



SL-034JN-21
CÓD: 7891122039831

PARAÍBA DO SUL

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PARAÍBA DO SUL
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Enfermeiro II

CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2020

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. Leitura, compreensão e interpretação de texto | 01 |
| 2. Homonímia, sinonímia, antonímia e paronímia | 02 |
| 3. Ortografia oficial. Acentuação gráfica. Emprego de letras | 02 |
| 4. Emprego do hífen | 03 |
| 5. Uso e função das diferentes classes gramaticais: substantivo, adjetivo, artigo, numeral, pronome, advérbio, interjeição, verbo, preposição e conjunção. Pronome: classificação, emprego, colocação e formas de tratamento. Advérbio, preposição e conjunção: emprego e valor semântico. Flexão verbal: emprego e valor semântico de tempos, modos e vozes verbais, correlação entre tempos verbais. Análise sintática | 04 |
| 6. Concordância verbal e concordância nominal | 10 |
| 7. Regência nominal e regência verbal | 12 |
| 8. Ocorrência de crase | 13 |
| 9. Relações sintáticas e semânticas entre termos, orações e segmentos de texto. Termos oracionais. Figuras de sintaxe. Colocação de termos na oração. Equivalência e transformação de estruturas sintático-semânticas | 14 |
| 10. Reescrita de frases | 16 |
| 11. Emprego dos sinais de pontuação | 17 |
| 12. Denotação e conotação | 18 |
| 13. Uso e sentido das figuras de palavra e de pensamento | 18 |

Conhecimentos Gerais e Locais

| | |
|---|----|
| 1. Assuntos de interesse geral veiculados pela imprensa audiovisual e pela imprensa escrita. | 01 |
| 2. Aspectos históricos, geográficos, econômicos e políticos em nível de Mundo, Brasil, Estado do Rio de Janeiro e Município de Paraíba do Sul/RJ. | 51 |

Legislação do SUS

| | |
|--|----|
| 1. Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios, Diretrizes e Regulamentação. | 01 |
| 2. Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 - Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diretrizes para a gestão do SUS: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação e Controle Social; Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; | 08 |
| 3. Participação e Controle Social; | 43 |
| 4. Níveis de atenção à saúde; | 46 |
| 5. Promoção de Saúde; | 47 |
| 6. Vigilância em Saúde. | 59 |
| 7. Constituição Federal de 1988 e suas alterações (Seção II Da Saúde) | 64 |
| 8. Lei Federal nº 8.080 de 19/09/90; Lei Federal nº 8.142 de 28/12/90. | 66 |
| 9. Política Nacional de Atenção Básica: Fundamentos; Das responsabilidades; Do processo de trabalho das equipes de atenção básica; Das especificidades da Estratégia da Saúde da Família; Do processo de trabalho das Equipes da Saúde da Família; Da avaliação da qualidade do trabalho das equipes de saúde da família. | 74 |

Saúde Pública

| | |
|--|----|
| 1. A Saúde Pública no Brasil. História das políticas de saúde no Brasil. | 01 |
| 2. Reforma sanitária | 10 |
| 3. Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentos do SUS. Diretrizes e bases da implantação do SUS | 13 |
| 4. Regulamento técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial) | 20 |
| 5. 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 | 47 |
| 6. Política Nacional da Atenção Básica (2011 e 2017). Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. | 51 |
| 7. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças | 76 |

| | |
|---|-----|
| 8. Modelos de Atenção à Saúde | 84 |
| 9. Constituição do Brasil (art. 196 a 200) | 93 |
| 10. Redes de Atenção à Saúde | 95 |
| 11. Atenção Primária à Saúde | 97 |
| 12. Vigilância em Saúde | 100 |
| 13. Promoção à Saúde | 105 |
| 14. Controle Social: conselhos e conferências municipais de saúde | 117 |
| 15. Estratégia de Saúde da Família | 123 |
| 16. Determinantes Sociais em Saúde | 134 |
| 17. Política Nacional de Humanização | 135 |
| 18. Sistemas de Informação em Saúde | 140 |
| 19. Doenças de Notificação Compulsória | 144 |

Conhecimentos Específicos

Enfermeiro II

| | |
|---|-----|
| 1. Cuidado de enfermagem ao cliente com distúrbios clínicos e cirúrgicos | 01 |
| 2. Cuidado de enfermagem ao cliente crítico e em situações de emergência | 17 |
| 3. Procedimentos e técnicas de enfermagem | 63 |
| 4. Segurança e saúde no trabalho | 106 |
| 5. Enfermagem na saúde da mulher: assistência de enfermagem à mulher na saúde reprodutiva, no ciclo gravídico-puerperal e climatério, nos distúrbios ginecológicos | 111 |
| 6. Enfermagem na saúde da criança e do neonato: ações preventivas, de promoção de assistência à saúde | 140 |
| 7. Programas nacionais de saúde: políticas e diretrizes de atenção à saúde; atuação do enfermeiro nas práticas de atenção à saúde da mulher, da criança, do adolescente, do homem e do idoso; na prevenção, no controle e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, das doenças transmissíveis, das doenças não transmissíveis e das doenças crônico-degenerativas | 156 |
| 8. Atuação do enfermeiro no planejamento, execução e avaliação das ações relacionadas ao Programa Nacional de Imunização | 240 |
| 9. Vigilância em saúde | 252 |
| 10. Código de Ética | 252 |
| 11. Lei do Exercício Profissional de Enfermagem | 257 |
| 12. Legislação aplicada ao SUS | 261 |

LÍNGUA PORTUGUESA

| | |
|--|----|
| 1. Leitura, compreensão e interpretação de texto | 01 |
| 2. Homonímia, sinonímia, antonímia e paronímia | 02 |
| 3. Ortografia oficial. Acentuação gráfica. Emprego de letras | 02 |
| 4. Emprego do hífen | 03 |
| 5. Uso e função das diferentes classes gramaticais: substantivo, adjetivo, artigo, numeral, pronome, advérbio, interjeição, verbo, preposição e conjunção. Pronome: classificação, emprego, colocação e formas de tratamento. Advérbio, preposição e conjunção: emprego e valor semântico. Flexão verbal: emprego e valor semântico de tempos, modos e vozes verbais, correlação entre tempos verbais. Análise sintática | 04 |
| 6. Concordância verbal e concordância nominal | 10 |
| 7. Regência nominal e regência verbal | 12 |
| 8. Ocorrência de crase | 13 |
| 9. Relações sintáticas e semânticas entre termos, orações e segmentos de texto. Termos oracionais. Figuras de sintaxe. Colocação de termos na oração. Equivalência e transformação de estruturas sintático-semânticas | 14 |
| 10. Reescrita de frases | 16 |
| 11. Emprego dos sinais de pontuação | 17 |
| 12. Denotação e conotação | 18 |
| 13. Uso e sentido das figuras de palavra e de pensamento | 18 |

LEITURA, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

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...*

Tipos 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 determinados 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.

HOMONÍMIA, SINONÍMIA, ANTONÍMIA E PARONÍMIA

Este é um estudo da **semântica**, que pretende classificar os sentidos das palavras, as suas relações de sentido entre si. Conheça as principais relações e suas características:

Sinonímia e antonímia

As palavras **sinônimas** são aquelas que apresentam significado semelhante, estabelecendo relação de proximidade. **Ex:** *inteligente* <—> *esperto*

Já as palavras **antônimas** são aquelas que apresentam significados opostos, estabelecendo uma relação de contrariedade. **Ex:** *forte* <—> *fraco*

Parônimos e homônimos

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

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

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

As palavras **homófonas** são aquelas que possuem a mesma pronúncia, mas com escrita e significado diferentes. **Ex:** *cem* (numeral) X *sem* (falta); *conserto* (arrumar) X *concerto* (musical).

As palavras **homógrafas** são aquelas que possuem escrita igual, porém som e significado diferentes. **Ex:** *colher* (talher) X *colher* (verbo); *acerto* (substantivo) X *acerto* (verbo).

Polissemia e monosssemia

As palavras **polissêmicas** são aquelas que podem apresentar mais de um significado, a depender do contexto em que ocorre a frase. **Ex:** *cabeça* (parte do corpo humano; líder de um grupo).

Já as palavras **monossêmicas** são aquelas apresentam apenas um significado. **Ex:** *enedôgono* (polígono de nove ângulos).

Denotação e conotação

Palavras com **sentido denotativo** são aquelas que apresentam um sentido objetivo e literal. **Ex:** *Está fazendo frio.* / *Pé da mulher.*

Palavras com **sentido conotativo** são aquelas que apresentam um sentido simbólico, figurado. **Ex:** *Você me olha com frieza.* / *Pé da cadeira.*

Hiperonímia e hiponímia

Esta classificação diz respeito às relações hierárquicas de significado entre as palavras.

Desse modo, um **hiperônimo** é a palavra superior, isto é, que tem um sentido mais abrangente. **Ex:** *Fruta é hiperônimo de limão.*

Já o **hipônimo** é a palavra que tem o sentido mais restrito, portanto, inferior, de modo que o hiperônimo engloba o hipônimo. **Ex:** *Limão é hipônimo de fruta.*

Formas variantes

São as palavras que permitem mais de uma grafia correta, sem que ocorra mudança no significado. **Ex:** *loiro – louro / enfarte – infarto / gatinhar – engatinhar.*

Arcaísmo

São palavras antigas, que perderam o uso frequente ao longo do tempo, sendo substituídas por outras mais modernas, mas que ainda podem ser utilizadas. No entanto, ainda podem ser bastante encontradas em livros antigos, principalmente. **Ex:** *botica* <—> *farmácia* / *franquia* <—> *sinceridade.*

ORTOGRAFIA OFICIAL. ACENTUAÇÃO GRÁFICA. EMPREGO DE LETRAS

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: conserto (correção) X concerto (apresentação); cerrar (fechar) X serrar (cortar)

ACENTUAÇÃO GRÁFICA

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, comprometê-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, faísca, baú, país feiura, Bocaiuva, Sauipe |
| Acentua-se a 3ª pessoa do plural do presente do indicativo dos verbos “TER” e “VIR” e seus compostos | têm, obtêm, contêm, vêm |
| Não são acentuados hiatos “OO” e “EE” | leem, voo, enjoo |
| Não são acentuadas palavras homógrafas OBS: A forma verbal “PÔDE” é uma exceção | pelo, pera, para |

EMPREGO DO HÍFEN

Prezado Candidato, o tópico acima supracitado será abordado no conteúdo de “Emprego dos Sinais de Pontuação”.

USO E FUNÇÃO DAS DIFERENTES CLASSES GRAMATICAIS: SUBSTANTIVO, ADJETIVO, ARTIGO, NUMERAL, PRONOME, ADVÉRBIO, INTERJEIÇÃO, VERBO, PREPOSIÇÃO E CONJUNÇÃO. PRONOME: CLASSIFICAÇÃO, EMPREGO, COLOCAÇÃO E FORMAS DE TRATAMENTO. ADVÉRBIO, PREPOSIÇÃO E CONJUNÇÃO: EMPREGO E VALOR SEMÂNTICO. FLEXÃO VERBAL: EMPREGO E VALOR SEMÂNTICO DE TEMPOS, MODOS E VOZES VERBAIS, CORRELAÇÃO ENTRE TEMPOS VERBAIS. ANÁLISE SINTÁTICA

Classe de palavras

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

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

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

CONHECIMENTOS GERAIS E LOCAIS

| | |
|---|----|
| 1. Assuntos de interesse geral veiculados pela imprensa audiovisual e pela imprensa escrita. | 01 |
| 2. Aspectos históricos, geográficos, econômicos e políticos em nível de Mundo, Brasil, Estado do Rio de Janeiro e Município de Paraíba do Sul/RJ. | 51 |

**ASSUNTOS DE INTERESSE GERAL VEICULADOS PELA
IMPRESA AUDIOVISUAL E PELA IMPRESA ESCRITA**

BRASIL

Novas metas de Salles para o Acordo de Paris liberam mais emissões no Brasil, aponta Observatório do Clima

A nova meta climática apresentada pelo Brasil ao Acordo de Paris na terça-feira (08/12/2020) permitirá ao país chegar a 2030 emitindo 400 milhões de toneladas de gases do efeito estufa a mais do que o previsto na meta original, de acordo com uma análise do Observatório do Clima, rede de 56 organizações da sociedade civil.

A meta, agora atualizada pelo Ministério do Meio Ambiente, foi definida em dezembro de 2015, quando o Acordo de Paris reuniu países que aceitaram se comprometer com o esforço de limitar o aquecimento global a 1,5°C. Cinco anos depois, o Brasil cumpre a entrega da renovação das metas por ele mesmo estipuladas, mas especialistas fazem alertas.

Segundo o secretário-executivo do Observatório do Clima, Marcio Astrini, o ministério manteve na meta o mesmo percentual de redução definido cinco anos atrás: reduzir em 43% as emissões até 2030. Entretanto, não considerou que a base de cálculo utilizada mudou e ficou ainda maior.

“A meta de redução de 2015 era baseada no Segundo Inventário de Emissões de Gases de Efeito Estufa. Já a meta atual tem como base o Terceiro Inventário, que atualizou o valor absoluto dos gases emitidos em 2005 de 2,1 bilhões de toneladas para 2,8 bilhões de toneladas de gases emitidos” - Marcio Astrini, secretário-executivo do Observatório do Clima.

A meta climática do Brasil no Acordo de Paris utiliza como referência o valor total de gases emitidos no ano de 2005. De acordo com Tasso Azevedo, coordenador do MapBiomass e especialista do Observatório do Clima, tal valor é calculado pelo relatório chamado “Inventário de Emissões de Gases de Efeito Estufa”, que é editado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. O documento revisa periodicamente o valor absoluto de emissões de gases usado no cálculo.

“O Inventário de Emissões de Gases de Efeito Estufa de 2005 costuma ser revisado a cada 4 anos, quando é publicado um novo inventário”, explica Azevedo.

Com a revisão mais recente, o valor absoluto de gases emitidos em 2005 foi ajustado de 2,1 bilhões de toneladas para mais de 2,8 bilhões de toneladas.

Na prática, se em 2015 a meta de redução dos 43% significava emitir 1,2 bilhões de toneladas de gases até 2030, a nova meta apresentada pelo ministro do Meio Ambiente, Ricardo Salles, com a mesma taxa de redução, permitirá agora o Brasil emitir 1,6 bilhões de toneladas no mesmo período.

“Sem o reajuste na base de cálculo, a nova meta da proposta climática está cerca de 400 milhões de toneladas de carbono maior do que era em 2015” - Marcio Astrini, Observatório do Clima

Por isso, segundo os especialistas, para apenas manter a meta climática já assumida anteriormente pelo Brasil no Acordo de Paris, o ministro do Meio Ambiente deveria ter se comprometido a diminuir 57% das emissões até 2030, e não apenas 43%.

“Uma coisa é diminuirmos 43% de um valor x, outra coisa é cortarmos a mesma porcentagem de um valor y. O número final será diferente”, afirma Astrini.

Renovação após 5 anos

Neste mês, quando o Acordo de Paris completa cinco anos, todos os países signatários estão apresentando novas versões dos compromissos já assumidos em 2015.

Além da meta que estipula um percentual de redução nas emissões até 2030, o Brasil ainda tem outra intermediária: a de chegar em 2025 com redução de 37% em relação aos níveis de 2005.

Para atingir tanto a meta de 2030 quanto a de 2025, o governo anunciou compromissos como o de zerar o desmatamento ilegal até 2030, reflorestar 12 milhões de hectares e assegurar 45% de fontes renováveis na matriz energética nacional, mas não informou um plano detalhado de como executará tais ambições.

Em nota publicada nesta quarta-feira (9), o Ministério das Relações Exteriores afirmou que a Contribuição Nacionalmente Determinada (NDC, em inglês), nome técnico para as metas do Brasil no Acordo de Paris, é uma das mais ambiciosas do mundo.

“A NDC brasileira é uma das mais ambiciosas do mundo em razão de quatro características principais. Primeiro, por se referir a emissões absolutas, e não fatores relativos como intensidade de carbono ou tendências históricas de crescimento, como a maioria das NDCs de países em desenvolvimento. Segundo, por se referir a toda a economia, e não a setores específicos. Terceiro, pela magnitude das metas (37% e 43%), que supera inclusive a de muitos países desenvolvidos. Quarto, por incluir uma meta intermediária para 2025, obrigando a trajetória de reduções em toda a década e não apenas em 2030”, afirmou o Ministério das Relações Exteriores.

‘Imoral e insuficiente’

Outra ambição apresentada por Salles na terça foi a de neutralizar as emissões de gases causadores do efeito estufa até 2060. Esta não é uma meta, mas um indicativo feito pelo governo brasileiro.

O Observatório do Clima destacou que a ambição é dez anos mais longa que a meta da maioria dos países do Acordo, que devem zerar o saldo de emissões de gás carbônico em 2050. Além disso, a entidade lembrou que somente a China apresentou meta igual à brasileira.

“A NDC [meta] anunciada é insuficiente e imoral. A redução de 43% nas emissões em 2030 não está em linha com nenhuma das metas do Acordo de Paris de limitar o aquecimento global a menos de 2º C ou a 1,5º C. Ela nos levaria a um mundo cerca de 3º C mais quente se todos os países tivessem a mesma ambição” - Observatório do Clima, nota em 8/12.

No mesmo documento, a entidade classificou como chantagem a afirmação do ministro do Meio Ambiente, Ricardo Salles, de que o prazo para alcançar a neutralidade de carbono nos próximos 40 anos poderá ser antecipado caso os países desenvolvidos transfiram US\$ 10 bilhões anuais para projetos brasileiros a partir de 2021.

Esta não é a primeira vez que Salles fala em pedir US\$ 10 bilhões anuais aos países ricos para investir em ações de conservação no Brasil. Ainda em 2019, nas reuniões preparativas para a Conferência Internacional do Clima (COP 25) em Madri, o ministro citou a cifra – que corresponderia a 10% do total previsto no Acordo de Paris de repasses de países desenvolvidos para países subdesenvolvidos.

Apesar dessas declarações, mesmo o dinheiro que o Brasil já recebe de países europeus está paralisado. O Fundo Amazônia, um dos principais instrumentos para essas remessas, está interdito há mais de um ano.

Além da meta de redução de emissões, o Observatório do Clima também propõe que o Brasil adote uma série de políticas públicas que facilitam o cumprimento do compromisso, entre elas:

- Eliminar o desmatamento em todos os seus biomas até 2030;
- Restaurar 14 milhões de hectares em áreas de reserva legal e áreas de preservação permanente entre 2021 e 2030;
- Restaurar e recuperar 27 mil hectares em áreas de apicuns e manguezais entre 2021 e 2030;
- Recuperar 23 milhões de hectares de pastagens degradadas entre 2021 e 2030;

- Aumentar em 2 milhões de hectares a área de florestas plantadas no período entre 2021 e 2030;
- Ampliar a pelo menos 20% a mistura de biodiesel no diesel de petróleo (B20) até 2030;
- Eliminar os subsídios a combustíveis fósseis até 2030;
- Eliminar a entrada em circulação de novos veículos de transporte urbano de passageiros movidos por motor a diesel até 2030;
- Recuperar ou queimar pelo menos 50% de todo o biogás gerado nos aterros sanitários;
- Erradicar todos os lixões do país até 2024.

Principais pontos do acordo do Acordo de Paris

O Acordo de Paris foi assinado em 2015, durante a Conferência das Nações Unidas sobre as Mudanças Climática. O texto fala em manter a temperatura do planeta com uma elevação “muito abaixo de 2°C” mas “perseguindo esforços para limitar o aumento de temperatura a 1,5°C”.

São os principais pontos do Acordo de Paris:

- Países devem trabalhar para que aquecimento fique muito abaixo de 2°C, buscando limitá-lo a 1,5°C;
- Países ricos devem garantir financiamento de US\$ 100 bilhões por ano;
- Não há menção à porcentagem de corte de emissão de gases-estufa necessária;
- Texto não determina quando emissões precisam parar de subir;
- Acordo deve ser revisto a cada 5 anos.

(Fonte: <https://g1.globo.com/natureza/noticia/2020/12/10/novas-metas-de-salles-para-o-acordo-de-paris-liberam-mais-emissoes-no-brasil-afirma-observatorio-do-clima.ghtml>)

Superfungo encontrado no Brasil mata 39% dos contaminados

O superfungo *Candida auris* que acendeu o alerta vermelho da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) tem uma taxa de mortalidade alta. Segundo um estudo publicado na BMC Infectious Diseases, 39% dos contaminados acabam perdendo a vida.

Ainda de acordo com o artigo, há ao menos 4,7 mil casos de infecção pela *Candida auris* já registrados em 33 países, como Espanha, Venezuela, Índia, Paquistão e Estados Unidos.

Por ser um fungo letal e que se espalha facilmente, principalmente em ambientes hospitalares, o surgimento de novos casos preocupa autoridades em todo o mundo.

No Brasil, o microrganismo foi identificado na última sexta-feira, 4, no cateter de um paciente internado com covid-19 na UTI de um hospital privado de Salvador, na Bahia.

Foram realizadas duas contraprovas, sendo uma no Laboratório Central de Saúde Pública da Bahia (Lacen-BA) e outra na Universidade de São Paulo, que é a referência nacional do Ministério da Saúde, testando positivo em todas as ocasiões.

Desde 2017, laboratórios brasileiros de referência analisam amostras suspeitas que são encaminhadas pelos estados, mas nunca antes houve o registro de nenhum caso de infecção por *C. auris*.

Alerta e prevenção

A Anvisa chegou a emitir um alerta na última terça-feira, 8, afirmando que o *Candida auris* é um fungo que representa grave ameaça à saúde global e que algumas cepas dele são resistentes a todas as principais classes de fármacos antifúngicos.

Junto com o alerta, a Agência publicou o Comunicado de Risco, contendo orientações para a vigilância laboratorial, encaminhamento de isolados para laboratórios de referência e medidas de prevenção e controle de infecções pela *C. auris*.

A força-tarefa nacional foi organizada para acompanhar o caso e prevenir a disseminação do microrganismo no país. As autoridades de saúde também investigam se o caso de Salvador é isolado ou se o fungo já se espalhou.

(Fonte: <https://catracalivre.com.br/saude-bem-estar/superfungo-encontrado-no-brasil-mata-39-dos-contaminados/>)

Com aglomerações diárias, Brás detém a 2ª maior taxa de mortes por Covid-19 em SP

Tradicional região do comércio popular na capital paulista, o Brás (Região Central) possui uma taxa de 267 mortes por Covid-19 por 100 mil habitantes, a segunda mais alta da cidade de São Paulo, atrás apenas do Belém, distrito vizinho ao Brás, na Zona Leste (271 mortes para cada grupo de 100 mil pessoas).

É o que aponta um levantamento feito pela GloboNews e pelo G1 com base em dados do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM), da Secretaria Municipal da Saúde.

Dada a proximidade do Natal, o Brás, por concentrar lojas que comercializam uma série de produtos no varejo e no atacado, como roupas, por exemplo, tem registrado aglomerações praticamente diárias, nas primeiras horas da manhã.

De acordo com os números do PRO-AIM atualizados até o dia 3 deste mês, o Brás registrou desde o início da pandemia 78 mortes confirmadas ou suspeitas decorrentes do novo coronavírus. Vivem no distrito 29.265 pessoas, segundo o censo mais recente do IBGE.

O Belém, com a mais taxa de óbitos pela Covid-19 em toda a capital paulista, contabilizou um total 122 mortes ante uma população estimada em 45.057 pessoas. O ranking das cinco maiores taxas de mortes pelo novo coronavírus é o seguinte:

Maiores taxas de mortes por Covid-19 em SP

Óbitos confirmados ou suspeitos por 100 mil habitantes

- Belém (Zona Leste) – 271
- Brás (Centro) – 267
- Água Rasa (Zona Leste) – 265
- Freguesia do Ó (Zona Norte) – 252
- Moóca (Zona Leste) – 250

Fonte: PRO-AIM/Secretaria Municipal da Saúde e IBGE

A prefeitura disse por meio de nota que “fortaleceu todos os seus Equipamentos e ações com foco na prevenção, diagnóstico, atendimento, garantia de leitos e internações em função da Covid-19 em todos os 96 distritos administrativos da cidade, focando com especial atenção as áreas mais vulneráveis”. Afirmou ainda que a Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, a que pertencem os distritos de Belém, Brás, Água Rasa e Moóca, “contempla 217 serviços de Saúde municipais”.

Dos cinco distritos com as taxas mais altas na cidade, três ficam na Zona Leste e se localizam próximos uns dos outros. Além deles, e do Brás, figura no ranking a Freguesia do Ó, na Zona Norte.

Na avaliação do epidemiologista Paulo Lotufo, professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), as aglomerações frequentes na região do Brás são um motivo de preocupação em relação à propagação ainda mais intensa do novo coronavírus.

“O Brás é um local onde você tem o metrô, o trem, você tem muita saída [pontos] de ônibus e é o local de comércio intenso, então, o que nós estamos observando que o fator determinante para casos e para óbitos tem sido muito mais o deslocamento do que, de fato, o local de moradia, a qualidade da moradia. As pessoas que estão se movimentando mais estão contaminando mais as outras”, explica o especialista.

Outro aspecto preocupante relacionado às aglomerações no Brás, diz Lotufo, é a possibilidade de um contágio naquela região acabar tendo como efeito a contaminação de pessoas até fora do estado, dado o fato de as lojas do Brás serem frequentadas por consumidores de praticamente todo o Brasil.

“Brás, Pari, a região do Bom Retiro, são centros nacionais de comércio. O que preocupa é que são pessoas que estão vindo de outros estados e trazem o contágio para cá e pessoas que estão vindo para cá sem estarem contaminadas e acabam ficando contaminadas e levam [o vírus] para os seus estados. O famoso ônibus da madrugada, que chega de vários lugares, com certeza, é um problema seríssimo”, diz ele.

De acordo com os dados do PRO-AIM, da Secretaria Municipal da Saúde, a cidade de São Paulo possui uma taxa de 190 mortes por Covid-19 por 100 mil habitantes. Há na cidade de São Paulo 45 distritos com taxas acima desse patamar e 51 com índices inferiores à média de toda a capital paulista.

Aceleração

Após um longo período de estabilidade e queda, a cidade de São Paulo voltou a registrar alta de mortes por coronavírus. Nos últimos sete dias, houve aumento de mais de 30%.

Nesta quinta-feira (10/12/2020), a capital chegou a 14.868 óbitos pela Covid-19 desde o início da pandemia, segundo dados da Fundação Seade do governo estadual. A média móvel diária de mortes na capital, que leva em consideração os registros dos últimos 7 dias, é de 38 nesta quinta (10). O valor é 31% maior do que o registrado há 14 dias, o que para especialistas indica tendência de alta.

As ruas do Brás, no Centro de São Paulo, registram lotação e congestionamento na manhã desta quarta-feira (9). Vendedores ambulantes ocupam as calçadas das vias para conseguir comercializar os mercadores.

A menos de 20 dias do Natal, milhares de pessoas se aglomeravam pelas vias do bairro. Além das filas na porta dos comércios, era possível ver pessoas circulando no local sem máscara ou fazendo uso incorreto dela.

Por conta da proximidade das festas de final de ano, o número de pessoas circulando na região é cada dia mais intenso. O local recebe excursões de lojistas de fora do estado, que chegam de ônibus todas as manhãs no bairro.

Paraisópolis, 2ª menor taxa de óbitos da cidade

Motivo de grande preocupação entre especialistas no início da pandemia, dada a maior dificuldade para muitos moradores fazerem o isolamento social, Vila Andrade, onde fica a favela Paraisópolis, na Zona Sul, possui a segunda menor taxa de mortes por 100 mil habitantes da cidade (108), atrás apenas de Anhanguera, na Zona Norte, dona do melhor índice de toda a cidade (109 mortes por 100 mil pessoas).

Figuram ainda no ranking das cinco menores taxas de mortes por Covid-19 o Grajaú, na Zona Sul (128 mortes por 100 mil habitantes), Parque São Rafael, na Zona Leste, e Pedreira, na Zona Sul.

Menores taxas de mortes por Covid-19 em SP

Óbitos confirmados ou suspeitos por 100 mil habitantes

- Anhanguera (Zona Norte) – 109

- Vila Andrade (Zona Sul) – 118

- Grajaú (Zona Leste) – 128

- São Rafael (Zona Norte) – 131

- Pedreira (Zona Leste) – 134

Fonte: PRO-AIM/Secretaria Municipal da Saúde e IBGE

De acordo com o epidemiologista Paulo Lotufo, o que houve em Paraisópolis “um trabalho de saúde pública efetivo e houve um sistema de defesa da comunidade. Grajaú também está um pouco nisso, houve uma atuação da saúde pública em conter isso e também uma mobilidade um pouco menor do que existiu em outros locais”.

O que diz a Prefeitura de SP

Procurada, a Secretaria Municipal da Saúde enviou o seguinte posicionamento à reportagem:

“A Prefeitura de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), informa que, desde o início da pandemia, fortaleceu todos os seus Equipamentos e ações com foco na prevenção, diagnóstico, atendimento, garantia de leitos e internações em função da Covid-19 em todos os 96 distritos administrativos da cidade, focando com especial atenção as áreas mais vulneráveis.

A Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, a que pertencem os distritos do Belém, Brás, Água Rasa, Mooca, Carrão, Vila Prudente, Artur Alvim e Vila Formosa, informa que a região contempla 217 serviços de Saúde municipais. São 15 serviços pré-hospitalares, 10 hospitais, 73 Unidades Básicas de Saúde, 22 AMA-UBSs Integradas e 3 AMAS, entre outros serviços ofertados à população.

O início da realização do Inquérito Sorológico evidenciou o perfil da população mais atingida pelo novo Coronavírus. Após a realização de 8 fases da pesquisa (0 + 7), em especial com relação aos dados referentes à adesão ao isolamento social e às medidas preventivas (como a utilização das máscaras), notou-se um aumento da população que confirmou não estar se protegendo. Ainda com relação aos resultados obtidos na pesquisa, evidenciou-se uma menor adesão entre os jovens, que se contaminam e acabam por contaminar demais membros da família.

A última fase da pesquisa, a Fase 7, foi feita em 5.704 domicílios da cidade de São Paulo e realizou 2.016 coletas de sangue. Entre as pessoas que testaram positivo, 35,3% eram assintomáticas. Os índices de prevalência permaneceram maiores em cidadãos de até 49 anos de idade, especialmente na faixa de 35 a 49 anos (19,2%). O total de contaminados durante as fases do inquérito variou da seguinte forma nas regiões do município: de 10,7% a 19,9 % na Coordenadoria Regional de Saúde Sul; de 10% a 19,6% na Leste; de 7,9% a 13,8% na Norte; de 8,4% a 11,9% no Sudeste e de 3,7% a 10,3% na Oeste.

Os índices de prevalência também seguem de 2 a 6 vezes maiores em pessoas das classes D e E, em comparação às classes A e B. No levantamento por raça e cor, os pretos e pardos seguem com um maior índice de prevalência da infecção em comparação aos brancos - chegando ao dobro de incidência nas fases 4 e 7.

Em todas as fases do estudo, os residentes em domicílios com um ou dois moradores se infectaram muito menos do que as outras faixas de moradores.

Vale destacar que a Pasta tem fortalecido as ações de monitoramento na capital, e a Atenção Básica, enquanto ordenadora do cuidado, destaca-se em seu papel no monitoramento e cuidado da população de seu território. Com relação à Covid-19, a Unidade Básica de Saúde (UBS) destaca-se nas ações de promoção e prevenção, monitoramento e acompanhamento dos casos sintomáticos leves e encaminhamento de casos para os hospitais de referência.

Este trabalho é desenvolvido pelas equipes de Saúde, e entre o dia 24 de abril até 27 de novembro, foram monitorados 815.332 pacientes entre pessoas com sintomas leves e moderados diagnosticadas com a Covid-19 e 595.056 receberam alta. Outros 170.903 seguem em monitoramento.

A atuação consiste no monitoramento telefônico diário dos casos, por um período de 14 dias. Se não há contato, as equipes realizam visitas domiciliares.

Além disso, citamos as ações comunitárias, de grande importância para as medidas preventivas e de atendimento oportuno à Covid-19. Foram 3 milhões de pessoas abordadas em 24,5 mil ações em comunidades, até o dia 30 de novembro.

Sobre o inquérito sorológico - Com o objetivo de identificar o grau de contágio da população e conhecer a real letalidade da Covid-19 e, assim, nortear a atuação da Saúde Pública no enfrentamento da pandemia pelo novo Coronavírus, a Secretaria da Saúde realizou um estudo analítico no município com oito fases, em municípios a partir de 18 anos”.

(Fonte: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/12/11/com-aglomeracoes-diaras-bras-detem-a-2a-maior-taxa-de-mortes-por-covid-19-em-sp.ghtml>)

Governo de SP diz que contágio por Covid é maior em dezembro do que no 1º pico: troque ‘boas festas’ por ‘fique em casa’

O governo de São Paulo disse nesta quinta-feira (10/12/2020) que a chance de contágio por Covid-19 está maior em dezembro do que no primeiro pico da pandemia, em julho.

“Do ponto de vista médico, cada um de nós tem observado um número crescente de pessoas com Covid ao seu redor. Então, a chance de contágio é muito maior do que quando teve o primeiro pico”, disse José Medina, coordenador do centro de contingência da Covid-19.

“Então isso requer um cuidado muito grande no mês de dezembro. Primeiro nós temos que retomar a questão do fique em casa e aquela saudação que nós fazemos normalmente “boas festas”, nós temos que abolir, nós temos que trocar ‘boas festas’ por ‘fique em casa’. Temos que utilizar aquele feliz natal, feliz ano novo como nós utilizávamos no passado, sem muita festa, sem troca de presente e sem aglomeração de pessoas”, disse o coordenador do centro de contingência da Covid-19.

Ainda, de acordo com Medina, a média de novos casos da doença cresceu de 20 para 40 mil casos entre novembro e dezembro no Brasil, e que levou três meses para acontecer o mesmo aumento no primeiro pico da pandemia.

“Se nós observarmos a curva de crescimento no número de casos no Brasil para chegar de 20 a 40 mil, dobrar o número de casos no Brasil, isso demorou quase três meses, nesse segundo pico que começou a acontecer em novembro até dezembro demorou um mês para chegar de 20 a 40 mil casos”, disse Medina.

No dia 1º de novembro a média móvel de novos casos registrados no Brasil nos últimos 7 dias era de 21.579, por dia. No dia 9 de dezembro a média móvel de novos casos nos últimos 7 dias subiu para 41.926.

Medina diz que o crescimento ocorreu em 3 meses, mas dados coletados pelo G1 mostram que o crescimento no pico ocorreu em menos de 2 meses, ou seja, mais rápido do que o coordenador disse, mas mais demorado do que o contágio agora em dezembro.

A maior média móvel de casos registrada até o momento foi de 46.393 no dia 27 de julho. O dado leva em consideração os registros dos últimos 7 dias e minimiza as diferenças das notificações.

O coordenador do Centro de contingência da Covid-19 atribuiu o crescimento mais rápido no último mês a um maior número de infectantes.

“Então, o crescimento desse segundo pico é muito mais acentuado porque a base de infectantes é muito maior. Todos nós lembramos que no começo tenha uma região que tinha um determinado número de casos, enquanto outros estados, outras regiões do estado de São Paulo não tinha nem um caso. Hoje, todas as cidades brasileiras tem pelo menos um paciente, tem muito mais do que um paciente que tá contagiado e que é um paciente infectante”, disse.

O secretário estadual da Saúde, Jean Gorinchteyn, disse que o aumento da média móvel de mortes, de internações e de casos no Brasil mostra que “infelizmente nós ainda estamos vivenciando uma pandemia”.

“O Brasil contabiliza hoje 6 milhões 728 mil 452 casos, já com 178 mil 995 casos, mostrando que infelizmente nós ainda estamos vivenciando uma pandemia e uma pandemia que tem mostrado nos últimos dias, nas últimas 3 semanas um aumento da média móvel de mortes, de internações e de casos. Portanto não só nós não estamos no final da pandemia, mas temos que estar vigilantes com a velocidade da instalação de novos casos e mortes e internações”, disse Gorinchteyn.

O governador de São Paulo, João Doria (PSDB), se disse preocupado com a situação e anunciou que uma nova coletiva de imprensa foi agendada para sexta-feira (11) para tratar sobre aumento no número de casos e mortes por Covid-19 no estado.

“Estamos sim preocupados, quero antecipar que há uma preocupação do governo do estado de São Paulo em relação ao país, mas há obviamente a nossa responsabilidade em São Paulo em relação ao aumento de infecções, de ocupação dos leitos de UTI e também de óbitos. Tudo isso será apresentado amanhã como operacionalizar”, disse.

Festas de fim de ano

A menos de 20 dias do Natal, milhares de pessoas se aglomeravam pelas vias do Brás, no Centro de São Paulo, na quarta-feira (9). Além das filas na porta dos comércios, era possível ver pessoas circulando no local sem máscara ou fazendo uso incorreto dela. Vendedores ambulantes ocupam as calçadas das vias para conseguir comercializar as mercadorias.

Doria também pediu a ajuda de comerciantes e empreendedores para que aglomerações sejam evitadas e que as pessoas não se esqueçam da importância do uso da máscara e do álcool gel.

“Sobretudo quero aproveitar a oportunidade aqui para pedir a solidariedade das pessoas, das famílias, pais, mães, avós, também os que são empreendedores, empresários, por favor nos ajudem, nos ajudem a salvar vidas, não promovam aglomerações, estimulem o uso de máscaras, a máscara é obrigatória no estado de São Paulo em qualquer situação”, disse Doria.

O coordenador do Centro de Contingência da Covid-19, José Medina disse também que as pessoas podem visitar seus parentes durante esse período, mas que não esqueçam do protocolo que inclui o uso de máscara, álcool gel e o distanciamento social.

“Isso não significa que nós não podemos visitar nossos avós, nossos pais durante esse período. Desde que seja feito essa visita com determinado protocolo, como o comércio em geral segue: utilize máscara, mantenha o distanciamento e um tempo de exposição curto que faz com que a chance e contágio seja menor”, disse.

(Fonte: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/12/10/governo-de-sp-diz-que-contagio-por-covid-e-maior-em-dezembro-do-que-no-1o-pico-troque-boas-festas-por-fique-em-casa.ghtml>)

Cantor Ubirany, do grupo Fundo de Quintal, morre de Covid-19 no Rio

O cantor Ubirany Félix Do Nascimento, do grupo Fundo de Quintal, morreu de Covid-19 nesta sexta-feira (11/12/2020) em um hospital do Rio de Janeiro.

Ele tinha 80 anos e estava internado havia mais de uma semana na Casa São Bernardo, na Barra da Tijuca, na Zona Oeste da cidade. O sambista chegou a ter uma breve melhora no quadro clínico, mas não resistiu.

LEGISLAÇÃO DO SUS

| | |
|--|----|
| 1. Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios, Diretrizes e Regulamentação..... | 01 |
| 2. Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 - Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diretrizes para a gestão do SUS: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação e Controle Social; Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; | 08 |
| 3. Participação e Controle Social; | 43 |
| 4. Níveis de atenção à saúde; | 46 |
| 5. Promoção de Saúde; | 47 |
| 6. Vigilância em Saúde..... | 59 |
| 7. Constituição Federal de 1988 e suas alterações (Seção II Da Saúde) | 64 |
| 8. Lei Federal Nº 8.080 de 19/09/90; Lei Federal nº 8.142 de 28/12/90. | 66 |
| 9. Política Nacional de Atenção Básica: Fundamentos; Das responsabilidades; Do processo de trabalho das equipes de atenção básica; Das especificidades da Estratégia da Saúde da Família; Do processo de trabalho das Equipes da Saúde da Família; Da avaliação da qualidade do trabalho das equipes de saúde da família. | 74 |

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E REGULAMENTAÇÃO

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, Into 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 Macrossanitária

O gestor municipal, para assegurar o direito à saúde de seus municípios, 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 Microssanitária

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 contrarreferenciado, 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, consequências 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 ambulatorios 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 responsável pelas 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.

| | |
|---|-----|
| 1. A Saúde Pública no Brasil. História das políticas de saúde no Brasil. | 01 |
| 2. Reforma sanitária | 10 |
| 3. Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentos do SUS. Diretrizes e bases da implantação do SUS | 13 |
| 4. Regulamento técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial) | 20 |
| 5. 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. | 47 |
| 6. Política Nacional da Atenção Básica (2011 e 2017). Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. | 51 |
| 7. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças | 76 |
| 8. Modelos de Atenção à Saúde | 84 |
| 9. Constituição do Brasil (art. 196 a 200) | 93 |
| 10. Redes de Atenção à Saúde | 95 |
| 11. Atenção Primária à Saúde | 97 |
| 12. Vigilância em Saúde | 100 |
| 13. Promoção à Saúde | 105 |
| 14. Controle Social: conselhos e conferências municipais de saúde | 117 |
| 15. Estratégia de Saúde da Família | 123 |
| 16. Determinantes Sociais em Saúde | 134 |
| 17. Política Nacional de Humanização. | 135 |
| 18. Sistemas de Informação em Saúde | 140 |
| 19. Doenças de Notificação Compulsória | 144 |

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

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

As políticas públicas de saúde no Brasil têm sofrido modificações ao longo dos anos, e tais mudanças historicamente têm sido pelo menos aparentemente para adequarem-se aos contextos políticos, econômicos e sociais. Somente com a chegada da família real, em 1808, é que algumas normas sanitárias foram impostas para os portos, numa tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas que pudessem colocar em risco a integridade da saúde da realeza. Em 1822, com a Independência do Brasil, algumas políticas de saúde foram implantadas, tais políticas eram referentes ao controle dos portos e 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 sanitário visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando-se responsável pelos serviços sanitários e de profilaxia no país, respectivamente.

O Estado brasileiro teve sua primeira intervenção em 1923, com a Lei Elói Chaves, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que asseguravam aos trabalhadores e empresas assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) passando a abranger uma quantidade maior de trabalhadores(3). Conforme refere Figueiredo; Tonini (2007), ao extinguir os IAPs, em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi implantado, atendendo, também, trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e trabalhadores com carteira assinada através do Instituto Nacional de

Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Somente no final da década de 80 deixou de exigir carteira de trabalho para atendimentos em hospitais, tornando a saúde menos excludente e mais universal.

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

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

O SUS foi regulamentado em 1990, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei Nº 8.080 e a Lei Nº 8.142 onde se deu destaque para a construção de um modelo de atenção fundamentado na epi-

demologia, controle social, descentralização e regionalização com base municipal. A primeira LOS regulamenta o SUS em todo o país definindo seus princípios e diretrizes, que contemplam a universalidade, a integralidade da assistência, equidade, descentralização e a participação da comunidade. Estabelece condições para o norteamo do gerenciamento e sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde. A segunda regulamenta a participação da sociedade na formulação das políticas de saúde, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos através do Fundo Nacional de Saúde, que faria o repasse de forma regular e automática para cada esfera.

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

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

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

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

Em 2008 a Portaria do MS Nº 325\08 criou mais cinco prioridades no Pacto pela Vida passando a totalizar onze prioridades. As cinco prioridades estabelecidas foram: Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema

de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do Homem. O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades dos entes federados para o fortalecimento da gestão em seus eixos de ação.

Já em 2011 com o Decreto Nº 7.508\2011 o TCG foi substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tendo como objetivo a organização e a integração das ações e serviços de saúde, sob responsabilidade dos entes federativos com a finalidade de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde a partir da definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, desempenho, recursos financeiros. Reconhece a atenção básica como porta de entrada do sistema e como eixo principal das Redes de Atenção 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 imponência do projeto gigantescas dificuldades são encontradas em sua implementação relacionadas ao financiamento, regulação incipiente, precárias condições de trabalho falhas na descentralização. Necessitando de um fortalecimento no que se refere à regulação da assistência a saúde no país que apesar dos avanços obtidos com a descentralização explícita problemas como leitos insuficientes para atender a demanda da população que necessita de atendimentos, principalmente de média e alta complexidade, que em sua maioria estão sob o poder do setor privado complementar e filantrópico

Política Nacional de Atenção Básica

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

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

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

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

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

Apontamentos sobre a trajetória da política de Atenção Básica no Brasil

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
ENFERMEIRO II

| | |
|--|-----|
| 1. Cuidado de enfermagem ao cliente com distúrbios clínicos e cirúrgicos. | 01 |
| 2. Cuidado de enfermagem ao cliente crítico e em situações de emergência. | 17 |
| 3. Procedimentos e técnicas de enfermagem. | 63 |
| 4. Segurança e saúde no trabalho | 106 |
| 5. Enfermagem na saúde da mulher: assistência de enfermagem à mulher na saúde reprodutiva, no ciclo gravídico-puerperal e climatério, nos distúrbios ginecológicos | 111 |
| 6. Enfermagem na saúde da criança e do neonato: ações preventivas, de promoção de assistência à saúde. | 140 |
| 7. Programas nacionais de saúde: políticas e diretrizes de atenção à saúde; atuação do enfermeiro nas práticas de atenção à saúde da mulher, da criança, do adolescente, do homem e do idoso; na prevenção, no controle e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, das doenças transmissíveis, das doenças não transmissíveis e das doenças crônico-degenerativas. | 156 |
| 8. Atuação do enfermeiro no planejamento, execução e avaliação das ações relacionadas ao Programa Nacional de Imunização | 240 |
| 9. Vigilância em saúde | 252 |
| 10. Código de Ética | 252 |
| 11. Lei do Exercício Profissional de Enfermagem | 257 |
| 12. Legislação aplicada ao SUS. | 261 |

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DISTÚRBIOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS

Enfermagem em Clínica Médica

O que é a Clínica Médica?

É um setor hospitalar onde acontece o atendimento integral do indivíduo com idade superior a 12 anos que se encontra em estado crítico ou semi-crítico, que não são provenientes de tratamento cirúrgico e ainda àqueles que estão hemodinamicamente estáveis, neste setor é prestada assistência integral de enfermagem aos pacientes de média complexidade.

O papel da Enfermagem em Clínica Médica

É propiciar a recuperação dos pacientes para que alcancem o melhor estado de saúde física, mental e emocional possível, e de conservar o sentimento de bem-estar espiritual e social dos mesmos, sempre envolvendo e capacitando-os para o auto cuidado juntamente com os seus familiares, prevenindo doenças e danos, visando a recuperação dentro do menor tempo possível ou proporcionar apoio e conforto aos pacientes em processo de morrer e aos seus familiares, respeitando as suas crenças e valores. Realizar também todos os cuidados pertinentes aos profissionais de enfermagem.

Inter-relação com outras clínicas

Por ser um setor onde temos pacientes com as mais diversas doenças, este setor tem uma ligação direta com a maioria dos setores do hospital, como:

- Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Unidade de Hemodiálise;
- Banco de Sangue;
- Pronto-Socorro;
- Entre outros.

EMERGÊNCIAS

A urgência é caracterizada como um evento grave, que deve ser resolvido urgentemente, mas que não possui um caráter imediatista, ou seja, deve haver um empenho para ser tratada e pode ser planejada para que este paciente não corra risco de morte.

A emergência é uma situação gravíssima que deve ser tratada imediatamente, caso contrário, o paciente vai morrer ou apresentará uma seqüela irreversível.

Neste contexto, a enfermagem participa de todos os processos, tanto na urgência quanto na emergência. São diversos locais onde os profissionais de enfermagem podem atuar como, por exemplo:

- Unidades de atendimento pré-hospitalar;
- Unidades de saúde 24 horas;
- Pronto socorro;
- Unidades de terapia intensiva;
- Unidades de dor torácica;
- Unidade de terapia intensiva neo natal
- E até mesmo em unidades de internação.

Os profissionais de enfermagem devem estar atentos e preparados para atuarem em situações de urgência e emergência, pois a capacitação profissional, a dedicação e o conhecimento teórico e prático, irão fazer a diferença no momento crucial do atendimento ao paciente.

Muitas vezes estas habilidades não são treinadas e quando ocorre a situação de emergência, o que vemos são profissionais correndo de um lado para outro sem objetividade, com dificuldades para atender o paciente e ainda com medo de aproximar-se da situação.

Por outro lado, quando temos uma equipe treinada, capacitada e motivada, o atendimento é realizado muito mais rapidez e eficiência, podendo na maioria das vezes, salvar muitas vidas.

A enfermagem trabalha diariamente com pacientes em risco de morte e que dependem deste cuidado para que mantenham suas vidas. As ações da equipe de enfermagem visam sempre à assistência ao paciente da melhor forma possível, expressando assim, a qualidade e a importância da nossa profissão.

Estudar, capacitar, praticar são ações essenciais para o desenvolvimento profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, portanto estar preocupado com as ações desenvolvidas no dia a dia de trabalho é fundamental.

PEDIATRIA

A atenção a saúde dos indivíduos e populações, ao longo da história dos homens, vem sendo desenvolvida de muitas formas e nem sempre foi espaço exclusivo de atuação profissional e nem envolveu uma única abordagem diagnóstico-terapêutica.

Alguns trabalhos de saúde surgem quando o sistema industrial se instala e se desenvolve a ponto de exigir trabalhadores mais habilitados. Neste período, os sistemas de assistência à saúde ampliam seus objetivos de modo a dar conta de uma necessidade social que desponta, ou seja, a de preservar a mão de obra treinada para os postos de trabalho então existentes.

Nesta mesma época, dentre os trabalhadores estavam as crianças, que se tornavam preocupação quando estavam doentes, pelo mesmo motivo dos adultos, ou seja, diminuição da produtividade e capacidade de trabalho. A mortalidade infantil era considerada alta e as crianças morriam de doenças como sarampo, varicela, febre amarela, difteria, coqueluche, doenças nutricionais e também por acidentes.

Não existia ainda uma preocupação com a vivência da infância, na verdade a criança era vista como um adulto pequeno, que trabalhava cedo, estudava pouco e adoecia mais, simplesmente por não haver preocupação social e política com a saúde e bem-estar durante o período infantil.

Segundo Vaz (1996) a saúde é um universo concreto como produto das relações do ser humano, sua expressão pode ser vista nas formas biológicas do indivíduo e nas estruturas das ações coletivas. As ações situam-se exteriormente ao mundo e constituem-se em expressão e condição de desenvolvimento das formas biológicas frente à individualidade do sujeito como ser social.

No preceito de exterioridade ao mundo como forma de visualizar a saúde dos indivíduos, um questionamento maior é feito em relação ao trabalho em saúde com a criança: já que no adulto a expressão pode ser ouvida pelos sinais e sintomas do paciente, controlada por sua própria capacidade de dependência enquanto sujeito sadio, nesta perspectiva, como visualizar a expressão de saúde nas crianças?

Traduz-se aí a reflexão de tamanha importância da atuação da enfermagem em pediatria, assim como a atuação de outros profissionais nesta área, já que além dos pressupostos de saúde que se trabalha diariamente referindo-se ao tratamento com adultos, na criança a subjetividade aumenta, em razão da dependência de sobrevivência da criança e pela incapacidade temporária de manifestações concretas. Leopardi et al. (1999) afirmam que o trabalho em saúde é essencial para vida humana e que faz parte do setor de serviços, inclui-se como um trabalho da esfera não material e se completa diante de sua realização.

Diferencia-se por não possuir como resultado um produto material, sendo o produto indissociável do processo que o produz.

Nery & Vanzin (2000), caracterizam a história da enfermagem como possuidora de duas fases, Pré-Profissional e Profissional, sendo que a primeira constitui-se basicamente pelo surgimento do profissional “enfermeiro” sem formação científica, enquanto a segunda caracteriza-se pela fundação das escolas de enfermagem que permitiram embasamento científico aos profissionais.

A história da enfermagem não pode ser sintetizada sem a menção de alguns nomes que realmente difundiram as bases da enfermagem até os dias atuais, dentre eles cita-se Florence Nightingale, com início real da enfermagem na Inglaterra, e Ana Nery, considerada a primeira enfermeira do Brasil.

Na segunda metade do século XIX, na Inglaterra vitoriana, industrial, moralista e progressista, um grupo de mulheres dedicava-se a cuidar de doentes durante a Guerra da Crimeia, dentre elas destaca-se a figura de Florence Nightingale, que demonstra grande dedicação e preocupação ao cuidar dos soldados doentes.

Florence começou a assumir papel importante na sociedade pelo seu reconhecimento com a preocupação em cuidar os doentes. Passou a influenciar assuntos militares e legislativos, reformulando hospitais, elaborando políticas sanitárias internas e externas, e finalmente lançando para o mundo as bases da enfermagem como profissão.

Segundo George (1993) a enfermagem organizada começou sob a liderança de Florence Nightingale. Antes de seu tempo, o trabalho de cuidar de doentes era realizado por pessoas incapacitadas. Construíam hospitais em locais onde os pobres sofriam com mais frequência em razão do ambiente do que da doença que os levava até lá, predominavam cirurgias sem anestesia, com pouca ou nenhuma higiene.

Os preceitos de Florence acerca da enfermagem constituem o fundamento básico sobre o qual se pratica a enfermagem atualmente. O conceito central que é mais refletido nos escritos de Nightingale é a interação entre o indivíduo e o ambiente além da contribuição fundamental para a profissionalização e capacitação das “pessoas que cuidam de doentes”, ou seja, os enfermeiros.

Florence (1969) afirma que existe uma necessidade de uma preparação formal e sistemática para a aquisição de um conhecimento de natureza distinta daquele buscado pelos médicos, que os fundamentos permitam manter as condições necessárias ao organismo para não adoecer ou se recuperar de doenças. Conforme Almeida (1986), Florence introduziu treinamento aos agentes da enfermagem abordando técnicas disciplinares de enfermagem a fim de delimitar o espaço social que cada trabalhador da saúde deve ocupar na hierarquia hospitalar, em especial na hierarquia do pessoal de enfermagem; o treinamento era realizado em níveis de

complexidade, tarefas de cuidados diretos dirigidas aos elementos menos categorizados socialmente e tarefas de gerência aos elementos mais categorizados socialmente.

Com o crescimento abrupto das instituições hospitalares e desenvolvimento da ciência médica, tornou-se necessária mão de obra para desenvolver o trabalho atribuído à enfermagem, para tal começou a ser utilizado o pessoal elementar, que consistiam em indivíduos com outras funções que eram treinados no próprio local de trabalho para cumprir as exigências da demanda do mercado.

O uso funcional destas pessoas favorece a função de supervisão e gerência de enfermagem, que eram desenvolvidas basicamente pelas chamadas “enfermeiras-chefe”, pessoas de classe social elevada, enquanto as pessoas treinadas pelas enfermeiras eram consideradas auxiliares de enfermagem. Começa aí, a primeira categorização informal da enfermagem.

No Brasil, a enfermagem teve seu marco, por intermédio de Anna Justina Ferreira – Anna Nery. Viúva com 51 anos de idade, movida pelo amor, Anna Nery escreve um pedido para ser voluntária na guerra Brasil-Paraguai, em 1865; seus três filhos e dois irmãos lutavam na guerra. Tendo o pedido aceito, dedicou-se aos cuidados dos feridos, improvisando hospitais e obtendo o título de “Enfermeira – Mãe dos Brasileiros”. Nery & Vanzin (2000) descrevem que Anna Nery foi o maior vulto de enfermagem no período pré-profissional, destacando-se pela sua coragem, dedicação e amor aos feridos nos campos de batalha, durante a Guerra Brasil-Paraguai, consagrando-se a primeira enfermeira do Brasil.

A partir destes acontecimentos começam a ser fundadas as primeiras Escolas de Enfermagem no Brasil, com o objetivo de capacitar, por meio de conhecimentos científicos, os profissionais enfermeiros. A primeira escola de enfermagem do Brasil teve o nome de Anna Nery.

Conforme Pires (1998), em termos educacionais o que veio servir de referência para a formação do enfermeiro foi a criação da escola de enfermagem Anna Nery, seguindo o modelo de ensino embasado em Florence Nightingale, da Inglaterra do século XIX, seu currículo foi considerado padrão para o desenvolvimento de outras escolas.

Desde o início da enfermagem moderna já se identificou uma preocupação relacionada com a atenção da saúde das crianças, não somente centrada a elas, mas que retrata esta dedicação ao estudo como uma especificidade. Florence (1987) afirmou que todas as medidas e normas para a prevenção e conservação das condições sanitárias nas habitações eram de suma importância para que as crianças não passassem por epidemias.

No final do século XVIII e ao longo do século XIX, a ciência da pediatria começou a expandir principalmente pela cooperação de estudos na área de atenção à criança, realizados pelo médico alemão Abraham Jacobi, considerado o pai da Pediatria.

Em 1940, a enfermagem em pediatria consagrou-se como especialidade. Em 1973, no Brasil, foi criado o primeiro curso de especialização em pediatria na UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo) e a partir de 1978 e 1986 foram oferecidos cursos de mestrado e doutorado na especificidade pediátrica nesta mesma escola.

PSIQUIATRIA

O primeiro contato com a saúde mental pode ser na maioria das vezes estressante. Tudo é secundário, o principal personagem é o paciente. Para quem nunca teve nenhum contato com a área de saúde mental, a falta de procedimentos invasivos parecem sem

sentido, mas os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) configuram-se como um espaço para interações entre a equipe multiprofissional, com confluência de saberes.

A realidade é que o CAPS deve ser um local no quais profissionais treinados de diversas áreas proveem assistência diferenciada e humanizada. A comunicação mostra-se como extraordinário instrumento de alicerce das relações entre profissionais e pacientes. O interesse em manter uma equipe interdisciplinar é de garantir cuidado otimizado ao paciente.

Conhecer as pessoas que fazem parte da equipe é importante para definir papéis, responsabilidades e ganhar com esta experiência e alcançar o mesmo objetivo nas tomadas de decisões. A razão do trabalho da enfermagem nesse novo modelo é o cuidado terapêutico, vislumbrando uma assistência segura, integral e de qualidade. Espera-se que o profissional de enfermagem em saúde mental seja empático, autêntico, criativo e com capacidade de inovar nas práticas do cuidar.

O objetivo da enfermagem nos centros de atenção psicossocial deve ser a promoção de ações terapêuticas voltadas para identificar e auxiliar na recuperação do paciente em sofrimento psíquico, visando à reabilitação de suas capacidades físicas e mentais, respeitando suas limitações e os seus direitos de cidadania.

A enfermagem tem que se permitir uma nova proposta, o paciente em sofrimento psíquico apresenta-se ansioso, inseguro de seu destino, desconfortável emocionalmente e com uma vivência na maioria das vezes permeada de solidão e desamparo, acompanhado por tratamentos invasivos, agressivos e até mesmo dolorosos. O profissional deve estar aberto e disponível a essas situações novas, exigindo a criação de um novo modo de agir e pensar.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

O curso de enfermagem se ramifica em diversas especializações, uma delas é a enfermagem obstétrica, que capacita, qualifica e atualiza o enfermeiro para que ele possa prestar assistência integral à mulher nas diversas fases da sua vida, com maior foco no período da gravidez e lactência. O profissional enfermeiro obstetra é preparado para analisar criticamente a situação da paciente e investigar problemas que possam prejudicá-la ou a seu filho, sempre buscando soluções através de diversos métodos científicos.

O enfermeiro obstetra trabalha sempre em parceria com o médico especializado em Obstetrícia. Esta teve início no estudo dos conhecimentos adquiridos pelas parteiras, através de registros deixados por elas a respeito de sua prática. Um dos princípios existentes era que a parturição deveria ser um processo natural, isso fez com que, por muito tempo não existissem processos cirúrgicos ou participação de homens nos partos.

Com o avanço da medicina, nasceu a Obstetrícia e com ela a possibilidade de serem realizadas cirurgias para amenizar ou resolver problemas existentes no momento do parto, fossem eles na mãe ou na criança. As mães passaram, portanto, a serem acompanhadas por médicos durante a sua gestação, e se tornou comum a intervenção cirúrgica no trabalho de parto, com as técnicas cada vez mais evoluídas e sempre buscando melhores condições de desenvolvimento e nascimento da criança. Com esta realidade, esta profissional de enfermagem passou por várias denominações: parteira, obstetrix, enfermeira obstetra, etc. Há alguns especialistas que defendem a substituição do termo “Enfermagem Obstétrica” por “Enfermagem Perinatal”, que é um termo mais recente.

Esta área da enfermagem é responsável pelo diagnóstico e tratamento de problemas com a parte fisiológica e psicossocial das famílias com relação à procriação. Vai desde o planejamento da gravidez até os três primeiros meses após o parto. Alguns princípios que orientam a profissão são a valorização do humano, mais que o tecnológico, o peso das decisões racionais relacionadas ao estado de gravidez da mulher e à chegada da crianças, a saúde materno-infantil, etc.

A formação do enfermeiro obstetra deve dar-lhe capacidade de ser um profissional adequado e competente, que possa dar uma assistência de qualidade à mulher, respeitando sua fisiologia, seu corpo, sua saúde mental e psicológica. O curso de enfermagem obstétrica tem o objetivo de capacitar o profissional para tal fim.

O enfermeiro obstetra é habilitado para conduzir um parto quando acontece de forma natural, examinar a gestante, verificar contrações, dilatações e demais alterações no funcionamento do organismo feminino no momento do parto, e discernir quaisquer alterações patológicas que possam requerer um atendimento médico especializado.

Com a autorização do Ministério da Saúde, portanto, o enfermeiro obstetra é habilitado para realizar qualquer parto normal sem nenhuma complicação na saúde da criança ou da mãe.

Durante o período pós-parto, é da competência do enfermeiro obstetra os cuidados necessários à mãe, cuidando para que seu organismo volte o quanto antes às condições normais. É ele quem orienta os cuidados que a mãe deve ter para com seu corpo e para com a criança recém-nascida, podendo também planejar algumas ações que proporcionem a reabilitação da mãe e o conforto da criança.

NEONATOLOGIA

Na Maternidade, o técnico de enfermagem neonatal presta assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada às pacientes, sob supervisão do enfermeiro. Auxilia na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral; realiza coletas de materiais para exames laboratoriais; realiza movimentação e transporte de pacientes de maneira segura; manipula equipamentos hospitalares; auxilia na preparação do corpo após o óbito; e auxilia em procedimentos médicos.

Presta atendimento de qualidade às pacientes e familiares com orientação à família e cuidados de higiene, alimentação e utilização de medicamentos, além de cuidados específicos com o recém-nascido.

Verifica os sinais vitais do paciente; auxilia o enfermeiro na coleta da gasometria; prepara e administra medicações segundo prescrição médica; realiza o controle de medicamentos, equipamentos e materiais sob sua responsabilidade; recepciona o recém-nascido na hora do parto e realiza os procedimentos necessários após o parto (identificação do bebê e da mãe, pesar, medir e relatar em prontuário).

Os setores onde atuam o técnico de enfermagem neonatal são: Unidade de Tratamento Intensivo ao Recém-Nascido (UTI Neonatal), Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTI Pediátrica) e Berçário.

Cuidados de enfermagem ao paciente com problemas nos sistemas orgânicos neurológico, respiratório, cardiovascular, digestório, renal, urológico, ginecológico, endócrino, hematológico, musculoesquelético e dermatológico.

Pacientes com Problemas Neurológicos

As doenças neurológicas podem ter diferentes origens: hereditária/genética ou congênita, ou seja, dependente de um distúrbio do desenvolvimento embrionário ou fetal do sistema Nervoso Central ou Periférico; adquirida ao longo dos diferentes períodos da vida, desde a fase neonatal até à velhice.

Segundo O'Sullivan e Schmitz, (2004 apud ANDRADE et al., 2010, p. 156), o "paciente com sequelas neurológicas apresenta uma série de alterações orgânicas e psíquicas em decorrência da não aceitação da doença e, conseqüente, não aceitação do seu corpo, visualizado como representante desta condição".

Os distúrbios neurológicos comumente causam lesões temporárias ou permanentes que prejudicam o indivíduo em suas funções tornando-o um dependente parcial ou total de outras pessoas. Eles podem limitar de modo significativo o desempenho funcional do indivíduo, com conseqüências negativas nas relações pessoais, familiares, sociais e, sobretudo na qualidade de vida.

Para Oliveira (2004 apud RESENDE et al., 2007 p. 165), as incapacidades funcionais podem "desestruturar as bases do indivíduo, interferir no desempenho de regras e papéis sociais, na independência e habilidade para realizar tarefas essenciais à sua vida, na capacidade afetiva e capacidade de realizar atividades profissionais".

Leva-se em consideração que a neurocirurgia também é um dos fatores que colaboram para o agravamento dessas incapacidades. Fitzsimmon et al. (2007, p. 809) afirmam que "durante o curso da doença, muitos pacientes com afecções neurológicas exigem tratamento em ambiente de cuidados críticos". Estes procedimentos neurocirúrgicos envolvem uma internação de duração curta na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A cirurgia neurológica é indicada para diversos distúrbios neurológicos. Ela é parte integrante do tratamento de pacientes neurológicos, dentre eles: tumores cerebrais, malformações arteriovenosas e aneurismas.

Para uma assistência de qualidade na Unidade de Terapia Intensiva, o enfermeiro se faz necessário, já que segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2004), existe a "obrigatoriedade de haver Enfermeiros em todas as unidades de serviços nos quais são desenvolvidas ações de Enfermagem que envolvam procedimentos de alta complexidade, comuns na assistência a pacientes críticos/potencialmente críticos".

O enfermeiro que possui conhecimento técnico-científico possui autonomia para lidar com o paciente neurológico e através desta pode tomar decisões, realizar intervenções e diagnósticos de enfermagem. Ele se vê diante de situações que requerem o mínimo de raciocínio clínico para solucionar problemáticas. Por assim dizer, o enfermeiro necessita sempre buscar aprofundar e ampliar, seus conhecimentos na sua área de atuação, sem esquecer o enfoque interdisciplinar e/ou multidimensional.

Fitzsimmon et al., (2007, p. 798) dizem que "como parte da equipe multidisciplinar, a enfermeira desempenha um papel central no cuidado ao paciente durante a doença. Ela participa no diagnóstico, tratamento e cuidado de acompanhamento do paciente".

A prevenção do aumento da PIC, ou hipertensão intracraniana, é uma função de primordial importância para a enfermagem ao cuidar de um paciente com lesão neurológica. Em primeiro lugar, é essencial que a enfermeira realize uma avaliação neurológica basal no paciente, sobre a qual possa ser analisado se houver uma piora

adicional. Em termos gerais, o aumento da PIC manifesta-se por comprometimento geral de todos os aspectos da função neurológica (HILTON, 2007, p. 775).

O nível de consciência diminui à medida que a PIC se eleva. Inicialmente, o paciente pode evidenciar inquietação, confusão e combatividade. Isso descompensa, então, os níveis inferiores de consciência, variando da letargia até a obnubilação e ao coma. As reações pupilares começam a diminuir, com pupilas lentamente reativas até chegarem a pupilas fixas e dilatadas. O exame pupilar deve ser realizado e deve incluir o tamanho e simetria (comparação do lado Direito e Esquerdo), fotorreação e simetria. A agitação, as contrações musculares, os tremores e relacionar a presença de cefaleia com variações de PA.

A função motora também declina e o paciente começará a mostrar atividade motora anormal, presença de flexão ou extensão anormal. Os achados tardios são alterações nos sinais vitais. As variações nos padrões respiratórios são evidenciadas, mais tarde como apneia total. A tríade de Cushing "descreve os três sinais tardios da herniação: aumento da Pressão Arterial Sistólica, redução da frequência cardíaca e um padrão respiratório irregular. O alargamento da pressão de pulso também está associado à herniação" (ZINK, 2007, p. 856).

Outro item a ser avaliado é a presença de convulsões, pois estas indicam início das alterações agudas no SNC. Elas devem ser observadas e acompanhadas quanto à hora de início e término, onde começaram os movimentos ou rigidez, tipo de movimento da parte comprometida.

As intervenções de Enfermagem para tratar a PIC elevada incluem a manutenção do alinhamento corporal, evitar mudar a posição lateral da cabeça de forma brusca e a flexão ostensiva do quadril, para evitar o aumento da pressão intra-abdominal. A rotação lateral da cabeça também pode causar compressão da veia jugular diminuindo ou cessando a drenagem do sangue venoso.

O enfermeiro ao cuidar do paciente neurológico deve estar sempre atento, pois o seu quadro pode alterar rapidamente e ele deve saber lidar com as intercorrências, não pode estar só atento ao monitor. O enfermeiro deve ter o cuidado com a elevação da cabeceira do paciente, com o período de troca dos cateteres, com as anotações dos parâmetros registrados (PAM, PIC, Relação P / F, entre outros) pelos equipamentos, assim como os horários e aprazamentos dos medicamentos administrados ao paciente, sem esquecer-se das coletas de sangue para gasometria e principalmente oferecer uma assistência humanizada, sem medos e receios de complicações, mas com confiança e conhecimento para enfrentar-las.

Os pacientes com lesões neurológicas podem apresentar os distúrbios do equilíbrio hidroeletrólítico por diversos motivos, como administração de diuréticos osmóticos, aumento da perda hídrica insensível e disfunção pituitária, gerando distúrbios de sódio. A enfermeira de cuidados críticos deve levar em consideração todas as variáveis quando examina o paciente. Ela deve observar e avaliar constante os níveis de oxigenação para que o paciente aumente os níveis de oxigenação sanguínea e cerebral, a perfusão para perceber se há isquemia miocárdica, a PIC, a PAM e a PPC para prevenir lesões cerebrais, monitorar os níveis de eletrólitos séricos e registrar rigorosamente a ingesta e o débito do paciente com intuito de mantê-los dentro do nível de estabilidade pré-estabelecido (ZINK, 2007, p. 865).

Pacientes com Problemas Respiratórios

Seja qual for a patologia que leve o paciente à Unidade de Terapia Intensiva, ele estará sujeito à insuficiência no sistema respiratório. Isto se comprova pelo alto índice, nas Unidades de Ter-