



SL-0450T-20
CÓD: 7891122036526

CABO FRIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Técnico de Enfermagem

EDITAL Nº 03/2020

Como passar em um concurso público?

Todos nós sabemos que é um grande desafio ser aprovado em concurso público, dessa maneira é muito importante o concurseiro estar focado e determinado em seus estudos e na sua preparação.

É verdade que não existe uma fórmula mágica ou uma regra de como estudar para concursos públicos, é importante cada pessoa encontrar a melhor maneira para estar otimizando sua preparação.

Algumas dicas podem sempre ajudar a elevar o nível dos estudos, criando uma motivação para estudar. Pensando nisso, a Solução preparou este artigo com algumas dicas que irão fazer toda a diferença na sua preparação.

Então mãos à obra!

- Esteja focado em seu objetivo: É de extrema importância você estar focado em seu objetivo: a aprovação no concurso. Você vai ter que colocar em sua mente que sua prioridade é dedicar-se para a realização de seu sonho.
- Não saia atirando para todos os lados: Procure dar atenção a um concurso de cada vez, a dificuldade é muito maior quando você tenta focar em vários certames, pois as matérias das diversas áreas são diferentes. Desta forma, é importante que você defina uma área e especializando-se nela. Se for possível realize todos os concursos que saírem que englobe a mesma área.
- Defina um local, dias e horários para estudar: Uma maneira de organizar seus estudos é transformando isso em um hábito, determinado um local, os horários e dias específicos para estudar cada disciplina que irá compor o concurso. O local de estudo não pode ter uma distração com interrupções constantes, é preciso ter concentração total.
- Organização: Como dissemos anteriormente, é preciso evitar qualquer distração, suas horas de estudos são inegociáveis. É praticamente impossível passar em um concurso público se você não for uma pessoa organizada, é importante ter uma planilha contendo sua rotina diária de atividades definindo o melhor horário de estudo.
- Método de estudo: Um grande aliado para facilitar seus estudos, são os resumos. Isso irá te ajudar na hora da revisão sobre o assunto estudado. É fundamental que você inicie seus estudos antes mesmo de sair o edital, buscando editais de concursos anteriores. Busque refazer a provas dos concursos anteriores, isso irá te ajudar na preparação.
- Invista nos materiais: É essencial que você tenha um bom material voltado para concursos públicos, completo e atualizado. Esses materiais devem trazer toda a teoria do edital de uma forma didática e esquematizada, contendo exercícios para praticar. Quanto mais exercícios você realizar, melhor será sua preparação para realizar a prova do certame.
- Cuide de sua preparação: Não são só os estudos que são importantes na sua preparação, evite perder sono, isso te deixará com uma menor energia e um cérebro cansado. É preciso que você tenha uma boa noite de sono. Outro fator importante na sua preparação, é tirar ao menos 1 (um) dia na semana para descanso e lazer, renovando as energias e evitando o estresse.

Se prepare para o concurso público

O concurseiro preparado não é aquele que passa o dia todo estudando, mas está com a cabeça nas nuvens, e sim aquele que se planeja pesquisando sobre o concurso de interesse, conferindo editais e provas anteriores, participando de grupos com enquetes sobre seu interesse, conversando com pessoas que já foram aprovadas, absorvendo dicas e experiências, e analisando a banca examinadora do certame.

O Plano de Estudos é essencial na otimização dos estudos, ele deve ser simples, com fácil compreensão e personalizado com sua rotina, vai ser seu triunfo para aprovação, sendo responsável pelo seu crescimento contínuo.

Além do plano de estudos, é importante ter um Plano de Revisão, ele que irá te ajudar na memorização dos conteúdos estudados até o dia da prova, evitando a correria para fazer uma revisão de última hora.

Está em dúvida por qual matéria começar a estudar? Vai mais uma dica: comece por Língua Portuguesa, é a matéria com maior requisição nos concursos, a base para uma boa interpretação, indo bem aqui você estará com um passo dado para ir melhor nas outras disciplinas.

Vida Social

Sabemos que faz parte algumas abdições na vida de quem estuda para concursos públicos, mas sempre que possível é importante conciliar os estudos com os momentos de lazer e bem-estar. A vida de concurseiro é temporária, quem determina o tempo é você, através da sua dedicação e empenho. Você terá que fazer um esforço para deixar de lado um pouco a vida social intensa, é importante compreender que quando for aprovado verá que todo o esforço valeu a pena para realização do seu sonho.

Uma boa dica, é fazer exercícios físicos, uma simples corrida por exemplo é capaz de melhorar o funcionamento do Sistema Nervoso Central, um dos fatores que são chaves para produção de neurônios nas regiões associadas à aprendizagem e memória.

Motivação

A motivação é a chave do sucesso na vida dos concurseiros. Compreendemos que nem sempre é fácil, e às vezes bate aquele desânimo com vários fatores ao nosso redor. Porém tenha garra ao focar na sua aprovação no concurso público dos seus sonhos.

Caso você não seja aprovado de primeira, é primordial que você PERSISTA, com o tempo você irá adquirir conhecimento e experiência. Então é preciso se motivar diariamente para seguir a busca da aprovação, algumas orientações importantes para conseguir motivação:

- Procure ler frases motivacionais, são ótimas para lembrar dos seus propósitos;
- Leia sempre os depoimentos dos candidatos aprovados nos concursos públicos;
- Procure estar sempre entrando em contato com os aprovados;
- Escreva o porquê que você deseja ser aprovado no concurso. Quando você sabe seus motivos, isso te dá um ânimo maior para seguir focado, tornando o processo mais prazeroso;
- Saiba o que realmente te impulsiona, o que te motiva. Dessa maneira será mais fácil vencer as adversidades que irão aparecer.
- Procure imaginar você exercendo a função da vaga pleiteada, sentir a emoção da aprovação e ver as pessoas que você gosta felizes com seu sucesso.

Como dissemos no começo, não existe uma fórmula mágica, um método infalível. O que realmente existe é a sua garra, sua dedicação e motivação para realizar o seu grande sonho de ser aprovado no concurso público. acredite em você e no seu potencial.

A Solução tem ajudado, há mais de 36 anos, quem quer vencer a batalha do concurso público. Se você quer aumentar as suas chances de passar, conheça os nossos materiais, acessando o nosso site: www.apostilasolucao.com.br

Vamos juntos!

Língua Portuguesa

1. Organização Textual: Interpretação Dos Sentidos Construídos Nos Textos Verbais E Não Verbais; Características De Textos Descritivos, Narrativos E Dissertativos; Elementos De Coesão E Coerência.	01
2. Aspectos Semânticos E Estilísticos: Sentido E Emprego Dos Vocábulo; Tempos E Modos Do Verbo; Uso Dos Pronomes; Metáfora, Antítese, Ironia	03
3. Aspectos Morfológicos: Reconhecimento, Emprego E Sentido Das Classes Gramaticais Em Textos; Elementos De Composição Das Palavras; Mecanismos De Flexão Dos Nomes E Dos Verbos	07
4. Processos De Constituição Dos Enunciados: Coordenação, Subordinação; Concordância Verbal E Nominal.	17
5. Sistema Gráfico: Ortografia; Regras De Acentuação; Uso Dos Sinais De Pontuação.	21

Legislação do SUS

1. A Saúde Pública no Brasil. História das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva	01
2. Reforma sanitária.	10
3. Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentos do SUS. Diretrizes e bases da implantação do SUS	13
4. Regulamento técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial).	20
5. Política Nacional da Atenção Básica (2011 e 2017). Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	47
6. Prevenção de doenças.	73
7. Modelos de atenção à saúde.	77
8. Constituição brasileira (art. 196 a 200).	86
9. Redes de Atenção à Saúde.	88
10. Atenção Primária à Saúde.	91
11. Vigilância em Saúde.	93
12. Promoção à saúde.	99
13. Controle social: conselhos e conferências municipais de saúde.	111
14. Estratégia de Saúde da Família.	119
15. Determinantes Sociais em Saúde.	130
16. Política nacional de humanização.	131

História do Município de Cabo Frio

1. Origem da região de Cabo Frio. Primeiras ocupações e início do povoamento. Evolução histórica e administrativa. Habitantes, conflitos, edificações, atividades econômicas. O declínio no final do século XIX, e a retomada da economia no século XX, com o surgimento de novos segmentos de atividades. A emancipação de distritos e a afirmação do turismo na segunda metade dos anos 1900.	01
2. Situação atual: Aspectos físicos e geográficos do Município: clima, relevo, população, localização (região e microrregião), área, limites municipais, distritos, características urbanas, atividades econômicas predominantes. Patrimônio natural, cultural, histórico e arquitetônico. Atrações turísticas, culturais e de lazer, datas comemorativas e destaques do Município. Personalidades históricas e contemporâneas. Posição do Município na divisão regional turística do Estado e sua classificação no Mapa.	02
3. Aspectos e indicadores sociais, econômicos e financeiros.	11
4. Serviços municipais. Organização e estrutura administrativa organizacional básica da Prefeitura Municipal: Órgãos de administração direta e indireta. Posição no contexto regional e relacionamento com os municípios vizinhos.	18

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Fundamentos do exercício da Enfermagem	01
2. Administração em Enfermagem	35
3. Código de Ética e Deontologia dos profissionais de Enfermagem	47
4. Sistematização da Assistência de Enfermagem	52
5. Políticas e Programas Nacionais do SUS (engloba programa nacional de imunizações, DST, hepatites e AIDS, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, doenças crônicas).	54
6. Política Nacional de Segurança do Paciente	93
7. Infecções relacionadas à Assistência à Saúde.	96
8. Saúde do trabalhador em Enfermagem	97
9. Enfermagem em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente; Cuidados de Enfermagem ao recém-nato normal e de risco; Pré-natal, parto, puerpério, aborto, agravos por violência sexual.	103

ÍNDICE

10. Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso: Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com distúrbios clínico e cirúrgicos (pré, trans e pós operatório)	136
11. Feridas e curativos	161
12. Emergência clínica e cirúrgica e assistência de Enfermagem; Cuidado ao Paciente Crítico	163
13. Ações de enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar; Biossegurança; Processo de esterilização	231
14. Legislação do SUS (Lei 8080 e 8142)	237
15. Administração de medicamentos; Noções de Farmacologia	245

LÍNGUA PORTUGUESA

1.	1. Organização Textual: Interpretação Dos Sentidos Construídos Nos Textos Verbais E Não Verbais; Características De Textos Descritivos, Narrativos E Dissertativos; Elementos De Coesão E Coerência	01
2.	2. Aspectos Semânticos E Estilísticos: Sentido E Emprego Dos Vocábulos; Tempos E Modos Do Verbo; Uso Dos Pronomes; Metáfora, Antítese, Ironia	03
3.	3. Aspectos Morfológicos: Reconhecimento, Emprego E Sentido Das Classes Gramaticais Em Textos; Elementos De Composição Das Palavras; Mecanismos De Flexão Dos Nomes E Dos Verbos	07
4.	4. Processos De Constituição Dos Enunciados: Coordenação, Subordinação; Concordância Verbal E Nominal.	17
5.	5. Sistema Gráfico: Ortografia; Regras De Acentuação; Uso Dos Sinais De Pontuação.	21

1. ORGANIZAÇÃO TEXTUAL: INTERPRETAÇÃO DOS SENTIDOS CONSTRUÍDOS NOS TEXTOS VERBAIS E NÃO VERBAIS; CARACTERÍSTICAS DE TEXTOS DESCRITIVOS, NARRATIVOS E DISSERTATIVOS; ELEMENTOS DE COESÃO E COERÊNCIA.

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

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

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

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

Dicas práticas

1. Faça um resumo (pode ser uma palavra, uma frase, um conceito) sobre o assunto e os argumentos apresentados em cada parágrafo, tentando traçar a linha de raciocínio do texto. Se possível, adicione também pensamentos e inferências próprias às anotações.

2. Tenha sempre um dicionário ou uma ferramenta de busca por perto, para poder procurar o significado de palavras desconhecidas.

3. Fique atento aos detalhes oferecidos pelo texto: dados, fonte de referências e datas.

4. Sublinhe as informações importantes, separando fatos de opiniões.

5. Perceba o enunciado das questões. De um modo geral, questões que esperam **compreensão do texto** aparecem com as seguintes expressões: *o autor afirma/sugere que...; segundo o texto...; de acordo com o autor...* Já as questões que esperam **interpretação do texto** aparecem com as seguintes expressões: *conclui-se do texto que...; o texto permite deduzir que...; qual é a intenção do autor quando afirma que...*

Tipologia Textual

A partir da estrutura linguística, da função social e da finalidade de um texto, é possível identificar a qual tipo e gênero ele pertence. Antes, é preciso entender a diferença entre essas duas classificações.

Tipos textuais

A tipologia textual se classifica a partir da estrutura e da finalidade do texto, ou seja, está relacionada ao modo como o texto se apresenta. A partir de sua função, é possível estabelecer um padrão específico para se fazer a enunciação.

Veja, no quadro abaixo, os principais tipos e suas características:

TEXTO NARRATIVO	Apresenta um enredo, com ações e relações entre personagens, que ocorre em determinados espaços e tempo. É contado por um narrador, e se estrutura da seguinte maneira: apresentação > desenvolvimento > clímax > desfecho
TEXTO DISSERTATIVO-ARGUMENTATIVO	Tem o objetivo de defender determinado ponto de vista, persuadindo o leitor a partir do uso de argumentos sólidos. Sua estrutura comum é: introdução > desenvolvimento > conclusão.
TEXTO EXPOSITIVO	Procura expor ideias, sem a necessidade de defender algum ponto de vista. Para isso, usa-se comparações, informações, definições, conceitualizações etc. A estrutura segue a do texto dissertativo-argumentativo.
TEXTO DESCRITIVO	Expõe acontecimentos, lugares, pessoas, de modo que sua finalidade é descrever, ou seja, caracterizar algo ou alguém. Com isso, é um texto rico em adjetivos e em verbos de ligação.
TEXTO INJUNTIVO	Oferece instruções, com o objetivo de orientar o leitor. Sua maior característica são os verbos no modo imperativo.

Gêneros textuais

A classificação dos gêneros textuais se dá a partir do reconhecimento de certos padrões estruturais que se constituem a partir da função social do texto. No entanto, sua estrutura e seu estilo não são tão limitados e definidos como ocorre na tipologia textual, podendo se apresentar com uma grande diversidade. Além disso, o padrão também pode sofrer modificações ao longo do tempo, assim como a própria língua e a comunicação, no geral.

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta
- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

Vale lembrar que é comum enquadrar os gêneros textuais em determinados tipos textuais. No entanto, nada impede que um texto literário seja feito com a estruturação de uma receita culinária, por exemplo. Então, fique atento quanto às características, à finalidade e à função social de cada texto analisado.

LINGUAGEM VERBAL E NÃO VERBAL

Chamamos de Linguagem a habilidade de expressar nossas ideias, sentimentos e opiniões. Trata-se de um fenômeno comunicativo. Usamos vários tipos de linguagens para comunicação: sinais, símbolos, sons, gestos e regras com sinais convencionais. A linguagem pode ser:

Verbal: usa as palavras para se comunicar.

Não verbal: usa outros meios de comunicação, que não sejam as palavras. Por exemplo: linguagem de sinais, placas e sinais de trânsito, linguagem corporal, figura, expressão facial, etc.

Linguagem verbal	Linguagem não verbal
bilhetes; cartas; decretos; diálogo e-mails; entrevistas; filmes; jornais literatura; livros; ofícios; poesias; prosas; reportagens; sites; telefonemas; ...	apitos; bandeiras; cores; desenhos; expressões faciais; figuras; gestos; imagens; logotipos; luzes; pinturas; placas; posturas corporais; semáforos; sinais de trânsito; sinais sirenes; ...

Existe também a **Linguagem mista**, que é o uso simultâneo dos dois tipos de linguagem para estabelecer a comunicação. Ela ocorre quando por exemplo dizemos que sim e ao mesmo tempo balançamos a cabeça. Está também presente em histórias em quadrinhos, em charges, em vídeo, etc.

A **Língua** é um instrumento de comunicação, que possui um caráter social: pertence a um conjunto de pessoas, que podem agir sobre ela. Cada pessoa pode optar por uma determinada forma de expressão. Porém, não se pode criar uma língua específica e querer que outros falantes entendam.

Língua é diferente de escrita. A escrita é um estágio posterior de uma língua. A língua falada é mais espontânea, acompanhada pelo tom de voz e algumas vezes por mímicas. A língua escrita é um sistema mais rígido, não conta com o jogo fisionômico, mímicas e o tom de voz. No Brasil, todos falam a língua portuguesa, mas existem usos diferentes da língua por diversos fatores. Dentre eles: Fatores Regionais, Fatores Culturais, Fatores Contextuais, Fatores Profissionais e Fatores Naturais.

A **Fala** é o uso oral da língua. Trata-se de um ato individual, onde cada um escolhe a forma que melhor se expressa. Assim, há vários níveis da fala. Devido ao caráter individual da fala, pode-se observar dois níveis:

- **Coloquial-Popular:** nível da fala mais espontâneo, onde não nos preocupamos em saber se falamos de acordo ou não com as regras formais.

- **Formal-Culto:** normalmente utilizado pelas pessoas em situações formais. É necessário um cuidado maior com o vocabulário e seguir as regras gramaticais da língua.

Vejamos agora alguns exemplos de textos não verbais:



Linguagem intencional: Toda vez que nos depararmos com um texto desprezioso ou seja sem nenhum objetivo podemos julgar que há algum tipo de pretensão. Para cada tipo de intenção existe uma forma distinta de linguagem. Por isso, uma declaração de amor é feita de jeito e uma entrevista de emprego de outra.

Não é difícil distinguir os tipos de linguagens, pois falada ou escrita, só pode ser verbal. Sempre que a comunicação precisar de uma estrutura gramatical adequada para ser entendida, ela será uma linguagem verbal.

COESÃO E COERÊNCIA

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

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

Coesão

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

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

REGRA	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
REFERÊNCIA	Pessoal (uso de pronomes pessoais ou possessivos) – anafórica Demonstrativa (uso de pronomes demonstrativos e advérbios) – catafórica Comparativa (uso de comparações por semelhanças)	João e Maria são crianças. <i>Eles</i> são irmãos. Fiz todas as tarefas, exceto <i>esta</i> : colonização africana. Mais um ano <i>igual aos outros</i> ...
SUBSTITUIÇÃO	Substituição de um termo por outro, para evitar repetição	Maria está triste. <i>A menina</i> está cansada de ficar em casa.
ELIPSE	Omissão de um termo	No quarto, apenas quatro ou cinco convidados. (omissão do verbo “haver”)
CONJUNÇÃO	Conexão entre duas orações, estabelecendo relação entre elas	Eu queria ir ao cinema, <i>mas</i> estamos de quarentena.
COESÃO LEXICAL	Utilização de sinônimos, hiperônimos, nomes genéricos ou palavras que possuem sentido aproximado e pertencente a um mesmo grupo lexical.	A minha <i>casa</i> é clara. Os <i>quartos</i> , a <i>sala</i> e a <i>cozinha</i> têm janelas grandes.

Coerência

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

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

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

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

2. ASPECTOS SEMÂNTICOS E ESTILÍSTICOS: SENTIDO E EMPREGO DOS VOCÁBULOS; TEMPOS E MODOS DO VERBO; USO DOS PRONOMES; METÁFORA, ANTÍTESE, IRONIA.

A fonética e a fonologia é parte da gramática descritiva, que estuda os aspectos fônicos, físicos e fisiológicos da língua.

Fonética é o nome dado ao estudo dos aspectos acústicos e fisiológicos dos sons efetivos. Com isso, busca entender a produção, a articulação e a variedade de sons reais.

Fonologia é o estudo dos sons de uma língua, denominados fonemas. A definição de fonema é: unidade acústica que não é dotada de significado, e ele é classificado em vogais, semivogais e consoantes. Sua representação escrita é feita entre barras (/ /).

É importante saber diferenciar letra e fonema, uma vez que são distintas realidades linguísticas. A **letra** é a representação gráfica dos sons de uma língua, enquanto o **fonema** são os sons que diferenciam os vocábulos (fala).

Vale lembrar que nem sempre há correspondência direta e exclusiva entre a letra e seu fonema, de modo que um símbolo fonético pode ser repetido em mais de uma letra.

É muito importante saber a diferença entre os fonemas e as letras. Fonema é um elemento acústico e a letra é um sinal gráfico que representa o fonema. Nem sempre o número de fonemas de uma palavra corresponde ao número de letras que usamos para escrevê-la.

Exemplos:

coçar = 5 letras

/k/ /o/ /s/ /a/ /r/ = 5 fonemas

máximo = 6 letras

/m/ /á/ /s/ /i/ /m/ /o/ = 6 fonemas

acesso = 6 letras

/a/ /c/ /e/ /s/ /o/ = 5 fonemas

chute = 5 letras

/x/ /u/ /t/ /e/ = 4 fonemas

Os fonemas são classificados em vogais, semivogais e consoantes.

Vogais: fonemas que vieram das vibrações das cordas vocais onde a produção a corrente de ar passa livremente na cavidade bucal. As vogais podem ser orais e nasais.

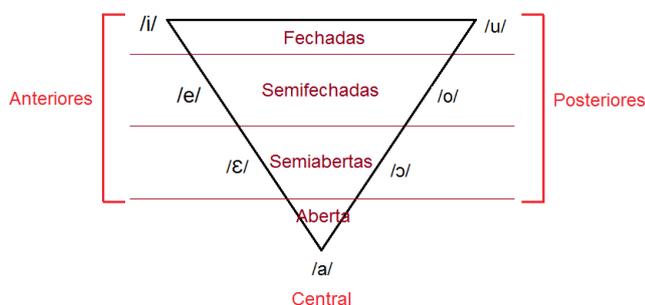
Orais: a corrente de ar passa apenas pela cavidade bucal. São: a, é, ê, i, ó, ô, u. Exemplos: pé, *ali*, pó, *dor*.

Nasais: a corrente de ar passa pela cavidade bucal e nasal. A nasalidade pode ser indicada pelo til (~) ou pelas letras n e m. Exemplos: mãe, *lindo*, *pomba*.

As vogais podem também ser **tônicas** ou átonas, dependendo da intensidade com que são pronunciadas. A vogal tônica é pronunciada com mais intensidade: café, *jogo*. A vogal átona é pronunciada com menor intensidade: *café*, *jogo*.

Semivogais: temos as letras “e”, “i”, “o”, “u”, representadas pelos fonemas /e/, /y/, /o/, /w/, quando formam sílaba com uma vogal. Exemplo: “memória” a sílaba “ria” apresenta a vogal “a” e a semivogal “i”.

Quadro de Vogais e Semivogais



Consoantes: fonemas onde a corrente de ar, emitida para sua produção, tem que forçar passagem na boca. Estes fonemas só podem ser produzidos com a ajuda de uma vogal. Exemplos: *mato*, *cena*.

Encontros Vocálicos

Ditongos: encontro de uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba. Exemplos: *cai* (vogal + semivogal = ditongo decrescente – a vogal vem antes da semivogal); *armário* (semivogal + vogal = ditongo crescente – a vogal vem depois da semivogal).

Tritongos: encontro de semivogal + vogal + semivogal na mesma sílaba. Exemplo: *Paraguai*.

Hiatos: sequência de duas vogais na mesma palavra, mas que são de sílabas diferentes, pois nunca haverá mais que uma vogal na sílaba. Exemplos: *co-e-lho*, *sa-í-da*, *pa-ís*.

Encontro Consonantal

Acontece quando há um grupo de consoantes sem vogal intermediária. Exemplos: *pedra*, *planície*, *psicanálise*, *ritmo*.

Dígrafos

Dígrafos são duas letras representadas por um só fonema. São dígrafos: *ch*, *lh*, *nh*, *rr*, *ss*, *sc*, *sç*, *xc*; incluem-se também *am*, *an*, *em*, *en*, *im*, *in*, *om*, *on*, *um*, *un* (que representam vogais nasais), *gu* e *qu* antes de “e” e “i” e também *ha*, *he*, *hi*, *ho*, *hu* e, em palavras estrangeiras, *th*, *ph*, *nn*, *dd*, *ck*, *oo* etc.

Os dígrafos podem ser:

- **Consonantais:** Encontro de duas letras que representam um fonema consonantal. Os principais são: *ch*, *lh*, *nh*, *rr*, *ss*, *sc*, *sç*, *xc*, *gu* e *qu*.

Exemplos: *chave*, *chefe*, *olho*, *ilha*, *unha*, *dinheiro*, *arranhar*, *arrumação*.

- **Vocálicos:** Encontro de uma vogal seguida das letras m ou n, que resulta num fonema vocálico. Eles são: *am*, *an*; *em*, *en*; *im*, *in*; *om*, *on* e *um*, *un*. Vale lembrar que nessa situação, as letras m e n não são consoantes; elas servem para nasalizar as vogais.

Exemplos: *amplo*, *anta*, *temperatura*, *semente*, *empecilho*, *tinta*.

Atenção: nos dígrafos, as duas letras representam um só fonema; nos encontros consonantais, cada letra representa um fonema.

COLOCAÇÃO PRONOMINAL.

A colocação dos pronomes oblíquos átonos é um fator importante na harmonia da frase. Ela respeita três tipos de posição que os pronomes átonos *me*, *te*, *o*, *a*, *lhe*, *nos*, *vos*, *os*, *as*, *lhes* podem ocupar na oração:

Próclise - o pronome é colocado antes do verbo.

Mesóclise - o pronome é colocado no meio do verbo.

Ênclise - o pronome é colocado depois do verbo.

Próclise

- **Orações negativas**, que contenham palavras como: *não*, *ninguém*, *nunca*.

Não o vi ontem.

Nunca o tratei mal.

- **Pronomes relativos, indefinidos ou demonstrativos.**

Foi ele que o disse a verdade.

Alguns lhes custaram a vida.

Isso me lembra infância.

- **Verbos antecidos por advérbios ou expressões adverbiais**, a não ser que haja vírgula depois do advérbio, pois assim o advérbio deixa de atrair o pronome.

Ontem me fizeram uma proposta.

Agora, esqueça-se.

- **Orações exclamativas e orações que exprimam desejo que algo aconteça.**

Deus nos ajude.

Espero que me dê uma boa notícia.

- **Orações com conjunções subordinativas.**

Exemplos:

Embora se sentisse melhor, saiu.

Conforme lhe disse, hoje vou sair mais cedo.

- **Verbo no gerúndio regido da preposição em.**

Em se tratando de Brasil, tudo pode acontecer.

Em se decidindo pelo vestido, opte pelo mais claro.

- **Orações interrogativas.**

Quando te disseram tal mentira?

Quem te ligou?

Mesóclise

É possível apenas com verbos do **Futuro do Presente ou do Futuro do Pretérito**. Se houver palavra atrativa, dá-se preferência ao uso da Próclise.

Encontrar-me-ei com minhas raízes.

LEGISLAÇÃO DO SUS

1. A Saúde Pública no Brasil. História das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva	01
2. Reforma sanitária.	10
3. Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentos do SUS. Diretrizes e bases da implantação do SUS	13
4. Regulamento técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial).	20
5. Política Nacional da Atenção Básica (2011 e 2017). Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	47
6. Prevenção de doenças.	73
7. Modelos de atenção à saúde.	77
8. Constituição brasileira (art. 196 a 200).	86
9. Redes de Atenção à Saúde.	88
10. Atenção Primária à Saúde.	91
11. Vigilância em Saúde.	93
12. Promoção à saúde.	99
13. Controle social: conselhos e conferências municipais de saúde.	111
14. Estratégia de Saúde da Família.	119
15. Determinantes Sociais em Saúde.	130
16. Política nacional de humanização.	131

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL. HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: RETROSPECTIVA

a- 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 sanitário 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\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

Política Nacional de Atenção Básica

Transcorridos 27 anos desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, é possível dizer que, mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Expressas por meio de documentos específicos, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) tiveram papel fundamental nesse processo, permitindo inflexões importantes, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Isso ocorreu de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento que desempenharam papel indutor na sua adoção como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde.

Em setembro de 2017, foi publicada uma nova PNAB3, que suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da

saúde. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF

Este artigo teve como objetivo analisar as alterações nas diretrizes da AB promovidas no texto da PNAB 2017, tomando como parâmetros a PNAB 2011 e os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, na perspectiva de uma APS forte e de uma rede integrada de atenção à saúde no SUS. Os temas analisados foram: a cobertura; a posição relativa da ESF; a configuração das equipes; e a organização dos serviços.

Inicialmente, foram identificados alguns marcos instituintes da AB no Brasil e suas contribuições para a configuração do SUS. Na sequência, procurou-se situar o contexto de formulação dessa nova política e discutir prováveis riscos e retrocessos das alterações propostas para o SUS.

Apontamentos sobre a trajetória da política de Atenção Básica no Brasil

Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária, referências sustentadas pelas sucessivas políticas.

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas.

Essa priorização teve repercussões concretas, e, em 1998, foi estabelecido o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica, processo que se renovou periodicamente por meio da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da AB no SUS. Desdobrou-se, também, em outros dispositivos de fortalecimento da AB, como, por exemplo, a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), também em 1998, substituindo o Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (Sipacs).

Ainda visando à reorientação do modelo de atenção, foi criado, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do Proesf, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação.

A agenda política de fortalecimento da APS por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Naquele mesmo ano, foi publicada a PNAB, revisada em 2011, buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse processo envolveu um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais

para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados.

Segundo Magalhães Júnior e Pinto, há, pelo menos, dois indicadores importantes da centralidade dada à PNAB no âmbito federal das políticas de saúde. São eles: o aumento superior a 100% dos recursos repassados aos municípios para o financiamento da AB, entre 2010 e 2014; e a aplicação de recursos para a qualificação e a ampliação da estrutura das unidades, por meio de um projeto específico, o Requalifica SUS, lançado em 2011.

Também em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que incorporou elementos da AMQ e ampliou as vertentes de avaliação, tendo como finalidade a certificação das EqSF. Esse Programa permitiu vincular formas de transferência de recursos do PAB variável aos resultados provenientes da avaliação, constituindo-se em um mecanismo de indução de novas práticas.

Em termos de cobertura, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) indicam que a ESF alcançava 58% da população, em outubro de 2017, e sabe-se que essa cobertura chegou a atingir 100% em alguns municípios. Tudo isso mediante novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, com destaque para as equipes ampliadas pela saúde bucal e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas de APS na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares, e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira

Notas sobre a conjuntura e o texto da Política Nacional de Atenção Básica 2017

Presenciou-se, recentemente, a reorganização das forças políticas conservadoras no Brasil, o que resultou no impedimento de Dilma Rousseff e na condução do seu vice Michel Temer à Presidência. Ao mesmo tempo, observa-se o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros.

Seguiu-se a aprovação de medidas ditas ‘racionalizantes’, sob a justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das contas públicas decorrentes de ‘políticas paternalistas’, que teriam agravado a crise econômica. A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Do mesmo modo, opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. Trata-se de um conjunto de reformas supressoras de direitos sociais, em uma represália sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho.

Entre as alterações legislativas que viabilizam esse processo, destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS.

Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, e caminham em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conformam-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e es-

tabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos.

Nessa conjuntura, as tendências que orientavam a revisão da PNAB 2011 já vinham sendo anunciadas, pelo menos, desde outubro de 2016, quando foi realizado o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, cujos indicativos para tal revisão foram publicados em um documento-síntese. Ali, já se apresentava uma perspectiva regressiva, especialmente preocupante, considerando-se a correlação de forças muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito universal.

Desde então, as notícias sobre a revisão da PNAB foram se intensificando, mas sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua discussão manteve-se em espaços restritos, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as reuniões entre os técnicos do MS. Em 27 de julho de 2017, o texto preliminar foi apresentado na CIT e encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados. A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública. Uma característica marcante do texto da nova PNAB é a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais/regionais.

Supostamente, amplia-se a liberdade de escolha dos gestores do SUS, o que poderia ser visto como positivo por responder às demandas de um processo de descentralização mais efetivo. Entretanto, esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular. A presente análise não valida o raciocínio otimista, justamente porque é fruto de uma leitura informada pela atual conjuntura, que indica limites rigorosos, a partir dos quais essa política e suas possibilidades se realizarão.

Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Entende-se, ainda, que essa estrutura de texto tem o propósito de blindá-lo à crítica, tornando suas proposições de mais fácil assimilação, afinal, a partir do que está escrito, diversas opções seriam possíveis. Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal.

Feitas essas considerações mais gerais, apresenta-se a discussão de elementos específicos presentes na nova PNAB, inventariando os riscos potenciais detectados para o SUS e seus princípios.

Relativização da cobertura

Como ressaltado, a universalidade é um princípio estruturante da atenção à saúde no âmbito do SUS, que, aliada à integralidade, tem distinguido a PNAB de conformações simplificadas e focalizantes de APS. Baseadas nesses princípios, as PNAB 2006 e 2011 vinham projetando a expansão da ESF, nas duas últimas décadas. Considerando este movimento, o tema da cobertura da AB destaca-se como um importante indicador da intencionalidade da PNAB 2017.

Retrospectivamente, percebe-se que, entre os itens necessários à implantação da ESF nas PNAB 2006 e 2011, encontrava-se uma única referência à cobertura universal. Ela se construiu de forma mediada, representada pela relação entre o número previsto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe e a cobertura de 100% da população cadastrada. Nessas PNAB, constava que, para a implantação de EqSF, seria necessário um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por EqSF. A PNAB 2011 acrescentou o alerta de que não se deveria ultrapassar o limite máximo de moradores vinculados a cada equipe, evidenciando a preocupação com as condições que poderiam diretamente afetar a qualidade da atenção.

No texto da PNAB 2017, anterior à consulta pública, não há nenhuma referência à cobertura universal. A referência a 100% de cobertura é retomada no texto publicado, porém restrita a certas áreas:

Em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos.

A flexibilização da cobertura populacional está relacionada também aos parâmetros da relação equipe/população apresentados no item 'Funcionamento'. Ali se lê que a população adscrita recomendada por equipe de AB e EqSF é de 2 mil a 3,5 mil pessoas. Entretanto, neste mesmo item, de acordo com as especificidades do território, prevê-se também a possibilidade de "outros arranjos de adscrição" 3(70), com parâmetros populacionais diferentes, que podem ter alcance "maior ou menor do que o parâmetro recomendado" 3(70). A decisão a esse respeito fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe de AB e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, com a ressalva de que fica assegurada a qualidade do cuidado.

Na PNAB 2011 havia a seguinte indicação: "quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe" 2(55). Segundo essa redação, o critério de flexibilização de parâmetros populacionais apontava claramente a intenção de favorecer aqueles que apresentassem maior necessidade de atenção. O mesmo não pode ser dito em relação à nova PNAB, que, mais uma vez, se descompromete a adotar parâmetros que favoreçam um processo de atenção progressivamente mais qualificado. Ao desconsiderar a relação entre quantidade e qualidade, a afirmação de que deve ser assegurada a qualidade do cuidado torna-se mera retórica.

A cobertura é igualmente relativizada por meio da indefinição do número de ACS, uma vez que a PNAB 2017 indica que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

Deste modo, pode-se compor equipes com apenas um ACS. Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o 'elo' entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos, destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

Essas alterações articuladas abrem um precedente inédito na história da PNAB, que desestabiliza o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS.

A segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços

Pode-se dizer que, além da universalidade, outro princípio com o qual a PNAB 2017 se descompromete é o da integralidade. Isto se dá, principalmente, por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a AB, novamente, sob o argumento das condições ou especificidades locais. Estes padrões distinguem-se entre 'essenciais' e 'ampliados'.

Os padrões essenciais são 'as ações e os procedimentos básicos', que deveriam ser garantidos pelas equipes em todo o País. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde, e de qualidade do cuidado oferecido, a própria segmentação os remete à ideia de mínimos. Assim, o termo 'básico' se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre APS no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB, de ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal, que abranja uma rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população.

Os padrões ampliados correspondem a ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na AB, considerando as especificidades locais e decisão da gestão.

Entretanto, tais padrões são apenas recomendados. A PNAB projeta um compromisso que se limita aos padrões essenciais, que, como já advertido, tendem a se configurar em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

Não há nenhum conteúdo especificado que possibilite conhecer e analisar a que corresponderiam tais padrões. Não se sabe quais procedimentos e ações integram o padrão básico e, portanto, mantém-se a incerteza sobre a capacidade de esse padrão atender as necessidades de saúde que deveriam ser contempladas na APS. Em relação ao padrão ampliado, cabe questionar: existem ações e cuidados que integram a AB hoje, e que podem ser negligenciados a ponto de constituírem um padrão opcional, ou seja, apenas recomendável? A análise empreendida conclui o inverso. Este é um modo de consentir com o aprofundamento das desigualdades e a segmentação do acesso e do cuidado que marcam a APS em diversos países da América Latina, como apontam Giovanella et al.

O risco colocado, pela diferenciação entre os serviços 'essenciais' e 'ampliados', é de que se retome a lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, a partir da APS. Segundo Conill, Fausto e Giovanella, a segmentação e a fragmentação são categorias fundamentais para a compreensão dos problemas dos sistemas de saúde. Estão relacionadas à garantia dos direitos sociais e são muito sensíveis aos problemas de financiamento público, com efeitos restritivos às possibilidades de acesso aos demais níveis de atenção e à constituição de redes integradas de atenção à saúde.

A segmentação propugnada pela PNAB deve ser examinada de modo articulado à racionalidade, aos interesses e à perspectiva de sistema de saúde enunciada pelo atual ministro da saúde, Ricardo Barros, segundo a qual seria desejável compreender os setores público e privado suplementar como partes de um todo único. Neste sentido, ampliam-se as condições para que a saúde suplementar passe a integrar o sistema de serviços de saúde, desta vez diretamente impulsionado pelo desenho das políticas públicas.

A base argumentativa para a segmentação do cuidado, na nova PNAB, deturpa a ideia de especificidades territoriais que antes justificavam e davam consistência ao princípio da equidade, este que

1. Origem da região de Cabo Frio. Primeiras ocupações e início do povoamento. Evolução histórica e administrativa. Habitantes, conflitos, edificações, atividades econômicas. O declínio no final do século XIX, e a retomada da economia no século XX, com o surgimento de novos segmentos de atividades. A emancipação de distritos e a afirmação do turismo na segunda metade dos anos 1900. . . .01
2. Situação atual: Aspectos físicos e geográficos do Município: clima, relevo, população, localização (região e microrregião), área, limites municipais, distritos, características urbanas, atividades econômicas predominantes. Patrimônio natural, cultural, histórico e arquitetônico. Atrações turísticas, culturais e de lazer, datas comemorativas e destaques do Município. Personalidades históricas e contemporâneas. Posição do Município na divisão regional turística do Estado e sua classificação no Mapa.02
3. Aspectos e indicadores sociais, econômicos e financeiros..11
4. Serviços municipais. Organização e estrutura administrativa organizacional básica da Prefeitura Municipal: Órgãos de administração direta e indireta. Posição no contexto regional e relacionamento com os municípios vizinhos.18

ORIGEM DA REGIÃO DE CABO FRIO. PRIMEIRAS OCUPAÇÕES E INÍCIO DO POVOAMENTO. EVOLUÇÃO HISTÓRICA E ADMINISTRATIVA. HABITANTES, CONFLITOS, EDIFICAÇÕES, ATIVIDADES ECONÔMICAS. O DECLÍNIO NO FINAL DO SÉCULO XIX, E A RETOMADA DA ECONOMIA NO SÉCULO XX, COM O SURGIMENTO DE NOVOS SEGMENTOS DE ATIVIDADES. A EMANCIPAÇÃO DE DISTRITOS E A AFIRMAÇÃO DO TURISMO NA SEGUNDA METADE DOS ANOS 1900

Cabo Frio foi descoberto por Américo Vespúcio em 1503, tendo sido alvo constante de ataques piratas franceses e holandeses na exploração do pau-brasil que era de excelente qualidade. Habitada pelos índios tamoios, os portugueses procuravam a ajuda deles para a exploração do local.

Atualmente Cabo Frio é um grande centro turístico com vasta rede de hotéis e pousadas para turistas nacionais e estrangeiros aproveitarem suas belezas naturais. As praias são famosas pela areia branca e fina. O clima tropical, onde o sol brilha forte o ano inteiro e quase não chove, estimula fortemente este turismo praiano.

PRINCIPAIS MOMENTOS

DOMÍNIO FRANCÊS EM 1556

Como o litoral nordestino era muito vigiado pelos portugueses, os franceses estavam cada vez mais explorando o sudeste do Brasil e Cabo Frio era um dos seus pontos preferidos. O franco domínio na região foi estabelecido no ano de 1556 com a construção de uma feitoria denominada “Casa da Pedra” na região que hoje é a cidade de São Pedro da Aldeia. E este domínio era crescente com a união deles com os índios que habitavam a região naquela época.

A GUERRA DE CABO FRIO EM 1575

A chamada “Guerra de Cabo Frio” aconteceu em 1575. O governador do Rio de Janeiro, Antônio Salema, reuniu poderoso exército com integrantes da Guanabara, São Vicente e Espírito Santo apoiado por grande tropa tupiniquim catequizada. Os oficiais e soldados seguiram por terra e mar, tendo como objetivo liquidar o último bastião da Confederação dos Tamoios e acabar com o domínio francês que já durava vinte anos em Cabo Frio.

A COLONIZAÇÃO EM 1615

Já em 1615, o governador do Rio de Janeiro, Constantino Menelau, associou-se secretamente aos ingleses para traficar pau-brasil em Cabo Frio. Neste mesmo ano, o governador foi obrigado a combater navios holandeses que aportavam na região.

Voltou a Cabo Frio para expulsar os ingleses que o haviam enganado e construiu uma fortaleza-feitoria na ilha, utilizada anteriormente pelos portugueses e franceses, junto ao porto da barra de Araruama.

Finalmente, Constantino Menelau recebeu ordens do Rei Filipe III, da Espanha, para mais uma vez retornar a região e estabelecer uma povoação. Em 13 de novembro de 1615, com a ajuda de quatrocentos homens brancos e índios catequizados, levantou a Fortaleza de Santo Inácio e fundou a cidade de Santa Helena do Cabo Frio, a sétima mais antiga do Brasil.

INÍCIO DO DESENVOLVIMENTO URBANO EM 1650

Entre 1650 e 1660, a grave crise do sal português que desabastecia o Brasil chamou a atenção metropolitana para a cristalização natural do produto na Lagoa de Araruama. Com esse impulso dado a economia, um novo centro urbano era levantado junto a atual Praça Porto Rocha: rasgou-se a Rua Direita, hoje Érico Coelho, fo-

ram construídos a Igreja de Nossa Senhora da Assunção, o sobrado da Câmara e da Cadeia, que formavam o Largo da Matriz onde ficou-se o pelourinho.

Em meados de 1660, cristalizaram-se as condições geopolíticas para o retorno de investimentos à cidade de Cabo Frio. Já em 1663, a administração volta a se reunificar na Bahia. José Varella é reconduzido ao cargo de capitão-mor do município e, pela primeira vez, nomeia-se um alcaide-mor para a cidade. O novo governador do Rio de Janeiro tenta impedir a posse de José Varella; o governador é censurado para não se ingerir na jurisdição de Campos dos Goytacazes, pertencente a Cabo Frio. A seguir, os beneditinos receberam uma sesmaria urbana dando origem ao bairro de São Bento.

DOIS SÉCULOS DE EXPANSÃO EM 1720

Já no início do século XVIII, o Forte de São Mateus foi guarnecido e rearmado. A defesa da capitania passou a contar também com um terço de infantaria, além de um regimento de cavalaria. A cidade de Cabo Frio expandiu-se com o aumento da Igreja de Nossa Senhora da Assunção, com a construção da capela de Nossa Senhora da Guia, no Morro do Itajuru, e da Igreja de São Benedito, no Largo da Passagem. Na cidade viviam cerca de 1.500 habitantes em 350 casas, enquanto que outros dez mil se espalhavam pela capitania, metade constituída por escravos negros.

Essa expansão urbana refletia o sucesso de várias atividades econômicas que eram exportadas para o Rio de Janeiro, em geral pela Barra de Araruama. Na agricultura, destacavam-se as plantações de anil, coxonilha, legumes, cana-de-açúcar, mandioca, feijão e milho, cujas maiores produções eram da fazenda Campos Novos que continuava também a criar gado. Apesar da repressão portuguesa, a produção de sal ainda era abundante.

A VISITA IMPERIAL EM 1847

A visita que Dom Pedro II fez à cidade, em 1847, estreitou as relações especiais que Cabo Frio mantinha com o governo imperial. Na ocasião, foi doada uma quantia para a construção da cobertura da Fonte do Itajuru e outra para o Charitas com o objetivo de facilitar sua manutenção e instalar uma enfermaria, que se mostrou de grande utilidade por ocasião das devastadoras epidemias de febre amarela e varíola que assolaram a região durante o século XIX. O Imperador visitou o estabelecimento modelo das Salinas Perynas, incentivado por ele próprio e de propriedade do alemão Lindenberg, que colocou em prática novos métodos de produção mineral, dando início ao moderno parque salineiro de Araruama.

A QUESTÃO NEGREIRA EM 1875

Duas questões relativas aos escravos estremeceram Cabo Frio ao longo do século. A primeira refere-se ao crescimento das fugas, assassinatos de feitores e rebeliões de negros, resultando na formação de quilombos que sobressaltaram os senhores brancos, a despeito da ação dos capitães-do-mato. A segunda diz respeito a proibição do tráfico transatlântico de escravos e o contrabando florescente que dele derivou.

As praias do Perú, em Cabo Frio, de José Gonçalves e da Rasa, em Búzios, tornaram-se pontos de desembarque clandestino deste comércio humano. A marinha inglesa, em flagrante desrespeito às leis brasileiras, promoveu repressão ao tráfico e chegou a apreender navios negreiros na costa e a desembarcar fuzileiros navais em Cabo Frio e Búzios.

Formação Administrativa

Distrito criado, com a denominação de Cabo Frio, por Alvará de 1678. O distrito teve sua criação confirmada pelos Decretos Estaduais n.º 1, de 08-05-1892, e 1-A, de 03-06-1892.

Pela deliberação de 20-01-1891 e pelos Decretos Estaduais n.º 1, de 08-05-1892, e n.º 1-A, de 03-06-1892, é criado o distrito de Araçá e anexado ao município de Cabo Frio.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911 o município é constituído de 2 distritos: Cabo Frio e Araçá.

Pela Lei Estadual n.º 1.816, de 28-01-1924, foram criados os distritos de Arraial do Cabo e Saco Fora e anexados ao município de Cabo Frio.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933 o município de Cabo Frio é constituído de 4 distritos: Cabo Frio, Araçá, Arraial do Cabo e Saco Fora. Assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937.

Pelo Decreto Estadual n.º 641, de 15-12-1938, o distrito de Saco Fora tomou o nome de Armação dos Búzios e o distrito de Araçá passou a denominar-se Campos Novos.

No quadro fixado para vigorar no período de 1939 a 1943 o município de Cabo Frio é constituído de 4 distritos: Cabo Frio, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo e Campos Novos.

Pelo Decreto-lei Estadual n.º 1.056, de 31-12-1943, o distrito de Campos Novos passou a chamar-se Tamoios.

Em divisão territorial datada de I-VII-1960, o município de Cabo Frio é constituído de 4 distritos: Cabo Frio, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo e Tamoios.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1983.

Pela Lei Estadual n.º 839, de 13-05-1985, desmembra do município de Cabo Frio, o distrito de Arraial do Cabo, elevado à categoria do município.

Em "Síntese" de 31-XII-1994 o município é constituído de 3 distritos: Cabo Frio, Armação de Búzios e Tamoios.

Pela Lei Estadual n.º 249, de 28-12-1995, é desmembrado do município de Cabo Frio o distrito de Armação de Búzios, elevado à categoria de município.

Em divisão territorial datada de 1999, o município é constituído de 2 distritos: Cabo Frio e Tamoios.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2014.

SITUAÇÃO ATUAL: ASPECTOS FÍSICOS E GEOGRÁFICOS DO MUNICÍPIO: CLIMA, RELEVO, POPULAÇÃO, LOCALIZAÇÃO (REGIÃO E MICRORREGIÃO), ÁREA, LIMITES MUNICIPAIS, DISTRITOS, CARACTERÍSTICAS URBANAS, ATIVIDADES ECONÔMICAS PREDOMINANTES. PATRIMÔNIO NATURAL, CULTURAL, HISTÓRICO E ARQUITETÔNICO. ATRAÇÕES TURÍSTICAS, CULTURAIS E DE LAZER, DATAS COMEMORATIVAS E DESTAQUES DO MUNICÍPIO. PERSONALIDADES HISTÓRICAS E CONTEMPORÂNEAS. POSIÇÃO DO MUNICÍPIO NA DIVISÃO REGIONAL TURÍSTICA DO ESTADO E SUA CLASSIFICAÇÃO NO MAPA

Cabo Frio é um município brasileiro do estado do Rio de Janeiro localizado a uma altitude de quatro metros acima do nível do mar. Faz divisa com Armação dos Búzios ao leste, Arraial do Cabo ao sul, Araruama e São Pedro da Aldeia ao oeste, e Casimiro de Abreu e Silva Jardim ao norte. É o sétimo município mais antigo do Brasil e o principal da Região dos Lagos.

É muito conhecido por suas atrações turísticas, tendo a Praia do Forte como o principal centro turístico.

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS



POPULAÇÃO

216.030 Habitantes (Censo IBGE – 2017)



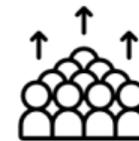
EXTENSÃO TERRITORIAL

Aproximadamente 410.418 km²



ALTITUDE

4 Metros (acima do nível do mar)



DENSIDADE DEMOGRÁFICA

453,75 hab/Km² (estimativa IBGE 2010)



DISTÂNCIA DA CAPITAL

155 Km



TEMPERATURA E CLIMA

Média anual de 23°C e Tropical Marítimo

DADOS ECONÔMICOS E SOCIAIS



PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB)

R\$ 17.268.253 (estimativa IBGE 2017)



RENDA PER CAPITA

R\$ 84.447,12 (ano de 2014)



IDH

0,735 – alto (PNUD – 2010)

Formas de Relevo e Solos

A Região dos Lagos apresenta solos muito diversificados. Estas diferenças estão associadas aos diferentes materiais que irão dar origem a eles e bem como ao fator climático. Nas áreas mais interiores mais escarpadas e de clima mais úmido predominam solos rasos, ainda que possam aparecer localmente e, em função do relevo, solos medianamente profundos. No compartimento de transição entre as serras escarpadas e a planície propriamente dita, predominam solos mais profundos, representados pelos Latossolos e pelos Argissolos de textura média a argilosa, sempre álicos ou distróficos.

No restante da área onde predominam um domínio suave colinoso e planícies, os solos apresentam maior variação. São solos originados a partir de colúvios e alúvios. Os solos nesta área são Latossolos, Argilosos, Cambissolos, Planossolos, Gleissolos, Neossolos Flúvicos e Espodossolos, cuja textura varia de arenosa a argilosa, sendo na maior parte álicos e distróficos, mas podem ser eutróficos. Nas planícies que recebem influência do mar aparecem solos com características solódicas e tiomorfismo (Carvalho Filho, 2001).

A região apresenta um quadro geomorfológico complexo e diferenciado em razão da morfogênese. As diferentes combinações morfoestruturais e morfológicas respondem pela existência de regiões ambientais distintas. Neste contexto, observa-se a existência dos domínios: Escarpas da Serra dos Órgãos, Colinas e Maciços Costeiros e Planícies Costeiras.

Em termos fisiográficos, na região de Cabo Frio predominam as planícies arenosas costeiras, depósitos aluviais, lagunas e morros baixos das penínsulas de Búzios e Cabo Frio. A região é limitada a

oeste e ao norte pelas elevações do maciço costeiro Pré-cambriano. Ao sul do afloramento gnáissico de Búzios, aparecem os campos de dunas das praias do Perú e de Cabo Frio. Para o interior do continente, o limite dessas restingas são as planícies de inundação dos rios São João e Una e as colinas de idade terciária.

A região de Cabo Frio é bastante diversa geomorfológicamente. Além da presença das duas grandes lagunas (Araruama e Saquarema), ocorrem as dunas de Tucuns, Perú, das Conchas, de Cabo Frio / Arraial do Cabo e da extremidade leste de Massambaba e as áreas de restinga sem dunas, na extremidade oeste de Massambaba e Saquarema.

No litoral da região de Cabo Frio predominam as planícies e terraços marinhos, depósitos aluviais, lagunas e maciços costeiros das penínsulas de Armação dos Búzios e Cabo Frio. Mais afastada do oceano, encontra-se a topografia mais acidentada das serras de Sapatiba e Sapatiba Mirim.

A extensa planície marinha de Massambaba separa a laguna de Araruama do mar, apresentando um sistema duplo de cordões arenosos, sobreposto por um campo de dunas, localizado na extremidade leste deste sistema, de orientação NE-SW e não raramente ultrapassando 20m de altura. As planícies aluviais mais expressivas estão localizadas nas bacias dos rios Una e São João. Próximo à Serra das Emerências, maciço litorâneo com 180m de altitude situado entre as cidades de Armação dos Búzios e Cabo Frio, ocorrem depósitos arenosos de origem colúvio-aluvial do Pleistoceno Superior (Araujo, 2000).

Esta parte do litoral fluminense foi, em grande parte, modelada pelas variações do nível relativo do mar durante o Quaternário. Estas variações desempenharam um papel essencial na evolução das planícies costeiras, principalmente sobre sua formação e funcionamento, bem como no controle do regime sedimentar das lagunas que aí se encontram. Estas são de dois tipos: grandes lagunas (Araruama e Saquarema), com comunicação com o oceano, e pequenas lagunas (Vermelha e Brejo do Espinho), isoladas no meio de formações arenosas. A laguna de Araruama, com 200 km² de superfície, é possivelmente a maior laguna hipersalina do mundo (Muehe, 1979). Esta história se escreveu durante as duas últimas subidas do nível do mar, mais particularmente durante os 7.000 anos que foram marcados por importantes oscilações do nível médio marinho.

Ortega (1996) afirma que as variações do nível do mar tiveram grande influência na construção da planície costeira, cuja história é marcada por uma sucessão de períodos de construção ligados às regressões, e de erosão ligados às transgressões, o que se traduz por depósitos descontínuos. Partindo das formações pré-cambrianas que limitam a planície costeira na direção do interior e indo até o oceano, encontram-se as seguintes unidades:

- depósitos continentais indiferenciados;
- um sistema lagunar interno com depósitos lagunares emergentes;
- uma primeira faixa de depósitos arenosos (restinga interna);
- um sistema lagunar externo;
- uma segunda faixa de depósitos arenosos;
- a praia atual.

Vegetação

A vegetação local é bastante peculiar, composta por um mosaico de fisionomias que encontram na baixa pluviosidade o agente mais limitante e selecionador.

Araujo (1997) distingue 3 unidades fisionômicas na região: as “planícies costeiras” (praias, dunas e terras baixas, áreas alagadas, lagoas e depósitos aluviais); os “baixos morros de Cabo Frio e de Búzios e ilhas costeiras” e os “morros continentais” acima de 500m.

A classificação da vegetação da região de Cabo Frio é motivo de controvérsias entre os autores. Hueck (1972) reconheceu que no Brasil a mata pluvial costeira é, nessa região, interrompida por uma

mata seca, o mesmo foi assinalado no projeto RADAMBRASIL(1975) onde a região é classificada como Floresta Estacional Semi-decidual (relicto da vegetação xerófila, lenhosa, decidual, homóloga à estepe nordestina). Rizzini (1979) classifica como Vegetação Atlântica Costeira (complexo de diversas comunidades vegetais, inclusive as da periferia das florestas).

Ururahy et al. (1983) dividem as fitofisionomias da região como Floresta Estacional Semidecidual, Floresta Ombrófila Densa e Formação Pioneira com influência marinha. Para Ururahy et al. (1987) a região é uma disjunção fisionômica - ecológica da estepe nordestina. Veloso (1991) classifica como Floresta Estacional Semidecidual das Terras Baixas e Mooney et al. (1995) trata a região como Floresta seca.

Lima (2000) reconhece que a vegetação de Cabo Frio possui características estacionais e classifica as formações como Floresta de Planície não Inundada; Floresta Submontana e Floresta de Planície sobre depósito marinho.

Scarano (2001), classifica a região como parte do Domínio da Mata Atlântica, já que a definição da mesma para ele seria bem abrangente, um mosaico compreendendo todos os tipos de floresta (pluviais, semidecíduas, de Araucárias e enclaves de floresta de brejo) e as vegetações abertas vizinhas (como Cabo Frio).

A riqueza de espécies da região é evidenciada nos diversos levantamentos florísticos que já foram realizados (Araújo 1997, 1998, 2000; Farág 1999; Lima 2000 & Sá 2006). Dentre as famílias mais representativas, entre as arbustivas, estão Leguminosae, Myrtaaceae, Ericaceae e Anacardiaceae. Dentre as herbáceas destacam-se as espécies da família Bromeliaceae, especialmente os gêneros Aechmea, Neoregelia e Quesnelia que em muitas áreas dominam o sub-bosque.

HINO DO MUNICÍPIO

Cabo Frio, minha terra amada,
Tu és dotada de belezas mil,
Escondida vives num recanto,
Sob o manto deste meu Brasil...

Noites Claras teu luar famoso,
Este luar que viu meus ancestrais...
O teu povo se orgulha tanto,
E de ti, não esquecerá jamais...

Tuas praias, Teu Forte,
Olho ao longe e vejo o mar bravio
A esquerda um pescador afoito,
Na lagoa que parece um rio...

O teu sol, que beleza!
No teu céu estrelas brilham mais...
Forasteiro, não há forasteiro,
Pois nesta terra todos são iguais...

Autor: Victorino Carriço

ATIVIDADE ECONÔMICAS

- Turismo
- Pesca
- Vestuário (moda praia)
- Extração de Petróleo
- Agricultura
- Agropecuária
- Artesanato

FERIADOS MUNICIPAIS

- 15/08 - Nossa Senhora da Assunção
- 13/11 - Aniversário de Cabo Frio
- Vestuário (moda praia)

SÍMBOLOS DA CIDADE



TURISMO

Praias

Águas transparentes e areias brancas, são marcas registradas das praias de Cabo Frio. A mais badalada é a Praia do Forte, mas se você procura boas ondas, com certeza encontrará nas praias das Dunas, do Foguete e do Perú.

PRAIA BRAVA



**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

1. Fundamentos do exercício da Enfermagem	01
2. Administração em Enfermagem	35
3. Código de Ética e Deontologia dos profissionais de Enfermagem	47
4. Sistematização da Assistência de Enfermagem	52
5. Políticas e Programas Nacionais do SUS (engloba programa nacional de imunizações, DST, hepatites e AIDS, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, doenças crônicas).	54
6. Política Nacional de Segurança do Paciente	93
7. Infecções relacionadas à Assistência à Saúde.	96
8. Saúde do trabalhador em Enfermagem	97
9. Enfermagem em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente; Cuidados de Enfermagem ao recém-nato normal e de risco; Pré-natal, parto, puerpério, aborto, agravos por violência sexual.	103
10. Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso: Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com distúrbios clínico e cirúrgicos (pré, trans e pós operatório)	136
11. Feridas e curativos	161
12. Emergência clínica e cirúrgica e assistência de Enfermagem; Cuidado ao Paciente Crítico	163
13. Ações de enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar; Biossegurança; Processo de esterilização	231
14. Legislação do SUS (Lei 8080 e 8142)	237
15. Administração de medicamentos; Noções de Farmacologia.	245

FUNDAMENTOS DO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM

Fundamentos de Enfermagem

A assistência da Enfermagem baseia-se em conhecimentos científicos e métodos que definem sua implementação. Assim, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma forma planejada de prestar cuidados aos pacientes que, gradativamente, vem sendo implantada em diversos serviços de saúde. Os componentes ou etapas dessa sistematização variam de acordo com o método adotado, sendo basicamente composta por levantamento de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial e avaliação.

Interligadas, essas ações permitem identificar as necessidades de assistência de saúde do paciente e propor as intervenções que melhor as atendam - ressalte-se que compete ao enfermeiro a responsabilidade legal pela sistematização; contudo, para a obtenção de resultados satisfatórios, toda a equipe de enfermagem deve envolver-se no processo.

Na fase inicial, é realizado o levantamento de dados, mediante entrevista e exame físico do paciente. Como resultado, são obtidas importantes informações para a elaboração de um plano assistencial e prescrição de enfermagem, a ser implementada por toda a equipe.

A entrevista, um dos procedimentos iniciais do atendimento, é o recurso utilizado para a obtenção dos dados necessários ao tratamento, tais como o motivo que levou o paciente a buscar ajuda, seus hábitos e práticas de saúde, a história da doença atual, de doenças anteriores, hereditárias, etc. Nesta etapa, as informações consideradas relevantes para a elaboração do plano assistencial de enfermagem e tratamento devem ser registradas no prontuário, tomando-se, evidentemente, os cuidados necessários com as consideradas como sigilosas, visando garantir ao paciente o direito da privacidade.

O exame físico inicial é realizado nos primeiros contatos com o paciente, sendo reavaliado diariamente e, em algumas situações, até várias vezes ao dia.

Como sua parte integrante, há a avaliação minuciosa de todas as partes do corpo e a verificação de sinais vitais e outras medidas, como peso e altura, utilizando-se técnicas específicas.

Na etapa seguinte, faz-se a análise e interpretação dos dados coletados e se determinam os problemas de saúde do paciente, formulados como diagnóstico de enfermagem. Através do mesmo são identificadas as necessidades de assistência de enfermagem e a elaboração do plano assistencial de enfermagem.

O plano descreve os cuidados que devem ser dados ao paciente (prescrição de enfermagem) e implementados pela equipe de enfermagem, com a participação de outros profissionais de saúde, sempre que necessário.

Na etapa de avaliação verifica-se a resposta do paciente aos cuidados de enfermagem a ele prestados e as necessidades de modificar ou não o plano inicialmente proposto.

O hospital, a assistência de enfermagem e a prevenção da infecção

O termo hospital origina-se do latim hospitium, que quer dizer local onde se hospedam pessoas, em referência a estabelecimentos fundados pelo clero, a partir do século IV dC, cuja finalidade era prover cuidados a doentes e oferecer abrigo a viajantes e peregrinos.

Segundo o Ministério da Saúde, hospital é definido como estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação a uma determinada clientela, ou de não-internação, no caso de ambulatório ou outros serviços.

Para se avaliar a necessidade de serviços e leitos hospitalares numa dada região faz-se necessário considerar fatores como a estrutura e nível de organização de saúde existente, número de habitantes e frequência e distribuição de doenças, além de outros eventos relacionados à saúde. Por exemplo, é possível que numa região com grande população de jovens haja carência de leitos de maternidade onde ocorre maior número de nascimentos. Em outra, onde haja maior incidência de doenças crônico-degenerativas, a necessidade talvez seja a de expandir leitos de clínica médica.

De acordo com a especialidade existente, o hospital pode ser classificado como geral, destinado a prestar assistência nas quatro especialidades médicas básicas, ou especializado, destinado a prestar assistência em uma especialidade, como, por exemplo, maternidade, ortopedia, entre outras.

Um outro critério utilizado para a classificação de hospitais é o seu número de leitos ou capacidade instalada: são considerados como de pequeno porte aqueles com até 50 leitos; de médio porte, de 51 a 150 leitos; de grande porte, de 151 a 500 leitos; e de porte especial, acima de 500 leitos.

Conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de saúde em uma dada região geográfica - desde as unidades básicas até os hospitais de maior complexidade - devem estar integrados, constituindo um sistema hierarquizado e organizado de acordo com os níveis de atenção à saúde. Um sistema assim constituído disponibiliza atendimento integral à população, mediante ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

As unidades básicas de saúde (integradas ou não ao Programa Saúde da Família) devem funcionar como porta de entrada para o sistema, reservando-se o atendimento hospitalar para os casos mais complexos - que, de fato, necessitam de tratamento em regime de internação.

De maneira geral, o hospital secundário oferece alto grau de resolubilidade para grande parte dos casos, sendo poucos os que acabam necessitando de encaminhamento para um hospital terciário. O sistema de saúde vigente no Brasil agrega todos os serviços públicos das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados, credenciados por contrato ou convênio. Na área hospitalar, 80% dos estabelecimentos que prestam serviços ao SUS são privados e recebem reembolso pelas ações realizadas, ao contrário da atenção ambulatorial, onde 75% da assistência provém de hospitais públicos.

Na reorganização do sistema de saúde proposto pelo SUS o hospital deixa de ser a porta de entrada do atendimento para se constituir em unidade de referência dos ambulatórios e unidades básicas de saúde. O hospital privado pode ter caráter beneficente, filantrópico, com ou sem fins lucrativos. No beneficente, os recursos são originários de contribuições e doações particulares para a prestação de serviços a seus associados - integralmente aplicados na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos sociais. O hospital filantrópico reserva serviços gratuitos para a população carente, respeitando a legislação em vigor. Em ambos, os membros da diretoria não recebem remuneração.

Para que o paciente receba todos os cuidados de que necessita durante sua internação hospitalar, faz-se necessário que tenha à sua disposição uma equipe de profissionais competentes e diversos serviços integrados - Corpo Clínico, equipe de enfermagem, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço Social, etc., caracterizando uma extensa divisão técnica de trabalho.

Para alcançar os objetivos da instituição, o trabalho das equipes, de todas as áreas, necessita estar em sintonia, haja vista que uma das características do processo de produção hospitalar é a interdependência. Uma outra característica é a quantidade e diversidade de procedimentos diariamente realizados para prover assis-

tência ao paciente, cuja maioria segue normas rígidas no sentido de proporcionar segurança máxima contra a entrada de agentes biológicos nocivos ao mesmo.

O ambiente hospitalar é considerado um local de trabalho insalubre, onde os profissionais e os próprios pacientes internados estão expostos a agressões de diversas naturezas, seja por agentes físicos, como radiações originárias de equipamentos radiológicos e elementos radioativos, seja por agentes químicos, como medicamentos e soluções, ou ainda por agentes biológicos, representados por microrganismos.

No hospital concentram-se os hospedeiros mais susceptíveis, os doentes e os microrganismos mais resistentes. O volume e a diversidade de antibióticos utilizados provocam alterações importantes nos microrganismos, dando origem a cepas multirresistentes, normalmente inexistentes na comunidade. A contaminação de pacientes durante a realização de um procedimento ou por intermédio de artigos hospitalares pode provocar infecções graves e de difícil tratamento. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, como diálise peritoneal, hemodiálise, inserção de cateteres e drenos, uso de drogas imunossupressoras, são fatores que contribuem para a ocorrência de infecção.

Ao dar entrada no hospital, o paciente já pode estar com uma infecção, ou pode vir a adquiri-la durante seu período de internação. Seguindo-se a classificação descrita na Portaria no 2.616/98, do Ministério da Saúde, podemos afirmar que o primeiro caso representa uma infecção comunitária; o segundo, uma infecção hospitalar que pode ter como fontes a equipe de saúde, o próprio paciente, os artigos hospitalares e o ambiente.

Visando evitar a ocorrência de infecção hospitalar, a equipe deve realizar os devidos cuidados no tocante à sua prevenção e controle, principalmente relacionada à lavagem das mãos, pois os microrganismos são facilmente levados de um paciente a outro ou do profissional para o paciente, podendo causar a infecção cruzada.

Atendendo o paciente no hospital

O paciente procura o hospital por sua própria vontade (necessidade) ou da família, e a internação ocorre por indicação médica ou, nos casos de doença mental ou infectocontagiosa, por processo legal instaurado.

A internação é a admissão do paciente para ocupar um leito hospitalar, por período igual ou maior que 24 horas. Para ele, isto significa a interrupção do curso normal de vida e a convivência temporária com pessoas estranhas e em ambiente não-familiar. Para a maioria das pessoas, este fato representa desequilíbrio financeiro, isolamento social, perda de privacidade e individualidade, sensação de insegurança, medo e abandono. A adaptação do paciente a essa nova situação é marcada por dificuldades pois, aos fatores acima, soma-se a necessidade de seguir regras e normas institucionais quase sempre bastante rígidas e inflexíveis, de entrosar-se com a equipe de saúde, de submeter-se a inúmeros procedimentos e de mudar de hábitos.

O movimento de humanização do atendimento em saúde procura minimizar o sofrimento do paciente e seus familiares, buscando formas de tornar menos agressiva a condição do doente institucionalizado. Embora lenta e gradual, a própria conscientização do paciente a respeito de seus direitos tem contribuído para tal intento. Fortes aponta a responsabilidade institucional como um aspecto importante, ao afirmar que existe um componente de responsabilidade dos administradores de saúde na implementação de políticas e ações administrativas que resguardem os direitos dos pacientes. Assim, questões como sigilo, privacidade, informação, aspectos que o profissional de saúde tem o dever de acatar por determinação do seu código de ética, tornam-se mais abrangentes e eficazes na medida em que também passam a ser princípios norteadores da organização de saúde.

Tudo isso reflete as mudanças em curso nas relações que se estabelecem entre o receptor do cuidado, o paciente, e o profissional que o assiste, tendo influenciado, inclusive, a nomenclatura tradicionalmente utilizada no meio hospitalar.

O termo paciente, por exemplo, deriva do verbo latino *patiscere*, que significa padecer, e expressa uma conotação de dependência, motivo pelo qual cada vez mais se busca outra denominação para o receptor do cuidado. Há crescente tendência em utilizar o termo cliente, que melhor reflete a forma como vêm sendo estabelecidos os contatos entre o receptor do cuidado e o profissional, ou seja, na base de uma relação de interdependência e aliança. Outros têm manifestado preferência pelo termo usuário, considerando que o receptor do cuidado usa os nossos serviços. Entretanto, será mantida a denominação tradicional, porque ainda é dessa forma que a maioria se reporta ao receptor do cuidado.

Ao receber o paciente na unidade de internação, o profissional de enfermagem deve providenciar e realizar a assistência necessária, atentando para certos cuidados que podem auxiliá-lo nessa fase. O primeiro contato entre o paciente, seus familiares e a equipe é muito importante para a adaptação na unidade. O tratamento realizado com gentileza, cordialidade e compreensão ajuda a despertar a confiança e a segurança tão necessárias. Assim, cabe auxiliá-lo a se familiarizar com o ambiente, apresentando-o à equipe presente e a outros pacientes internados, em caso de enfermagem, acompanhando-o em visita às dependências da unidade, orientando-o sobre o regulamento, normas e rotinas da instituição. É também importante solicitar aos familiares que providenciem objetos de uso pessoal, quando necessário, bem como arrolar roupas e valores nos casos em que o paciente esteja desacompanhado e seu estado indique a necessidade de tal procedimento.

É importante lembrar que, mesmo na condição de doente, a pessoa continua de posse de seus direitos: ao respeito de ser chamado pelo nome, de decidir, junto aos profissionais, sobre seus cuidados, de ser informado sobre os procedimentos e tratamento que lhe serão dispensados, e a que seja mantida sua privacidade física e o segredo sobre as informações confidenciais que digam respeito à sua vida e estado de saúde.

O tempo de permanência do paciente no hospital dependerá de vários fatores: tipo de doença, estado geral, resposta orgânica ao tratamento realizado e complicações existentes. Atualmente, há uma tendência para se abreviar ao máximo o tempo de internação, em vista de fatores como altos custos hospitalares, insuficiência de leitos e riscos de infecção hospitalar. Em contrapartida, difundem-se os serviços de saúde externos, como a internação domiciliar, a qual estende os cuidados da equipe para o domicílio do doente, medida comum em situações de alta precoce e de acompanhamento de casos crônicos - é importante que, mesmo neste âmbito, sejam também observados os cuidados e técnicas utilizadas para a prevenção e controle da infecção hospitalar e descarte adequado de material perfurocortante.

O período de internação do paciente finaliza-se com a alta hospitalar, decorrente de melhora em seu estado de saúde, ou por motivo de óbito. Entretanto, a alta também pode ser dada por motivos tais como: a pedido do paciente ou de seu responsável; nos casos de necessidade de transferência para outra instituição de saúde; na ocorrência de o paciente ou seu responsável recusar(em)-se a seguir o tratamento, mesmo após ter(em) sido orientado(s) quanto aos riscos, direitos e deveres frente à terapêutica proporcionada pela equipe.

Na ocasião da alta, o paciente e seus familiares podem necessitar de orientações sobre alimentação, tratamento medicamentoso, atividades físicas e laborais, curativos e outros cuidados específicos, momento em que a participação da equipe multiprofissional é importante para esclarecer quaisquer dúvidas apresentadas.

Após a saída do paciente, há necessidade de se realizar a limpeza da cama e mobiliário; se o mesmo se encontrava em isolamento, deve-se também fazer a limpeza de todo o ambiente (limpeza terminal): teto, paredes, piso e banheiro.

As rotinas administrativas relacionadas ao preenchimento e encaminhamento do aviso de alta ao registro, bem como às pertinentes à contabilidade e apontamento em censo hospitalar, deveriam ser realizadas por agentes administrativos. Na maioria das instituições hospitalares, porém, estas ações ainda ficam sob o encargo dos profissionais de enfermagem.

O paciente poderá sair do hospital só ou acompanhado por familiares, amigos ou por um funcionário (assistente social, auxiliar, técnico de enfermagem ou qualquer outro profissional de saúde que a instituição disponibilize); dependendo do seu estado geral, em transporte coletivo, particular ou ambulância. Cabe à enfermagem registrar no prontuário a hora de saída, condições gerais, orientações prestadas, como e com quem deixou o hospital.

Um aspecto particular da alta diz respeito à transferência para outro setor do mesmo estabelecimento, ou para outra instituição. Deve-se considerar que a pessoa necessitará adaptar-se ao novo ambiente, motivo pelo qual a orientação da enfermagem é importante. Quando do transporte a outro setor ou à ambulância, o paciente deve ser transportado em maca ou cadeira de rodas, junto com seus pertences, prontuário e os devidos registros de enfermagem. No caso de encaminhamento para outro estabelecimento, enviar os relatórios médico e de enfermagem.

Sistema de informação em saúde

Um sistema de informação representa a forma planejada de receber e transmitir dados. Pressupõe que a existência de um número cada vez maior de informações requer o uso de ferramentas (internet, arquivos, formulários) apropriadas que possibilitem o acesso e processamento de forma ágil, mesmo quando essas informações dependem de fontes localizadas em áreas geográficas distantes.

No hospital, a disponibilidade de uma rede integrada de informações através de um sistema informatizado é muito útil porque agiliza o atendimento, tornando mais rápido o processo de admissão e alta de pacientes, a marcação de consultas e exames, o processamento da prescrição médica e de enfermagem e muitas outras ações frequentemente realizadas. Também influencia favoravelmente na área gerencial, disponibilizando em curto espaço de tempo informações atualizadas de diversas naturezas que subsidiam as ações administrativas, como recursos humanos existentes e suas características, dados relacionados a recursos financeiros e orçamentários, recursos materiais (consumo, estoque, reposição, manutenção de equipamentos e fornecedores), produção (número de atendimentos e procedimentos realizados) e aqueles relativos à taxa de nascimentos, óbitos, infecção hospitalar, média de permanência, etc.

As informações do paciente, geradas durante seu período de internação, constituirão o documento denominado prontuário, o qual, segundo o Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1.331/89), consiste em um conjunto de documentos padronizados e ordenados, proveniente de várias fontes, destinado ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente.

O prontuário agrega um conjunto de impressos nos quais são registradas todas as informações relativas ao paciente, como histórico da doença, antecedentes pessoais e familiares, exame físico, diagnóstico, evolução clínica, descrição de cirurgia, ficha de anestesia, prescrição médica e de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, formulários e gráficos. É direito do paciente ter suas informações adequadamente registradas, como também acesso - seu ou de seu responsável legal - às mesmas, sempre que necessário.

Legalmente, o prontuário é propriedade dos estabelecimentos de saúde e após a alta do paciente fica sob os cuidados da instituição, arquivado em setor específico. Quanto à sua informatização, há iniciativas em andamento em diversos hospitais brasileiros, haja vista que facilita a guarda e conservação dos dados, além de agilizar informações em prol do paciente. Devem, entretanto, garantir a privacidade e sigilo dos dados pessoais.

Sistema de informação em enfermagem

Uma das tarefas do profissional de enfermagem é o registro, no prontuário do paciente, de todas as observações e assistência prestada ao mesmo, ato conhecido como anotação de enfermagem. A importância do registro reside no fato de que a equipe de enfermagem é a única que permanece continuamente e sem interrupções ao lado do paciente, podendo informar com detalhes todas as ocorrências clínicas. Para maior clareza, recomenda-se que o registro das informações seja organizado de modo a reproduzir a ordem cronológica dos fatos, isto permitirá que, na passagem de plantão, a equipe possa acompanhar a evolução do paciente.

Um registro completo de enfermagem contempla as seguintes informações:

- Observação do estado geral do paciente, indicando manifestações emocionais como angústia, calma, interesse, depressão, euforia, apatia ou agressividade; condições físicas, indicando alterações relacionadas ao estado nutricional, hidratação, integridade cutâneo-mucosa, oxigenação, postura, sono e repouso, eliminações, padrão da fala, movimentação; existência e condições de sondas, drenos, curativos, imobilizações, cateteres, equipamentos em uso;

- A ação de medicamentos e tratamentos específicos, para verificação da resposta orgânica manifesta após a aplicação de determinado medicamento ou tratamento, tais como, por exemplo: alergia após a administração de medicamentos, diminuição da temperatura corporal após banho morno, melhora da dispneia após a instalação de cateter de oxigênio;

- A realização das prescrições médicas e de enfermagem, o que permite avaliar a atuação da equipe e o efeito, na evolução do paciente, da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa. Caso o tratamento não seja realizado, é necessário explicitar o motivo, por exemplo, se o paciente recusa a inalação prescrita, deve-se registrar esse fato e o motivo da negação. Procedimentos rotineiros também devem ser registrados, como a instalação de solução venosa, curativos realizados, colheita de material para exames, encaminhamentos e realização de exames externos, bem como outras ocorrências atípicas na rotina do paciente;

- A assistência de enfermagem prestada e as intercorrências observadas. Incluem-se neste item, entre outros, os dados referentes aos cuidados higiênicos, administração de dietas, mudanças de decúbito, restrição ao leito, aspiração de sondas e orientações prestadas ao paciente e familiares;

- As ações terapêuticas aplicadas pelos demais profissionais da equipe multiprofissional, quando identificada a necessidade de o paciente ser atendido por outro componente da equipe de saúde. Nessa circunstância, o profissional é notificado e, após efetivar sua visita, a enfermagem faz o registro correspondente. Para o registro das informações no prontuário, a enfermagem geralmente utiliza um roteiro básico que facilita sua elaboração. Por ser um importante instrumento de comunicação para a equipe, as informações devem ser objetivas e precisas de modo a não darem margem a interpretações errôneas. Considerando-se sua legalidade, faz-se necessário ressaltar que servem de proteção tanto para o paciente como para os profissionais de saúde, a instituição e, mesmo, a sociedade.

A seguir, destacamos algumas significativas recomendações para maior precisão ao registro das informações:

- os dados devem ser sempre registrados a caneta, em letra legível e sem rasuras, utilizando a cor de tinta padronizada no estabelecimento. Em geral, a cor azul é indicada para o plantão diurno; a vermelha, para o noturno. Não é aconselhável deixar espaços entre um registro e outro, o que evita que alguém possa, intencionalmente, adicionar informações. Portanto, recomenda-se evitar pular linha(s) entre um registro e outro, deixar parágrafo ao iniciar a frase, manter espaço em branco entre o ponto final e a assinatura;

- verificar o tipo de impresso utilizado na instituição e a rotina que orienta o seu preenchimento; identificar sempre a folha, preenchendo ou completando o cabeçalho, se necessário;

- indicar o horário de cada anotação realizada;

- ler a anotação anterior, antes de realizar novo registro;

- como não se deve confiar na memória para registrar as informações, considerando-se que é muito comum o esquecimento de detalhes e fatos importantes durante um intensivo dia de trabalho, o registro deve ser realizado em seguida à prestação do cuidado, observação de intercorrências, recebimento de informação ou tomada de conduta, identificando a hora exata do evento;

- quando do registro, evitar palavras desnecessárias como paciente, por exemplo, pois a folha de anotação é individualizada e, portanto, indicativa do referente;

- jamais deve-se rasurar a anotação; caso se cometa um engano ao escrever, não usar corretor de texto, não apagar nem rasurar, pois as rasuras ou alterações de dados despertam suspeitas de que alguém tentou deliberadamente encobrir informações; em casos de erro, utilizar a palavra, digo, entre vírgulas, e continuar a informação correta para concluir a frase, ou riscar o registro com uma única linha e escrever a palavra, erro; a seguir, fazer o registro correto - exemplo: Refere dor intensa na região lombar, administrada uma ampola de Voltaren IM no glúteo direito, digo, esquerdo.. Ou: no glúteo esquerdo; em caso de troca de papeleta, riscar um traço em diagonal e escrever, Erro, papeleta trocada;

- distinguir na anotação a pessoa que transmite a informação; assim, quando é o paciente que informa, utiliza-se o verbo na terceira pessoa do singular: Informa que, Refere que, Queixa-se de; já quando a informação é fornecida por um acompanhante ou membro da equipe, registrar, por exemplo: A mãe refere que a criança ou Segundo a nutricionista;

- atentar para a utilização da sequência céfalo-caudal quando houver descrições dos aspectos físicos do paciente. Por exemplo: o paciente apresenta mancha avermelhada na face, MMSS e MMII;

- organizar a anotação de maneira a reproduzir a ordem em que os fatos se sucedem. Utilizar a expressão, entrada tardia. Ou em tempo, para acrescentar informações que porventura tenham sido anteriormente omitidas;

- utilizar a terminologia técnica adequada, evitando abreviaturas, exceto as padronizadas institucionalmente. Por exemplo: Apresenta dor de cabeça cont..... por, Apresenta cefaléia contínua;

- evitar anotações e uso de termos gerais como, segue em observação de enfermagem, ou, sem queixas, que não fornecem nenhuma informação relevante e não são indicativos de assistência prestada;

- realizar os registros com frequência, pois se decorridas várias horas nenhuma anotação foi feita pode-se supor que o paciente ficou abandonado e que nenhuma assistência lhe foi prestada;

- registrar todas as medidas de segurança adotadas para proteger o paciente, bem como aquelas relativas à prevenção de complicações, por exemplo: Contido por apresentar agitação psicomotora;

- assinar a anotação e apor o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem (em cumprimento ao art. 76, Cap. VI do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem).

Assistência de enfermagem aos pacientes graves e agonizantes e preparo do corpo pós morte

O paciente pode passar por cinco estágios psicológicos em preparação para morte. Apesar de serem percebidos de forma diferente em cada paciente, e não necessariamente na ordem mostrada o entendimento de tais sentimentos pode ajudar a satisfação dos pacientes. As etapas do ato de morrer são:

Negação: quando o paciente toma conhecimento pela primeira vez de sua doença terminal, pode ocorrer uma recusa em aceitar o diagnóstico.

Ira: uma vez que o paciente parando de negar a morte, é possível que apresente um profundo ressentimento em relação aos que continuarão vivos após a morte, ao pessoal do hospital, a sua própria família etc.

Barganha: apesar de haver uma aceitação da morte por parte do paciente, pode haver uma tentativa de negociação de mais tempo de vida junto a Deus ou com o seu destino.

Depressão: é possível que o paciente se afaste dos amigos, da família, dos profissionais de saúde. É possível que venha sofrer de inapetência, aumento da fadiga e falta de cuidados pessoais.

Aceitação: Nessa fase, o paciente aceita a inevitabilidade e a iminência de sua morte. É possível que deseje simplesmente o acompanhamento de um membro da família ou um amigo

O processo de enfermagem proposto por Horta (1979), é o conjunto de ações sistematizadas e relacionadas entre si, visando principalmente a assistência ao cliente. Eleva a competência técnica da equipe e padroniza o atendimento, proporcionando melhoria das condições de avaliação do serviço e identificação de problemas, permitindo assim os estabelecimentos de prioridade para intervenção direta do enfermeiro no cuidado. O processo de enfermagem pode ser denominado como SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e deve ser composto por Histórico de Enfermagem, Exame Físico, Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem. Assim, a Evolução de Enfermagem, é efetuada exclusivamente por enfermeiros. O relatório de enfermagem, que são observações, podem ser realizados por técnicos de enfermagem. Em unidades críticas como uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a evolução de enfermagem deve ser realizada a cada turno do plantão, contudo em unidades semi-críticas, como uma Clínica Médica e Cirúrgica, o número exigido de evolução em vinte e quatro horas é de apenas uma, já os relatórios, devem ser redigidos a cada plantão.

O Histórico de Enfermagem

O Histórico de Enfermagem é um roteiro sistematizado para o levantamento de dados sobre a situação de saúde do ser humano, que torna possível a identificação de seus problemas. É denominado por levantamento, avaliação e investigação que, constitui a primeira fase do processo de enfermagem, pode ser descrito como um roteiro sistematizado para coleta e análise de dados significativos do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas. Ele deve ser conciso, sem repetições, e conter o mínimo indispensável de informações que permitam prestar os cuidados imediatos.

O Exame Físico

O exame físico envolve uma avaliação abrangente das condições físicas gerais de um paciente e de cada sistema orgânico. Informações úteis no planejamento dos cuidados de um paciente podem ser obtidas em qualquer fase do exame físico. Uma avaliação física,