



SL-069MR-21
CÓD: 7908433202387

GOIATUBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIATUBA
ESTADO DE GOIÁS

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

CONCURSO PÚBLICO Nº 002/2021

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!

Conhecimentos Gerais

1. Temas relevantes de diversas áreas em evidência no mundo e no Brasil na atualidade: ciências físicas e biológicas, desenvolvimento sustentável, ecologia, energia, política, economia, sociedade, cultura, esportes, modalidades esportivas, olimpíadas, parolimpíadas, meio ambiente, tecnologia, educação, segurança, saúde, artes e literatura e suas vinculações históricas, relações internacionais e suas conexões com o contexto histórico. Epidemias	01
2. Vacinação	01
3. Migrações	04
4. Globalização	07
5. Democracia	10
6. Mundo do trabalho na atualidade	11
7. Desastres ambientais no Brasil contemporâneo	12
8. Mobilidade Urbana	35
9. Direitos Humanos	44
10. Atualidades econômicas, políticas e sociais do Estado de Goiás	46
11. História do estado de Goiás: o bandeirantismo e sociedade mineradora. Goiás nos séculos XIX e XX. Geografia de Goiás: regiões goianas. Patrimônio natural, cultural e histórico do estado de Goiás. Sítios arqueológicos em Goiás. Aspectos históricos, geográficos, econômicos e culturais do estado de Goiás	55
12. História, geografia e dados estatísticos do Município de Goiatuba (GO)	87

Língua Portuguesa

1. Leitura, compreensão e interpretação de textos	01
2. Coesão e Coerência Textual	10
3. Gêneros e Tipos textuais	10
4. Linguagem Denotativa e Conotativa	13
5. Pontuação	14
6. Acentuação Gráfica	15
7. Novo acordo ortográfico	15
8. Ocorrência da Crase	16
9. Encontros vocálicos: ditongo, tritongo e hiato. Divisão silábica. Classificação das palavras quanto ao número de sílabas. Classificação das palavras quanto à posição da sílaba tônica	17
10. Sinônimos, Antônimos, Parônimos e Homônimos	18
11. Figuras de Linguagem	18
12. Ortografia	20
13. Estrutura e Formação de palavras	20
14. Uso de substantivos, adjetivos, pronomes, preposições e conjunções. Tipos de sujeito. Tipos de predicados. Emprego de pessoas, modos e tempos verbais	21
15. Classificação das orações	25
16. Concordância nominal e verbal	28
17. Regência nominal e verbal	28
18. Colocação pronominal (próclise, ênclise e mesóclise)	29
19. Gênero, número e grau dos substantivos e adjetivos. Aposto. Vocativo	29
20. Conhecimentos de princípios normativos da língua	29
21. Transitividade verbal	29
22. Verbos regulares e irregulares	29
23. Vozes Verbais: ativa, passiva e reflexiva	29
24. Variedades linguísticas, formalidade e informalidade, formas de tratamento, propriedade lexical e adequação comunicativa	29
25. Emprego dos porquês	31

Conhecimentos sobre o SUS

1. Estrutura do Sistema Único de Saúde: Histórico, legislação fundamental e normas operacionais do sistema, princípios, estrutura administrativa e financeira, responsabilidades dos três níveis Federativos, perspectiva e desafios do sistema.	01
2. O Modelo de assistência no SUS: Níveis de assistência (primário, secundário e terciário), escopo da assistência: promoção da saúde, prevenção, terapêutica e reabilitação, estrutura em rede regionalizada e hierarquizada, responsabilidade sanitária, humanização do cuidado, características e funções da atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família, gestão da assistência e gestão da clínica, organização da rede de urgência e emergência, regulação da assistência, planejamento em saúde pública.	08
3. Pacto pela Saúde.	16
4. Política Nacional de Atenção Básica no SUS.	52
5. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.	73
6. Política Nacional de Humanização.	73
7. Epidemiologia: Epidemiologia no planejamento da assistência: Indicadores de saúde (conceitos, cálculo e interpretação).	78
8. Sistemas de informação do SUS e seu uso no planejamento.	87
9. Epidemiologia das doenças transmissíveis (cadeia causal e mecanismos de prevenção para as principais patologias transmissíveis no país).	93
10. Fundamentos de epidemiologia clínica (principais tipos de estudo e interpretação dos resultados).	96
11. Assistência suplementar. Regulação da assistência suplementar, tendências e perspectivas.	99
12. Constituição Federal 1988 (artigos 196 a 200).	101
13. Legislação: Lei nº 8.080/1990.	104
14. Decreto nº 7.508/2011.	112
15. Portarias de Consolidação do SUS.	115

Conhecimentos Específicos Agente Comunitário de Saúde (ACS)

1. Identificação, acolhimento e acompanhamento do indivíduo e comunidade: criança, adolescente, jovem, adulto, idoso, mulher, homem e grupos vulneráveis.	01
2. Vigilância epidemiológica: prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial.	56
3. Assistência, investigação e monitoramento de doenças e agravos de notificação compulsória – aids, cólera, tuberculose, leishmaniose visceral, dengue, Zika, Chikungunya, febre amarela, malária, doença de chagas, amebíase, tracoma, esquistossomose, sarampo, leptospirose, hantavirose, infecção pelo H1N1 e Corona vírus, tuberculose, hanseníase; agravos causados por animais peçonhentos.	79
4. Vigilância ambiental: saneamento básico; qualidade do ar, da água e dos alimentos para consumo humano. Ciclos dos agentes etiológicos; controle de vetores; desastres.	119
5. Programa Nacional de Imunizações.	125
6. Humanização da Atenção.	131
7. Regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias: Lei nº 11.350/2006; . . .	135
8. Lei nº 2.400 de 18/12/2006 do Município de Goiatuba;	141
9. Política Nacional de Vigilância em Saúde .Lei nº 13.595/2018,	141
10. Política Nacional de Atenção Básica.	144

CONHECIMENTOS GERAIS

1. Temas relevantes de diversas áreas em evidência no mundo e no Brasil na atualidade: ciências físicas e biológicas, desenvolvimento sustentável, ecologia, energia, política, economia, sociedade, cultura, esportes, modalidades esportivas, olimpíadas, paralimpíadas, meio ambiente, tecnologia, educação, segurança, saúde, artes e literatura e suas vinculações históricas, relações internacionais e suas conexões com o contexto histórico. Epidemias	01
2. Vacinação.	01
3. Migrações	04
4. Globalização	07
5. Democracia	10
6. Mundo do trabalho na atualidade.	11
7. Desastres ambientais no Brasil contemporâneo	12
8. Mobilidade Urbana.	35
9. Direitos Humanos	44
10. Atualidades econômicas, políticas e sociais do Estado de Goiás	46
11. História do estado de Goiás: o bandeirantismo e sociedade mineradora. Goiás nos séculos XIX e XX. Geografia de Goiás: regiões goianas. Patrimônio natural, cultural e histórico do estado de Goiás. Sítios arqueológicos em Goiás. Aspectos históricos, geográficos, econômicos e culturais do estado de Goiás	55
12. História, geografia e dados estatísticos do Município de Goiatuba (GO).	87

TEMAS RELEVANTES DE DIVERSAS ÁREAS EM EVIDÊNCIA NO MUNDO E NO BRASIL NA ATUALIDADE: CIÊNCIAS FÍSICAS E BIOLÓGICAS, DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, ECOLOGIA, ENERGIA, POLÍTICA, ECONOMIA, SOCIEDADE, CULTURA, ESPORTES, MODALIDADES ESPORTIVAS, OLIMPÍADAS, PARALIMPÍADAS, MEIO AMBIENTE, TECNOLOGIA, EDUCAÇÃO, SEGURANÇA, SAÚDE, ARTES E LITERATURA E SUAS VINCULAÇÕES HISTÓRICAS, RELAÇÕES INTERNACIONAIS E SUAS CONEXÕES COM O CONTEXTO HISTÓRICO. EPIDEMIAS

A importância do estudo de atualidades

Dentre todas as disciplinas com as quais concurseiros e estudantes de todo o país se preocupam, a de atualidades tem se tornado cada vez mais relevante. Quando pensamos em matemática, língua portuguesa, biologia, entre outras disciplinas, inevitavelmente as colocamos em um patamar mais elevado que outras que nos parecem menos importantes, pois de algum modo nos é ensinado a hierarquizar a relevância de certos conhecimentos desde os tempos de escola.

No, entanto, atualidades é o único tema que insere o indivíduo no estudo do momento presente, seus acontecimentos, eventos e transformações. O conhecimento do mundo em que se vive de modo algum deve ser visto como irrelevante no estudo para concursos, pois permite que o indivíduo vá além do conhecimento técnico e explore novas perspectivas quanto à conhecimento de mundo.

Em sua grande maioria, as questões de atualidades em concursos são sobre fatos e acontecimentos de interesse público, mas podem também apresentar conhecimentos específicos do meio político, social ou econômico, sejam eles sobre música, arte, política, economia, figuras públicas, leis etc. Seja qual for a área, as questões de atualidades auxiliam as bancas a peneirarem os candidatos e selecionarem os melhores preparados não apenas de modo técnico.

Sendo assim, estudar atualidades é o ato de se manter constantemente informado. Os temas de atualidades em concursos são sempre relevantes. É certo que nem todas as notícias que você vê na televisão ou ouve no rádio aparecem nas questões, manter-se informado, porém, sobre as principais notícias de relevância nacional e internacional em pauta é o caminho, pois são debates de extrema recorrência na mídia.

O grande desafio, nos tempos atuais, é separar o joio do trigo. Com o grande fluxo de informações que recebemos diariamente, é preciso filtrar com sabedoria o que de fato se está consumindo. Por diversas vezes, os meios de comunicação (TV, internet, rádio etc.) adaptam o formato jornalístico ou informacional para transmitir outros tipos de informação, como fofocas, vidas de celebridades, futebol, acontecimentos de novelas, que não devem de modo algum serem inseridos como parte do estudo de atualidades. Os interesses pessoais em assuntos deste cunho não são condenáveis de modo algum, mas são triviais quanto ao estudo.

Ainda assim, mesmo que tentemos nos manter atualizados através de revistas e telejornais, o fluxo interminável e ininterrupto de informações veiculados impede que saibamos de fato como estudar. Apostilas e livros de concursos impressos também se tornam rapidamente desatualizados e obsoletos, pois atualidades é uma disciplina que se renova a cada instante.

O mundo da informação está cada vez mais virtual e tecnológico, as sociedades se informam pela internet e as compartilham em velocidades incalculáveis. Pensando nisso, a editora prepara

mensalmente o material de atualidades de mais diversos campos do conhecimento (tecnologia, Brasil, política, ética, meio ambiente, jurisdição etc.) em nosso site.

Lá, o concurseiro encontrará um material completo com ilustrações e imagens, notícias de fontes verificadas e confiáveis, exercícios para retenção do conteúdo aprendido, tudo preparado com muito carinho para seu melhor aproveitamento. Com o material disponibilizado online, você poderá conferir e checar os fatos e fontes de imediato através dos veículos de comunicação virtuais, tornando a ponte entre o estudo desta disciplina tão fluida e a veracidade das informações um caminho certo.

Acesse: <https://www.apostilasopcao.com.br/retificacoes>
Bons estudos!

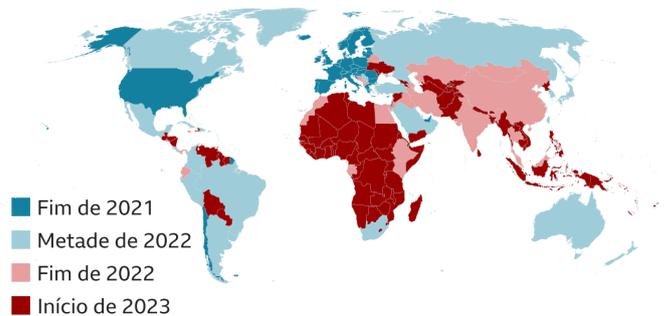
VACINAÇÃO

Quando se trata da vacina contra a covid-19, há uma pergunta que a maioria das pessoas está se fazendo - quando ela vai chegar a todos? Afinal, vacinar o mundo contra o novo coronavírus é uma questão de vida ou morte.

Alguns países definiram metas muito específicas, mas para o restante do mundo a imagem é muito menos clara, pois envolve processos científicos complicados, corporações multinacionais, promessas governamentais conflitantes e uma grande dose de burocracia e regulamentação. Não é nada simples.

Os países mais ricos lideram nas vacinações

Quando os países vão alcançar uma ampla cobertura de vacinação?



Fonte: The Economist Intelligence Unit, 1 Mar 2021



Quando vou receber a vacina?

No Brasil, a vacinação começou no fim de janeiro. Até agora, segundo a plataforma de dados Our World In Data, mais de 10 milhões de doses já foram administradas.

Mas uma grande parcela da população ainda falta ser vacinada.

Foram 5,05 doses por 100 habitantes. Já em Israel, o país com a maior taxa de vacinação do mundo, 106,5. No Chile, o país da América Latina que mais rapidamente tem vacinado sua população, essa taxa é de 32,09.

Em números absolutos, os Estados Unidos são o país que mais administrou doses de vacinas contra a covid-19, cerca de 98,2 milhões até agora.

Especialistas alertam que, em meio ao pior momento da pandemia, a única solução para o Brasil é a adoção de um confinamento mais rígido e a aceleração da vacinação.

Nos últimos dias, o Brasil vem batendo seguidos recordes de mortes diárias e, em muitos Estados, já não há mais leitos UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Eles dizem que o número alto de mortes pode ser explicado, principalmente, pela livre circulação de pessoas e por uma variante (P.1) do coronavírus mais transmissível e que, de acordo com estudos preliminares, causaria reinfecção naqueles que já tiveram a doença.

Em entrevista recente à BBC News Brasil, o biólogo e divulgador científico Átila Iamarino sugeriu que o Brasil deveria fazer “o que o restante do mundo fez: decretar um lockdown mais rígido e correr com a vacinação. Isso é o mínimo”.

Mas, sem uma estratégia a nível federal, acrescentam, esse objetivo dificilmente será cumprido.

“De que adianta um município ou um Estado decretar um confinamento se as pessoas de municípios ou Estados vizinhos continuarem circulando? Isso faz com que a localidade tenha todo o prejuízo econômico e político de confinar sua população, mas sem o sucesso que poderia ter se essa ação fosse coordenada. A falsa impressão é de que o esforço não funciona, quando, na verdade, ele está sendo sabotado a nível federal”, assinalou Iamarino.

“Por isso, digo que temos dois inimigos para enfrentar no Brasil. Um é a nova variante e o outro é a falta de estratégia do governo federal”.

“Como resultado, temos pronta a receita para que mais variantes perigosas surjam”, acrescentou Iamarino.

Confira o programa de distribuição está acontecendo em todo o mundo.

Lugar	Doses por 100 pessoas	Total de doses
Mundo	4,6	359.540.315
Estados Unidos	32,3	107.060.274
China	3,6	52.738.337
Índia	2,2	29.908.038
Reino Unido	38,6	25.781.120
Brasil	5,4	11.422.666
Turquia	13,0	10.992.095
Israel	108,3	9.374.827
Alemanha	10,6	8.863.270
Rússia	5,3	7.698.889
França	11,2	7.292.852
Itália	11,1	6.715.732
Chile	34,5	6.591.788
Emirados Árabes Unidos	66,1	6.540.912
Marrocos	15,4	5.682.508
Indonésia	2,0	5.480.346
Espanha	11,4	5.352.767

Ver menos

São Paulo entrega mais 3,3 milhões de doses da Coronavac ao Ministério da Saúde

O governo do estado de São Paulo entrega nesta segunda-feira (15) o maior lote da vacina Coronavac -- produzida pelo Instituto Butantan em parceria com o laboratório chinês Sinovac Biotech -- ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde. Ao todo, 20,6 milhões de doses já foram repassadas desde o início do acordo de distribuição, firmado em 17 de janeiro.

A remessa enviada nesta segunda-feira é a que contém a maior quantidade do imunizante, são 3,3 milhões de doses da vacina Coronavac prontas para aplicação. O acordo feito entre o estado e a União prevê o envio de 46 milhões de doses até o final de abril.

O mês de março já movimentou 7,1 milhão de doses de vacina em quatro lotes de envio. O Butantan entregou até a metade do mês um número muito maior de imunizante do que no mês de fevereiro, quando 4,85 milhões de doses foram distribuídas para a União.

O Instituto pretende enviar 22,7 milhões de doses ao governo federal até o final do mês para então finalizar a primeira etapa do acordo. Em abril o programa será complementado com as doses restantes necessárias para atingir 46 milhões. Em uma segunda etapa, o Butantan estuda formas de garantir o repasse de mais 54 milhões de doses até agosto deste ano, totalizando 100 milhões de doses.

Para garantir a distribuição de um dos principais imunizantes disponíveis no país, o Instituto Butantan ampliou o seu quadro de funcionários que trabalham no envasamento das vacinas. Segundo os responsáveis pelo órgão, a produção não foi interrompida e segue acelerada para garantir o abastecimento nacional. Em 4 de março foram recebidos 8,2 mil litros de IFA (Insumo Farmacêutico Ativo), o que significa que cerca de 14 milhões de doses foram produzidas.

Calendário de entrega das vacinas até o momento:

17/01 - 6 milhões
 22/01 - 900 mil
 29/01 - 1,8 milhão
 5/02 - 1,1 milhão
 23/02 - 1,2 milhão
 24/02 - 900 mil
 25/02 - 453 mil
 26/02 - 600 mil
 28/02 - 600 mil
 03/03 - 900 mil
 08/03 - 1,7 milhão
 10/03 - 1,2 milhão
 15/03 - 3,3 milhões

Previsão até 30/4 - 46 milhões (total jan - abril)

Fonte: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/15/sao-paulo-entregou-20-6-milhoes-de-doses-da-coronavac-ao-governo-federal>

Itália, Espanha e mais: veja os países que suspenderam o uso da vacina de Oxford

Quinze países da Europa já anunciaram a suspensão do uso da vacina desenvolvida pela farmacêutica AstraZeneca em parceria com a universidade de Oxford contra a Covid-19. A medida foi tomada após a imunização ser relacionada à formação de coágulos sanguíneos, o que é negado pela AstraZeneca.

Portugal foi o último país a entrar nesse grupo que já conta com Espanha, Itália, Alemanha, França, Holanda, Dinamarca, Noruega, Bulgária, Irlanda, Áustria, Estônia, Lituânia, Luxemburgo e Letônia.

Segundo a autoridade nacional de saúde de Portugal, a decisão foi tomada após relatos de aparecimento de coágulos sanguíneos em pessoas vacinadas.

“As autoridades de saúde portuguesas decidiram hoje suspender o uso da vacina AstraZeneca contra a Covid-19 por razões de precaução e saúde pública”, diz o comunicado.

Em uma coletiva de imprensa realizada nesta segunda-feira (15), a ministra da Saúde da Espanha, Carolina Darias, anunciou que a suspensão durará duas semanas no país. A agência reguladora da Itália, a AIFA, também suspendeu o uso da vacina contra Covid-19 de Oxford/AstraZeneca “como precaução”.

“A AIFA decidiu estender a proibição do uso da vacina AstraZeneca Covid-19 em todo o país como medida de precaução e temporariamente, enquanto se aguarda as decisões da EMA. A decisão foi tomada em linha com medidas semelhantes adotadas por outros países europeus”, disse a agência italiana em nota.

Outros países

Mais cedo, França e Alemanha também anunciaram a suspensão do uso da vacina da AstraZeneca, enquanto o Reino Unido disse que continuará usando a vacina.

O ministro da saúde alemão, Jens Spahn, que inicialmente defendia a segurança da vacina, disse que o país suspenderia a aplicação do imunizante por precaução, após relatos de casos de coágulos sanguíneos em pessoas vacinadas na Dinamarca e na Noruega.

Também em entrevista coletiva, o presidente da França, Emmanuel Macron, afirmou que o país suspendeu o uso do imunizante e confirmou que pretende retomar a imunização assim que o conselho do EMA permitir.

Holanda, Dinamarca, Noruega, Bulgária e Irlanda já haviam interrompido o uso do imunizante, na contramão da orientação da EMA, que disse nesta segunda que os benefícios da vacina ultrapassam qualquer potencial risco.

A agência disse que fará uma reunião de emergência nesta quinta-feira (18) para aconselhar sobre “quaisquer ações subsequentes que precisem ser tomadas”.

No domingo (14), o laboratório afirmou que conduziu uma análise com 17 milhões de pessoas vacinadas na União Europeia e no Reino Unido e não encontrou evidências de risco aumentado de trombose ou embolia pulmonar em nenhum grupo de idade, gênero, lote ou nacionalidade.

Ele descobriu que, desses milhões de pessoas, ocorreram 15 eventos de trombose venosa profunda (TVP) e 22 eventos de embolia pulmonar relatados após a vacinação; menor do que o número que seria esperado ocorrer naturalmente dentro desse tamanho de população.

Antes, a Áustria, a Estônia, a Lituânia, Luxemburgo e a Letônia haviam suspendido o uso de um lote específico da vacina da AstraZeneca depois que um vacinado foi diagnosticado com trombose múltipla.

Fonte: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/15/apos-suspeitas-de-coagulos-paises-da-europa-suspendem-uso-da-vacina-de-oxford>

Instituto Butantan prepara 80 mi de doses para reforçar vacinação contra gripe

Em meio à vacinação contra a Covid-19 em todo o país, o Instituto Butantan, em São Paulo, organiza a entrega de outra vacina: a da influenza. Oitenta milhões de doses do imunizante contra o vírus da gripe estão sendo preparadas.

É importante lembrar que quem receber a dose da vacina da gripe não está imune ao coronavírus. Ainda assim, é de extrema importância receber o imunizante porque o organismo fica imune contra os vírus da gripe.

Por conta da pandemia de Covid-19, o Ministério da Saúde dividiu a campanha de vacinação contra a influenza em três fases. A primeira acontecerá em abril, onde os idosos receberão os imunizantes.

A segunda etapa da campanha será voltada àqueles que têm doenças crônicas e algumas categorias profissionais. A terceira e última fase será no restante da população.

Fonte: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/16/instituto-butantan-prepara-80-mi-de-doses-para-reforçar-vacinação-contra-gripe>

Suspensa em 13 países, Luxemburgo e Suécia interrompem uso da vacina AstraZeneca

Suécia e Luxemburgo se juntaram a uma lista crescente de países que suspenderam o uso da vacina AstraZeneca contra a Covid-19 devido a preocupações com possíveis efeitos colaterais.

O Ministério da Saúde sueco decidiu suspender as vacin角度ões da AstraZeneca enquanto o medicamento é investigado pela Agência Europeia de Medicamentos e seu equivalente sueco, confirmou um assessor de imprensa da pasta.

Nesta terça-feira, (16) Luxemburgo também anunciou que decidiu “suspender temporariamente” a vacinação com a vacina AstraZeneca.

“Esta é uma medida de precaução, enquanto se aguarda o resultado dos testes da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) em uma série de problemas de sangue que ocorreram em pessoas vacinadas com a vacina AstraZeneca”, disse o governo de Luxemburgo em um comunicado.

“A vacina Covid-19 será suspensa em Luxemburgo até que a avaliação do comitê de segurança da EMA (PRAC) seja concluída. A decisão de hoje diz respeito às vacinações iniciais e de acompanhamento. A avaliação da EMA é esperada ainda esta semana”, disse o comunicado.

Orientação anterior da EMA disse que os benefícios da injeção superam quaisquer riscos potenciais e o número de pessoas que desenvolveram coágulos sanguíneos após a vacinação não parece ser maior do que na população em geral.

Veja os países europeus que suspenderam a vacina AstraZeneca como medida de precaução:

- Dinamarca
- Noruega
- Islândia
- Bulgária
- Irlanda
- Países Baixos
- Alemanha
- Itália
- França
- Espanha
- Portugal
- Suécia
- Luxemburgo

Fonte: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/2021/03/16/suspensa-em-13-paises-vacina-da-astrazeneca-e-descartada-em-luxemburgo-e-suecia>

MIGRAÇÕES

O termo Migração refere-se ao deslocamento de pessoas de um lugar para outro. Migrar é trocar de país, estado, região ou até mesmo de domicílio.

O processo de migrar faz da pessoa um imigrante ou emigrante. Emigrante é o indivíduo que sai de seu local de origem com destino a outro lugar. O imigrante por sua vez, é o indivíduo que entra em um determinado local para viver nele.

Fatores migratórios

Os fluxos migratórios estão associados a diferentes aspectos vivenciados no local de origem do indivíduo e sua expectativa de melhoria no local de destino, sob a influência de fatores de atração e repulsão agindo conjuntamente.

Os fatores de atração estão associados ao potencial que as características que o lugar de destino possui, criando no pensamento das pessoas a ideia que a vida em determinada localidade seria melhor, mais fácil ou de maior qualidade. Boas oportunidades de emprego, estudo e tratamentos de saúde são exemplos de fatores de atração.

Os fatores de repulsão estão associados ao local de origem e são criados a partir de um grupo de acontecimentos ou características dominantes nesta localidade que tornam a vida mais difícil, conduzindo a população à decisão de migrar. Má remuneração, desastres naturais, guerras, fome, perseguição religiosa, étnica e cultural são exemplos de fatores de repulsão.

Tipos de migração

Além de ocorrer por inúmeros motivos, as migrações podem ter diferentes características. A partir dessa premissa, é possível dividir a migração em tipos de acordo com a variável que está sendo analisada.

Há três variáveis para se classificar os tipos de migração:

- O espaço de deslocamento;
- O tempo de permanência do migrante;
- Como se deu a forma de migração.

Considerando o espaço de deslocamento do migrante tem-se:

Migração Internacional

Ocorre quando o migrante se desloca de seu país de origem para outro país.

Migração Interna

Ocorre quando o migrante se desloca dentro do mesmo país. Pode ser subdividida em:

- Migração inter-regional: Quando ocorre deslocamento do migrante de uma região para outra;
- Migração intra-regional: Quando ocorre deslocamento do indivíduo dentro da mesma região.

Considerando o tempo de duração da migração, tem-se:

Migração Permanente

Ocorre quando o indivíduo não tem planos de retornar à região da qual saiu, pelo menos não em curto prazo.

LÍNGUA PORTUGUESA

1. Leitura, compreensão e interpretação de textos	01
2. Coesão e Coerência Textual	10
3. Gêneros e Tipos textuais	10
4. Linguagem Denotativa e Conotativa	13
5. Pontuação	14
6. Acentuação Gráfica.	15
7. Novo acordo ortográfico	15
8. Ocorrência da Crase	16
9. Encontros vocálicos: ditongo, tritongo e hiato. Divisão silábica. Classificação das palavras quanto ao número de sílabas. Classificação das palavras quanto à posição da sílaba tônica	17
10. Sinônimos, Antônimos, Parônimos e Homônimos.	18
11. Figuras de Linguagem	18
12. Ortografia	20
13. Estrutura e Formação de palavras.	20
14. Uso de substantivos, adjetivos, pronomes, preposições e conjunções. Tipos de sujeito. Tipos de predicados. Emprego de pessoas, modos e tempos verbais	21
15. Classificação das orações	25
16. Concordância nominal e verbal	28
17. Regência nominal e verbal	28
18. Colocação pronominal (próclise, ênclise e mesóclise).	29
19. Gênero, número e grau dos substantivos e adjetivos. Aposto. Vocativo	29
20. Conhecimentos de princípios normativos da língua	29
21. Transitividade verbal	29
22. Verbos regulares e irregulares	29
23. Vozes Verbais: ativa, passiva e reflexiva	29
24. Variedades linguísticas, formalidade e informalidade, formas de tratamento, propriedade lexical e adequação comunicativa	29
25. Emprego dos porquês.	31

LEITURA, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS

Compreensão e interpretação de textos

Chegamos, agora, em um ponto muito importante para todo o seu estudo: a interpretação de textos. Desenvolver essa habilidade é essencial e pode ser um diferencial para a realização de uma boa prova de qualquer área do conhecimento.

Mas você sabe a diferença entre compreensão e interpretação?

A **compreensão** é quando você entende o que o texto diz de forma explícita, aquilo que está na superfície do texto.

Quando Jorge fumava, ele era infeliz.

Por meio dessa frase, podemos entender que houve um tempo que Jorge era infeliz, devido ao cigarro.

A **interpretação** é quando você entende o que está implícito, nas entrelinhas, aquilo que está de modo mais profundo no texto ou que faça com que você realize inferências.

Quando Jorge fumava, ele era infeliz.

Já compreendemos que Jorge era infeliz quando fumava, mas podemos interpretar que Jorge parou de fumar e que agora é feliz.

Percebeu a diferença?

Tipos de Linguagem

Existem três tipos de linguagem que precisamos saber para que facilite a interpretação de textos.

• **Linguagem Verbal** é aquela que utiliza somente palavras. Ela pode ser escrita ou oral.



• **Linguagem não-verbal** é aquela que utiliza somente imagens, fotos, gestos... não há presença de nenhuma palavra.



• **Linguagem Mista (ou híbrida)** é aquele que utiliza tanto as palavras quanto as imagens. Ou seja, é a junção da linguagem verbal com a não-verbal.



PROIBIDO FUMAR

Além de saber desses conceitos, é importante sabermos identificar quando um texto é baseado em outro. O nome que damos a este processo é intertextualidade.

Intertextualidade

A intertextualidade é um recurso realizado entre textos, ou seja, é a influência e relação que um estabelece sobre o outro. Assim, determina o fenômeno relacionado ao processo de produção de textos que faz referência (explícita ou implícita) aos elementos existentes em outro texto, seja a nível de conteúdo, forma ou de ambos: forma e conteúdo.

Grosso modo, a intertextualidade é o diálogo entre textos, de forma que essa relação pode ser estabelecida entre as produções textuais que apresentem diversas linguagens (visual, auditiva, escrita), sendo expressa nas artes (literatura, pintura, escultura, música, dança, cinema), propagandas publicitárias, programas televisivos, provérbios, charges, dentre outros.

Tipos de Intertextualidade

• **Paródia**: perversão do texto anterior que aparece geralmente, em forma de crítica irônica de caráter humorístico. Do grego (parodès), a palavra “paródia” é formada pelos termos “para” (semelhante) e “odes” (canto), ou seja, “um canto (poesia) semelhante a outro”. Esse recurso é muito utilizado pelos programas humorísticos.

• **Paráfrase**: recriação de um texto já existente mantendo a mesma ideia contida no texto original, entretanto, com a utilização de outras palavras. O vocábulo “paráfrase”, do grego (paraphrasis), significa a “repetição de uma sentença”.

• **Epígrafe**: recurso bastante utilizado em obras e textos científicos. Consiste no acréscimo de uma frase ou parágrafo que tenha alguma relação com o que será discutido no texto. Do grego, o termo “epígrafhe” é formado pelos vocábulos “epi” (posição superior) e “graphé” (escrita).

• **Citação**: Acréscimo de partes de outras obras numa produção textual, de forma que dialoga com ele; geralmente vem expressa entre aspas e itálico, já que se trata da enunciação de outro autor. Esse recurso é importante haja vista que sua apresentação sem relacionar a fonte utilizada é considerado “plágio”. Do Latim, o termo “citação” (citare) significa convocar.

• **Alusão:** Faz referência aos elementos presentes em outros textos. Do Latim, o vocábulo “alusão” (alludere) é formado por dois termos: “ad” (a, para) e “ludere” (brincar).

• Outras formas de intertextualidade menos discutidas são o pastiche, o sample, a tradução e a bricolagem.

ARGUMENTAÇÃO

O ato de comunicação não visa apenas transmitir uma informação a alguém. Quem comunica pretende criar uma imagem positiva de si mesmo (por exemplo, a de um sujeito educado, ou inteligente, ou culto), quer ser aceito, deseja que o que diz seja admitido como verdadeiro. Em síntese, tem a intenção de convencer, ou seja, tem o desejo de que o ouvinte creia no que o texto diz e faça o que ele propõe.

Se essa é a finalidade última de todo ato de comunicação, todo texto contém um componente argumentativo. A argumentação é o conjunto de recursos de natureza linguística destinados a persuadir a pessoa a quem a comunicação se destina. Está presente em todo tipo de texto e visa a promover adesão às teses e aos pontos de vista defendidos.

As pessoas costumam pensar que o argumento seja apenas uma prova de verdade ou uma razão indiscutível para comprovar a veracidade de um fato. O argumento é mais que isso: como se disse acima, é um recurso de linguagem utilizado para levar o interlocutor a crer naquilo que está sendo dito, a aceitar como verdadeiro o que está sendo transmitido. A argumentação pertence ao domínio da retórica, arte de persuadir as pessoas mediante o uso de recursos de linguagem.

Para compreender claramente o que é um argumento, é bom voltar ao que diz Aristóteles, filósofo grego do século IV a.C., numa obra intitulada “*Tópicos: os argumentos são úteis quando se tem de escolher entre duas ou mais coisas*”.

Se tivermos de escolher entre uma coisa vantajosa e uma desvantajosa, como a saúde e a doença, não precisamos argumentar. Suponhamos, no entanto, que tenhamos de escolher entre duas coisas igualmente vantajosas, a riqueza e a saúde. Nesse caso, precisamos argumentar sobre qual das duas é mais desejável. O argumento pode então ser definido como qualquer recurso que torna uma coisa mais desejável que outra. Isso significa que ele atua no domínio do preferível. Ele é utilizado para fazer o interlocutor crer que, entre duas teses, uma é mais provável que a outra, mais possível que a outra, mais desejável que a outra, é preferível à outra.

O objetivo da argumentação não é demonstrar a verdade de um fato, mas levar o ouvinte a admitir como verdadeiro o que o enunciador está propondo.

Há uma diferença entre o raciocínio lógico e a argumentação. O primeiro opera no domínio do necessário, ou seja, pretende demonstrar que uma conclusão deriva necessariamente das premissas propostas, que se deduz obrigatoriamente dos postulados admitidos. No raciocínio lógico, as conclusões não dependem de crenças, de uma maneira de ver o mundo, mas apenas do encadeamento de premissas e conclusões.

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:

A é igual a B.

A é igual a C.

Então: C é igual a A.

Admitidos os dois postulados, a conclusão é, obrigatoriamente, que C é igual a A.

Outro exemplo:

Todo ruminante é um mamífero.

A vaca é um ruminante.

Logo, a vaca é um mamífero.

Admitidas como verdadeiras as duas premissas, a conclusão também será verdadeira.

No domínio da argumentação, as coisas são diferentes. Nele, a conclusão não é necessária, não é obrigatória. Por isso, deve-se mostrar que ela é a mais desejável, a mais provável, a mais plausível. Se o Banco do Brasil fizer uma propaganda dizendo-se mais confiável do que os concorrentes porque existe desde a chegada da família real portuguesa ao Brasil, ele estará dizendo-nos que um banco com quase dois séculos de existência é sólido e, por isso, confiável. Embora não haja relação necessária entre a solidez de uma instituição bancária e sua antiguidade, esta tem peso argumentativo na afirmação da confiabilidade de um banco. Portanto é provável que se creia que um banco mais antigo seja mais confiável do que outro fundado há dois ou três anos.

Enumerar todos os tipos de argumentos é uma tarefa quase impossível, tantas são as formas de que nos valem para fazer as pessoas preferirem uma coisa a outra. Por isso, é importante entender bem como eles funcionam.

Já vimos diversas características dos argumentos. É preciso acrescentar mais uma: o convencimento do interlocutor, o **auditório**, que pode ser individual ou coletivo, será tanto mais fácil quanto mais os argumentos estiverem de acordo com suas crenças, suas expectativas, seus valores. Não se pode convencer um auditório pertencente a uma dada cultura enfatizando coisas que ele abomina. Será mais fácil convencê-lo valorizando coisas que ele considera positivas. No Brasil, a publicidade da cerveja vem com frequência associada ao futebol, ao gol, à paixão nacional. Nos Estados Unidos, essa associação certamente não surtiria efeito, porque lá o futebol não é valorizado da mesma forma que no Brasil. O poder persuasivo de um argumento está vinculado ao que é valorizado ou desvalorizado numa dada cultura.

Tipos de Argumento

Já verificamos que qualquer recurso linguístico destinado a fazer o interlocutor dar preferência à tese do enunciador é um argumento. Exemplo:

Argumento de Autoridade

É a citação, no texto, de afirmações de pessoas reconhecidas pelo auditório como autoridades em certo domínio do saber, para servir de apoio àquilo que o enunciador está propondo. Esse recurso produz dois efeitos distintos: revela o conhecimento do produtor do texto a respeito do assunto de que está tratando; dá ao texto a garantia do autor citado. É preciso, no entanto, não fazer do texto um amontoado de citações. A citação precisa ser pertinente e verdadeira.

Exemplo:

“A imaginação é mais importante do que o conhecimento.”

Quem disse a frase aí de cima não fui eu... Foi Einstein. Para ele, uma coisa vem antes da outra: sem imaginação, não há conhecimento. Nunca o inverso.

Alex José Periscinoto.

In: Folha de S. Paulo, 30/8/1993, p. 5-2

A tese defendida nesse texto é que a imaginação é mais importante do que o conhecimento. Para levar o auditório a aderir a ela, o enunciador cita um dos mais célebres cientistas do mundo. Se um físico de renome mundial disse isso, então as pessoas devem acreditar que é verdade.

Argumento de Quantidade

É aquele que valoriza mais o que é apreciado pelo maior número de pessoas, o que existe em maior número, o que tem maior duração, o que tem maior número de adeptos, etc. O fundamento desse tipo de argumento é que mais = melhor. A publicidade faz largo uso do argumento de quantidade.

Argumento do Consenso

É uma variante do argumento de quantidade. Fundamenta-se em afirmações que, numa determinada época, são aceitas como verdadeiras e, portanto, dispensam comprovações, a menos que o objetivo do texto seja comprovar alguma delas. Parte da ideia de que o consenso, mesmo que equivocado, corresponde ao indiscutível, ao verdadeiro e, portanto, é melhor do que aquilo que não desfruta dele. Em nossa época, são consensuais, por exemplo, as afirmações de que o meio ambiente precisa ser protegido e de que as condições de vida são piores nos países subdesenvolvidos. Ao confiar no consenso, porém, corre-se o risco de passar dos argumentos válidos para os lugares comuns, os preconceitos e as frases carentes de qualquer base científica.

Argumento de Existência

É aquele que se fundamenta no fato de que é mais fácil aceitar aquilo que comprovadamente existe do que aquilo que é apenas provável, que é apenas possível. A sabedoria popular enuncia o argumento de existência no provérbio *“Mais vale um pássaro na mão do que dois voando”*.

Nesse tipo de argumento, incluem-se as provas documentais (fotos, estatísticas, depoimentos, gravações, etc.) ou provas concretas, que tornam mais aceitável uma afirmação genérica. Durante a invasão do Iraque, por exemplo, os jornais diziam que o exército americano era muito mais poderoso do que o iraquiano. Essa afirmação, sem ser acompanhada de provas concretas, poderia ser vista como propagandística. No entanto, quando documentada pela comparação do número de canhões, de carros de combate, de navios, etc., ganhava credibilidade.

Argumento quase lógico

É aquele que opera com base nas relações lógicas, como causa e efeito, analogia, implicação, identidade, etc. Esses raciocínios são chamados quase lógicos porque, diversamente dos raciocínios lógicos, eles não pretendem estabelecer relações necessárias entre os elementos, mas sim instituir relações prováveis, possíveis, plausíveis. Por exemplo, quando se diz *“A é igual a B”, “B é igual a C”, “então A é igual a C”*, estabelece-se uma relação de identidade lógica. Entretanto, quando se afirma *“Amigo de amigo meu é meu amigo”* não se institui uma identidade lógica, mas uma identidade provável.

Um texto coerente do ponto de vista lógico é mais facilmente aceito do que um texto incoerente. Vários são os defeitos que concorrem para desqualificar o texto do ponto de vista lógico: fugir do tema proposto, cair em contradição, tirar conclusões que não se fundamentam nos dados apresentados, ilustrar afirmações gerais com fatos inadequados, narrar um fato e dele extrair generalizações indevidas.

Argumento do Atributo

É aquele que considera melhor o que tem propriedades típicas daquilo que é mais valorizado socialmente, por exemplo, o mais raro é melhor que o comum, o que é mais refinado é melhor que o que é mais grosseiro, etc.

Por esse motivo, a publicidade usa, com muita frequência, celebridades recomendando prédios residenciais, produtos de beleza, alimentos estéticos, etc., com base no fato de que o consumidor tende a associar o produto anunciado com atributos da celebridade.

Uma variante do argumento de atributo é o argumento da competência linguística. A utilização da variante culta e formal da língua que o produtor do texto conhece a norma linguística socialmente mais valorizada e, por conseguinte, deve produzir um texto em que se pode confiar. Nesse sentido é que se diz que o modo de dizer dá confiabilidade ao que se diz.

Imagine-se que um médico deva falar sobre o estado de saúde de uma personalidade pública. Ele poderia fazê-lo das duas maneiras indicadas abaixo, mas a primeira seria infinitamente mais adequada para a persuasão do que a segunda, pois esta produziria certa estranheza e não criaria uma imagem de competência do médico:

- Para aumentar a confiabilidade do diagnóstico e levando em conta o caráter invasivo de alguns exames, a equipe médica houve por bem determinar o internamento do governador pelo período de três dias, a partir de hoje, 4 de fevereiro de 2001.

- Para conseguir fazer exames com mais cuidado e porque alguns deles são barrapessada, a gente botou o governador no hospital por três dias.

Como dissemos antes, todo texto tem uma função argumentativa, porque ninguém fala para não ser levado a sério, para ser ridicularizado, para ser desmentido: em todo ato de comunicação deseja-se influenciar alguém. Por mais neutro que pretenda ser, um texto tem sempre uma orientação argumentativa.

A orientação argumentativa é uma certa direção que o falante traça para seu texto. Por exemplo, um jornalista, ao falar de um homem público, pode ter a intenção de criticá-lo, de ridicularizá-lo ou, ao contrário, de mostrar sua grandeza.

O enunciador cria a orientação argumentativa de seu texto dando destaque a uns fatos e não a outros, omitindo certos episódios e revelando outros, escolhendo determinadas palavras e não outras, etc. Veja:

“O clima da festa era tão pacífico que até sogras e noras trocavam abraços afetuosos.”

O enunciador aí pretende ressaltar a ideia geral de que noras e sogras não se toleram. Não fosse assim, não teria escolhido esse fato para ilustrar o clima da festa nem teria utilizado o termo até, que serve para incluir no argumento alguma coisa inesperada.

Além dos defeitos de argumentação mencionados quando tratamos de alguns tipos de argumentação, vamos citar outros:

- Uso sem delimitação adequada de palavra de sentido tão amplo, que serve de argumento para um ponto de vista e seu contrário. São noções confusas, como paz, que, paradoxalmente, pode ser usada pelo agressor e pelo agredido. Essas palavras podem ter valor positivo (paz, justiça, honestidade, democracia) ou vir carregadas de valor negativo (autoritarismo, degradação do meio ambiente, injustiça, corrupção).

- Uso de afirmações tão amplas, que podem ser derrubadas por um único contra exemplo. Quando se diz *“Todos os políticos são ladrões”*, basta um único exemplo de político honesto para destruir o argumento.

- Emprego de noções científicas sem nenhum rigor, fora do contexto adequado, sem o significado apropriado, vulgarizando-as e atribuindo-lhes uma significação subjetiva e grosseira. É o caso, por exemplo, da frase “*O imperialismo de certas indústrias não permite que outras cresçam*”, em que o termo imperialismo é descabido, uma vez que, a rigor, significa “*ação de um Estado visando a reduzir outros à sua dependência política e econômica*”.

A boa argumentação é aquela que está de acordo com a situação concreta do texto, que leva em conta os componentes envolvidos na discussão (o tipo de pessoa a quem se dirige a comunicação, o assunto, etc).

Convém ainda alertar que não se convence ninguém com manifestações de sinceridade do autor (como eu, que não costumo mentir...) ou com declarações de certeza expressas em fórmulas feitas (como estou certo, creio firmemente, é claro, é óbvio, é evidente, afirmo com toda a certeza, etc). Em vez de prometer, em seu texto, sinceridade e certeza, autenticidade e verdade, o enunciador deve construir um texto que revele isso. Em outros termos, essas qualidades não se prometem, manifestam-se na ação.

A argumentação é a exploração de recursos para fazer parecer verdadeiro aquilo que se diz num texto e, com isso, levar a pessoa a que texto é endereçado a crer naquilo que ele diz.

Um texto dissertativo tem um assunto ou tema e expressa um ponto de vista, acompanhado de certa fundamentação, que inclui a argumentação, questionamento, com o objetivo de persuadir. Argumentar é o processo pelo qual se estabelecem relações para chegar à conclusão, com base em premissas. Persuadir é um processo de convencimento, por meio da argumentação, no qual procura-se convencer os outros, de modo a influenciar seu pensamento e seu comportamento.

A persuasão pode ser válida e não válida. Na persuasão válida, expõem-se com clareza os fundamentos de uma ideia ou proposição, e o interlocutor pode questionar cada passo do raciocínio empregado na argumentação. A persuasão não válida apoia-se em argumentos subjetivos, apelos subliminares, chantagens sentimentais, com o emprego de “*apelações*”, como a inflexão de voz, a mímica e até o choro.

Alguns autores classificam a dissertação em duas modalidades, expositiva e argumentativa. Esta, exige argumentação, razões a favor e contra uma ideia, ao passo que a outra é informativa, apresenta dados sem a intenção de convencer. Na verdade, a escolha dos dados levantados, a maneira de expô-los no texto já revelam uma “*tomada de posição*”, a adoção de um ponto de vista na dissertação, ainda que sem a apresentação explícita de argumentos. Desse ponto de vista, a dissertação pode ser definida como discussão, debate, questionamento, o que implica a liberdade de pensamento, a possibilidade de discordar ou concordar parcialmente. A liberdade de questionar é fundamental, mas não é suficiente para organizar um texto dissertativo. É necessária também a exposição dos fundamentos, os motivos, os porquês da defesa de um ponto de vista.

Pode-se dizer que o homem vive em permanente atitude argumentativa. A argumentação está presente em qualquer tipo de discurso, porém, é no texto dissertativo que ela melhor se evidencia.

Para discutir um tema, para confrontar argumentos e posições, é necessária a capacidade de conhecer outros pontos de vista e seus respectivos argumentos. Uma discussão impõe, muitas vezes, a análise de argumentos opostos, antagônicos. Como sempre, essa capacidade aprende-se com a prática. Um bom exercício para aprender a argumentar e contra-argumentar consiste em desenvolver as seguintes habilidades:

- **argumentação**: anotar todos os argumentos a favor de uma ideia ou fato; imaginar um interlocutor que adote a posição totalmente contrária;

- **contra-argumentação**: imaginar um diálogo-debate e quais os argumentos que essa pessoa imaginária possivelmente apresentaria contra a argumentação proposta;

- **refutação**: argumentos e razões contra a argumentação oposta.

A argumentação tem a finalidade de persuadir, portanto, argumentar consiste em estabelecer relações para tirar conclusões válidas, como se procede no método dialético. O método dialético não envolve apenas questões ideológicas, geradoras de polêmicas. Trata-se de um método de investigação da realidade pelo estudo de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno em questão e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade.

Descartes (1596-1650), filósofo e pensador francês, criou o método de raciocínio silogístico, baseado na dedução, que parte do simples para o complexo. Para ele, verdade e evidência são a mesma coisa, e pelo raciocínio torna-se possível chegar a conclusões verdadeiras, desde que o assunto seja pesquisado em partes, começando-se pelas proposições mais simples até alcançar, por meio de deduções, a conclusão final. Para a linha de raciocínio cartesiana, é fundamental determinar o problema, dividi-lo em partes, ordenar os conceitos, simplificando-os, enumerar todos os seus elementos e determinar o lugar de cada um no conjunto da dedução.

A lógica cartesiana, até os nossos dias, é fundamental para a argumentação dos trabalhos acadêmicos. Descartes propôs quatro regras básicas que constituem um conjunto de reflexos vitais, uma série de movimentos sucessivos e contínuos do espírito em busca da verdade:

- evidência;
- divisão ou análise;
- ordem ou dedução;
- enumeração.

A enumeração pode apresentar dois tipos de falhas: a omissão e a incompreensão. Qualquer erro na enumeração pode quebrar o encadeamento das ideias, indispensável para o processo dedutivo.

A forma de argumentação mais empregada na redação acadêmica é o *silogismo*, raciocínio baseado nas regras cartesianas, que contém três proposições: *duas premissas*, maior e menor, e a *conclusão*. As três proposições são encadeadas de tal forma, que a conclusão é deduzida da maior por intermédio da menor. A premissa maior deve ser universal, emprega *todo*, *nenhum*, *pois alguns* não caracteriza a universalidade. Há dois métodos fundamentais de raciocínio: a *dedução* (silogística), que parte do geral para o particular, e a *indução*, que vai do particular para o geral. A expressão formal do método dedutivo é o silogismo. A dedução é o caminho das sequências, baseia-se em uma conexão descendente (do geral para o particular) que leva à conclusão. Segundo esse método, partindo-se de teorias gerais, de verdades universais, pode-se chegar à previsão ou determinação de fenômenos particulares. O percurso do raciocínio vai da causa para o efeito. Exemplo:

- Todo homem é mortal (premissa maior = geral, universal)
- Fulano é homem (premissa menor = particular)
- Logo, Fulano é mortal (conclusão)

A indução percorre o caminho inverso ao da dedução, baseia-se em uma conexão ascendente, do particular para o geral. Nesse caso, as constatações particulares levam às leis gerais, ou seja, parte de fatos particulares conhecidos para os fatos gerais, desconhecidos. O percurso do raciocínio se faz do *efeito* para a *causa*. Exemplo:

- O calor dilata o ferro (particular)
- O calor dilata o bronze (particular)
- O calor dilata o cobre (particular)
- O ferro, o bronze, o cobre são metais
- Logo, o calor dilata metais (geral, universal)

CONHECIMENTOS SOBRE O SUS

1. Estrutura do Sistema Único de Saúde: Histórico, legislação fundamental e normas operacionais do sistema, princípios, estrutura administrativa e financeira, responsabilidades dos três níveis Federativos, perspectiva e desafios do sistema.	01
2. O Modelo de assistência no SUS: Níveis de assistência (primário, secundário e terciário), escopo da assistência: promoção da saúde, prevenção, terapêutica e reabilitação, estrutura em rede regionalizada e hierarquizada, responsabilidade sanitária, humanização do cuidado, características e funções da atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família, gestão da assistência e gestão da clínica, organização da rede de urgência e emergência, regulação da assistência, planejamento em saúde pública.	08
3. Pacto pela Saúde.	16
4. Política Nacional de Atenção Básica no SUS.	52
5. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.	73
6. Política Nacional de Humanização.	73
7. Epidemiologia: Epidemiologia no planejamento da assistência: Indicadores de saúde (conceitos, cálculo e interpretação).	78
8. Sistemas de informação do SUS e seu uso no planejamento.	87
9. Epidemiologia das doenças transmissíveis (cadeia causal e mecanismos de prevenção para as principais patologias transmissíveis no país).	93
10. Fundamentos de epidemiologia clínica (principais tipos de estudo e interpretação dos resultados).	96
11. Assistência suplementar. Regulação da assistência suplementar, tendências e perspectivas.	99
12. Constituição Federal 1988 (artigos 196 a 200).	101
13. Legislação: Lei nº8.080/1990.	104
14. Decreto nº 7.508/2011.	112
15. Portarias de Consolidação do SUS.	115

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

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

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

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

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

Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

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

Ministério da Saúde

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

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

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

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

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

Conselhos de Saúde

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

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

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

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

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

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

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

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

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

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

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

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

Responsabilidades dos entes que compõem o SUS União

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

Estados e Distrito Federal

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

Municípios

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

História do sistema único de saúde (SUS)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Princípios do SUS

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

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

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

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

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

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

Principais leis

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

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

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

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

Responsabilização Sanitária

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

Responsabilização Macrossanitária

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

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

Responsabilização 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 necessá-

rios 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 ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

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

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

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

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

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

1. Identificação, acolhimento e acompanhamento do indivíduo e comunidade: criança, adolescente, jovem, adulto, idoso, mulher, homem e grupos vulneráveis.	01
2. Vigilância epidemiológica: prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial.	56
3. Assistência, investigação e monitoramento de doenças e agravos de notificação compulsória – aids, cólera, tuberculose, leishmaniose visceral, dengue, Zika, Chikungunya, febre amarela, malária, doença de chagas, amebíase, tracoma, esquistossomose, sarampo, leptospirose, hantavirose, infecção pelo H1N1 e Corona vírus, tuberculose, hanseníase; agravos causados por animais peçonhentos.	79
4. Vigilância ambiental: saneamento básico; qualidade do ar, da água e dos alimentos para consumo humano. Ciclos dos agentes etiológicos; controle de vetores; desastres.	119
5. Programa Nacional de Imunizações.	125
6. Humanização da Atenção.	131
7. Regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias: Lei nº 11.350/2006; ...	135
8. Lei nº 2.400 de 18/12/2006 do Município de Goiatuba;	141
9. Política Nacional de Vigilância em Saúde .Lei nº 13.595/2018,	141
10. Política Nacional de Atenção Básica.....	144

IDENTIFICAÇÃO, ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO DO INDIVÍDUO E COMUNIDADE: CRIANÇA, ADOLESCENTE, JOVEM, ADULTO, IDOSO, MULHER, HOMEM E GRUPOS VULNERÁVEIS

Saúde da Mulher

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

São as que mais frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade. A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico.

Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social. Dentro da perspectiva de buscar compreender essa imbricação de fatores que condicionam o padrão de saúde da mulher, este documento analisa, sob o enfoque de gênero, os dados epidemiológicos extraídos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e de documentos elaborados por instituições e pessoas que trabalham com esse tema. 10 11 Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres.

Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007

Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes.

Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais.

Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (COSTA, 1999) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à re- 16 17 produção, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991). As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina

Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população. Posteriormente, a literatura vem demonstrar que determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte (OPAS, 2000). Com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher.

As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida.

Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica:

Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas.

Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define 18 19 o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2003d).

O nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo. O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Segundo os autores, embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher.

Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual (CORREA; PIOLA, 2002).

Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST:

- fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;
 - ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS. Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde:
 - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;
 - garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;
 - ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;
 - estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes:
 - construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; – qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;
 - organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência; – fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal; – elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo
 - qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
 - apoiar a expansão da rede laboratorial; – garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;
 - melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna
 - Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual:
 - organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;
 - articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids
 - promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.
- Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina:
- prevenir as DST e a infecção pelo HIV/aids entre mulheres;
 - ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e aids. Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina:

– organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama;

- garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia;
- oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/ câncer invasor. Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:

melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS;

– qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; – incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais. Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério:

– ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres no climatério na rede SUS. Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade:

– incluir a abordagem às especificidades da atenção a saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS; – incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS. Promover a atenção à saúde da mulher negra:

– melhorar o registro e produção de dados; – capacitar profissionais de saúde; – implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; – incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde ;

– estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.

Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade:

– implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal;

– introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde.

Promover a atenção à saúde da mulher indígena:

– ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população:

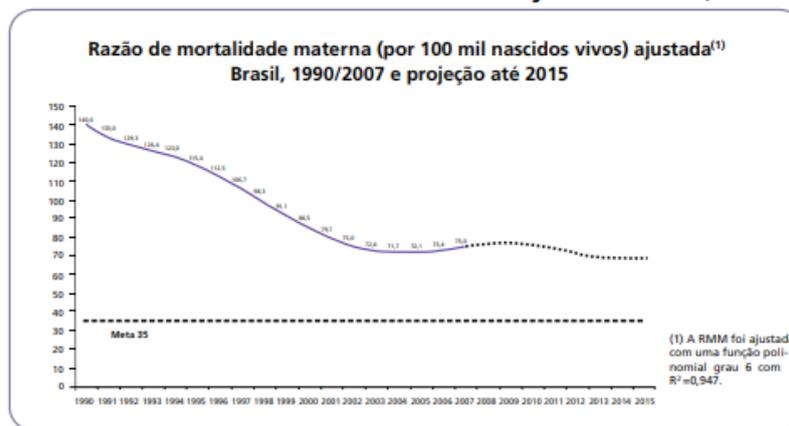
– ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias. Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres:

– promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher, no âmbito do SUS;

Atenção ao Pré natal de Baixo Risco

O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série (gráfico 1).

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna ajustada: Brasil, 1990/2007



Fonte: DASIS/SVS/MS.

Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990.

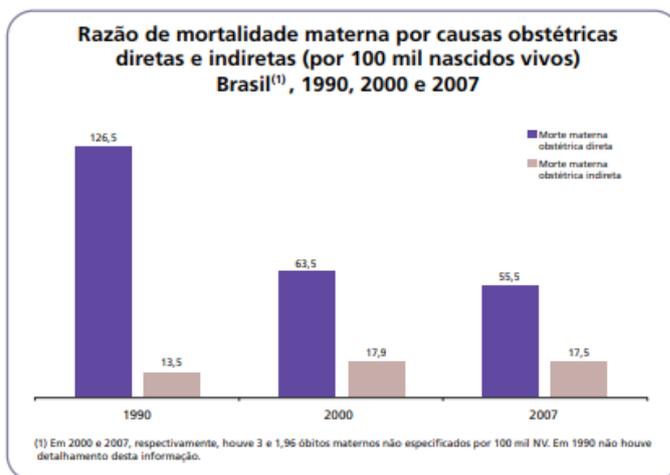
A queda da morte materna se deve fundamentalmente à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas.

As mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores.

As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios. A mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56% desde 1990 até 2007, enquanto aquela por causas indiretas aumentou 33%, de 1990 a 2000, e se manteve estável de 2000 a 2007.

O aumento verificado entre 1990 e 2000 foi um reflexo da melhoria nas investigações de óbitos suspeitos de decorrência de causas indiretas. Em 1990, a mortalidade por causas diretas era 9,4 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Esta relação reduziu-se para 3,5 vezes em 2000 e 3,2 vezes em 2007 (gráfico 2)

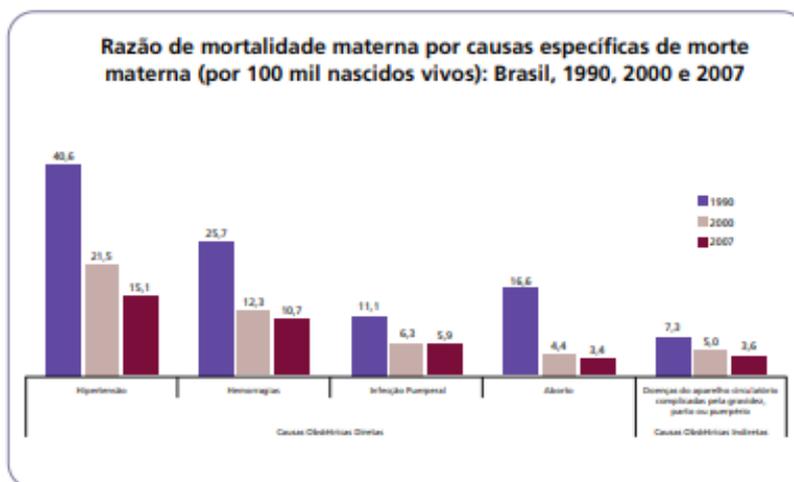
Gráfico 2 – Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas: Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: DASIS/SVS/MS .

Os óbitos maternos por hipertensão foram reduzidos em 62,8%; por hemorragia, 58,4%; por infecções puerperais, 46,8%; por aborto, 79,5%; e por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, pelo parto e pelo puerpério, 50,7% (gráfico 3). Mas ainda é preocupante a proporção de jovens que morrem por causas obstétricas. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), entre 1990 e 2007, a mortalidade materna na adolescência (de 10 a 19 anos) variou entre 13% a 16% do total de óbitos maternos (BRASIL, 2010, p. 93). A gravidez na adolescência constitui um grande desafio para os formuladores e gestores de políticas públicas do País.

Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte materna: Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: SIM – CGIAE/DASIS/SVS/MS .

Iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, associadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assim como os impactos da regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos podem estar relacionados aos avanços observados na redução das mortes por causas obstétricas diretas. Contudo, as taxas por causas diretas ainda são elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde. O alcance da meta proposta no âmbito deste Objetivo de Desenvolvimento do Milênio dependerá, assim, da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade materna no Brasil.