



SL-0460T-20  
CÓD: 7891122036540

# **CABO FRIO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO**  
**DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**Enfermeiro I e Enfermeiro III**

**EDITAL Nº 02/2020**

## 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](http://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 Vocábulos; 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. 5. Sistema Gráfico: Ortografia; Regras De Acentuação; Uso Dos Sinais De Pontuação. . . . . 21

## ***Legislação do SUS***

1. Sistemas de saúde. . . . . 01
2. A Saúde Pública no Brasil. História das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva . . . . . 01
3. Reforma sanitária. . . . . 10
4. Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentos do SUS. Diretrizes e bases da implantação do SUS. . . . . 13
5. Regulamento técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial). . . . . 20
6. Gestão do SUS: diretrizes para a gestão do SUS; Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação Popular; Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. . . . . 45
7. Política Nacional da Atenção Básica (2011 e 2017). Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. . . . . 49
8. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. . . . . 75
9. Modelos de atenção à saúde. . . . . 82
10. Constituição brasileira (art. 196 a 200). . . . . 90
11. Redes de Atenção à Saúde. . . . . 93
12. Atenção Primária à Saúde. . . . . 95
13. Vigilância em Saúde. . . . . 97
14. Promoção à saúde. . . . . 103
15. Controle social da saúde. . . . . 115
16. Estratégia de Saúde da Família. . . . . 124
17. Determinantes Sociais em Saúde. . . . . 135
18. Política nacional de humanização. . . . . 135
19. Sistemas de informação em saúde. . . . . 141
20. Doenças de notificação compulsória. . . . . 146

## ***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**

### **Enfermeiro I e Enfermeiro III**

1. Fundamentos do exercício da Enfermagem; .....	01
2. Administração em Enfermagem; .....	03
3. Código de Ética e Deontologia dos profissionais de Enfermagem; .....	09
4. Sistematização da Assistência de Enfermagem; .....	15
5. Políticas e Programas Nacionais do SUS (engloba programa nacional de imunizações, DST, hepatites e AIDS, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, doenças crônicas); .....	16
6. Política Nacional de Segurança do Paciente; .....	64
7. Infecções relacionadas à Assistência à Saúde; .....	67
8. Saúde do trabalhador em Enfermagem; .....	71
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; .....	71
10. Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso: Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com distúrbios clínico e cirúrgicos (pré, trans e pós operatório); .....	131
11. Feridas e curativos. ....	135
12. Emergência clínica e cirúrgica e assistência de Enfermagem; .....	138
13. Cuidado ao Paciente Crítico; .....	141
14. Ações de enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar; .....	146
15. Biossegurança; .....	147
16. Processo de esterilização; .....	150
17. Legislação do SUS (Lei 8080 e 8142); .....	151
18. Administração de medicamentos; Noções de Farmacologia. ....	160

---

---

## 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:

<b>TEXTO NARRATIVO</b>	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
<b>TEXTO DISSERTATIVO-ARGUMENTATIVO</b>	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.
<b>TEXTO EXPOSITIVO</b>	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.
<b>TEXTO DESCRITIVO</b>	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.
<b>TEXTO INJUNTIVO</b>	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.

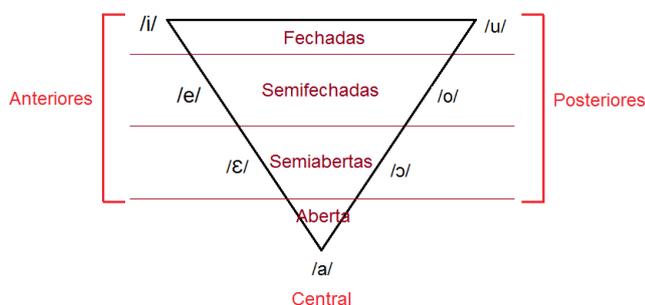
**Orais:** a corrente de ar passa apenas pela cavidade bucal. São: a, é, ê, i, ó, ô, u. Exemplos: pé, *ali*, pó, *dor*.

**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.*

1. Sistemas de saúde. ....	01
2. A Saúde Pública no Brasil. História das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva ....	01
3. Reforma sanitária. ....	10
4. Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentos do SUS. Diretrizes e bases da implantação do SUS. ....	13
5. Regulamento técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial). ....	20
6. Gestão do SUS: diretrizes para a gestão do SUS; Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação Popular; Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. ....	45
7. Política Nacional da Atenção Básica (2011 e 2017). Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. ....	49
8. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. ....	75
9. Modelos de atenção à saúde. ....	82
10. Constituição brasileira (art. 196 a 200). ....	90
11. Redes de Atenção à Saúde. ....	93
12. Atenção Primária à Saúde. ....	95
13. Vigilância em Saúde. ....	97
14. Promoção à saúde. ....	103
15. Controle social da saúde. ....	115
16. Estratégia de Saúde da Família. ....	124
17. Determinantes Sociais em Saúde. ....	135
18. Política nacional de humanização. ....	135
19. Sistemas de informação em saúde. ....	141
20. Doenças de notificação compulsória. ....	146

**SISTEMAS DE SAÚDE**

*Prezado Candidato, o tópico acima supracitado será abordado ao decorrer do conteúdo.*

**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 débeis de saúde foram implantadas, tais políticas eram referentes ao controle dos portos e atribuída 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 sanitarista 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 norteamento 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 a 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. Conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, 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 retirem 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"<sup>3(70)</sup>, com parâmetros populacionais diferentes, que podem ter alcance "maior ou menor do que o parâmetro recomendado" <sup>3(70)</sup>. 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"<sup>2(55)</sup>. 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 abrange 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.

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)



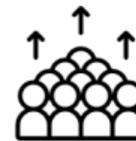
### EXTENSÃO TERRITORIAL

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 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 km<sup>2</sup> 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, Myrtaceae, 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  
ENFERMEIRO I E ENFERMEIRO III

---

1. Fundamentos do exercício da Enfermagem; .....	01
2. Administração em Enfermagem; .....	03
3. Código de Ética e Deontologia dos profissionais de Enfermagem; .....	09
4. Sistematização da Assistência de Enfermagem; .....	15
5. Políticas e Programas Nacionais do SUS (engloba programa nacional de imunizações, DST, hepatites e AIDS, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, doenças crônicas); .....	16
6. Política Nacional de Segurança do Paciente; .....	64
7. Infecções relacionadas à Assistência à Saúde; .....	67
8. Saúde do trabalhador em Enfermagem; .....	71
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; .....	71
10. Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso: Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com distúrbios clínico e cirúrgicos (pré, trans e pós operatório); .....	131
11. Feridas e curativos. ....	135
12. Emergência clínica e cirúrgica e assistência de Enfermagem; .....	138
13. Cuidado ao Paciente Crítico; .....	141
14. Ações de enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar; .....	146
15. Biossegurança; .....	147
16. Processo de esterilização; .....	150
17. Legislação do SUS (Lei 8080 e 8142); .....	151
18. Administração de medicamentos; Noções de Farmacologia. ....	160

---

**FUNDAMENTOS DO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM**

**Semiologia e Semiotécnica**

Na Semiologia estudamos os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, de extrema importância para a equipe de saúde para analisar a situação do paciente geral, a avaliação antes da execução do procedimento.

Na Semiotécnica analisamos o procedimento que será feito, qual a técnica deverá ser utilizada para resolver o que foi identificado na semiologia, por exemplo.

A enfermagem se baseia nas informações apresentadas e para estabelecer os cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade do paciente para realizar a assistência de Enfermagem, é necessário ter 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 resalte-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 Durante o exame físico, é imprescindível preservar a privacidade do paciente.

A enfermagem atua 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.

**Lembrando que a SAE é assinada pelo enfermeiro, porém o técnico e auxiliar de enfermagem participam amplamente do processo.**

A opção por aprofundar a causalidade das doenças na visão popular justifica-se pelo fato de que essas explicações concentram elementos de grande importância dos diferentes sistemas médicos. Foster chega a dizer que as noções etiológicas definem a natureza de todo o sistema médico (1976: 773-778). Sem apoiar tal reducionismo, reconhecemos que através da compreensão da causalidade, podemos entender muitas atitudes e práticas desses grupos, relativas ao fenômeno saúde-doença.

A proposta de estudar o campo da Causalidade nos coloca frente a uma das questões polêmicas no interior da chamada sociologia médica. Trata-se da classificação dicotômica da origem natural e sobrenatural das doenças. É dito frequentemente como tese que os povos primitivos, os camponeses e, por extensão, as "camadas populares urbano-marginais" explicam através do sobrenatural, em contraposição aos conceitos da história natural das doenças próprios da medicina biomédica.

Essa teoria preconceituosa parte de uma visão evolutiva da sociedade em que o "Primitivo" é considerado "atrasado" e, no caso, o atraso seria uma concepção "supersticiosa" dos acontecimentos ligados à vida e à morte. O moderno, o mais evoluído, "científico" seria a concepção da doença como algo que acontece apenas no plano físico, aloja-se num órgão e assim deve ser tratado. O conceito da doença se assemelharia à avaria num aparelho, num relógio humano e, ao médico, como um bom mecânico, caberia a reparação.

Ora, sabemos que nem de um lado nem de outro a realidade acontece dessa forma linear e dicotômica. O tema que aqui tratamos revela-nos facetas muito mais complexas da realidade. A visão popular da etiologia das doenças não é monolítica. O grupo social que pesquisamos possui, ao contrário, uma concepção pluralística da saúde-doença, integrando explicações de causalidade natural, emocional, sobrenatural e ecológica.

Dentre os trabalhos sobre o tema, o estudo de Ngokwey é o que melhor se coaduna aos pontos de vista que defendemos aqui. Segundo este autor, em lugar de ser dominado por considerações sobrenaturais, o sistema etiológico desses grupos das classes trabalhadoras é ecologicamente orientado, sendo o componente sobrenatural um dos seus aspectos, dentre outros. Ele sustenta a tese, com a qual concordamos, de que o conhecimento etiológico se relaciona com o conceito de cultura popular que é holístico e ecológico, englobando todas as dimensões da vida em sociedade (vida material, organização social e ideologia). As condições materiais da existência no tempo e no espaço são o contexto de produção das explicações etiológicas, da prática médica e da cura. Portanto, as "teorias populares" desenvolvem-se a partir das experiências da vida e se reorganizam constantemente no contato com a prática, tanto da medicina "oficial" como de todos os sistemas alternativos.

É nosso intuito descer ao âmago dessa questão antropológica que lida com assuntos fundamentais para o ser humano, quais sejam a vida e a morte. De um lado temos que incluir o tema do sistema etiológico como fragmentação da visão de mundo total desses segmentos sociais, mas dentro do princípio de que a parte contém o todo e o todo contém a parte, embora essas totalidades sejam ainda parciais. Noutras palavras, a concepção que buscamos entender possui uma especificidade *de classe*, marcada pela história e pela condição social dos que a produzem. (Goldmann: 1967)

De outro lado, a visão de mundo dos diversos segmentos da classe trabalhadora se integra ainda que de forma contraditória à cosmovisão da sociedade dominante. (Marx: 1984, 72; Weber: 1969, 41-80; Verret: 1972, 12). Desta forma a concepção de saúde-doença dos segmentos da classe trabalhadora ultrapassa os limites de classe e se solidariza com as angústias, os medos, os sofrimentos e as questões filosóficas que preocupam o ser humano de nosso tempo. Mais ainda, ela tem raízes no passado e na essência se encontra com problemas formulados por povos primitivos, por diferentes culturas e por variados grupos sociais. Noutras palavras, a noção de etiologia ultrapassa o campo estrito da biomedicina no espaço e no tempo e atinge também o universo de considerações antropológicas e metafísicas. É dentro desse referencial que conduzimos a presente reflexão.

### A CAUSAÇÃO DAS DOENÇAS

O sistema etiológico do grupo de famílias pesquisadas se assemelha ao que foi encontrado por Ngokwey (1988) entre a população de Feira de Santana na Bahia. Ele inclui e integra vários domínios de causação:

- a) natural;
- b) psicossocial;
- c) sócio-econômico;
- d) sobrenatural.

Esses quatro níveis de explicação apresentam-se com dimensões distintas, vinculadas, intercambiantes e não contraditórias. Eles se unificam na visão da doença como a ação patogênica de elementos de ruptura das relações do indivíduo com a natureza e com seu grupo social. Se em última instância Deus é considerado por esse grupo quem dirige a vida e é nele que encontram a fonte da harmonia, a existência terrena é o palco da dor e da cura: nesse sentido a doença cumpre um papel questionador, integrador e de reequilíbrio: seu conceito é holístico.

*Causação Natural* Trata-se da interligação entre os fenômenos da natureza e a saúde, explicação amplamente encontrada no grupo pesquisado: as mudanças do tempo são responsabilizadas por nervosismo; dores no corpo; recrudescimento de males crônicos, gripes e resfriados; o frio é apontado como causador de gripes, resfriados e bronquites; o calor excessivo é explicação para a inchação das pernas, opressão no coração; os ventos são ditos como provocadores de mal-estar e de muitas doenças. Dentre todos os elementos da natureza a lua protagoniza o campo das explicações: seus ciclos facilmente são relacionados com ocorrências ou agravamentos nas condições de saúde. Asma, epilepsia, cólicas, problemas nervosos e mentais são alguns dos fenômenos para os quais o ciclo lunar é tomado como explicação.

Vejamos alguns exemplos dessa vinculação das doenças com os elementos da natureza:

*“Eu me sinto mal todo mês quando chega a época da lua, quando está para chegar a menstruação sinto muita dor na perna, no cóccix, nas cadeiras, dor de cabeça, insônia. A lua mexe muito com meus nervos.”*

*“Tenho muita dor na coluna, que me vem com a lua.”*

*“O pessoal diz que essa coceira que deu na gente vem do vento. É um andaço que anda com o vento.”*

*“Minha perna incha e dói por causa do calor. Mas essa doença minha eu peguei porque trabalhava num lugar muito frio e úmido.”*

A relação com o meio ambiente (a água, o ar, o vento, a terra, o clima) como explicação para o aparecimento das doenças, não se sobrepõe, nas falas dos informantes à sua relação positiva com a natureza. Tomar sol, aguentar chuvas, respirar ar puro, vida ao ar

livre, são apresentados como fatores de saúde e longevidade. Pelo contrário, é o desrespeito através da intervenção desordenada do homem na natureza, um dos núcleos das explicações para muitos males:

—a poluição do ar é reconhecida como causadora de alergias, bronquites e coceiras;

—o “micróbio que entra e fura a veia” e a verminose “nascem” com a água parada, o lixo, as valas negras que recortam os locais de moradia.

O desequilíbrio na comida e na bebida é outra fonte de representação das causas de doenças. Há comidas “pesadas” que causam má digestão; há comidas “reimosas” proibidas para determinadas categorias de pessoas como grávidas e mulheres amamentando. Há comidas que não devem ser misturadas como manga com leite, peixe e carne. Há comidas que fazem bem, trazem saúde porque têm “substância” como carne, leite, ovos, feijão. Outras, “só enchem barriga” como arroz, angu, biscoito.

Das bebidas, o álcool é dito, de forma relevante como causador de doenças: do fígado, da cabeça, de inchação nas pernas. Sempre vinculado a problemas emocionais ou mentais, o alcoolismo é uma das causas mais atribuídas pelas famílias aos males de saúde no seu meio.

Algumas doenças estão associadas ao ciclo da vida: são consideradas normais. Dentre elas entram o reumatismo, a pressão alta, as doenças do coração para os idosos. A coqueluche, o sarampo, a catapora são males que as crianças têm que enfrentar.

### *Causação Sócio-econômica*

São aquelas referidas às condições materiais de existência: o salário, a moradia, o tipo de trabalho, as relações sociais (próximas e com a sociedade mais ampla), o saneamento básico e ressaltamos o funcionamento do sistema de saúde.

Se no primeiro item, o desequilíbrio na comida é apresentado como causador de doenças, nessa etapa são as *dificuldades da alimentação* que se ressaltam: *“falta alimentação, a criança não come direito. O pior mesmo da doença é a falta de condição da gente: daí dá muita diarreia.”*

*“o que a gente mais vê é criança fraca, anêmica, porque o problema de saúde aqui é fome mesmo.”*

As relações com a *moradia* e com o *saneamento* também são enfatizadas:

*“eu tinha um problema muito grande de alergia e reumatismo, aterrou a casa e passou.” “as crianças não têm saúde por causa do lugar onde a gente vive: tem rato, tem lixo, falta esgoto”. “meu problema de asma é muita umidade desta casa, mas pra onde eu vou?”*

*“sabe o que acontece aqui? as crianças adoecem por causa do esgoto na rua, a contaminação da água, da fossa estourada, da falta de alimentação.”*

Embora com menor frequência, o tipo de trabalho é também assinalado como fator patogênico:

*“meu marido tem epilepsia causada por acidente de trabalho. Trabalhava em obra e caiu um tijolo na cabeça dele, ele ficou fraco da ideia, tem tonteira” “eu tenho varizes hemorrágicas de trabalhar em pé na fábrica de sardinha.”*

*“eu tenho um problema de estômago que a médica não acha o motivo. Ela acha que é de nervoso. Eu acho que é pó que eu respiro muito naquela metalúrgica.”*

As condições gerais de existência são responsabilizadas de forma muito peculiar pelo “nervoso da vida”. Essa doença inespecífica, e meio vaga, ganha de todas as outras nos depoimentos de homens e mulheres. Gerador de outros males, associado a uma série de sintomas, síntese de uma quantidade enorme de queixas, o “nervoso

da vida” revela particularmente um sentimento de opressão e de dificuldade insana para levar adiante o projeto familiar, todo ele construído sobre a sobrevivência do dia-a-dia. O futuro é configurado quase sempre dentro de um plano transcendental - não por ignorância, mas pelas condições objetivas da vida - “a Deus pertence”, “Deus é quem sabe”.

Em algumas famílias em estado de miséria absoluta, o “nervoso da vida” se apresenta em forma de apatia, deboche e silêncio. As doenças não são explicadas, elas se mostram: são um desequilíbrio global que as pessoas não conseguem ou não sentem necessidade de verbalizar.

É importante mencionar, na causalização sócio econômica apontada pelos entrevistados, sua relação com o sistema biomédico. Ainda quando, em primeira instância, a doença é explicada por outros fatores, a intervenção dos serviços de saúde é ressaltada por muitos, como provocadora de outras enfermidades e responsável por mortes ou lesões irreparáveis nos membros do grupo. Os exemplos referentes a esse tópico são muito fortes:

*“Eu fui ter nenê e como eu estava passando muito mal, o médico me abriu e tirou a criança. Acho que ele pensou que eu ia morrer, então ele só me alinhavou. Fui pra casa, passei mal três meses e tive que voltar para o hospital e só aí o outro médico me custurou direito.”*

*“Eu tenho essa quantidade de caroço na pele que coça muito. Foi provocado por uma anestesia que eu tomei quando fui operado.”*

*“Remédio de médico é danado pra provocar problema na gente.”*

*“Eu cortei essa perna por causa de uma diabete, mas depois outros médicos me disseram que eu não precisava cortar. Perdi minha perna por erro médico.” “Esses dois filhos meus estavam com uma febre danada. Eu levei pro hospital, o médico passou um remédio e eles incharam todo. Era remédio errado.”*

Um dos informantes traduz o sentimento que perpassa os depoimentos de muitos outros: *os médicos agora não sabem de nada, não dão atenção, por isso os remédios deles não dão resultado.* Essa fala crítica sobre o sistema revela também, do ponto de vista antropológico, um dos pontos de estrangulamento da medicina oficial tal qual é praticada: a descrença da população. É Lévy-Strauss quem nos chama atenção sobre o assunto, falando sobre a eficácia dos tratamentos xamanísticos. Segundo ele, a condição de cura está no seguinte axioma: “a eficácia da magia implica na crença em magia”. Isso se efetiva em três níveis complementares: a) a crença do feitiço na eficácia de suas técnicas; b) a crença do doente no poder mágico; c) a fé e as expectativas do grupo que agem como um campo gravitacional no interior do qual se dão as relações entre o cliente e o curandeiro. (L. Strauss: 1963, 168).

Ora, esses princípios antropológicos nos quais se assenta a medicina tradicional, *mutatis mutandi*, regem também as relações entre a biomedicina e a população. Para quem defende os princípios rígidos do “cientificismo” acadêmico, basta lembrar todas as polêmicas que envolvem o uso dos medicamentos e seus efeitos controversos. O chamado “efeito placebo” uma prova de que a tese de Lévy-Strauss continua vívida em relação à medicina moderna. (Simonton et alii: 1988, 31s).

A descrença que flui da fala de muitas famílias nas suas relações com o sistema médico é fruto de um lado, de uma experiência prática em que se sentem anônimas, impotentes e discriminadas. Ela é também construída nas diferenças de concepção sobre saúde-doença. Enquanto para os médicos saúde-doença são, acima de tudo, fenômenos físicos, para esse segmento da população, saúde-doença são *relações* que se expressam no corpo mas que o ultrapassam indiscutivelmente:

*“Uma coisa”, diz uma das mães entrevistadas, eu não consigo entender. Meu filho foi internado com desidratação e no atestado de óbito dele tinha outras três doenças. Não morreu do que foi internado. Ele ficou no hospital e não me deixaram ficar lá. Eu chegava, ele estava tristonho, com os pezinhos frios, as mãozinhas geladas. Eu falava com as enfermeiras, elas diziam que não tinha problema. Acabou ele morrendo... Eu morro de medo de hospital, é lugar que se vai pra morrer. A gente vê lá é o abandono e a solidão.”*

Esse depoimento pungente nos dá a dimensão do hiato que a população encontra entre os serviços de saúde e sua cultura. Não se trata apenas de se proporcionar um bom atendimento no sentido da qualidade do diagnóstico e do tratamento, nem também de melhorar as condições humanas no atendimento. A questão atinge um nível maior de profundidade que é a abrangência da visão de mundo.

Ao analisarmos essas críticas, ocorre-nos uma pergunta oportuna: se a população desconfia dos serviços, por que estão sempre cheios nossos serviços ambulatoriais e de pronto atendimento? A resposta a essa questão pode contemplar várias alternativas. A primeira delas é de que o sistema biomédico, para todos os efeitos e para todas as classes é o padrão dominante. Ele cria seus mecanismos de aproximação, de propaganda e de imposição.

Segundo Boltanski (1984) toda a sua história nada mais é que a construção de uma legitimação. A segunda, é de que a população reconhece também a eficácia da medicina oficial para muitos casos referentes aos desequilíbrios da saúde e teima em usufruir desse saber socialmente construído e tão desigualmente apropriado. Mas, como já dissemos noutro artigo (Minayo, 1987), os segmentos da classe trabalhadora combinam a seu modo as diferentes fontes de tratamento que lhe são acessíveis. A medicina oficial é uma dentre outras, que ela usa e legitima mas não de forma incondicional.

Fonte: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1988000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003)

## ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM

### A enfermagem e a administração

Nos últimos anos a enfermagem tem evoluído consideravelmente, muito disso deve-se a sua prática profissional e do desenvolvimento técnico-científico. A práxis da enfermagem tem contribuído para o desenvolvimento pessoal e profissional, o que faz necessário a contribuição de outras ciências, como a administração para a expansão do seu conhecimento e qualificação profissional (SOUZA, 2006). A enfermagem, por ser um conjunto de ciências, ciências humanas e ciências sociais, tem buscado na administração a utilização de um método científico que possa tornar seu trabalho racional (SANTOS, 2004). Os estudos realizados na área da administração retratam o papel clássico e histórico do administrador o de alguém responsável pelo trabalho dos outros, papel este que fica evidente no trabalho da enfermagem, que consiste em orientar, dirigir e controlar o esforço de um grupo para um objetivo em comum (SILVA, 1993).

O entendimento da enfermagem sob uma reflexa do que ela representa à luz das teorias de administração, possibilita a realização de estudos, tendo por base as contribuições das escolas do pensamento administrativo para a enfermagem (SOUZA, 2006). As instituições hospitalares são rigidamente hierarquizadas, sendo estabelecida uma subordinação integral de um indivíduo a outro e de um serviço a outro (SANTOS, 1994). Como a enfermagem faz parte de um destes serviços, ela reproduz esse modelo hierárquico.

Um modo de estabelecer a melhor satisfação do trabalho e aumento da produtividade tem sido a administração participativa (SOUZA, 2006). O serviço de enfermagem tem seguido o modelo da instituição, ou seja, se guia pelas propostas burocráticas, com ênfase na valorização de normas e regras encaixando na teoria da burocracia, que foi desenvolvida por Max Weber na década de 1940, surgindo para estabelecer sistemas de controle de pessoal (SOUZA, 2006; CHIAVENATO, 2000).

Todo tipo de cuidado indireto tem representado uma atividade burocrática, levando a uma preocupação da enfermagem em funções que o enfermeiro se envolve excessivamente, desempenhando funções e delegando a outros os cuidados com os pacientes (SANTOS, 1994).

A função administrativa do enfermeiro se complementa com as funções dos demais serviços que constituem a estrutura administrativa do hospital (MELO, 1996). A importância do papel do enfermeiro se reveste de importância pelo fato que são necessários recursos financeiros altos para a prestação de assistência hospitalar, sofisticação de instrumentos demanda cada vez mais o administrador possuir em todas unidades do hospital uma equipe treinada e especializada para ajudar nesta administração (CASTILHO, 1985).

Outra teoria que serve como referencial para a prática da enfermagem é a teoria geral do sistemas que consiste em três princípios básicos: os sistemas dentro de um sistema, as funções de um sistema dependem da estrutura e os sistemas são abertos (SOUZA, 2006). Partindo de um processo coletivo a enfermagem é concebida como prática social, socialmente articulada e historicamente estruturada (LUNARDI, 1999).

O enfermeiro atuando como gerente está caracterizado por diversas necessidades e possibilidades que dificilmente se aproximam de oferecer uma adequada assistência. (SOUZA, 2006). O arranjo hospitalar

A importância de uma gestão cada vez mais eficaz e eficiente nos sistemas de saúde se dá pelo fato da ampliação e aumento da complexidade do atendimento, por isso diferentes técnicas e ferramentas que historicamente eram utilizadas no setor industrial estão sendo empregadas para a área da saúde, principalmente para a gestão hospitalar (REVERE e BLACK, 2003; NIAKAS e col., 2004).

A percepção que o hospital consiste em uma instituição que através de uma intervenção terapêutica objetiva alcançar a cura de doenças é algo relativamente recente (JUNIOR, 2002). Antes do século 18 os hospitais serviram para separa os doentes da sociedade, de modo que esperassem a morte, sem haver qualquer intervenção nos doentes, segundo Foucault (1981) os primeiros hospitais datam do final do mesmo século.

Um fator que incentivou o avanço da implementação dos hospitais foram as guerras, que tornaram os hospitais militares abundantes no continente europeu. Estes hospitais criaram sistemas de funcionamento que são utilizados até os dias atuais, tais como a identificação por leitos, fichamento de paciente e a separação por doenças (JUNIOR, 2002).

O hospital consiste em uma complexa organização devido a grande variedade de profissionais com alto grau de autonomia e ainda por ser um espaço de ensino e produção científica (AZEVEDO, 1993). As organizações hospitalares permanecem em um ambiente altamente complexo e particular que leva a funcionamento inadequado diante de lógica lucrativa dos mercados (JUNIOR, 2002).

O setor hospitalar não difere dos demais setores da economia brasileira, que enfrenta como um dos principais problemas a redução de investimentos e sua precária forma como vem sendo administrado e gerenciado (CUNHA, 2002). Por isso a qualidade dos serviços prestados em saúde tem estado a deriva de interesses específicos das instituições (BORBA, 2008).

No setor hospitalar há uma forte resistência aos programas de qualidade em função dos médicos, que de acordo com a história detêm o poder nessas organizações e portanto não analisam de forma positiva a avaliação de seu trabalho numa perspectiva de qualidade, pelo fato de se sentirem fiscalizados e medo na perda de autonomia na condução dos pacientes. Outro fator que não atrai a participação dos médicos é o fator financeiro, que em sua maioria são remunerados pela produção (BERWICK, 1994).

Pelo fato dos currículos das escolas médicas estarem fundamentadas em um modelo que dá ênfase à clínica, gera obstáculos à adesão dos médicos aos programas de qualidade, por sua deficiência e limitação na formação (OMS/OPS, 1994). Ética na administração hospitalar

O papel do significado da ética para os administradores hospitalares parece não estar claro. Estudos demonstram não ser evidente para os administradores na área da saúde a percepção de que exercem um papel de liderança crítico no desenvolvimento dos valores organizacionais, imprescindíveis para decisões éticas apropriadas (CHOW apud ZOBOLI, 2002).

Incorporar a avaliação dos aspectos éticos como um dos elementos constitutivos administrativos representa uma demanda da sociedade preocupada com a qualidade dos serviços prestados. A presença da ética é importantíssima no cotidiano do administrador da organização da saúde, principalmente quando levada em conta a razão de ser das organizações de paciente (DICKLER, 2006).

É o enfermo que impõe ao hospital a organização de comprometer-se eticamente. Faz-se necessário a construção de uma imagem ética da organização hospitalar. A imagem cultivada deve patentear uma atitude de zelo na defesa das pessoas com problemas de saúde (GEORGE apud ZOBOLI, 2002).

Atualmente, os hospitais são organizações complexas que associam inovações tecnológicas, serviço social, pessoal assalariado e autônomo, financiamento público e privado, missão de caridade e orientação para os negócios (ZOBOLI, 2002). A identidade profissional tem sido conquistada pelas vias da excelência técnica e ética. Quando o gestor desconhece tal fato, acontecem consequências desastrosas para os profissionais da saúde (ZOBOLI, 2002).

Assim, ao se levar em conta a razão de ser dos hospitais, fica patente a presença da ética no cotidiano da gestão destes serviços de saúde. É muito difícil separar a ética na assistência da ética na administração hospitalar, já que a proposta primária dos serviços de saúde é cuidar das pessoas e este cuidado pode ser afetado, positivamente ou negativamente, pelas decisões administrativas (ZOBOLI, 2002). Considerações Finais

A qualidade incondicional aplicada às instituições hospitalares é algo muito peculiar, portanto este processo coloca diante de como a forma de desenvolver modelos de gestão e especificidades que se adequem mais aos modelos necessários para a administração hospitalar, contemplando a sua complexidade de seu ambiente institucional.

Com relação à visão administrativa da enfermagem no hospital, foi possível analisar uma tendência associativa para as atividades de liderança e controle no exercício da gerência. Deve-se salientar a importância do papel ético dos administradores, que na sua maioria se preocupam com fatores meramente administrativos deixando de lado os fatores éticos e morais que são fortemente presentes em setores que lidam com pessoas, principalmente quando este setor consiste na área da saúde.