



SL-130MA-21
CÓD: 7908433205685

CACHOEIRINHA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRINHA
DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Agente de Combate a Endemias

CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2021

Língua Portuguesa

1. Leitura e compreensão de textos: assunto e estruturação. Ideias principais e secundárias. Relação entre ideias. Efeitos de sentido. Figuras de linguagem	14
2. Recursos de argumentação. Informações implícitas: pressupostos e subentendidos	01
3. Coesão e coerência textuais	17
4. Léxico: significação e substituição de palavras e expressões no texto	17
5. Estrutura e formação de palavras	18
6. Aspectos linguísticos: relações morfossintáticas	19
7. Ortografia: emprego de letras e de acentuação gráfica, conforme o sistema oficial vigente (Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990).	24
8. Relações entre fonemas e grafias	25
9. Flexões e emprego de classes gramaticais. Vozes verbais e sua conversão	19
10. Pontuação	26
11. Redação oficial: padrão ofício	27

Conhecimentos Específicos Agente de Combate a Endemias

1. Políticas Nacionais de Saúde;	01
2. Sistema Único de Saúde;	14
3. Estratégias e ações de educação e promoção da Saúde;	21
4. Vigilância e prioridades em saúde;	33
5. Humanização da Assistência à Saúde;	39
6. Ações e programas de saúde, em especial o Programa de Saúde da Família;	44
7. Atenção primária à saúde.	47
8. Conhecimentos básicos sobre doenças.	49
9. O trabalho do Agente Epidemiológico. Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário.	53
10. Ética no trabalho em saúde.	60
11. Direitos humanos.	61
12. Técnicas de levantamento das condições de vida e de saúde/doença da população.	65
13. Indicadores socioeconômicos, culturais e epidemiológicos: conceitos, aplicação.	71
14. Vigilância no território. A territorialização como instrumento básico de reconhecimento do território para a atuação da vigilância. Situação epidemiológica no Município.	76
15. Leishmaniose: características epidemiológicas: ciclo, modo de transmissão, período de incubação, suscetibilidade e imunidade; aspectos clínicos no cão; medidas preventivas dirigidas à população humana, ao vetor e à população canina; Protocolo de exames de laboratório.	78
16. Programa Nacional de Controle da Dengue, Zika Vírus, Febre Chikungunya: o que é, significado do nome, área de circulação, situação nas Américas, transmissão, notificação de caso e prevenção.	81
17. Controle ético da população de cães e gatos: guarda responsável e controle populacional de cães e gatos. Situação do Programa de controle populacional de cães e gatos.	94
18. Raiva: noções sobre a doença, vacinação antirrábica animal, controle de morcegos em áreas urbanas.	97
19. Roedores/Leptospirose: controle de roedores em áreas urbanas.	99
20. Animais Peçonhentos: ofídios, aracnídeos (aranhas e escorpiões) e lepidópteros (Lonomia obliqua): noções básicas sobre controle, prevenção de acidentes e primeiros socorros.	152
21. Legislação em geral aplicável ao cargo: Lei nº 8.080/90;	158
22. Lei nº 11.350/06;	167
23. Portaria nº 204/16.	172
24. Conteúdos relacionados com as atribuições do cargo independente de referência bibliográfica.	174

Conteúdo Digital Complementar e Exclusivo

Legislação

1. Lei Orgânica do Município e alterações (todos os artigos).	01
2. Regime Jurídico dos Servidores Municipais e alterações (todos os artigos).	19
3. Constituição Federal/88: (Arts. 1º ao 19; Arts. 29 a 31; Arts. 34 a 41. Arts. 44 a 69).	36

Conhecimentos Gerais

1. Conhecimentos gerais: dados históricos, geográficos, geopolíticos e socioeconômicos do município, do estado, do país e do mundo.	01
2. Informações sobre política, economia e esportes em geral.	46
3. Informações sobre o Meio Ambiente; ecologia; ecossistema; desenvolvimento sustentável e preservação/proteção ambiental. Informações acerca das ciências naturais, físicas, biológicas;	72
4. Informações acerca da cultura e das artes em geral do Rio Grande do Sul, do Brasil e do Mundo.	92
5. Atualidades no Brasil: Cenário político brasileiro.	97
6. Governo Bolsonaro.	98
7. Crise econômica. PIB.	101
8. Reforma política.	102
9. COAF.	102
10. Estatuto do desarmamento.	104
11. Reforma da previdência.	105
12. Pacote anticorrupção.	112
13. Sistema prisional brasileiro.	113
14. Milícias no Brasil.	115
15. Missão permanente do Brasil na ONU.	116
16. Petróleo e sua importância na política brasileira.	117
17. NAFTA e sua relação com o Brasil.	120
18. Acordo entre o Mercosul e a União Europeia.	121
19. Mobilidade urbana (problema de moradia nos grandes centros urbanos).	124
20. Acessibilidade e o papel das políticas públicas.	133
21. Desastres ambientais: chuvas em Minas Gerais.	135
22. História da saúde pública no Brasil.	136
23. A pandemia do Coronavírus.	145
24. Discriminação: xenofobia, racismo, homofobia etc.	175
25. Problema das cotas sociais e raciais.	176
26. Problema da desigualdade de gênero.	178
27. Debate sobre cultura do estupro.	180
28. Bullying.	182
29. Massacre indígena.	183
30. Arte: os centenários de Clarice Lispector e de João Cabral de Melo Neto.	185
31. Atualidades no mundo: Cenário político mundial.	185
32. Governo de Donald Trump.	209
33. Política Imigratória dos EUA.	212
34. Racismo nos EUA.	214
35. Díaz-Canel e o governo cubano.	217
36. Governo de Kim Jong-Un.	219
37. Negociações e reaproximação das Coreias.	220
38. Guerra na Síria.	221
39. Catalunha e o movimento separatista.	223
40. Brexit.	227
41. Angela Merkel e a Alemanha.	229
42. Refugiados.	232
43. Atentados terroristas.	235
44. Acordo de Paris.	236
45. Kremlin e a corrida armamentista.	239

ÍNDICE

46. Sistema político da Rússia.	240
47. A década da China.	244
48. Nova rota da Seda chinesa.	245
49. Riscos dos agrotóxicos.	247
50. Irã e seu Programa Nuclear como ameaça global.	247
51. Equilíbrio de forças no Oriente Médio.	248
52. Crise entre EUA e Irã.	248
53. Instabilidade econômica da Argentina.	251
54. Crise no Chile.	253
55. Governo de Nicolás Maduro.	255
56. Novo bloco Prosul.	256
57. A pandemia do Coronavírus.	259
58. Incêndios na Austrália.	259
59. Fórum Econômico Mundial.	261

*Prezado Candidato, para estudar o conteúdo digital complementar e exclusivo,
acesse: www.editorasolucao.com.br/materiais*

LEITURA E COMPREENSÃO DE TEXTOS: ASSUNTO E ESTRUTURAÇÃO. IDEIAS PRINCIPAIS E SECUNDÁRIAS. RELAÇÃO ENTRE IDEIAS. EFEITOS DE SENTIDO. RECURSOS DE ARGUMENTAÇÃO. INFORMAÇÕES IMPLÍCITAS: PRESSUPOSTOS E SUBENTENDIDOS

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.

Interpretação de Texto

Interpretar um texto quer dizer dar sentido, inferir, chegar a uma conclusão do que se lê. A interpretação é muito ligada ao subentendido. Sendo assim, ela trabalha com o que se pode deduzir de um texto.

A interpretação implica a mobilização dos conhecimentos prévios que cada pessoa possui antes da leitura de um determinado texto, pressupõe que a aquisição do novo conteúdo lido estabeleça uma relação com a informação já possuída, o que leva ao crescimento do conhecimento do leitor, e espera que haja uma apreciação pessoal e crítica sobre a análise do novo conteúdo lido, afetando de alguma forma o leitor.

Sendo assim, podemos dizer que existem diferentes tipos de leitura: uma leitura prévia, uma leitura seletiva, uma leitura analítica e, por fim, uma leitura interpretativa.

É muito importante que você:

- Assista os mais diferenciados jornais sobre a sua cidade, estado, país e mundo;
- Se possível, procure por jornais escritos para saber de notícias (e também da estrutura das palavras para dar opiniões);
- Leia livros sobre diversos temas para sugar informações ortográficas, gramaticais e interpretativas;
- Procure estar sempre informado sobre os assuntos mais polêmicos;
- Procure debater ou conversar com diversas pessoas sobre qualquer tema para presenciar opiniões diversas das suas.

Dicas para interpretar um texto:

– Leia lentamente o texto todo.

No primeiro contato com o texto, o mais importante é tentar compreender o sentido global do texto e identificar o seu objetivo.

– Releia o texto quantas vezes forem necessárias.

Assim, será mais fácil identificar as ideias principais de cada parágrafo e compreender o desenvolvimento do texto.

– Sublinhe as ideias mais importantes.

Sublinhar apenas quando já se tiver uma boa noção da ideia principal e das ideias secundárias do texto.

– Separe fatos de opiniões.

O leitor precisa separar o que é um fato (verdadeiro, objetivo e comprovável) do que é uma opinião (pessoal, tendenciosa e mutável).

– Retorne ao texto sempre que necessário.

Além disso, é importante entender com cuidado e atenção os enunciados das questões.

– Reescreva o conteúdo lido.

Para uma melhor compreensão, podem ser feitos resumos, tópicos ou esquemas.

Além dessas dicas importantes, você também pode grifar palavras novas, e procurar seu significado para aumentar seu vocabulário, fazer atividades como caça-palavras, ou cruzadinhas são uma distração, mas também um aprendizado.

Não se esqueça, além da prática da leitura aprimorar a compreensão do texto e ajudar a aprovação, ela também estimula nossa imaginação, distrai, relaxa, informa, educa, atualiza, melhora nosso foco, cria perspectivas, nos torna reflexivos, pensantes, além de melhorar nossa habilidade de fala, de escrita e de memória.

Um texto para ser compreendido deve apresentar ideias seladas e organizadas, através dos parágrafos que é composto pela ideia central, argumentação e/ou desenvolvimento e a conclusão do texto.

O primeiro objetivo de uma interpretação de um texto é a identificação de sua ideia principal. A partir daí, localizam-se as ideias secundárias, ou fundamentações, as argumentações, ou explicações, que levem ao esclarecimento das questões apresentadas na prova.

Compreendido tudo isso, interpretar significa extrair um significado. Ou seja, a ideia está lá, às vezes escondida, e por isso o candidato só precisa entendê-la – e não a complementar com algum valor individual. Portanto, apegue-se tão somente ao texto, e nunca extrapole a visão dele.

IDENTIFICANDO O TEMA DE UM TEXTO

O tema é a ideia principal do texto. É com base nessa ideia principal que o texto será desenvolvido. Para que você consiga identificar o tema de um texto, é necessário relacionar as diferentes informações de forma a construir o seu sentido global, ou seja, você precisa relacionar as múltiplas partes que compõem um todo significativo, que é o texto.

Em muitas situações, por exemplo, você foi estimulado a ler um texto por sentir-se atraído pela temática resumida no título. Pois o título cumpre uma função importante: antecipar informações sobre o assunto que será tratado no texto.

Em outras situações, você pode ter abandonado a leitura porque achou o título pouco atraente ou, ao contrário, sentiu-se atraído pelo título de um livro ou de um filme, por exemplo. É muito comum as pessoas se interessarem por temáticas diferentes, dependendo do sexo, da idade, escolaridade, profissão, preferências pessoais e experiência de mundo, entre outros fatores.

Mas, sobre que tema você gosta de ler? Esportes, namoro, sexualidade, tecnologia, ciências, jogos, novelas, moda, cuidados com o corpo? Perceba, portanto, que as temáticas são praticamente infinitas e saber reconhecer o tema de um texto é condição essencial para se tornar um leitor hábil. Vamos, então, começar nossos estudos?

Propomos, inicialmente, que você acompanhe um exercício bem simples, que, intuitivamente, todo leitor faz ao ler um texto: reconhecer o seu tema. Vamos ler o texto a seguir?

CACHORROS

Os zoólogos acreditam que o cachorro se originou de uma espécie de lobo que vivia na Ásia. Depois os cães se juntaram aos seres humanos e se espalharam por quase todo o mundo. Essa amizade começou há uns 12 mil anos, no tempo em que as pessoas precisavam caçar para se alimentar. Os cachorros perceberam que, se não atacassem os humanos, podiam ficar perto deles e comer a comida que sobrava. Já os homens descobriram que os cachorros podiam ajudar a caçar, a cuidar de rebanhos e a tomar conta da casa, além de serem ótimos companheiros. Um colaborava com o outro e a parceria deu certo.

Ao ler apenas o título “Cachorros”, você deduziu sobre o possível assunto abordado no texto. Embora você imagine que o texto vai falar sobre cães, você ainda não sabia exatamente o que ele falaria sobre cães. Repare que temos várias informações ao longo do texto: a hipótese dos zoólogos sobre a origem dos cães, a associação entre eles e os seres humanos, a disseminação dos cães pelo mundo, as vantagens da convivência entre cães e homens.

As informações que se relacionam com o tema chamamos de subtemas (ou ideias secundárias). Essas informações se integram, ou seja, todas elas caminham no sentido de estabelecer uma unidade de sentido. Portanto, pense: sobre o que exatamente esse texto fala? Qual seu assunto, qual seu tema? Certamente você chegou à conclusão de que o texto fala sobre a relação entre homens e cães. Se foi isso que você pensou, parabéns! Isso significa que você foi capaz de identificar o tema do texto!

Fonte: <https://portuguesrapido.com/tema-ideia-central-e-ideias-secundarias/>

IDENTIFICAÇÃO DE EFEITOS DE IRONIA OU HUMOR EM TEXTOS VARIADOS

Ironia

Ironia é o recurso pelo qual o emissor diz o contrário do que está pensando ou sentindo (ou por pudor em relação a si próprio ou com intenção depreciativa e sarcástica em relação a outrem).

A ironia consiste na utilização de determinada palavra ou expressão que, em um outro contexto diferente do usual, ganha um novo sentido, gerando um efeito de humor.

Exemplo:





Na construção de um texto, ela pode aparecer em três modos: ironia verbal, ironia de situação e ironia dramática (ou satírica).

Ironia verbal

Ocorre quando se diz algo pretendendo expressar outro significado, normalmente oposto ao sentido literal. A expressão e a intenção são diferentes.

Exemplo: Você foi tão bem na prova! Tirou um zero incrível!

Ironia de situação

A intenção e resultado da ação não estão alinhados, ou seja, o resultado é contrário ao que se espera ou que se planeja.

Exemplo: Quando num texto literário uma personagem planeja uma ação, mas os resultados não saem como o esperado. No livro "Memórias Póstumas de Brás Cubas", de Machado de Assis, a personagem título tem obsessão por ficar conhecida. Ao longo da vida, tenta de muitas maneiras alcançar a notoriedade sem sucesso. Após a morte, a personagem se torna conhecida. A ironia é que planejou ficar famoso antes de morrer e se tornou famoso após a morte.

Ironia dramática (ou satírica)

A ironia dramática é um dos efeitos de sentido que ocorre nos textos literários quando a personagem tem a consciência de que suas ações não serão bem-sucedidas ou que está entrando por um caminho ruim, mas o leitor já tem essa consciência.

Exemplo: Em livros com narrador onisciente, que sabe tudo o que se passa na história com todas as personagens, é mais fácil aparecer esse tipo de ironia. A peça como Romeu e Julieta, por exemplo, se inicia com a fala que relata que os protagonistas da história irão morrer em decorrência do seu amor. As personagens agem ao longo da peça esperando conseguir atingir seus objetivos, mas a plateia já sabe que eles não serão bem-sucedidos.

Humor

Nesse caso, é muito comum a utilização de situações que pareçam cômicas ou surpreendentes para provocar o efeito de humor.

Situações cômicas ou potencialmente humorísticas compartilham da característica do efeito surpresa. O humor reside em ocorrer algo fora do esperado numa situação.

Há diversas situações em que o humor pode aparecer. Há as tirinhas e charges, que aliam texto e imagem para criar efeito cômico; há anedotas ou pequenos contos; e há as crônicas, frequentemente acessadas como forma de gerar o riso.

Os textos com finalidade humorística podem ser divididos em quatro categorias: anedotas, cartuns, tiras e charges.

Exemplo:



ANÁLISE E A INTERPRETAÇÃO DO TEXTO SEGUNDO O GÊNERO EM QUE SE INSCREVE

Compreender um texto trata da análise e decodificação do que de fato está escrito, seja das frases ou das ideias presentes. Interpretar um texto, está ligado às conclusões que se pode chegar ao conectar as ideias do texto com a realidade. Interpretação trabalha com a subjetividade, com o que se entendeu sobre o texto.

Interpretar um texto permite a compreensão de todo e qualquer texto ou discurso e se amplia no entendimento da sua ideia principal. Compreender relações semânticas é uma competência imprescindível no mercado de trabalho e nos estudos.

Quando não se sabe interpretar corretamente um texto pode-se criar vários problemas, afetando não só o desenvolvimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal.

Busca de sentidos

Para a busca de sentidos do texto, pode-se retirar do mesmo os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo. Isso auxiliará na apreensão do conteúdo exposto.

Isso porque é ali que se fazem necessários, estabelecem uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Por fim, concentre-se nas ideias que realmente foram explicitadas pelo autor. Textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Deve-se ater às ideias do autor, o que não quer dizer que o leitor precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não sejam criadas suposições vagas e inespecíficas.

Importância da interpretação

A prática da leitura, seja por prazer, para estudar ou para se informar, aprimora o vocabulário e dinamiza o raciocínio e a interpretação. A leitura, além de favorecer o aprendizado de conteúdos específicos, aprimora a escrita.

Uma interpretação de texto assertiva depende de inúmeros fatores. Muitas vezes, apressados, descuidamo-nos dos detalhes presentes em um texto, achamos que apenas uma leitura já se faz suficiente. Interpretar exige paciência e, por isso, sempre releia o texto, pois a segunda leitura pode apresentar aspectos surpreendentes que não foram observados previamente. Para auxiliar na busca de sentidos do texto, pode-se também retirar dele os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo, isso certamente auxiliará na apreensão do conteúdo exposto. Lembre-se de que os parágrafos não estão organizados, pelo menos em um bom texto, de maneira aleatória, se estão no lugar que estão, é porque ali se fazem necessários, estabelecendo uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE

Políticas de saúde no SUS

Política Nacional de Atenção Básica

Breve contextualização histórica

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido pensada, internacionalmente, desde o início do século XX, com destaque para o seu desenho no relatório Dawson de 1922, materializando -a na figura do médico geral, no contexto de uma rede territorial de serviços nucleada a partir dos centros primários, com autoridade sanitária regional. Esta formulação serviu de base para a construção do Serviço Nacional de Saúde inglês, importante referência de sistema público e universal de saúde.

A conferência internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, influenciada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor saúde, incorporou elementos dessas experiências, propondo os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social.

Uma importante formulação concebeu a APS a partir da ideia de atributos, destacando-se: o primeiro contato, a abordagem integral, a continuidade e longitudinalidade, a coordenação, a abordagem familiar e comunitária, referindo-se ao grau de busca da APS pelas pessoas, ao grau de vinculação e relacionamento entre APS e pessoas sob seus cuidados, à capacidade resolutiva e ao poder para coordenar casos e fluxos assistenciais.

Diferentes países do mundo têm APS no seu sistema de saúde. O ideário de Alma Ata é frequentemente destacado como marco fundamental para a APS, com traduções e incorporações heterogêneas nos países, ora como APS seletiva, ora como APS ampliada, com forte influência de organismos internacionais.

APS no Brasil

As primeiras experiências de APS no Brasil datam da primeira metade do século XX. Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1988, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária. Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), do Programa de Saúde da Família (PSF), em um contexto e conjuntura política e econômica desfavoráveis a políticas universalistas. A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) uma certa fusão do Pacs com o PSF. Inicialmente com caráter seletivo, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) tiveram crescimento marcante em cidades pequenas e em regiões mais pobres, expandindo-se com maior força para os grandes centros nos anos 2000.

A introdução dos Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável na década de 1990, operados por meio de repasse financeiro fundo a fundo, facilitou a implantação da ESF e superou a lógica de financiamento por convênio e produção (procedimentos), tendo caráter relativamente redistributivo e tipo de repasse mais global por meio do PAB Fixo (per capita) e do PAB-Variável (por adesão a componentes da ESF).

Com evolução progressiva ao longo dos anos, em 2017, havia 42.467 EqSF implantadas no Brasil, cobrindo uma população estimada de 131.349.487 pessoas ou 63.73%. Há evidências de impactos da APS no Brasil, com destaque para a mortalidade infantil.

A APS no Brasil conta com a particularidade de ter em suas equipes o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro de uma equipe multiprofissional. Diversos estudos abordam a singularidade do ACS na experiência brasileira e a importância do seu trabalho, sobretudo em áreas mais pobres.

No Brasil, além de formulações internacionais, também têm sido agregadas outras perspectivas, conceitos e diretrizes – a APS é também chamada de Atenção Básica (AB), como significante de resistência à APS seletiva. Neste artigo, tais termos serão utilizados como equivalentes. Nas formulações do Pacs e do PSF, tanto a vigilância em saúde como as práticas de promoção à saúde (incluindo a intersectorialidade) e prevenção de doenças tiveram centralidade, com pouca relevância dada às práticas clínicas, subsumidas por ações programáticas em saúde com destacada normatividade. Destacam-se no Brasil, também, as noções de acolhimento, vínculo e adscrição de clientela, territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe multiprofissional, as ações individuais e coletivas e a retaguarda do apoio matricial. Salientam-se as características de porta de entrada preferencial da APS, centro de comunicação e base de ordenamento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Edições da PNAB e a revisão atual

A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESF.

Os anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A despeito disso, importantes nós críticos persistiram, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos.

Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, em boa parte baseado no enfrentamento desses nós críticos. De fato, podemos reconhecer na PNAB de 2011, no Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM) expressões desse esforço. Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à sua ampliação e ao aprimoramento. Destaca-se ainda a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). Suportando tais iniciativas, observou-se incremento no orçamento federal da AB, notadamente no PAB Variável e em recursos de investimento. O PMM (no seu componente provimento), por exemplo, possibilitou maior permanência dos médicos nas EqSF em áreas de maior vulnerabilização social, bem como o crescimento da cobertura da ESF, em um processo de disputa com a categoria médica e que provocou debates na sociedade, para além do SUS e da saúde coletiva. Em 2013, havia 34.724 EqSF implantadas no Brasil, passando a 40.162 EqSF em 2015, com esta velocidade de crescimento do número de equipes provavelmente se devendo ao PMM.

Essas iniciativas, no entanto, não foram suficientes para o enfrentamento do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, entre outros, em parte pelo tempo de sua implantação, em parte por seus limites.

É sabido que houve aumento da carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos e, no caso da AB, a baixa participação do ente estadual. A isso se somam reivindicações dos gestores municipais por mais autonomia, apoio financeiro e provimento de médicos, em parte, contempladas, no âmbito da AB, com as mudanças na PNAB a partir de 2011. Ainda assim, há evidências que apontam que a maior parte da responsabilidade pelo custeio das EqSF tem se concentrado nos municípios.

Os anos 2014 e 2015, por sua vez, foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no País, com impacto sobre o SUS. No plano da AB, destaca-se também a aprovação, em 2014, da lei federal com definição de piso salarial e obrigatoriedade de contratação apenas por vínculos diretos, para os ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), recaindo mais fortemente sobre os municípios, em virtude da responsabilidade pela contratação de profissionais. Em 2016, ganha destaque na agenda nacional a revisão da PNAB, precedida por uma portaria que facultava a presença de ACS nas equipes e incorporação de mais técnicos de enfermagem, em pouco tempo revogada diante das repercussões políticas. Houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento. Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Nesse período, o então ministro da saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Em meio a esse cenário e diante de muitos protestos, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, uma mudança instituindo uma nova PNAB.

O que muda com a nova PNAB

Até o processo de reformulação, a Atenção Básica (AB) era orientada pela política aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e publicada em 2012, tendo na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. Para Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (ISC/UFBA), coordenadora do eixo de Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde do OAPS, a principal mudança com a nova portaria está justamente na possibilidade de financiamento federal de outras modalidades de atenção básica. “É contraditório com o próprio texto da nova portaria que afirma a ‘prioridade’ para a Estratégia Saúde da Família. Prioridade significa financiamento diferenciado para garantia de equipe em tempo integral na unidade de saúde, o que facilita a construção de vínculo entre profissionais e os usuários. Isso é muito importante para médicos/as, enfermeiros/as e dentistas”, avalia.

A pesquisadora apontou as principais fragilidades do novo texto da política, que classificou como “ambíguo”.

Entre os problemas identificados está a integração do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com o dos Agentes de Endemias, que não são obrigatórios nas equipes de Saúde da Família, o que pode levar ao aumento das atribuições dos ACS, sem redução da média de famílias sob sua responsabilidade; a falta de determinação na portaria do número de ACS por equipe – “na crise de financiamento que vivemos, o mínimo tende a ser o máximo”; a definição de atribuições de “regulação” de filas para consultas e exames especializados de usuários/as da AB ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); e ainda a não obrigatoriedade da presença de profissionais de saúde bucal na composição das equipes de Atenção Básica.

“São necessárias mudanças na atual PNAB para fazer avançar a ampliação da cobertura e promover a melhoria da qualidade do cuidado. Entretanto, a ‘nova’ PNAB parece ir na direção contrária, pois não amplia a composição das equipes de atenção básica tradicional, pois o ACS não é obrigatório nesse formato. No caso das equipes de Saúde da Família, também não há avanço, pois a equipe de saúde bucal é opcional”, critica Ana Luiza.

Já a professora Claunara Schilling Mendonça, ex-diretora do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde, acredita que a portaria de 2011 prescindia de revisão. “Em 2011, quando teve a primeira revisão (PT 2488), havia o objetivo de atender às representações dos municípios, principalmente do estado de São Paulo, para que o MS [Ministério da Saúde] financiasse outras modalidades, principalmente com outras conformações das especialidades médicas e suas cargas horárias. Foram criadas mais de sete modalidades de financiamento distintas, sem nenhum efeito. Ou seja, se mudou a proposta inicial da exigência da carga horária integral dos médicos e não houve crescimento no número de equipes nessas diferentes modalidades”, ponderou.

Em entrevista ao OAPS, Claunara explicou que a nova portaria implicará no enfraquecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. “Ao chegar perto de 40 mil equipes de Saúde da Família no país, o momento era de verificar a baixa resolutividade dessas equipes por não fazerem parte da rede de atenção, estarem isoladas e sem capacidade de integrar o cuidado da APS com o restante da rede. Era o momento de avançar nos mecanismos que garantissem a regulação do acesso ao SUS a partir das equipes de ESF. Com a atual proposta, voltamos a não ter um modelo de APS para o Brasil”, criticou.

Entidades que atuam em defesa da saúde também criticaram as alterações introduzidas pela reformulação da PNAB. Em nota conjunta, Cebes, Abrasco e Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz repudiaram o rompimento da centralidade da ESF na organização do SUS, com a instituição de financiamento específico para outros modelos que não contemplam a composição de equipes multiprofissionais com a presença de agentes comunitários de saúde; “a implantação de modo simplificado, ou reducionista, de uma ‘relação nacional de ações e serviços essenciais e estratégicos da AB’”; e a ameaça à presença do Agente Comunitário de Saúde como integrante e profissional da atenção básica.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e o Cofen – Conselho Federal de Enfermagem, além de pesquisadores/as como Ligia Giovanella, Luiz Augusto Facchini e José Gomes Temporão também expuseram, ao longo do processo de reformulação, os riscos dos novos termos da PNAB. Em entrevista ao OAPS no mês de outubro, a pesquisadora Rosana Aquino destacou que o modelo da ESF – para ela, “uma das grandes inovações do SUS” – traz melhores indicadores de saúde, quando comparado a outros modelos de Atenção

Básica, e os resultados positivos mostrados por diversas pesquisas estão agora sob ameaça de uma redução ainda maior de financiamento. “Quando o ministro da Saúde diz que ‘é para financiar o mundo real’, o mundo real dele provavelmente é o mundo da atenção à saúde de menor qualidade e uma Atenção Primária focalizada e seletiva, então estamos realmente bastante apreensivos”.

Já marcado por polêmicas, o cenário foi sacudido ainda pela ação movida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e acatada pelo juiz Renato Borelli, da 20ª Vara Federal de Brasília, que estabelece restrições à atuação de enfermeiros/as, impedindo a realização de consultas e solicitação de exames sem prévia autorização médica. Na avaliação do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e do Ministério da Saúde, a liminar prejudica o trabalho de Atenção Básica, com impactos diretos no funcionamento das unidades básicas de saúde e na garantia do acesso da população. Por outro lado, o CFM argumenta que a decisão judicial não compromete o funcionamento dos programas de saúde pública orientados pela PNAB por não impedir a realização de práticas terapêuticas, procedimentos e exames, desde que solicitados previamente por médicos/as.

A PNAB completa está disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

A PNAISC está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos. Tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Os princípios que orientam esta política afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade, a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa. Propõe diretrizes norteadoras para a elaboração de planos e projetos de saúde voltados às crianças, como a gestão interfederativa, a organização de ações e os serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes temáticas de atenção à saúde; promoção da saúde, qualificação de gestores e trabalhadores; fomento à autonomia do cuidado e corresponsabilização de trabalhadores e familiares; intersetorialidade; pesquisa e produção de conhecimento e monitoramento e avaliação das ações implementadas. Os sete eixos estratégicos que compõem a política têm a finalidade de orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde da criança no território, a partir dos determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos. Suas ações se organizam a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase para as redes temáticas, em especial à Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e tendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado no território, e servirão de fio condutor do cuidado, transversalizando a Rede de Atenção à Saúde, com ações e estratégias voltadas à criança, na busca da integralidade, por meio de linhas de cuidado e metodologias de intervenção, o que pode se constituir em um grande diferencial a favor da saúde da criança.

A normativa busca integrar diversas ações já existentes para atendimento a essa população. O objetivo é promover o aleitamento materno e a saúde da criança, a partir da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância (zero a cinco anos) e às populações de maior vulnerabilidade, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas, ribeirinhas, e em situação de rua.

Eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

Os sete eixos estratégicos da Política são: atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

A Política considera como criança a pessoa na faixa etária de zero a nove anos e a primeira infância, de zero a cinco anos. Para atendimento em serviços de pediatria no Sistema Único de Saúde (SUS), são contempladas crianças e adolescentes menores de 16 anos, sendo que este limite etário pode ser alterado conforme as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento.

Dos princípios:

1) Direito à vida e à saúde – Princípio fundamental garantido mediante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção integral e recuperação da saúde, por meio da efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis e harmoniosos, em condições dignas de existência, livre de qualquer forma de violência (BRASIL, 1988; 1990b).

2) Prioridade absoluta da criança – Princípio constitucional que compreende a primazia da criança de receber proteção e cuidado em quaisquer circunstâncias, ter precedência de atendimento nos serviços de saúde e preferência nas políticas sociais e em toda a rede de cuidado e de proteção social existente no território, assim como a destinação privilegiada de recursos em todas as políticas públicas (BRASIL, 1988; 1990b).

3) Acesso universal à saúde – Direito de toda criança receber atenção e cuidado necessários e dever da política de saúde, por meio dos equipamentos de saúde, de atender às demandas da comunidade, propiciando o acolhimento, a escuta qualificada dos problemas e a avaliação com classificação de risco e vulnerabilidades sociais, propondo o cuidado singularizado e o encaminhamento responsável, quando necessário, para a rede de atenção (BRASIL, 2005a).

4) Integralidade do cuidado – Princípio do SUS que trata da atenção global da criança, contemplando todas as ações de promoção, de prevenção, de tratamento, de reabilitação e de cuidado, de modo a prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende, ainda, a garantia de acesso a todos os níveis de atenção, mediante a integração dos serviços, da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Básica, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança em uma rede de cuidados e proteção social, por meio de estratégias como linhas de cuidado e outras, envolvendo a família e as políticas sociais básicas no território (BRASIL, 2005a).

5) Equidade em saúde – Igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos, mediante a definição de prioridades de ações e serviços de acordo com as demandas de cada um, com maior alocação dos recursos onde e para aqueles com maior necessidade. Dá-se por meio de mecanismo de indução de políticas ou programas para populações vulneráveis, em condição de iniquidades em saúde, por meio do diálogo entre governo e sociedade civil, envolvendo integrantes dos diversos órgãos e setores da Saúde, pesquisadores e lideranças de movimentos sociais (BRASIL, 2005a; BRASIL; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2009).

6) Ambiente facilitador à vida – Princípio que se refere ao estabelecimento e à qualidade do vínculo entre criança e sua mãe/família/cuidadores e também destes com os profissionais que atuam em diferentes espaços que a criança percorre em seus territórios vivenciais para a conquista do desenvolvimento integral (PENELLO, 2013). Esse ambiente se constitui a partir da compreensão da relação entre indivíduo e sociedade, interagindo por um desenvolvimento permeado pelo cuidado essencial, abrangendo toda a comunidade em que vive. Este princípio é a nova mentalidade que aporta, sustenta e dá suporte à ação de todos os implicados na Atenção Integral à Saúde da Criança.

7) Humanização da atenção – Princípio que busca qualificar as práticas do cuidado, mediante soluções concretas para os problemas reais vividos no processo de produção de saúde, de forma criativa e inclusiva, com acolhimento, gestão participativa e cogestão, clínica ampliada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e ambiência, estabelecimento de vínculos solidários entre humanos, valorização dos diferentes sujeitos implicados, desde etapas iniciais da vida, buscando a corresponsabilidade entre usuários, trabalhadores e gestores neste processo, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva, fomentando a transversalidade e a grupalidade, assumindo a relação indissociável entre atenção e gestão no cuidado em saúde (BRASIL, 2006a).

8) Gestão participativa e controle social – Preceito constitucional e um princípio do SUS, com o papel de fomentar a democracia representativa e criar as condições para o desenvolvimento da cidadania ativa. São canais institucionais, de diálogo social, as audiências públicas, as conferências e os conselhos de saúde em todas as esferas de governo que conferem à gestão do SUS realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade dos resultados. No caso da saúde da criança, o Brasil possui um extenso leque de entidades da sociedade civil que militam pela causa da infância e do aleitamento materno e que podem potencializar a implementação deste princípio (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2009; MARTINS, 2010).

Das Diretrizes:

1) Gestão interfederativa das ações de saúde da criança – Fomento à gestão para implementação da Pnaisc, por meio da viabilização de parcerias e articulação interfederativa, com instrumentos necessários para fortalecer a convergência dela com os planos de saúde e os planos intersetoriais e específicos que dizem respeito à criança.

2) Organização das ações e dos serviços em Redes de Atenção à Saúde – Fomento e apoio à organização de ações e aos serviços da Rede de Atenção à Saúde, com a articulação de profissionais e serviços de saúde, mediante estratégias como o estabelecimento de linhas de cuidado, a troca de informações e saberes, a tomada horizontal de decisões, baseada na solidariedade e na colaboração, garantindo a continuidade do cuidado com a criança e a completa resolução dos problemas colocados, de forma a contribuir para a integralidade da atenção e a proteção da criança.

3) Promoção da Saúde – Reconhecimento da Promoção da Saúde como conjunto de estratégias e forma de produzir saúde na busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e saúde, com ações intrassetoriais e intersetoriais, voltadas para o desenvolvimento da pessoa humana, do ambiente e hábitos de vida saudáveis e o enfrentamento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, envolvendo o trabalho em rede em todos os espaços de produção de saberes e práticas do cuidado nas dimensões individuais, coletivas e sociais (BRASIL, 2014h).

4) Fomento à autonomia e corresponsabilidade da família – Fomento à autonomia e corresponsabilidade da família, princípio constitucional, que deve ser estimulado e apoiado pelo poder público, com informações qualificadas sobre os principais problemas de saúde e orientações sobre o processo de educação dos filhos, o estabelecimento de limites educacionais sem violência e os cuidados com a criança, com especial foco nas etapas iniciais da vida, para a efetivação de seus direitos.

5) Qualificação da força de trabalho – Qualificação da força de trabalho para a prática de cuidado, da cogestão e da participação nos espaços de controle social, do trabalho em equipe e da articulação dos diversos saberes e intervenções dos profissionais, efetivando-se o trabalho solidário e compartilhado para produção de resposta qualificada às necessidades em saúde da família.

6) Planejamento no desenvolvimento de ações – Aperfeiçoamento das estratégias de planejamento na execução das ações da Pnaisc, a partir das evidências epidemiológicas, definição de indicadores e metas, com articulação necessária entre as diversas políticas sociais, iniciativas de setores e da comunidade, de forma a tornar mais efetivas as intervenções no território, que extrapolem as questões específicas de saúde.

7) Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento – Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento para o desenvolvimento de conhecimento com apoio à pesquisa, à inovação e à tecnologia no campo da Atenção Integral à Saúde da Criança, possibilitando a geração de evidências e instrumentos necessários para a implementação da Pnaisc, sempre respeitando a diversidade étnico-cultural, aplicada ao processo de formulação de políticas públicas.

8) Monitoramento e avaliação – Fortalecimento do monitoramento e avaliação das ações e das estratégias da Pnaisc, com aprimoramento permanente dos sistemas de informação e instrumentos de gestão, que garantam a verificação a qualquer tempo, em que medida os objetivos estão sendo alcançados, a que custo, quais os processos ou efeitos (previstos ou não, desejáveis ou não), indicando novos rumos, mais efetividade e satisfação.

9) Intersetorialidade – Promoção de ações intersetoriais para a superação da fragmentação das políticas sociais no território, mediante a articulação entre agentes, setores e instituições para ampliar a interação, favorecendo espaços compartilhados de decisões, que gerem efeitos positivos na produção de saúde e de cidadania.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Atualmente o aumento da população idosa constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de vários países do mundo. Como evidenciado por diversos estudos, a população brasileira, também, vem envelhecendo de forma rápida. Essa mudança na estrutura da população é caracterizada pela transição demográfica, ou seja, o processo de alteração de uma situação com altas taxas de fecundidade e mortalidade para outra com baixas taxas desses indicadores. Outro fator a interferir na estrutura da população é o migratório, sobretudo com a entrada de estrangeiros, no final dos séculos XIX e XX, no Brasil. Nesta nova realidade, a redução das taxas de fecundidade e a diminuição da mortalidade geram maior expectativa de vida, e levam a nova configuração da população no país. Surge, assim, a transição epidemiológica, definida pelo declínio das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônicas não-transmissíveis.

Neste sentido, os dados demográficos mostram a necessidade urgente dos gestores e políticos brasileiros observarem o panorama dessa transição, e, em conjunto com a sociedade, num breve espaço de tempo, discutirem as políticas públicas de atenção ao idoso. Urge serem estas implementadas em todas as esferas sociais, por técnicos e profissionais que atendem essa parcela populacional, particularmente os da área de enfermagem.

O processo de envelhecimento populacional tem sido discutido e acompanhado por medidas, destinadas a proteger os idosos, como cidadãos cada vez mais presentes nas sociedades mundiais. Até a década de 70, do século XX, no Brasil, os idosos recebiam, principalmente, atenção de cunho caritativo de instituições não-governamentais, tais como entidades religiosas e filantrópicas. No aspecto legislativo, os idosos foram mencionados em alguns artigos, decretos-leis, leis, portarias, entre outras. Sobressaem artigos do Código Civil (1916), 4 do Código Penal (1940), 4 do Código Eleitoral (1965), além da Lei Nº 6.179 de 1974, 4 que criou a Renda Mensal Vitalícia, e de outros decretos-leis e portarias relacionadas, particularmente, com as questões da aposentadoria. Porém, a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, da Organização das Nações Unidas (ONU), pode ser citada como o marco mundial que iniciou as discussões direcionadas aos idosos. Este fórum ocorreu em Viena - Áustria, no período de 26 de julho a 6 de agosto de 1982, com representação de 124 países de todo o mundo, incluindo o Brasil. Neste fórum foi estabelecido um Plano de Ação para o Envelhecimento, posteriormente publicado em Nova Iorque, em 1983.

O Plano de Ação para o Envelhecimento foi considerado um importante documento de estratégias e recomendações prioritárias nos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo de envelhecimento de uma população, e deveria ser baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Estabeleceram-se, então, alguns princípios para a implementação de políticas para o envelhecimento sob responsabilidade de cada país. Destes princípios, destacam-se os seguintes: a estipulação da família, nas suas diversas formas e estruturas, como a unidade fundamental mantenedora e protetora dos idosos; cabe ainda às políticas sociais prepararem as populações para os estágios mais tardios da vida, assegurando assistência integral de ordem física, psicológica, cultural, religiosa/espiritual, econômica, de saúde, entre outros aspectos. Ainda como estabelecido, aos idosos deve ser proporcionada a oportunidade de contribuição para o desenvolvimento dos seus países, bem como a participação ativa na formulação e implementação de políticas, incluindo aquelas a eles direcionadas; os órgãos governamentais, não governamentais e todos que têm responsabilidades com os idosos devem dispensar atenção especial aos grupos vulneráveis, particularmente aos mais pobres, mulheres e residentes em áreas rurais.

Este Plano de Ação almejou sensibilizar os governos e sociedades para a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para os idosos, bem como alertar para o desenvolvimento de estudos futuros sobre os aspectos do envelhecimento.

Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional no Brasil, em 4 de janeiro de 1994 foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso, posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96.6 Esta Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. Como previsto nesta lei, estipula-se o limite de 60 anos e mais, de idade, para uma pessoa ser considerada idosa.

Como parte de suas estratégias, referida política estabelece, entre suas diretrizes, a descentralização de suas ações por intermédio dos órgãos setoriais nos estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não-governamentais.

A Lei em discussão rege-se por determinados princípios, tais como: assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, sendo a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade de forma geral e o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, bem como deve ser o principal agente e o destinatário das transformações indicadas por essa política. E, por fim, cabe aos poderes públicos e à sociedade em geral a aplicação dessa lei, considerando as diferenças econômicas, sociais, além das regionais.

De acordo com o estabelecido, a mencionada lei determinou a articulação e integração de setores ministeriais e uma secretaria para a elaboração de um Plano de Ação Governamental para a Integração da Política Nacional do Idoso (PNI). Esse Plano de Ação foi composto por nove órgãos: Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão e Secretaria de Desenvolvimento Urbano.

Para colocar em prática as ações preconizadas pela PNI, foi elaborado o Plano de Ação Conjunta, que trata de ações preventivas, curativas e promocionais, com vistas à melhor qualidade de vida do idoso.

O referido Plano de Ação norteia ações integradas de forma a viabilizar a implementação da PNI. Neste sentido, define ações e estratégias para cada órgão setorial, negocia recursos financeiros entre as três esferas de governo e acompanha, controla e avalia as ações. Para isto, foram traçadas as seguintes diretrizes:

- Viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhe integração às demais gerações;
- Promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativas na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
- Priorizar o atendimento ao idoso por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições de garantir sua sobrevivência;
- Descentralizar as ações político-administrativas;
- Capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia;
- Implementar o sistema de informações com vistas à divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos e programas em cada nível de governo;
- Estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
- Priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviço;
- Apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento.

De acordo com o Plano de Ação, os órgãos setoriais, usando de suas atribuições e baseados na PNI, realizam as ações conforme as demandas da população de idosos. Na busca da implementação desta política, têm ocorrido vários fóruns, formais e informais, de discussão a respeito dos direitos dos idosos de forma a efetivá-la e ampliá-la.

Como observado, a referida política apresenta ações inovadoras usadas como referência na abordagem do idoso. Entretanto, a garantia dos direitos sociais para este ator não tem se concretizado efetivamente, pois esta vem sendo implementada no Brasil de forma lenta e gradativa. Diante desta situação, cabe, pois aos idosos, às famílias e à sociedade em geral a conscientização e participação política na busca da justiça social para a garantia plena dos direitos teoricamente assegurados.