



SL-023DZ-20
CÓD: 7891122038841

OURO FINO

PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO FINO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Enfermeiro ESF

EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO Nº 001/2020

Como passar em um concurso público?

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

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

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

Então mãos à obra!

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

Se prepare para o concurso público

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

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

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

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

Vida Social

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

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

Motivação

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

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

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

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

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

Vamos juntos!

Língua Portuguesa

1. Texto: interpretação de texto (informativo, literário ou jornalístico)	01
2. Ortografia: emprego das letras	02
3. Classes gramaticais: reconhecimento e flexão do substantivo, do adjetivo, do pronome e dos verbos regulares.	04
4. Sintaxe: reconhecimento dos termos da oração; reconhecimento das orações num período	10
5. Concordância verbal; concordância nominal	12
6. Colocação de pronomes.	14
7. Ocorrência da crase	14
8. Regência verbal; regência nominal	14
9. Pontuação: emprego da vírgula; emprego do ponto final.	15

Sistema Único de Saúde/Saúde Pública

1. ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Histórico, legislação fundamental e normas operacionais do sistema, princípios, estrutura administrativa e financeira, responsabilidades dos três níveis Federativos, perspectiva e desafios do sistema	01
2. O MODELO DE ASSISTÊNCIA NO SUS: Níveis de assistência (primário, secundário e terciário), escopo da assistência: promoção da saúde, prevenção, terapêutica e reabilitação, estrutura em rede regionalizada e hierarquizada, responsabilidade sanitária, humanização do cuidado, características e funções da atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família, gestão da assistência e gestão da clínica, organização da rede de urgência e emergência, regulação da assistência, planejamento em saúde pública	08
3. Pacto pela Saúde.	16
4. Política Nacional de Atenção Básica no SUS	52
5. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	73
6. Política Nacional de Humanização.	73
7. EPIDEMIOLOGIA: Epidemiologia no planejamento da assistência: Indicadores de saúde (conceitos, cálculo e interpretação)	78
8. Sistemas de informação do SUS e seu uso no planejamento	87
9. Epidemiologia das doenças transmissíveis (cadeia causal e mecanismos de prevenção para as principais patologias transmissíveis no país)	93
10. Fundamentos de epidemiologia clínica (principais tipos de estudo e interpretação dos resultados)	128
11. HUMANIZAÇÃO E SAÚDE.	131
12. Decreto 7508 de 28 de Junho de 2011	131

Conhecimentos Específicos Enfermeiro ESF

1. Pacto pela Saúde,	01
2. Política Nacional de Atenção Básica no SUS.	01
3. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.	06
4. Política Nacional de Humanização.	06
5. A Estratégia Saúde da Família (ESF). Equipe de Saúde da Família. Unidade de Saúde de Família – USF. Saúde da Família.	06
6. Cuidados básicos na assistência ao paciente quanto aos aspectos de higiene, conforto, alimentação e condições emocionais.	17
7. Medidas de biossegurança.	36
8. Administração de serviço de enfermagem: características, objetivos, planejamento, organização comando, controle, avaliação e treinamento em serviço.	42
9. Limpeza, desinfecção e esterilização: conceitos, procedimentos, cuidados, tipos de esterilização, indicações.	66
10. Consulta em enfermagem: anamnese, exame físico, diagnóstico e tratamento de enfermagem.	73
11. Ética em enfermagem.	86
12. Normas legais do exercício profissional.	91
13. Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico.	93
14. Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico puerperal.	102
15. Assistência de enfermagem à criança normal e patológica.	135
16. Assistência de enfermagem nas doenças crônico degenerativas.	154
17. Assistência de enfermagem nas doenças infecto contagiosas.	155
18. Assistência de enfermagem em situações clínicas.	164
19. Assistência de enfermagem em situações de urgência e emergência.	175

LÍNGUA PORTUGUESA

1. Texto: interpretação de texto (informativo, literário ou jornalístico)	01
2. Ortografia: emprego das letras	02
3. Classes gramaticais: reconhecimento e flexão do substantivo, do adjetivo, do pronome e dos verbos regulares.	04
4. Sintaxe: reconhecimento dos termos da oração; reconhecimento das orações num período	10
5. Concordância verbal; concordância nominal	12
6. Colocação de pronomes.	14
7. Ocorrência da crase	14
8. Regência verbal; regência nominal	14
9. Pontuação: emprego da vírgula; emprego do ponto final.	15

TEXTO: INTERPRETAÇÃO DE TEXTO (INFORMATIVO, LITERÁRIO OU JORNALÍSTICO)

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...*

MECANISMOS DE 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) – catáfora 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.

TIPOLOGIA E GÊNEROS TEXTUAIS

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

Tipos textuais

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

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

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

Gêneros textuais

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

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta

- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

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

ORTOGRAFIA: EMPREGO DAS LETRAS

ORTOGRAFIA OFICIAL

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

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

Alfabeto

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

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

Uso do “X”

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

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

Uso do “S” ou “Z”

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

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

Uso do “S”, “SS”, “Ç”

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

Os diferentes porquês

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

Parônimos e homônimos

As palavras **parônimas** são aquelas que possuem grafia e pronúncia semelhantes, porém com significados distintos. **Ex:** cumprimento (extensão) X comprimento (saudação); tráfego (trânsito) X tráfico (comércio ilegal).

Já as palavras **homônimas** são aquelas que possuem a mesma pronúncia, porém são grafadas de maneira diferente. **Ex:** concerto (correção) X concerto (apresentação); cerrar (fechar) X serrar (cortar).

Nos capítulos seguintes serão passadas regras específicas quanto à acentuação e uso da crase, entre outras normas que condizem à ortografia oficial do português.

ACENTUAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Regras fundamentais

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

Regras especiais

REGRA	EXEMPLOS
Acentua-se quando “I” e “U” tônicos formarem hiato com a vogal anterior, acompanhados ou não de “S”, desde que não sejam seguidos por “NH” OBS: Não serão mais acentuados “I” e “U” tônicos formando hiato quando vierem depois de ditongo	saída, fâisca, baú, país feitura, Bocaiuva, Saiupe
Acentua-se a 3ª pessoa do plural do presente do indicativo dos verbos “TER” e “VIR” e seus compostos	têm, obtêm, contêm, vêm
Não são acentuados hiatos “OO” e “EE”	leem, voo, enjoo

Não são acentuadas palavras homógrafas
OBS: A forma verbal "PÔDE" é uma exceção

pelo, pera, para

CLASSES GRAMATICAIS: RECONHECIMENTO E FLEXÃO DO SUBSTANTIVO, DO ADJETIVO, DO ADJETIVO, DO PRONOME E DOS VERBOS REGULARES

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

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

CLASSE	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
ADJETIVO	Expressar características, qualidades ou estado dos seres Sofre variação em número, gênero e grau	Menina <i>inteligente</i> ... Roupa <i>azul-marinho</i> ... Brincadeira <i>de criança</i> ... Povo <i>brasileiro</i> ...
ADVÉRBIO	Indica circunstância em que ocorre o fato verbal Não sofre variação	A ajuda chegou <i>tarde</i> . A mulher trabalha <i>muito</i> . Ele dirigia <i>mal</i> .
ARTIGO	Determina os substantivos (de modo definido ou indefinido) Varia em gênero e número	A galinha botou <i>um</i> ovo. <i>Uma</i> menina deixou <i>a</i> mochila no ônibus.
CONJUNÇÃO	Liga ideias e sentenças (conhecida também como conectivos) Não sofre variação	Não gosto de refrigerante <i>nem</i> de pizza. Eu vou para a praia <i>ou</i> para a cachoeira?
INTERJEIÇÃO	Exprime reações emotivas e sentimentos Não sofre variação	<i>Ah!</i> Que calor... Escapei por pouco, <i>ufa!</i>
NUMERAL	Atribui quantidade e indica posição em alguma sequência Varia em gênero e número	Gostei muito do <i>primeiro</i> dia de aula. <i>Três</i> é a <i>metade</i> de seis.
PRONOME	Acompanha, substitui ou faz referência ao substantivo Varia em gênero e número	Posso <i>ajudar</i> , senhora? <i>Ela me</i> ajudou muito com o <i>meu</i> trabalho. <i>Esta</i> é a casa <i>onde</i> eu moro. <i>Que</i> dia é hoje?
PREPOSIÇÃO	Relaciona dois termos de uma mesma oração Não sofre variação	Espero <i>por</i> você essa noite. Lucas gosta <i>de</i> tocar violão.
SUBSTANTIVO	Nomeia objetos, pessoas, animais, alimentos, lugares etc. Flexionam em gênero, número e grau.	A <i>menina</i> jogou sua <i>boneca</i> no rio. A <i>matilha</i> tinha muita <i>coragem</i> .
VERBO	Indica ação, estado ou fenômenos da natureza Sofre variação de acordo com suas flexões de modo, tempo, número, pessoa e voz. Verbos não significativos são chamados verbos de ligação	Ana se <i>exercita</i> pela manhã. Todos <i>parecem</i> meio bobos. <i>Chove</i> muito em Manaus. A cidade <i>é</i> muito bonita quando vista do alto.

Substantivo

Tipos de substantivos

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

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

1. ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: Histórico, legislação fundamental e normas operacionais do sistema, princípios, estrutura administrativa e financeira, responsabilidades dos três níveis Federativos, perspectiva e desafios do sistema	01
2. O MODELO DE ASSISTÊNCIA NO SUS: Níveis de assistência (primário, secundário e terciário), escopo da assistência: promoção da saúde, prevenção, terapêutica e reabilitação, estrutura em rede regionalizada e hierarquizada, responsabilidade sanitária, humanização do cuidado, características e funções da atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família, gestão da assistência e gestão da clínica, organização da rede de urgência e emergência, regulação da assistência, planejamento em saúde pública	08
3. Pacto pela Saúde.	16
4. Política Nacional de Atenção Básica no SUS	52
5. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	73
6. Política Nacional de Humanização.	73
7. EPIDEMIOLOGIA: Epidemiologia no planejamento da assistência: Indicadores de saúde (conceitos, cálculo e interpretação)	78
8. Sistemas de informação do SUS e seu uso no planejamento	87
9. Epidemiologia das doenças transmissíveis (cadeia causal e mecanismos de prevenção para as principais patologias transmissíveis no país)	93
10. Fundamentos de epidemiologia clínica (principais tipos de estudo e interpretação dos resultados)	128
11. HUMANIZAÇÃO E SAÚDE.	131
12. Decreto 7508 de 28 de Junho de 2011	131

**ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
HISTÓRICO, LEGISLAÇÃO FUNDAMENTAL E
NORMAS OPERACIONAIS DO SISTEMA, PRINCÍPIOS,
ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA,
RESPONSABILIDADES DOS TRÊS NÍVEIS FEDERATIVOS,
PERSPECTIVA E DESAFIOS DO SISTEMA**

O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

AVANÇO: Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a "Saúde é direito de todos e dever do Estado". No período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas co-responsabilidades.

Ministério da Saúde

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Inco e oito hospitais federais.

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

*Responsabilidades dos entes que compõem o SUS
União*

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Estados e Distrito Federal

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

Municípios

São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

História do sistema único de saúde (SUS)

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava “Saúde para Todos no Ano 2000”, principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram às propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976.

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) - que, na realidade, nunca saiu do papel -, logo seguida pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982 a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Essas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (CF, art. 200, inciso III).

Princípios do SUS

São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990. Os principais são:

Universalidade: significa que o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;

Integralidade: o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;

Equidade: o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;

Participação social: é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS; e

Descentralização: é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Principais leis

Constituição Federal de 1988: Estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Determina ao Poder Público sua “regulamentação, fiscalização e controle”, que as ações e os serviços da saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”; define suas diretrizes, atribuições, fontes de financiamento e, ainda, como deve se dar a participação da iniciativa privada.

Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080/1990: Regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

Lei n.º 8.142/1990: Dispõe sobre o papel e a participação das comunidades na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências.

Institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo.

Responsabilização Sanitária

Desenvolver responsabilização sanitária é estabelecer claramente as atribuições de cada uma das esferas de gestão da saúde pública, assim como dos serviços e das equipes que compõem o SUS, possibilitando melhor planejamento, acompanhamento e complementaridade das ações e dos serviços. Os prefeitos, ao assumir suas responsabilidades, devem estimular a responsabilização junto aos gerentes e equipes, no âmbito municipal, e participar do processo de pactuação, no âmbito regional.

Responsabilização Macros sanitária

O gestor municipal, para assegurar o direito à saúde de seus munícipes, deve assumir a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose. Para isso, tem de se responsabilizar pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. A atenção básica à saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a todos os gestores. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo:

- execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;
- planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal; e
- participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

Responsabilização Micros sanitária

É determinante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade. Para isso, as unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adstrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada pessoa. A alta só deve ocorrer quando da transferência do paciente a outra equipe (da rede básica ou de

outra área especializada) e o tempo de espera para essa transferência não pode representar uma interrupção do atendimento: a equipe de referência deve prosseguir com o projeto terapêutico, interferindo, inclusive, nos critérios de acesso.

Instâncias de Pactuação

São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Atua na direção nacional do SUS, formada por composição paritária de 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é, portanto regional: um representante para cada uma das cinco regiões existentes no País.

Comissões Intergestores Bipartites (CIB): São constituídas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do Estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde costumam debater entre si os temas estratégicos antes de apresentarem suas posições na CIB. Os Cosems são também instâncias de articulação política entre gestores municipais de saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesse espaço.

Espaços regionais: A implementação de espaços regionais de pactuação, envolvendo os gestores municipais e estaduais, é uma necessidade para o aperfeiçoamento do SUS. Os espaços regionais devem-se organizar a partir das necessidades e das afinidades específicas em saúde existentes nas regiões.

Descentralização

O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

Regionalização: consensos e estratégias - As ações e os serviços de saúde não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios. Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que apresentam serviços de referência, tornando-se polos regionais que garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interestaduais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de estados diferentes. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental, que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização.

O Sistema Hierarquizado e Descentralizado: As ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocadas à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo. Por exemplo: O usuário é atendido de forma descentralizada, no âmbito do município ou bairro em que reside. Na hipótese de precisar ser atendido com um problema de saúde mais complexo, ele é referenciado, isto é, encaminhado para o atendimento em uma instância do SUS mais elevada, especializada. Quando o problema é mais simples, o cidadão pode ser contra referenciado, isto é, conduzido para um atendimento em um nível mais primário.

Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na área, incluindo o orçamento para a sua execução. Um instrumento fundamental para nortear a elaboração do PMS é o Plano Nacional de Saúde. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer as diretrizes para a formulação do PMS, em função da análise da realidade e dos problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis.

No PMS, devem ser descritos os principais problemas da saúde pública local, suas causas, conseqüências e pontos críticos. Além disso, devem ser definidos os objetivos e metas a serem atingidos, as atividades a serem executadas, os cronogramas, as sistemáticas de acompanhamento e de avaliação dos resultados.

Sistemas de informações ajudam a planejar a saúde: O SUS opera e/ou disponibiliza um conjunto de sistemas de informações estratégicas para que os gestores avaliem e fundamentem o planejamento e a tomada de decisões, abrangendo: indicadores de saúde; informações de assistência à saúde no SUS (internações hospitalares, produção ambulatorial, imunização e atenção básica); rede assistencial (hospitalar e ambulatorial); morbidade por local de internação e residência dos atendidos pelo SUS; estatísticas vitais (mortalidade e nascidos vivos); recursos financeiros, informações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Caminha-se rumo à integração dos diversos sistemas informatizados de base nacional, que podem ser acessados no *site* do Datasus. Nesse processo, a implantação do Cartão Nacional de Saúde tem papel central. Cabe aos prefeitos conhecer e monitorar esse conjunto de informações essenciais à gestão da saúde do seu município.

Níveis de atenção à saúde: O SUS ordena o cuidado com a saúde em níveis de atenção, que são de básica, média e alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde. Não se deve, porém, desconsiderar algum desses níveis de atenção, porque a atenção à saúde deve ser integral.

A atenção básica em saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS. É um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, objetivando solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

As Unidades Básicas são prioridades porque, quando as Unidades Básicas de Saúde funcionam adequadamente, a comunidade consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde. É comum que a primeira preocupação de muitos prefeitos se volte para a reforma ou mesmo a construção de hospitais. Para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes, mas a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade.

Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

Saúde da Família: é a saúde mais perto do cidadão. É parte da estratégia de estruturação eleita pelo Ministério da Saúde para reorganização da atenção básica no País, com recursos financeiros específicos para o seu custeio. Cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo agora contar com profissional de saúde bucal) que se responsabiliza pela situação de saúde de determinada área, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Essa população deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive. Os profissionais é que devem ir até suas casas, porque o objetivo principal da Saúde da Família é justamente aproximar as equipes das comunidades e estabelecer entre elas vínculos sólidos.

A saúde municipal precisa ser integral. O município é responsável pela saúde de sua população integralmente, ou seja, deve garantir que ela tenha acessos à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos.

Só assim estará promovendo saúde integral, como determina a legislação. É preciso que isso fique claro, porque muitas vezes o gestor municipal entende que sua responsabilidade acaba na atenção básica em saúde e que as ações e os serviços de maior complexidade são responsabilidade do Estado ou da União – o que não é verdade.

A promoção da saúde é uma estratégia por meio da qual os desafios colocados para a saúde e as ações sanitárias são pensados em articulação com as demais políticas e práticas sanitárias e com as políticas e práticas dos outros setores, ampliando as possibilidades de comunicação e intervenção entre os atores sociais envolvidos (sujeitos, instituições e movimentos sociais). A promoção da saúde deve considerar as diferenças culturais e regionais,

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
ENFERMEIRO ESF

1. Pacto pela Saúde,	01
2. Política Nacional de Atenção Básica no SUS.	01
3. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.	06
4. Política Nacional de Humanização.	06
5. A Estratégia Saúde da Família (ESF). Equipe de Saúde da Família. Unidade de Saúde de Família – USF. Saúde da Família.	06
6. Cuidados básicos na assistência ao paciente quanto aos aspectos de higiene, conforto, alimentação e condições emocionais.	17
7. Medidas de biossegurança.	36
8. Administração de serviço de enfermagem: características, objetivos, planejamento, organização comando, controle, avaliação e treinamento em serviço.	42
9. Limpeza, desinfecção e esterilização: conceitos, procedimentos, cuidados, tipos de esterilização, indicações.	66
10. Consulta em enfermagem: anamnese, exame físico, diagnóstico e tratamento de enfermagem.	73
11. Ética em enfermagem.	86
12. Normas legais do exercício profissional.	91
13. Assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico.	93
14. Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico puerperal.	102
15. Assistência de enfermagem à criança normal e patológica.	135
16. Assistência de enfermagem nas doenças crônico degenerativas.	154
17. Assistência de enfermagem nas doenças infecto contagiosas.	155
18. Assistência de enfermagem em situações clínicas.	164
19. Assistência de enfermagem em situações de urgência e emergência.	175

PACTO PELA SAÚDE

Prezado candidato, o tema supracitado foi abordado na matéria de “Sistema Único de Saúde/Saúde Pública”.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NO SUS

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

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

Relativização da cobertura

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços

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

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

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

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

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

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

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

A base argumentativa para a segmentação do cuidado, na nova PNAB, deturpa a ideia de especificidades territoriais que antes justificavam e davam consistência ao princípio da equidade, este que remete à obrigação ético-política de se estabelecerem parâmetros e processos visando à superação de desigualdades historicamente produzidas na sociedade brasileira, de modo a revelar e interferir sobre as condições que as produzem. Contrariamente, esta segmentação do cuidado traz as bases para o desenvolvimento de um SUS seletivo, que universaliza mínimos e estratifica padrões de atenção, justificados por situações precárias, cuja superação não está no horizonte de compromissos das políticas públicas projetadas no atual contexto.

São sentidos opostos de utilização de uma noção - o território - que se fortaleceu no processo de consolidação da saúde da família como estratégia de ordenamento da AB no Brasil. Daí, o seu apelo positivo. Mais uma vez, trata-se da apropriação e resignificação negativa de uma ideia-chave para os defensores da APS forte, que contribui para confundir o leitor quanto às intenções da nova PNAB.

Entretanto, a desconstrução do compromisso com a universalidade e com a integralidade parece fazer parte de um quadro mais amplo, que não nos permite ilusões. O horizonte imediato do setor da saúde, na perspectiva das forças políticas hegemônicas, revela-se em uma fala proferida pelo ministro Barros sobre o tema 'Gestão transformadora para a saúde pública', em um encontro com líderes empresariais ocorrido em 2016:

Queremos mais recursos para a saúde e, como estamos nessa crise fiscal, se tivermos planos acessíveis com modelos de que a sociedade deseje participar, teremos R\$ 20 [bilhões] ou R\$ 30 bilhões a mais de recursos, que serão colocados para atendimento de saúde. Isso vai aliviar nosso sistema, que está congestionado²⁰(1).

Com o intuito de viabilizar esse propósito, o MS criou um Grupo de Trabalho (GT) para elaborar um projeto que possibilite a oferta de planos de saúde com número de serviços inferior ao definido como cobertura mínima pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A adesão a esses planos 'populares' de saúde - entendidos aqui como simplificados - seria voluntária.

Como se gera a 'adesão voluntária' ao setor privado? A resposta que esta reflexão busca oferecer pode parecer óbvia ou redundante: se produz adesão ao setor privado por exclusão do setor público. Entretanto, não é óbvio compreender que a exclusão do setor público deve ser ativamente produzida e se faz por meio da restrição ao acesso, associada à baixa qualidade dos serviços. É esta combinação que acarreta a evasão de parte das classes populares ou a não adesão da classe média ao SUS.

Compreende-se que estão em curso três eixos de ação:

a) definir padrões mínimos e ampliados para a AB;
b) estabelecer uma "regulação que permita menos cobertura e menos custo; e c) colocar no mercado planos baseados na oferta de um rol mínimo do mínimo de serviços. Articuladas, estas ações integram um processo que, pela exclusão do SUS, pode gerar clientela para os planos privados e viabilizar planos incapazes de atender às necessidades de saúde. Neste cenário, a nova PNAB tende a servir como plataforma para o avanço de políticas que aprofundem tais possibilidades.

A naturalização da ingerência do setor privado no SUS, expressa por pensamentos tais como 'isso já acontece', contribui para ofuscar o fato de que a AB vinha se constituindo como um contraponto a essa realidade. Uma vez sustentado o movimento de expansão e qualificação da ESF, a AB tenderia a concretizar, a médio e longo prazo, a experiência do acesso à atenção à saúde, efetivamente pública. Esta é a aposta que está sendo suspensa ou interrompida.

O reposicionamento da Estratégia Saúde da Família e a retomada da Atenção Básica tradicional

Em relação ao papel da ESF, o texto da PNAB 2017 apresenta uma posição, no mínimo, ambígua. Ao mesmo tempo em que mantém a ESF como prioritária no discurso, admite e incentiva outras estratégias de organização da AB, nos diferentes territórios:

Art. 4º - A PNAB tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios, fundamentos e diretrizes da Atenção Básica e do SUS descritos nesta portaria, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território.

Essa ambiguidade torna-se mais visível quando se analisam, em conjunto, certos elementos dessa política. Destacam-se, principalmente, alterações nas regras de composição profissional e de distribuição da carga horária dos trabalhadores nas equipes de AB.

A presença dos ACS não é requerida na composição mínima das equipes de AB, diferentemente do que acontece na ESF. Considerando as recentes conquistas desses trabalhadores, em relação aos vínculos empregatícios e à definição do piso salarial da categoria, entende-se que esta é uma possibilidade que desonera financeiramente a gestão municipal, tornando-se extremamente atraente no contexto de redução de recursos já vivenciado, e cujo agravamento é previsto.

A presença desse trabalhador e a continuidade, com regularidade, das ações por ele desempenhadas nunca estiveram tão em risco. O prejuízo recai principalmente sobre as ações educativas e de promoção da saúde, pautadas pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde.

Em relação à carga horária, determina-se o retorno da obrigatoriedade de 40 horas para todos os profissionais da ESF, inclusive os médicos, cuja carga horária havia sido flexibilizada na PNAB 2011. Esta alteração retoma condições estabelecidas desde a implantação do PSF, que são consideradas positivas para favorecer o vínculo entre profissional e usuário, e potencializar a responsabilidade sanitária das equipes e a continuidade do cuidado. Entretanto, sabe-se que a flexibilização da carga horária dos médicos de 40 para 20 horas buscava equacionar a dificuldade de fixação desse profissional nas equipes, um problema que persiste.

Diferentemente do que é previsto para a ESF, a carga horária projetada para as equipes de AB (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem) deve atender às seguintes orientações: a soma da carga horária, por categoria, deve ser, no mínimo, de 40 horas; a carga horária mínima de cada profissional deve ser de 10 horas; o número máximo de profissionais por categoria deve ser três.

Operacionalmente, são inúmeros os arranjos possíveis para a composição das equipes de AB. Para fins de ilustração, uma equipe pode ser composta por três médicos, dos quais dois devam ter cargas horárias de 20 horas e um de 10 horas; três enfermeiros, com 40 horas cada; um auxiliar ou técnico de enfermagem, com 40 horas; e nenhum ACS. Isto significa que, pelo menos, três fatores tornam mais atraente a composição de equipes no modelo de AB tradicional: contam com menos profissionais do que a ESF e, portanto, podem ter um custo mais baixo; são mais fáceis de organizar, em função da flexibilidade da carga horária; e, agora, são também financeiramente apoiadas. É importante relembrar que a referência de população coberta também foi flexibilizada.

Embora essas alterações possam ser lidas como meros instrumentos de gestão, visando à redução de custos, cabe questionar, ainda, os seus possíveis efeitos sobre o modelo de atenção à saúde. Tal formatação de equipes tende a fortalecer a presença de profissionais cuja formação permanece fortemente orientada pelo modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais. Neste sentido, antes mesmo que a ESF tenha avançado significativamente na transformação do modelo de atenção, a PNAB 2017 representa uma regressão em relação a esse propósito, criando as condições para a expansão da AB tradicional e fortalecendo o binômio queixa-conduta.