas apegam-se a valores em um contínuo de relativa importância. Valores relacionados formam sistemas de valores, como aqueles relacionados à religião, saúde, liberdade e auto-respeito. Um sistema objetivo de valores permite a uma pessoa ser flexível ao tomar decisões e facilita uma ótima interação com terceiros.

Valores éticos, morais e legais não estão necessariamente relacionados. Uma crença moral é uma forte convicção de que alguma coisa é absolutamente certa ou errada em todas as situações. Desta maneira, o que é uma questão moral para uns é dilema ético para outros (por exemplo, aborto). Um direito legal é uma reivindicação justa ou algo que é devido de acordo com as garantias legais e está frequentemente relacionados aos valores éticos (por exemplo, no caso da remoção de um sistema de suporte de vida de um paciente em coma), mas não está necessariamente relacionado a todas as situações (por exemplo, o direito ao tratamento de saúde é uma questão ética e não um direito legal).

Dois tipos específicos de valores são os terminais e instrumentais. Um valor terminal envolve finalidade ou objetivos desejados, como a felicidade ou o sucesso na profissão. Um valor instrumental envolve modelos desejáveis de conduta, como honestidade ou manutenção da saúde de outrem. Valores instrumentais mudam com a experiência; valores terminais, os objetivos principais da pessoa, são alcançados através de comportamentos motivados por valores instrumentais.

Valores e ética regem o modo de uma pessoa agir e dão sentido à vida. A prática da enfermagem exige que o profissional de enfermagem atue dentro das regras legais e éticas e que, ao mesmo tempo, se mantenha fiel a um sistema de valores pessoais. Surgem, é claro, conflito de valores e, conseqüentemente, o profissional precisa estar preparado para lidar com estes dilemas éticos e resolver os conflitos da melhor maneira possível, para assegurar a qualidade da assistência e uma solução satisfatória do ponto de vista profissional.

Determinação de Valores dos Profissionais de Enfermagem

O profissional de enfermagem que usa a determinação de valores apresenta um crescimento pessoal e adquire satisfação profissional. Durante os encontros com pacientes, colegas e profissionais de saúde, os seus valores são desafiados e testados. Como ele demonstra uma vontade de ser responsável por atuar profissionalmente? Como suas atitudes em relação a um paciente influenciam o cuidado providenciado? O enfermeiro tem dificuldade em assumir

o papel de um profissional se seus valores pessoais são mal concebidos ou pouco claros. A determinação de valores ajuda-o a explorar estes valores e decidir se ele atua de acordo com suas convicções. Uma visão clara dos valores pessoais permite-lhe dar maior atenção às necessidades dos pacientes. A determinação de valores também facilita a tomada de decisão e resolução de problemas.

O processo de determinação de valores pode ser usado numa base contínua entre os profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde que enfrentam conflitos similares diariamente. Nas relações de trabalho, os profissionais de enfermagem desenvolvem uma confiança nos colegas, em cujas reações eles podem confiar. O profissional consciente de seus valores atua rápida e decididamente e pode ajudar seus colegas a determinar seus valores ao lidar e cuidar de pacientes. Compartilhar valores sobre pacientes, suas famílias, colegas de trabalho e companheiros ajudam os profissionais a reconhecer seus próprios valores. Esta partilha ajuda-os a compreender o comportamento dos colegas. As linhas de comunicação tornam-se mais abertas quando se deparam com um tema controverso. A qualidade das relações de trabalho é enriquecida à medida que os profissionais de enfermagem adquirem conhecimento sobre si mesmos e seus colegas.

Determinação de Valores de Pacientes

A valorização também é um instrumento útil no auxílio aos pacientes e seus familiares para adaptarem-se ao estresse da doença e outros problemas relacionados à saúde. O profissional de enfermagem ajuda o paciente a discriminar as emoções para determinar seus significados e sentidos. A determinação de valores é uma atividade para despertar a consciência, através da qual os pacientes adquirem consciência das prioridades pessoais, identificam ambiguidades nos valores e resolvem os conflitos iniciais entre os valores e o comportamento. O objetivo do profissional é comunicar-se com o paciente para ajudá-los a estabelecer comportamento de proteção e promoção de saúde. O paciente torna-se mais propenso a expressar problemas e sentimentos sinceros e, então, ele está apto a estabelecer um plano de assistência individualizado. O enfermeiro que quer saber e aprende quais são os valores do paciente, está apto a planejar um programa bem-sucedido de promoção de bem-estar.

Um sistema de estratégias pode ser usado para tornar a avaliação mais criteriosa, prática e significativa para uma pessoa com valores não muito claros. Essas estratégias são, na verdade, exercícios para ajudar um indivíduo na determinação de valores, utilizando as três etapas de valorização. Os profissionais de enfermagem podem usá-las com os pacientes ou para determinar seus próprios valores.

Algumas vezes é difícil para um profissional de enfermagem determinar quando o paciente pode se beneficiar com a determinação de valores. Nem todos os pacientes acreditam nos valores socialmente preferidos, tais como o desejo de manter sua saúde, uma vontade de trabalhar pesado ou a importância de ter uma carreira de sucesso.

Em alguns casos, os comportamentos do paciente sugerem ao profissional de enfermagem que seus valores não são claros. Esses comportamentos podem interferir nos esforços do profissional de enfermagem para promoção de uma boa assistência. Quando os comportamentos dos pacientes refletem uma necessidade de determinação de valores, o papel do profissional de enfermagem será determinar se o paciente está infeliz, inseguro do seu sistema de valores, ou se está vivenciando um conflito de valores que pode ser prejudicial à sua saúde. Nesses casos, a determinação de valores pode ser útil.

Simplesmente encorajar o paciente expressar seus sentimentos pode fornecer informações inadequadas, se o problema real for um conflito de valores. O profissional que está familiarizado com a determinação de valores pode ajudá-lo a definir valores, esclarecer objetivos e procurar soluções.

Proporcionar meios de determinação de valores não é uma tentativa de psicanálise. O papel do profissional de enfermagem é fornecer respostas para as perguntas ou afirmações do paciente, de modo que estimule a introspecção. O estímulo verbal do profissional para a determinação é gerado por uma consciência de que o processo de valorização irá motivar o paciente a examinar seus pensamentos e ações. Esses estímulos podem ajudá-los a escolher um valor livremente, considerar alternativas, apreciar a escolha, afirmá-la a outros e incorporar comportamentos que reflitam o valor escolhido.

Quando o profissional de enfermagem incita um estímulo para a determinação, ele deve ser: breve; sem julgamento; seletivo; que estimule pensamentos, e espontâneo. Isto assegura que o paciente está sendo tratado como um indivíduo com necessidades reais e não permite que o profissional seja severo ou moralizante.

A determinação de valores pode ocorrer em qualquer contexto. A valorização tem sempre mais sucesso quando o profissional tem a oportunidade de um contato repetido com o paciente. É difícil para ele ajudar significativamente o paciente a superar cada etapa do processo de valorização, se o tempo dedicado a isto for curto.

No final, o paciente adquire a noção de como a valorização proporciona satisfação pessoal. A determinação de valores promove a ponderação e tomada de decisões efetivas. O paciente torna-se consciente de como os valores influenciam suas ações, um componente essencial na resolução de problemas.

É necessário tempo para que o profissional possa desenvolver a determinação de valores, como um instrumento para a assistência de paciente. Os profissionais de enfermagem não podem tentar ajudar seus pacientes a examinarem seus valores, a não ser que eles mesmos tenham conhecimento de seus próprios valores. A determinação de valores pode ser um meio valioso dos pacientes identificarem seus sentimentos verdadeiros e convicções e ter um melhor conhecimento de seus objetivos na vida.

Valores e Ética

CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE

A singularidade da profissão de enfermagem está na complexidade e diversidade de papéis e responsabilidades assumidas por seus membros. O profissional de enfermagem atua como uma conexão entre o paciente e outros profissionais de saúde, para assegurar que os direitos do paciente sejam respeitados. Atualmente, o profissional está apto a se empenhar visando o objetivo de proporcionar um atendimento completo e abrangente para uma gama maior de pacientes.

A assistência de saúde é realizada numa sociedade pluralística onde existem muitos sistemas de crenças e fé. Com tanta diversidade moral e cultural, frequentemente é difícil definir valores comuns de assistência de saúde. O profissional de enfermagem tem conhecimento de valores e ética e os usa para proporcionar uma boa assistência para o paciente. Depende do próprio profissional a tentativa de resolver dilemas éticos que surgem durante sua interação com o paciente. Se ele sabe claramente o que eles valorizam e por que, estará apto a tomar, e ajudar os pacientes a tomarem, decisões éticas responsáveis.

Uma pessoa que ingressa na profissão de enfermagem possui um conjunto de valores pessoais que guiarão suas ações. Esses valores são o resultado de uma escolha ou hábitos pessoais. Um jovem adulto que ingressa na carreira de enfermagem será incapaz, a princípio, de identificar todos os atributos de um enfermeiro profissional. Mas, após socializar-se com a profissão, ele logo verificará a interação de valores pessoais e profissionais.

Dois valores primários identificados por Hall (1973) são o valor próprio e equivalência. O valor próprio é a crença de uma pessoa em se considerar valiosa para as pessoas importantes de sua vida. O valor próprio está relacionado à confiança, à expressão de emoções e à capacidade de se relacionar com as outras pessoas. O valor de equivalência é a crença de que outras pessoas têm valor equivalente a si mesmo. Hall sugere que estes dois valores primários devem existir conjuntamente. Ter um sentimento positivo pelos outros requer que uma pessoa primeiro avalie a si própria. Esses dois valores primários são "forças orientadoras" na vida pessoal e profissional do enfermeiro.

Existem muitos outros valores, como a confiabilidade e a competência, que o enfermeiro adquire durante a socialização. Se os valores pessoais são similares aos ideais para o trabalho, os profissionais assumem seu papel com pouca dificuldade; se eles são incompatíveis, o profissional de enfermagem provavelmente se sentirá frustrado e insatisfeito.

Ética **Profissional**

Que responsabilidades estão envolvidas no papel de um profissional? Fromer relacionou as principais características de um profissional:

- A profissão é exercida em tempo integral e é principal fonte de rendas.
- O profissional vê trabalho como um compromisso a uma solicitação. É mais que um emprego.
- Profissionais estão organizados com seus colegas por razões profissionais, isto é, por razões que transcendem dinheiro e outros benefícios tangíveis.

- O profissional possui conhecimento e habilidade úteis baseados numa educação de duração e dificuldade incontestáveis.

- Os profissionais demonstram uma orientação de atendimento que vai além da motivação financeira.

- O profissional procede de acordo com seu próprio julgamento.

Como profissional, o enfermeiro tem um compromisso com pacientes e com a própria profissão, em fornecer a melhor qualidade de assistência de saúde disponível. A formação educacional do profissional de enfermagem fornece o conhecimento e habilidades necessárias para ajudá-lo a cumprir o compromisso profissional. Experiências clínicas promovem a socialização na profissão, por que o profissional aprende os padrões e normas usados por outros colegas no exercício da profissão e outras disciplinas de assistência médica. O processo de tornar-se um profissional somente está completo quando os valores da profissão são integrados aos valores do indivíduo.

Códigos de Ética

A profissão de enfermagem possui códigos de ética que asseguram ao profissional a atenção por altos ideais de conduta. Um código de ética profissional é uma declaração coletiva das expectativas do grupo, um padrão de comportamento. Um código de ética para os profissionais de enfermagem relaciona as responsabilidades especiais assumidas por aqueles que cuidam de pessoas doentes. Eles lidam com pessoas, que por causa de doença ou trauma, são frequentemente vulneráveis ou dependentes das capacidades e conhecimentos profissionais. A profissão de enfermagem precisa formular e cumprir altos ideais de conduta para assegurar ao público e a sociedade que os profissionais individualmente, não tirarão partido de suas posições.

Um código é um conjunto de princípios que são geralmente aceitos por todos os membros de uma profissão. Estes princípios indicam alguns dos fatores que os profissionais de enfermagem devem considerar, quando da decisão da conduta apropriada. Códigos de ética também fornecem um alicerce comum para o currículo de enfermagem profissional.

É muito difícil codificar todos os princípios nos quais uma pessoa deve se basear para resolver dilemas num campo complexo como o da enfermagem. Os profissionais de enfermagem enfrentam dilemas éticos que não são claramente regulamentados pelos códigos de ética.

Um código de ética precisa ser curto, no entanto detalhado o suficiente para que sempre ofereça uma orientação clara e obtenha aceitação geral. A Associação Americana de Profissionais de Enfermagem (AAPE) e o Conselho Internacional de Profissionais de Enfermagem (CIPE) estabeleceram códigos amplamente aceitos, que os profissionais de enfermagem devem tentar seguir. Embora esses códigos se diferenciem em algum ponto de ênfase específica, eles refletem os mesmos princípios básicos.

Cada profissional de enfermagem assume a responsabilidade de realizar atividades de enfermagem específicas na assistência de um paciente. Ser responsável também se refere à esfera das funções de deveres associado ao papel dos enfermeiros. À medida que assumem mais funções, estas funções tornam-se parte de sua responsabilidade. Sendo responsável, ele se torna seguro e digno de confiança pelos colegas e paciente. Um profissional responsável é competente em conhecimento e habilidades. É imperativo que ele também possua responsabilidade ética em relação ao paciente. Um profissional de enfermagem cuida de um paciente que é, no mínimo, parcialmente dependente da escolha de ação feita pelo enfermeiro e que depositou confiança nas capacidades deste profissional. A responsabilidade de um enfermeiro requer uma disposição de atuação apropriada dentro das diretrizes de conduta da ética profissional.

A profissão de enfermeiro é caracterizada pela responsabilidade; eles precisam estar aptos a responder por suas ações (por exemplo, dar uma dosagem errada de um medicamento). Um profissional de enfermagem responsável denuncia erros e inicia os cuidados para prevenir qualquer prejuízo futuro ao paciente. Ter responsabilidade pede uma avaliação de efetividade do profissional de enfermagem em assumir responsabilidades.

Um profissional de enfermagem tem responsabilidade para com ele, com o paciente, a profissão, a instituição empregatícia e a sociedade. Ele assume a responsabilidade por si próprio, por relatar às autoridades apropriadas qualquer conduta que coloque os pacientes em risco. A prioridade mais alta do profissional é a segurança e o bem-estar dos pacientes.

Ter responsabilidade para com o paciente significa que o profissional fornece informação precisa a ele sobre o tratamento. Ele tem a responsabilidade de informar o paciente sobre procedimentos e fornecer informações que o ajudem a tomar decisões.

Ele mantém responsabilidade para com a profissão e, conseqüentemente, para com a sociedade, mantendo altos padrões de ética e encorajando outros profissionais a fazerem o mesmo. Ele relata qualquer conduta de outro profissional da mesma área ou de um médico que coloque em risco o paciente. O profissional de enfermagem que falha em apresentar esta conduta é considerado co-responsável.

O profissional de enfermagem tem responsabilidade em relação à instituição. Administradores de enfermagem e médicos são geralmente as pessoas para as quais os profissionais de enfermagem devem obediência. As instituições desenvolvem normas e procedimentos para fornecer diretrizes coerentes para a realização de atividades de assistência de saúde. Normas e procedimentos previnem confusões e erros quando é dada a assistência.

A preocupação ética primária de profissionais de enfermagem é ajudar cada paciente a receber assistência de saúde de alta qualidade. Ele possui o potencial não apenas de ajudar os pacientes, mas também de causar algum desconforto ou estresse. É frequentemente difícil discriminar as ações benéficas das desnecessariamente estressantes.

Um profissional de enfermagem pode ser mais responsável por um paciente se os benefícios e as desvantagens das ações forem cuidadosamente ponderadas. Sendo responsável, o profissional de enfermagem terá, como consequência maior responsabilidade.

Os conflitos surgem em situações de ser responsável e ter responsabilidade. Frequentemente, entre administradores de enfermagem e médicos, o profissional de enfermagem pode ficar indeciso sobre quem tem responsabilidade por quem. Normas e procedimentos dão uniformidades aos padrões básicos de assistência de enfermagem, deste modo mantém a qualidade de assistência em uma instituição. Se um enfermeiro discorda das expectativas da instituição, é possível trabalhar dentro do sistema para mudá-las, talvez aperfeiçoando ou modificando normas e procedimentos ultrapassados.

A sociedade como um todo tem objetivo de propiciar assistência de saúde para todos. Como membro de um sistema de saúde, o profissional de enfermagem age dentro das regras desse sistema. Barreiras burocráticas são sempre impostas por este sistema, o que pode criar conflitos envolvendo valores de ética do profissional. Enfermeiros podem entrar em conflito, ao tentarem proteger os direitos dos indivíduos vulneráveis e em condições inferiores. Entretanto, a menos que defendam os direitos de todos os pacientes, não estarão agindo de acordo com as demandas da sociedade.

A responsabilidade profissional serve quatro propósitos básicos:

- Avaliar as novas normas da prática profissional e reavaliar as existentes.
- Manter os padrões de assistência de saúde.
- Facilitar a reflexão pessoal, o pensamento ético e o crescimento pessoal por parte dos profissionais.
- Fornecer bases para tomadas de decisão éticas.

O desempenho individual de um profissional de enfermagem pode ser medido? Uma tendência recente na assistência de saúde é o estabelecimento de padrões de assistência. A Comissão Mista de Credenciamento de Hospitais tem recomendado certos padrões para o exercício da assistência de enfermagem. Estes padrões fornecem uma estrutura básica para avaliar se assistências de enfermagem competentes são ministradas. O desempenho então pode ser medido objetivamente, bem como criticamente. Tucker e associados produziram um exemplo de um conjunto de padrões a seguir para propiciar bem-estar físico geral a um paciente, tal como certificar-se de que o paciente está confortável e na posição correta. Esses padrões não eliminam a necessidade de um plano individual de assistência. Entretanto, profissionais de enfermagem que incorporam esses padrões em um plano de assistência satisfazem sua responsabilidade éticas. A responsabilidade é assegurada porque a qualidade de assistência pode ser medida.

Amparo do Paciente

Os padrões éticos regem o comportamento de profissionais e instituições para com os pacientes. Em contraste, as leis determinam o licenciamento de profissionais e prescrevem os limites da prática legal. Geralmente é verdade que as práticas éticas são práticas legais. Entretanto, somente a lei é prontamente executável.

CONHECIMENTOS BÁSICOS DA GRADUAÇÃO

Estado, questão social, política social e Serviço Social.	01
A contrarreforma do Estado e a seguridade social.	11
Ofensiva neoliberal: reformas universitárias e os hospitais universitários.	20
O debate contemporâneo sobre o Serviço Social.	22
Ética e Legislação Profissional.	34
Projeto Ético-Político hegemônico.	50
Serviço Social e Instrumentalidade: relação teoria e prática.	50
Competências profissionais: dimensões teórico-metodológico, ético-política e técnico-política.	60
Serviço Social, política de saúde e o controle social.	64
Políticas e programas do SUS.	65
Trabalho em equipe e interdisciplinaridade.	67
Serviço Social e análise institucional.	72
Família e proteção social.	78
Marcos jurídicos e institucionais após a Constituição Federal de 1988;	88
Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003).	92
Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069/1990).	111
Lei Orgânica da Assistência Social.	164
Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006).	172
Estatuto da pessoa com deficiência (Lei nº 13.146/2015).	180

ESTADO, QUESTÃO SOCIAL, POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL.

Neoliberalismo

O estudo das políticas públicas, na área de Serviço Social, vem ampliando sua relevância na medida em que estas têm-se constituído como estratégias fundamentais de enfrentamento das manifestações da questão social na sociedade capitalista atual.

Não se pode precisar um período específico do surgimento das primeiras identificações chamadas políticas sociais, visto que, como processo social, elas se originam na confluência dos movimentos de ascensão do capitalismo como a Revolução Industrial, das lutas de classe e do desenvolvimento da intervenção estatal.

Sua origem relaciona-se aos movimentos de massa socialmente democratas e à formação dos estados-nação na Europa Ocidental do final do século XIX, porém sua generalização situa-se na transição do capitalismo concorrencial para o capitalismo monopolista, especialmente em sua fase tardia, após a Segunda Guerra Mundial.

Historicamente, o estudo das políticas sociais deve ser marcado pela necessidade de pensar as políticas sociais como “concessões ou conquistas”, na perspectiva marxista, a partir de uma ótica da totalidade. Dessa forma, as políticas sociais são entendidas como fruto da dinâmica social, da inter-relação entre os diversos atores, em seus diferentes espaços e a partir dos diversos interesses e relações de força. Surgem como “[...] instrumentos de legitimação e consolidação hegemônica que, contraditoriamente, são permeadas por conquistas da classe trabalhadora”.

A política econômica e a política social estão relacionadas intrinsecamente com a evolução do capitalismo (conforme proposta de reflexão), fundamentando-se no desenvolvimento contraditório da história. Tais políticas vinculam-se à acumulação capitalista e verifica-se, a partir daí, se respondem às necessidades sociais ou não, ou se é mera ilusão.

Segundo Vieira E., a acumulação é o “[...] sentido de concentração e de transferência da propriedade dos títulos representativos de riqueza”. As transformações ocorridas nas revoluções industriais acarretaram uma sociedade com um vasto exército de proletários.

A política social surge no capitalismo com as mobilizações operárias e a partir do século XIX com o surgimento desses movimentos populares, é que ela é compreendida como estratégia governamental. Com a Revolução Industrial na Inglaterra, do século XVIII a meados do século XIX, esta trouxe consequências como a urbanização exacerbada, o crescimento da taxa de natalidade, fecunda o germe da consciência política e social, organizações proletárias, sindicatos, cooperativas na busca de conquistar o acolhimento público e as primeiras ações de política social. Ainda nesta recente sociedade industrial, inicia-se o conflito entre os interesses do capital e os do trabalho.

Para Vieira E., a história do capitalismo testemunha contradição fundamental, de um lado, ininterrupto crescimento do mercado e do consumo e de outro, sua gradativa monopolização.

Com isso, o processo de acumulação do capital impõe à indústria a necessidade de alargar o mercado e de aumentar o consumo, mas o resguardo e o incremento da rentabilidade do capital já invertido exigem de quando em quando limitações de caráter monopolizador, entravando o próprio mercado e tolhendo as novas possibilidades de sua expansão. O abaixamento do nível de vida da população garante ao mesmo tempo uma taxa média de lucro e também a redução do mercado imprescindível à produção.

Dessa forma, pode-se afirmar que não há política social desligada das lutas sociais. De modo geral, o Estado assume algumas das reivindicações populares, ao longo de sua existência histórica. Os direitos sociais dizem respeito inicialmente à consagração jurídica de reivindicações dos trabalhadores. Certamente, não se estende a todas as reivindicações, mas na aceitação do que é conveniente ao grupo dirigente do momento. E com Faleiros, pode-se afirmar que as políticas sociais ora são vistas como mecanismos de manutenção da força de trabalho, ora como conquista dos trabalhadores, ora como arranjos do bloco no poder ou bloco governante, ora como doação das elites dominantes, ora como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão.

O período que vai de meados do século XIX até os anos de 1930, é marcado predominantemente pelo liberalismo e sustentado pela concepção do trabalho como mercadoria e sua regulação pelo livre mercado.

O estado liberal é caracterizado pelo indivíduo que busca seu próprio interesse econômico proporcionando o bem-estar coletivo, predomina a liberdade e competitividade, naturaliza a miséria, mantém um Estado mínimo, ou seja, para os liberais, o Estado deve assumir o papel “neutro” de legislador e árbitro, e desenvolver somente ações complementares ao mercado e as políticas sociais estimulam o ócio e o desperdício e devem ser um paliativo, o que significa que a pobreza deve ser minimizada pela caridade privada. É, portanto, o mercado livre e ilimitado que regula as relações econômicas e sociais e produz o bem comum.

Mediante esses princípios defendidos pelos liberais e assumidos pelo Estado capitalista, o enfrentamento da questão social, neste período, foi sobretudo repressivo, e seguido de algumas mudanças reivindicadas pela classe trabalhadora que foram melhorias tímidas e parciais na vida dos trabalhadores, sem atingir as causas da questão social.

Também as reformas sociais ocorridas no período pós-Segunda Guerra não atingiram esse objetivo. Assim as primeiras ações de políticas sociais ocorrerão na relação de continuidade entre Estado liberal e Estado social. Ambos terão um ponto em comum que é o reconhecimento de direitos sociais sem prejudicar os fundamentos do capitalismo. Isso porque não houve ruptura radical entre o Estado liberal (século XIX) e o Estado social capitalista (século XX). Mas, sim, uma nova visão de Estado, pressionado por mudanças (lutas das classes trabalhadoras),

CONHECIMENTOS BÁSICOS DA GRADUAÇÃO

o “velho liberalismo foi cedendo espaço a um liberalismo mais social e incorporando orientações socialdemocratas em um novo contexto socioeconômico e da luta de classes, possibilitando uma visão social e, conseqüentemente, investimentos em políticas sociais.

O Estado europeu liberal do século XIX reconheceu direitos civis tais como: o direito à vida, à liberdade individual e os direitos de segurança e de propriedade, mas com características de Estado policial e repressor e assim a população usufruiu especialmente do direito à liberdade e à propriedade.

O fortalecimento e a organização da classe trabalhadora foram determinantes para a mudança da natureza do Estado liberal no final do século XIX, e os ganhos sociais e políticos obtidos mais precisamente no século XX pelos trabalhadores.

A busca da classe operária pela emancipação humana, a socialização da riqueza e uma nova ordem societária garantiram algumas conquistas importantes na dimensão dos direitos políticos tais como: o direito de voto, de organização e a formação de sindicatos e partidos, de livre expressão e manifestação, e de ampliar os direitos sociais. Desta forma, segundo Behring & Boschetti, a generalização dos direitos políticos é resultado da luta da classe trabalhadora e, se não conseguiu instituir uma nova ordem social, contribuiu significativamente para ampliar os direitos sociais, para tencionar, questionar e mudar o papel do Estado no âmbito do capitalismo a partir do final do século XIX e início do século XX.

Ainda segundo as autoras, o surgimento das políticas sociais foi gradativo e diferenciado entre os países, com base nos movimentos e organizações reivindicatórias da classe trabalhadora e na correlação de forças no âmbito do Estado. A história relata que é no final do século XIX o período em que o Estado capitalista passa a assumir e a realizar ações sociais mais amplas, planejadas e sistematizadas sob caráter de obrigatoriedade.

Assim o século XX vive transformações globais desenfreadas que alteram a vida de bilhões de pessoas no mundo. As transformações no mundo do trabalho determinaram novos padrões de organização e gestão da indústria, novos tipos de relações e contratos de trabalho e comercialização, altos índices de investimentos em avanços tecnológicos e de automação.

O padrão dominante taylorista/fordista, surgido nos anos 30 (século XX), após a chamada Grande Depressão, fundamentado na produção maciça de mercadorias em grandes fábricas, concentradas e verticalizadas, com rígido controle do processo de trabalho que reunia grande número de trabalhadores manuais, especializados, relativamente bem pagos e protegidos pela legislação trabalhista, passa a ser substituído ao entrar em crise, e é substituído pela chamada acumulação flexível, ou seja, a descentralização da economia, com o chamado modelo japonês toyotista que supõe um processo de modificações enfeixadas no mote da flexibilização. Este modelo apresenta uma nova racionalidade produtiva como afirma Antunes tem-se um

sistema que responde imediata e diretamente às demandas que são colocadas e que possui a flexibilidade para alterar o processo produtivo de modo que não se opere com grandes estoques, mas com estoque mínimo; de modo que se tenha um sistema de produção ou de acumulação flexível, que se adequa a essas alterações cotidianas de mercado. Enfim, um processo produtivo flexível que atenda esta ou aquela rigidez característica de produção em linha de montagem do tipo fordista [...]. É então um processo de organização do trabalho fundado numa resposta imediata à demanda, numa organização flexível do trabalho, numa produção integrada e que supõe necessariamente o envolvimento do trabalho, acarretando o estranhamento do trabalhador, sua “alienação” do trabalho que se torna menos despótico e mais manipulatório [...]. Um sistema de produção flexível supõe direitos do trabalhador também flexíveis, ou de forma mais aguda, supõe a eliminação dos direitos do trabalho [...].

Estas transformações afetam as relações de trabalho e o cotidiano do trabalhador, em seus direitos como a educação, a saúde, a habitação, o lazer, a vida privada. Contudo, o que permanece é o modelo societário capitalista sob o qual ocorrem tais modificações. E assim, este se estabelece, no final do século XX, não mais como concorrencial. E com a Era Imperialista, tem-se uma hegemonia que se efetiva a partir da consolidação de grandes grupos monopolizados (concentração do capital).

O capitalismo monopolista intensifica suas contradições oriundas da organização da produção capitalista, ou seja, sua produção cada vez mais socializada é restrita pela concentração mundial de renda por meio de apropriação privada dos produtos do trabalho. E assim, como afirma Netto, o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienação e transitoriedade histórica [...].

A fase monopólica firma-se por meio do controle dos mercados, garantindo maiores lucros aos capitalistas. Com isso ocorrem diversas variações nas instituições capitalistas, tais como: ampliação do sistema bancário e creditício, acordos empresariais para o aumento do lucro por meio do controle dos mercados, formando os chamados cartéis. Surge grande acumulação de lucro, diminuição da taxa média de lucro e a tendência ao subconsumo aumenta. Os setores de grandes concorrências aumentam em seus investimentos demandando o surgimento de novas tecnologias e diminuindo os postos de trabalho.

Tais contradições geram uma concorrência acirrada de vários grupos monopolistas que disputam o mercado nacional e o mercado internacional. Contudo, criam-se mecanismos extra econômicos de controle, por meio do Estado, na perspectiva neoliberal ou na perspectiva social-democrática, para controlar as ameaças aos lucros dos monopólios.

Todas essas modificações estendem-se em nível planetário no chamado “mundo” de globalização, que se expressa como nova modalidade de dominação imposta pelo capital por meio da intensificação do intercâmbio mundial

CONHECIMENTOS BÁSICOS DA GRADUAÇÃO

de mercadorias, preços, ideias, informações, relações de produção, proporcionando mudanças significativas nas relações humanas. Para Netto, a globalização, ainda, vem agudizando o padrão de competitividade intermonopolista e redesenhando o mapa político-econômico do mundo: para assegurar mercados e garantir a realização de superlucros, as grandes corporações têm conduzido processos supranacionais de integração, os megablocos (União Europeia, Nafta, APEC) que, até agora, não se apresentam como espaços livres de problemas para a concentração dos interesses do grande capital.

Dessa forma, o fenômeno da globalização se por um lado permite o intercâmbio mundial por meio da maior interação entre os povos, por outro, tem trazido uma série de contradições e divergências: o aumento do desemprego estrutural, a exclusão social, o aumento da pobreza, guerras políticas e religiosas e outros, ratificando a lógica do capital, que trazem a concentração da riqueza nas mãos dos setores monopolizados e o acirramento da desigualdade social.

Para atenuar as contradições postas pelas “crises cíclicas de superprodução, superacumulação e subconsumo da lógica do capital” e manter a ordem, ocultar as consequências nefastas do capitalismo, criam-se mecanismos políticos e econômicos que garantem a reprodução do sistema e formam um amplo aparato ideológico que procura naturalizar e perpetuar este modelo de sociedade. Após a Segunda Guerra Mundial, consolidou-se o chamado Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) e posteriormente o neoliberalismo.

O ideário do Estado de Bem-Estar Social é proposto pela teoria keynesiana em países da Europa e nos Estados Unidos da América que tinha como princípio de ação o pleno emprego e a menor desigualdade social entre os cidadãos. É erigido pela concepção de que os governos são responsáveis pela garantia de um mínimo padrão de vida para todos os cidadãos, como direito social. É baseado no mercado, contudo com ampla interferência do Estado que deve regular a economia de mercado de modo a assegurar o pleno emprego, a criação de serviços sociais de consumo coletivo, como a educação, saúde e assistência social para atender a casos de extrema necessidade e minimizar a pobreza.

Faleiros afirma, é pelo Estado Bem-Estar que o Estado garante ao cidadão a oportunidade de acesso gratuito a certos serviços e a prestação de benefícios mínimos para todos. Nos Estados Unidos, esses benefícios dependem de critérios rigorosos de pobreza e os serviços de saúde não são estatizados, havendo serviços de saúde para os velhos e pobres. O “acesso geral” à educação, à saúde e à justiça existente na Europa decorre de direitos estabelecidos numa vasta legislação que se justifica em nome da cidadania. O cidadão é um sujeito de direitos sociais que tem igualdade de tratamento perante as políticas sociais existentes.

Com essa realidade, ampliaram-se as funções econômicas e sociais do Estado que passou a controlar parcialmente a produção e a assumir despesas sociais. Essas

transformações do Estado foram de acordo com a força do movimento trabalhista e ocorreram nos chamados países desenvolvidos da Europa e nos Estados Unidos.

O Estado de Bem-Estar Social buscou assegurar um acordo de neutralidade nas relações das classes sociais e amortecer a crise do capitalismo com a sustentação pública de um conjunto de medidas anticrise. Entretanto, foram beneficiados os interesses monopolísticos. E como afirmam Behring & Boschetti (2006), as políticas sociais se generalizam nesse contexto, compondo o rol de medidas anticíclicas do período, e também foram o resultado de um pacto social estabelecido nos anos subsequentes com segmentos do movimento operário, sem o qual não podem ser compreendidas.

Nos chamados países pobres e dependentes da América Latina, especialmente no Brasil, nunca ocorreu a garantia do bem-estar da população por meio da universalização de direitos e serviços públicos de qualidade. Segundo Faleiros, nos países pobres periféricos não existe o *Welfare State* nem um pleno keynesianismo em política. Devido à profunda desigualdade de classes, as políticas sociais não são de acesso universal, decorrentes do fato da residência no país ou da cidadania. São políticas “categoriais”, isto é, que tem como alvo certas categorias específicas da população, como trabalhadores (seguros), crianças (alimentos, vacinas) desnutridas (distribuição de leite), certos tipos de doentes (hansenianos, por exemplo), através de programas criados a cada gestão governamental, segundo critérios clientelísticos e burocráticos. Na América Latina, há grande diversidade na implantação de políticas sociais, de acordo com cada país [...].

A década de 1970 enfrentou o declínio do padrão de bem-estar por meio da crise capitalista agravada pelos reduzidos índices de crescimento com altas taxas de inflação. A regulamentação do mercado por parte do Estado e o avanço da organização dos trabalhadores passam a ser considerados entraves à livre acumulação de capitais.

Na década seguinte, com a queda dos regimes socialistas do leste europeu, a crise fiscal do Estado de Bem-Estar e a estagnação da economia ganham forças e os argumentos neoliberais recuperando as ideias liberais propõem a mínima regulamentação do mercado e a ampla liberdade econômica dos agentes produtivos.

Com o avanço das ideias neoliberais, ganha espaço o discurso vitorioso do capitalismo. Tem-se uma realidade ideológica em defesa dos interesses do capital, favorecendo grupos monopolizados, em detrimento dos trabalhadores, realidade essa, velada por um discurso de direitos individuais, tem-se a naturalização da desigualdade social, a busca pela eficiência e competitividade no mundo da globalização. Segundo Sposati (2000), o maior impacto da globalização se manifesta na desregulamentação da força de trabalho, no achatamento de salários e no aumento do desemprego. Esta é a face perversa da globalização, pois em vez de traduzir melhores condições aos povos, ela vem trazendo a globalização da indiferença com os excluídos.

CONHECIMENTOS BÁSICOS DA GRADUAÇÃO

O neoliberalismo passou a ditar o ideário de um projeto societário a ser implementado nos países capitalistas para restaurar o crescimento estável. Tendo como assertivas a reestruturação produtiva, a privatização acelerada, o enxugamento do Estado, as políticas fiscais e monetárias sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital como o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Para essa realidade, vive-se o desmonte da cidadania social, uma das maiores conquistas democráticas e o abalo da utopia de construção de uma sociedade livre de incertezas e desamparos sociais (Estado de Bem-Estar Social).

Como afirma Pereira (2000), tem-se em quase todo o mundo, o desmonte das políticas nacionais de garantias sociais básicas, cujas principais implicações estão voltadas aos cortes de programas sociais à população de baixa renda, à diminuição dos benefícios da seguridade social e à criminalização da pobreza com o incentivo às práticas tradicionais de clientelismo, à filantropia social e empresarial, à solidariedade informal e ao assistencialismo, revestidos de práticas alternativas e inovadoras para uma realidade de pobreza e exclusão social.

No que diz respeito ao Estado Capitalista, este sempre assumiu historicamente os interesses da burguesia, da classe dominante assegurando muitos favorecimentos e benefícios para a primazia do lucro. Afirma Netto (1996) que "[...] a desqualificação do Estado tem sido, como se sabe, a pedra-de-toque do privatismo da ideologia neoliberal: a defesa do 'Estado Mínimo' pretende fundamentalmente o 'Estado Máximo' para o Capital".

O enfrentamento do Estado Nacional mediante as exigências da globalização capitalista, em transferir as responsabilidades e as decisões do mesmo para o mercado, o bem comum dos cidadãos para a iniciativa privada, a soberania da nação para a ordem social capitalista dominante no cenário mundial (Abreu, 2000) vêm acompanhados de desregulamentação e de extinção de direitos sociais, mas com uma "proposta" de modernização, liberdade, democracia e cidadania.

Os rebatimentos do neoliberalismo (ideologia capitalista) nas políticas sociais são desastrosos. Estas passam a ter um caráter eventual e complementar por meio de práticas fragmentadas e compensatórias, como afirma Laurell (1997), o Estado só deve intervir com o intuito de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que os privados não podem ou não querem produzir, além daqueles que são, a rigor, de apropriação coletiva. Propõem uma política de beneficência pública ou assistencialista com um forte grau de imposição governamental sobre que programas instrumentar e quem instruir, para evitar que se gerem "direitos". Além disso, para se ter acesso aos benefícios dos programas públicos, deve-se comprovar a condição de indigência. Rechaça-se o conceito dos direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los através da ação estatal. Portanto, o neoliberalismo opõe-se radicalmente à universalidade, igualdade e gratuidade dos serviços sociais.

O cumprimento do ideário neoliberal pelos diversos países terá influência sobretudo por sua tradição histórica e cultural, pelo regime político vigente inserido no mundo globalizado, bem como pelo enfrentamento da questão social (que será abordado no último item deste capítulo) e pelo nível de organização da classe trabalhadora.

Não será aprofundada essa questão, senão apresentada a implementação das políticas sociais no Brasil destinadas a minimizar a questão social que, nas primeiras décadas do século XX, foi tratada como questão de polícia.

As políticas sociais brasileiras estão diretamente relacionadas às condições vivenciadas pelo País em níveis econômico, político e social. Estão, portanto, no centro do embate econômico e político deste início de século, pois a inserção do Brasil (país periférico do mundo capitalista) no mundo globalizado, far-lo-á dependente das determinações e decisões do capital e das potências mundiais hegemônicas.

Para entender o real significado das políticas sociais, deve-se relacioná-las estreitamente a suas funções, que, segundo Pastorini (1997), partindo da perspectiva marxista, as políticas sociais devem ser entendidas como produto concreto do desenvolvimento capitalista, de suas condições, da acumulação crescente do capital e, assim, um produto histórico, e não consequência de um desenvolvimento "natural". As políticas sociais desenvolvem algumas funções primordiais no mundo capitalista: função social, econômica e política.

A começar pela função social, afirma-se que as políticas sociais têm por objetivo o atendimento redistributivo dos recursos sociais, por meio de serviços sociais e assistenciais, para um complemento salarial às populações carentes. Contudo, esta função dissimula as verdadeiras funções que as políticas sociais desempenham no mundo capitalista ao apresentarem-se como mecanismos institucionais que compõem uma rede de solidariedade social que objetiva diminuir as desigualdades sociais, oferecendo mais serviços sociais àqueles que têm menos recursos.

Neste sentido, como analisa Iamamoto (2002), são desenvolvidos aos usuários os serviços sociais de direito: saúde, educação, política salarial, trabalho, habitação, lazer e outros, como bem-estar, assistência, filantropia, favor, ou seja, medidas parcelares e setoriais que o Estado oferece nas questões sociais para manter o controle e a ordem social. Essa ação paternalista do Estado tende a inibir crises sociais e legitimam seu discurso demagógico de cooperação entre as classes sociais e o ajustamento da classe trabalhadora às regras do modelo neoliberal.

Do ponto de vista da classe trabalhadora, estes serviços podem ser encarados como complementares, mas necessários à sua sobrevivência, diante de uma política salarial que mantém aquém das necessidades mínimas historicamente estabelecidas para a reprodução de suas condições de vida. São ainda vitais, mas não suficientes, para aquelas parcelas da força de trabalho alijadas momentaneamente do mercado de trabalho ou lançadas no pauperismo absoluto. Porém, à medida que a gestão de tais serviços escapa

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Serviço Social - Saúde do Adulto, Saúde da Criança e Saúde Mental

Políticas Sociais e a Seguridade Social Brasileira.....	01
SUS: conceitos e trajetória histórica.....	02
A Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil.....	06
Serviço Social contemporâneo.....	15
Determinações sociais do processo saúde-doença: a doença como processo social.....	26
Integralidade no processo saúde-doença.....	32
Normas de biossegurança nos serviços de saúde.....	36
Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32).....	56
Ética e Legislação Profissional.....	66
Serviço Social e Instrumentalidade: relação teoria e prática.....	66
Atuação profissional do Assistente Social na Área de Saúde.....	66
Trabalho do Assistente Social em equipe multidisciplinar.....	69

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Serviço Social - Saúde do Adulto. Saúde da Criança e Saúde Mental

POLÍTICAS SOCIAIS E A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA.

Desenhamos, no Brasil, um modelo de proteção social baseado no Estado de Bem-Estar Social implantado na Europa no pós-guerra. A Constituição de 1988 representou etapa fundamental da viabilização do projeto das reformas socialmente progressistas que residem nos princípios da universalidade, da seguridade social e da compreensão de direitos sociais como componentes para a construção da cidadania.

Uma das inovações constitucionais mais expressivas foi a instituição da Seguridade Social (previdência urbana e rural, saúde, assistência social e seguro-desemprego), cujo financiamento está baseado na contribuição tripartite de empregados, empregadores e governo.

O Orçamento da Seguridade Social vinculou um conjunto de fontes baseadas em contribuições (folha de salários e Pis-Pasep) e impostos criados para esse fim: a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL, e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS. A seguridade social é definida na Constituição Federal como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

SAÚDE: DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO

A saúde, segmento autônomo da Seguridade Social, tem a finalidade mais ampla de todos os ramos protetivos porque não possui restrição de beneficiários e de acesso. As ações na saúde são instrumentalizadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, constituído por órgãos federais, estaduais e municipais, para executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, de saúde do trabalhador, participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico, colaborar na proteção do meio ambiente (nele incluído o do trabalho), fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e águas, supervisionar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde.

ASSISTÊNCIA SOCIAL: GARANTIA DE ATENÇÃO ÀS NECESSIDADES BÁSICAS

Como diretrizes de organização da assistência social, a Constituição Federal estabeleceu a descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal. Esta organização foi disposta na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, sob a forma de sistema descentralizado e participativo: o Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

Ao atingir o status de política pública, a assistência social perde seu caráter assistencialista e passa a garantir/promover direitos sociais, com os objetivos de proteger a família, maternidade, infância, adolescência e velhice; amparar crianças e adolescentes carentes; promover a inte-

gração ao mercado de trabalho; reabilitar pessoas portadoras de deficiência com reinserção na vida comunitária; garantir salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e à pessoa idosa que não possuem meios de prover sua subsistência.

PREVIDÊNCIA SOCIAL: DIREITO DOS TRABALHADORES

Segmento autônomo da seguridade social, a previdência se preocupa com os trabalhadores e seus dependentes econômicos, enquanto técnica de proteção destinada a afastar necessidades decorrentes de contingências sociais que reduzem ou eliminam a capacidade de auto-sustento dos trabalhadores e/ou de seus dependentes.

Com natureza de seguro social, exige contribuição dos seus segurados. Não obstante a previdência social ser res- trita aos que contribuem para seu financiamento, encontra na inclusão social os mesmos fins delineados para a saúde e a assistência social.

SEGURIDADE SOCIAL: GARANTIR E AVANÇAR

O atual momento exige vigilância e atuação efetiva. Direitos estão ameaçados. A resistência se organiza a partir do município, com a população pressionando o poder público para manter políticas públicas importantes para os municípios.

A inclusão social traz igualdade de oportunidades por meio de programas como Bolsa Família, Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – PRONAF, Saúde da Família, Territórios da Cidadania, Luz para Todos, valorização do salário mínimo. A construção de creches, casas abrigo para idosos e crianças em situação de rua são aspectos fundamentais de respeito aos direitos e de desenvolvimento sustentável e inclusivo.

Os programas de saúde e assistência otimizam recursos financeiros e humanos. Programas de saúde incluindo os relacionados à saúde do trabalhador são fundamentais. Organizar no município equipes de agentes comunitários de saúde e de combate às endemias, além de conectar a comunidade ao poder público, os profissionais das áreas efetivam ações essenciais à população.

Os primeiros acompanham as famílias, cadastrando suas necessidades de assistência e saúde, desenvolvem ações de educação e vigilância com ênfase na prevenção de doenças, identificam indivíduos e famílias em situações de risco, orientando-as no acesso aos serviços de que necessitam.

O grupo de combate às endemias realiza vistoria em residências, depósitos, terrenos baldios e estabelecimentos comerciais para buscar focos de doenças, orientando quanto à prevenção e ao tratamento de doenças infecciosas, atividade fundamental para prevenir e controlar doenças como dengue, Chikungunya, zika, leishmaniose, malária.

Os programas de saúde do trabalhador devem adotar práticas sistemáticas para a promoção da saúde e do bem-estar no local de trabalho e da melhoria da qualidade de vida. Os órgãos municipais devem acompanhar empresas urbanas e rurais, avaliando ambientes de trabalho e promovendo a superação de descumprimento de normas. Os

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Serviço Social - Saúde do Adulto. Saúde da Criança e Saúde Mental

custos emocional, social e econômico dos acidentes de trabalho à sociedade em termos de saúde e previdência são altos, sendo muito mais eficiente a prevenção.

A Seguridade Social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social, exige a criação de espaços de debate, sugestões e encaminhamentos de ações que envolvam as diferentes secretarias municipais envolvidas no tema e representantes da comunidade. Novamente os Conselhos se apresentam como organismos eficazes de valorização de saberes e coparticipação na vida comunitária.

A Seguridade Social efetivamente se configura em inclusão social, uma vez que oportuniza a inserção e reinserção no mundo do trabalho, possibilita a interação social, promove a cidadania consciente. Configura-se em instrumento de efetivação dos direitos fundamentais, constituindo-se em paradigma para o desenvolvimento à medida que garante aos cidadãos um mínimo existencial que se situe dentro dos parâmetros da dignidade humana. Preservá-la, portanto, é imprescindível.

(<https://www.xapuri.info/cidadania/seguridade-social-politicas-publicas-de-direito-a-cidadania/>)

SUS: CONCEITOS E TRAJETÓRIA HISTÓRICA.

SUS Princípios e Diretrizes

Princípios e Diretrizes

A primeira e maior novidade do Sistema Único de Saúde é seu conceito de saúde. Esse “conceito ampliado de saúde”, resultado de um processo de embates teóricos e políticos, como visto anteriormente, traz consigo um diagnóstico das dificuldades que o setor da saúde enfrentou historicamente e a certeza de que a reversão deste quadro extrapolava os limites restritos da noção vigente.

Encarar saúde apenas como ausência de doenças evidenciou um quadro repleto não só das próprias doenças, como de desigualdades, insatisfação dos usuários, exclusão, baixa qualidade e falta de comprometimento profissional.

Para enfrentar essa situação era necessário transformar a concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade. Uma coisa era se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos. Outra tarefa é conceber a atenção à saúde como um projeto que iguala saúde com condições de vida.

Ao lado do conceito ampliado de saúde, o Sistema Único de Saúde traz dois outros conceitos importantes: o de sistema e a ideia de unicidade. A noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum.

Na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidos dos mesmos princípios e das mesmas normas do serviço público. Os elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esse sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo país. Mas é preciso compreender bem esta ideia de unicidade. Em um país com tamanha diversidade cultural, econômica e social como o Brasil, pensar em organizar um sistema sem levar em conta essas diferenças seria uma temeridade.

O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do Sistema Único de Saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Esses elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação de gerência aos cidadãos, seja com descentralização político-administrativa, seja por meio do controle social do sistema.

O Sistema Único de Saúde pode, então, ser entendido a partir da seguinte imagem: um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos. A construção do SUS norteia-se, baseado nos seus preceitos constitucionais, pelas seguintes doutrinas:

- **Universalidade:** É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (“A saúde é direito de todos e dever do Estado” – Art. 196 da Constituição Federal de 1988).

Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público de saúde, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal.

- **Equidade:** O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônima de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema.

O que determinará as ações será a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo mais onde a carência é maior. Sendo assim, todos terão as mesmas condições de acesso, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

- **Integralidade:** As ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fracionadas, sendo assim, os serviços de saúde devem reconhecer na prática que: se cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde também não podem ser compartimentalizadas, assim como as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, configuram um sistema capaz de prestar assistência integral.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Serviço Social - Saúde do Adulto. Saúde da Criança e Saúde Mental

Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Para organizar o SUS a partir dos princípios doutrinários apresentados e considerando-se a ideia de seguridade social e relevância pública existem algumas diretrizes que orientam o processo. Na verdade, trata-se de formas de concretizar o SUS na prática.

- Regionalização e hierarquização: Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em uma área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida.

Planejados a partir de critérios epidemiológicos, implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando alto grau de resolutividade (solução de problemas).

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior da situação de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

Deve o acesso da população à rede se dar por intermédio dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica. Estes caminhos somam a integralidade da atenção com o controle e a racionalidade dos gastos no sistema

Sistemas de Saúde no Brasil

1) Todos os estados e municípios devem ter conselhos de saúde compostos por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde. Os conselhos são fiscais da aplicação dos recursos públicos em saúde.

2) A União é o principal financiador da saúde pública no país. Historicamente, metade dos gastos é feita pelo governo federal, a outra metade fica por conta dos estados e municípios. A União formula políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada)

3) O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, assinado em 2006, o gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território.

4) Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. Esse pacto também deve passar pela negociação com o gestor estadual

5) O governo estadual implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território. A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a atenção básica (postos de saúde, centros de saúde, unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade da saúde pública (hospitais e clínicas especializadas).

6) O sistema público de saúde funciona de forma diferenciada. Isso ocorre quando o gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os municípios

7) Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretaria estadual de saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde).

8) Os medicamentos básicos são adquiridos pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dependendo do pacto feito na região. A insulina humana e os chamados medicamentos estratégicos - incluídos em programas específicos, como Saúde da Mulher, Tabagismo e Alimentação e Nutrição - são obtidos pelo Ministério da Saúde. Já os medicamentos excepcionais (aqueles considerados de alto custo ou para tratamento continuado, como para pós-transplantados, síndromes – como Doença de Gaucher – e insuficiência renal crônica) são comprados pelas secretarias de saúde e o ressarcimento a elas é feito mediante comprovação de entrega ao paciente. Em média, o governo federal repassa 80% do valor dos medicamentos excepcionais, dependendo dos preços conseguidos pelas secretarias de saúde nos processos licitatórios. Os medicamentos para DST/Aids são comprados pelo ministério e distribuídos para as secretarias de saúde.

9) Com o Pacto pela Saúde (2006), os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1 – Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão do SUS. Antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia algumas dificuldades para sua aplicação.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Serviço Social - Saúde do Adulto. Saúde da Criança e Saúde Mental

Há hierarquia no Sistema Único de Saúde entre as unidades da Federação?

A relação entre a União, estados e municípios não possui uma hierarquização. Os entes federados negociam e entram em acordo sobre ações, serviços, organização do atendimento e outras relações dentro do sistema público de saúde. É o que se chama de pactuação intergestores. Ela pode ocorrer na Comissão Intergestora Bipartite (estados e municípios) ou na Comissão Intergestora Tripartite (os três entes federados).

Qual a responsabilidade financeira do governo federal na área de saúde?

- A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde.
- O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil. Estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos.
- O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.).
- Também tem a função de planejar, criar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.
- Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde.
- O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União.
- Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde.
- Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal.
- Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

Qual a responsabilidade do governo municipal na área de saúde?

- A estratégia adotada no país reconhece o município como o principal responsável pela saúde de sua população.
- A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o gestor municipal assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território.
- Os municípios possuem secretarias específicas para a gestão de saúde.
- O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado.
- O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde.
- Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual.
- Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

• Em setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional nº 29.

• O texto assegura a co-participação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios no financiamento das ações e serviços de saúde pública.

• A nova legislação estabeleceu limites mínimos de aplicação em saúde para cada unidade federativa.

• Mas ela precisa ser regulamentada por projeto de lei complementar que já está em debate no Congresso Nacional.

O novo texto definirá quais tipos de gastos são da área de saúde e quais não podem ser considerados gastos em saúde.

Quanto a União, os estados e municípios devem investir?

• A Emenda Constitucional nº 29 estabelece que os gastos da União devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

• Os estados devem garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde.

• Já os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas.

Quais são as receitas dos estados?

Elas são compostas por:

A) Impostos Estaduais: ICMS, IPVA e ITCMD (sobre herança e doações).

B) Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cota-parte do IPI-Exportação, transferências da Lei Complementar nº 87/96 – Lei Kandir.

C) Imposto de Renda Retido na Fonte.

D) Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária de impostos;

Para onde vão e como são fiscalizados esses recursos?

A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu que deveriam ser criados pelos estados, Distrito Federal e municípios os fundos de saúde e os conselhos de saúde. O primeiro recebe os recursos locais e os transferidos pela União. O segundo deve acompanhar os gastos e fiscalizar as aplicações.

O que quer dizer transferências “fundo a fundo”?

Com a edição da Emenda Constitucional nº 29, fica clara a exigência de que a utilização dos recursos para a saúde somente será feita por um fundo de saúde. Transferências fundo a fundo, portanto, são aquelas realizadas entre fundos de saúde (ex.: transferência repassada do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais).

Quem faz parte dos conselhos de saúde?

Os conselhos são instâncias colegiadas (membros têm poderes iguais) e têm uma função deliberativa. Eles são fóruns que garantem a participação da população na fiscalização e formulação de estratégias da aplicação pública dos recursos de saúde. Os conselhos são formados por representantes dos usuários do SUS, dos prestadores de serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde.