



CÓD: SL-008JL-21
7908433207177

FUNSAÚDE-CE

FUNDAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

Psicólogo- Área Hospitalar

EDITAL N° 01, DE 24 DE JUNHO DE 2021

Língua Portuguesa

1. Elementos de construção do texto e seu sentido: gênero do texto (literário e não literário, narrativo, descritivo e argumentativo); interpretação e organização interna	01
2. Semântica: sentido e emprego dos vocábulos; campos semânticos	13
3. Emprego de tempos e modos dos verbos na Língua Portuguesa. Morfologia: reconhecimento, emprego e sentido das classes gramaticais; processos de formação de palavras; mecanismos de flexão dos nomes e verbos.	14
4. Sintaxe: frase, oração e período; termos da oração; processos de coordenação e subordinação.	20
5. Concordância nominal e verbal	22
6. Transitividade e regência de nomes e verbos.	23
7. Padrões gerais de colocação pronominal na Língua Portuguesa	23
8. Mecanismos de coesão textual	24
9. Ortografia	24
10. Acentuação gráfica	25
11. Emprego do sinal indicativo de crase	26
12. Pontuação	26
13. Estilística: figuras de linguagem.	27
14. Reescritura de frases: substituição, deslocamento, paralelismo	29
15. Variação linguística	30
16. Norma padrão.	32

Raciocínio Lógico

1. Proposições, conectivos, equivalências lógicas, quantificadores e predicados	01
2. Conjuntos e suas operações, diagramas.	23
3. Números inteiros, racionais e reais e suas operações	27
4. Porcentagem	31
5. Proporcionalidade direta e inversa	32
6. Medidas de comprimento, área, volume, massa e tempo	34
7. Estrutura lógica de relações arbitrárias entre pessoas, lugares, objetos ou eventos fictícios; dedução de novas informações das relações fornecidas e avaliação das condições usadas para estabelecer a estrutura daquelas relações. Compreensão e análise da lógica de uma situação, utilizando as funções intelectuais: raciocínio verbal, raciocínio matemático, raciocínio sequencial, reconhecimento de padrões, orientação espacial e temporal, formação de conceitos, discriminação de elementos	01
8. Compreensão de dados apresentados em gráficos e tabelas.	36
9. Problemas de lógica e raciocínio	01
10. Problemas de contagem e noções de probabilidade.	37
11. Geometria básica: ângulos, triângulos, polígonos, distâncias, proporcionalidade, perímetro e área	40
12. Noções de estatística: média, moda, mediana e desvio padrão.	45

Atualidades

1. Meio ambiente e sociedade: problemas, políticas públicas, organizações não governamentais, aspectos locais e aspectos globais.	01
2. Descobertas e inovações científicas na atualidade e seus impactos na sociedade contemporânea.	10
3. Mundo Contemporâneo: elementos de política internacional e brasileira; cultura internacional	16
4. Cultura brasileira (música, literatura, artes, arquitetura, rádio, cinema, teatro, jornais, revistas e televisão)	33
5. Elementos de economia internacional contemporânea	37
6. Panorama da economia brasileira.	44
7. Ética e cidadania.	50
8. Relações humanas no trabalho.	56

Legislação

1. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes, estrutura e organização; políticas de saúde. Estrutura e funcionamento das instituições e suas relações com os serviços de saúde.	01
2. Níveis progressivos de assistência à saúde.	07
3. Políticas públicas do SUS para gestão de recursos físicos, financeiros, materiais e humanos	08

ÍNDICE

4. Sistema de planejamento do SUS: estratégico e normativo	16
5. Direitos dos usuários do SUS	26
6. Participação e controle social	32
7. Ações e programas do SUS.	34
8. Legislação básica do SUS	36
9. Política Nacional de Humanização.	38

Conhecimentos Específicos

Psicólogo - Área Hospitalar

1. Política de Saúde Mental: reforma psiquiátrica no Brasil. Nova lógica assistencial em saúde mental: superação do modelo asilar.	01
2. Processo de trabalho nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.	03
3. Reabilitação psicossocial. Rede de serviços de proteção e atenção.	05
4. Clínica da subjetividade, compreensão do sofrimento psíquico, interdisciplinaridade.	08
5. Garantia dos direitos de cidadania aos portadores de sofrimento psíquico.	09
6. Urgência e emergência em saúde mental: atenção à crise e aos serviços psicossociais.	10
7. Inserção dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no contexto político de redemocratização do país e nas lutas pela revisão dos marcos conceituais das formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental. Bases legais de sustentação para o credenciamento e financiamento dos CAPS pelo SUS.	27
8. Características e estratégias de atuação dos CAPS, residências terapêuticas, projeto terapêutico singular, acolhimento, clínica ampliada e matriciamento. Projeto terapêutico singular, apoio matricial, clínica ampliada.	35
9. Visitas domiciliares e outras formas de busca do paciente.	43
10. Os modelos de atenção.	44
11. Desafios para o fortalecimento da psicologia no SUS: a produção referente à formação e à inserção profissional.	45
12. NASF e ESF.	48
13. O papel do psicólogo na articulação entre Saúde e Assistência Social.	60
14. Fundamentos da psicopatologia geral.	62
15. Teorias e técnicas psicoterápicas. Teorias psicológicas e técnicas psicoterapêuticas.	63
16. Teorias da personalidade.	63
17. Assistência integral às pessoas em situação de risco: violência contra a criança, adolescente, mulher, idoso e família.	64
18. Desenvolvimento humano e suas fases.	79
19. Envelhecimento e subjetividade.	117
20. Teoria das neuroses, psicoses, perversões e seus desdobramentos. Clínica das neuroses e das psicoses. Álcool, tabagismo, crack, outras drogas e redução de danos.	118
21. Psicodiagnóstico.	133
22. Fundamentos das intervenções grupais. Grupo operativo: conceito, fenômenos do grupo, singularidades das relações grupais, enquadramento, metodologia, intervenções e manejo.	134
23. Psicodinâmica do trabalho. Psicologia na saúde do trabalhador.	135
24. Elaboração de parecer e laudo psicológico. Elaboração e registro de documentos psicológicos.	135

Conteúdo Digital Complementar e Exclusivo

Legislação

1. Constituição Federal de 1988 - Título VIII - artigo 194 a 200	01
2. Lei nº 8.142/90 (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências).	03
3. Lei nº 8.080/90 (dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências).	05
4. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 (dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os Serviços de Saúde)13	
5. Resolução CNS nº 553/2017 (dispõe sobre a carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde)	17
6. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências) .21	

Prezado Candidato, para estudar o conteúdo digital complementar e exclusivo, acesse: <https://www.editorasolucao.com.br/retificacoes>

ELEMENTOS DE CONSTRUÇÃO DO TEXTO E SEU SENTIDO: GÊNERO DO TEXTO (LITERÁRIO E NÃO LITERÁRIO, NARRATIVO, DESCRITIVO E ARGUMENTATIVO); INTERPRETAÇÃO E ORGANIZAÇÃO INTERNA

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 seletas 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 ami-

zade 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.

PROPOSIÇÕES, CONECTIVOS, EQUIVALÊNCIAS LÓGICAS, QUANTIFICADORES E PREDICADOS. ESTRUTURA LÓGICA DE RELAÇÕES ARBITRÁRIAS ENTRE PESSOAS, LUGARES, OBJETOS OU EVENTOS FICTÍCIOS; DEDUÇÃO DE NOVAS INFORMAÇÕES DAS RELAÇÕES FORNECIDAS E AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES USADAS PARA ESTABELECEER A ESTRUTURA DAQUELAS RELAÇÕES. COMPREENSÃO E ANÁLISE DA LÓGICA DE UMA SITUAÇÃO, UTILIZANDO AS FUNÇÕES INTELLECTUAIS: RACIOCÍNIO VERBAL, RACIOCÍNIO MATEMÁTICO, RACIOCÍNIO SEQUENCIAL, RECONHECIMENTO DE PADRÕES, ORIENTAÇÃO ESPACIAL E TEMPORAL, FORMAÇÃO DE CONCEITOS, DISCRIMINAÇÃO DE ELEMENTOS. PROBLEMAS DE LÓGICA E RACIOCÍNIO

RACIOCÍNIO LÓGICO MATEMÁTICO

Este tipo de raciocínio testa sua habilidade de resolver problemas matemáticos, e é uma forma de medir seu domínio das diferentes áreas do estudo da Matemática: Aritmética, Álgebra, leitura de tabelas e gráficos, Probabilidade e Geometria etc. Essa parte consiste nos seguintes conteúdos:

- Operação com conjuntos.
- Cálculos com porcentagens.
- Raciocínio lógico envolvendo problemas aritméticos, geométricos e matriciais.
- Geometria básica.
- Álgebra básica e sistemas lineares.
- Calendários.
- Numeração.
- Razões Especiais.
- Análise Combinatória e Probabilidade.
- Progressões Aritmética e Geométrica.

RACIOCÍNIO LÓGICO DEDUTIVO

Este tipo de raciocínio está relacionado ao conteúdo Lógica de Argumentação.

ORIENTAÇÕES ESPACIAL E TEMPORAL

O raciocínio lógico espacial ou orientação espacial envolvem figuras, dados e palitos. O raciocínio lógico temporal ou orientação temporal envolve datas, calendário, ou seja, envolve o tempo.

O mais importante é praticar o máximo de questões que envolvam os conteúdos:

- Lógica sequencial
- Calendários

RACIOCÍNIO VERBAL

Avalia a capacidade de interpretar informação escrita e tirar conclusões lógicas.

Uma avaliação de raciocínio verbal é um tipo de análise de habilidade ou aptidão, que pode ser aplicada ao se candidatar a uma vaga. Raciocínio verbal é parte da capacidade cognitiva ou inteligência geral; é a percepção, aquisição, organização e aplicação do conhecimento por meio da linguagem.

Nos testes de raciocínio verbal, geralmente você recebe um trecho com informações e precisa avaliar um conjunto de afirmações, selecionando uma das possíveis respostas:

- A – Verdadeiro (A afirmação é uma consequência lógica das informações ou opiniões contidas no trecho)
- B – Falso (A afirmação é logicamente falsa, consideradas as informações ou opiniões contidas no trecho)
- C – Impossível dizer (Impossível determinar se a afirmação é verdadeira ou falsa sem mais informações)

ESTRUTURAS LÓGICAS

Precisamos antes de tudo compreender o que são proposições. Chama-se proposição toda sentença declarativa à qual podemos atribuir um dos valores lógicos: verdadeiro ou falso, nunca ambos. Trata-se, portanto, de uma sentença fechada.

Elas podem ser:

• **Sentença aberta:** quando não se pode atribuir um valor lógico verdadeiro ou falso para ela (ou valorar a proposição!), portanto, não é considerada frase lógica. São consideradas sentenças abertas:

- Frases interrogativas: Quando será prova? - Estudou ontem? – Fez Sol ontem?
- Frases exclamativas: Gol! – Que maravilhoso!
- Frase imperativas: Estude e leia com atenção. – Desligue a televisão.

- Frases sem sentido lógico (expressões vagas, paradoxais, ambíguas, ...): “esta frase é falsa” (expressão paradoxal) – O cachorro do meu vizinho morreu (expressão ambígua) – $2 + 5 + 1$

• **Sentença fechada:** quando a proposição admitir um ÚNICO valor lógico, seja ele verdadeiro ou falso, nesse caso, será considerada uma frase, proposição ou sentença lógica.

Proposições simples e compostas

• **Proposições simples** (ou atômicas): aquela que **NÃO** contém nenhuma outra proposição como parte integrante de si mesma. As proposições simples são designadas pelas letras latinas minúsculas p,q,r, s..., chamadas letras proposicionais.

• **Proposições compostas** (ou moleculares ou estruturas lógicas): aquela formada pela combinação de duas ou mais proposições simples. As proposições compostas são designadas pelas letras latinas maiúsculas P,Q,R, R..., também chamadas letras proposicionais.

ATENÇÃO: TODAS as **proposições compostas são formadas por duas proposições simples.**

Proposições Compostas – Conectivos

As proposições compostas são formadas por proposições simples ligadas por conectivos, aos quais formam um valor lógico, que podemos vê na tabela a seguir:

OPERAÇÃO	CONECTIVO	ESTRUTURA LÓGICA	TABELA VERDADE															
Negação	~	Não p	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>~p</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> </tr> </table>	p	~p	V	F	F	V									
p	~p																	
V	F																	
F	V																	
Conjunção	^	p e q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p ^ q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p ^ q	V	V	V	V	F	F	F	V	F	F	F	F
p	q	p ^ q																
V	V	V																
V	F	F																
F	V	F																
F	F	F																
Disjunção Inclusiva	v	p ou q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p v q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p v q	V	V	V	V	F	V	F	V	V	F	F	F
p	q	p v q																
V	V	V																
V	F	V																
F	V	V																
F	F	F																
Disjunção Exclusiva	∨	Ou p ou q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p ∨ q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p ∨ q	V	V	F	V	F	V	F	V	V	F	F	F
p	q	p ∨ q																
V	V	F																
V	F	V																
F	V	V																
F	F	F																
Condicional	→	Se p então q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p → q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> </table>	p	q	p → q	V	V	V	V	F	F	F	V	V	F	F	V
p	q	p → q																
V	V	V																
V	F	F																
F	V	V																
F	F	V																

RACIOCÍNIO LÓGICO

Bicondicional	\leftrightarrow	p se e somente se q	p	q	$p \leftrightarrow q$
			V	V	V
			V	F	F
			F	V	F
			F	F	V

Em síntese temos a tabela verdade das proposições que facilitará na resolução de diversas questões

p	q	Disjunção $p \vee q$	Conjunção $p \wedge q$	Condicional $p \rightarrow q$	Bicondicional $p \leftrightarrow q$
V	V	V	V	V	V
V	F	V	F	F	F
F	V	V	F	V	F
F	F	F	F	V	V

Exemplo:
(MEC – CONHECIMENTOS BÁSICOS PARA OS POSTOS 9,10,11 E 16 – CESPE)

	P	Q	R
①	V	V	V
②	F	V	V
③	V	F	V
④	F	F	V
⑤	V	V	F
⑥	F	V	F
⑦	V	F	F
⑧	F	F	F

A figura acima apresenta as colunas iniciais de uma tabela-verdade, em que P, Q e R representam proposições lógicas, e V e F correspondem, respectivamente, aos valores lógicos verdadeiro e falso.

Com base nessas informações e utilizando os conectivos lógicos usuais, julgue o item subsecutivo.

A última coluna da tabela-verdade referente à proposição lógica $P \vee (Q \leftrightarrow R)$ quando representada na posição horizontal é igual a

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
$P \vee (Q \leftrightarrow R)$	V	V	V	F	V	F	V	V

- () Certo
- () Errado

Resolução:
 $P \vee (Q \leftrightarrow R)$, montando a tabela verdade temos:

R	Q	P	[P	v	(Q	\leftrightarrow	R)]
V	V	V	V	V	V	V	V
V	V	F	F	V	V	V	V
V	F	V	V	V	F	F	V
V	F	F	F	F	F	F	V

MEIO AMBIENTE E SOCIEDADE: PROBLEMAS, POLÍTICAS PÚBLICAS, ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS, ASPECTOS LOCAIS E ASPECTOS GLOBAIS

A QUESTÃO AMBIENTAL

Antes de mais nada é bom lembrar que só podemos entender a questão ambiental, aqui no Brasil, na forma da onda da globalização neoliberal que vem promovendo uma total perda da soberania nacional sobre a gestão dos seus recursos naturais, coibindo assim a alternativa de projetos de desenvolvimento sustentáveis, aprofundando as desigualdades sociais, dilapidando os recursos naturais, excluindo em grande parte a população do mercado de trabalho, sem que participe dos frutos propiciados pelo avanço da ciência e tecnologia.

Quanto a esta questão, não confundir, por exemplo, efeito estufa, (natural, conceito da Física) com efeito de estufa (aquele provocado pela ação do homem, conceito da geografia). Lembre-se: a última grande conferência sobre o clima, se deu em Kioto, Japão, no ano de 1997, sendo que este ano houve mais um encontro em Bohn no qual ficou claro que alguns países não estão cumprindo suas resoluções. Dois resistentes foram a Austrália e o Japão. O Governo Bush neoliberal de direita não ratificou o acordo de Kioto mesmo sendo os EUA responsáveis pela emissão de ¼ dos “gases de estufa” do globo. Um capítulo polêmico deste encontro, foi a emissão dos gases de estufa, cujas quantidades devem ser reduzidas ao nível de quinze anos atrás.

Os Americanos são 100 milhões de carros. Cada americano consome energia para: 3 suíços, 4 italianos, 160 tanzanianos e 1100 ruandeses. Utilizam 40% dos recursos renováveis do globo sendo que suas fontes de energia são baseadas em combustíveis fósseis: Carvão, Petróleo e Gás Natural.

A questão ambiental é uma questão global, sendo necessária uma ação conjunta de todos os países do globo. As energias carbonadas, petróleo e carvão, principalmente, as queimadas*, os gases emitidos pelas fábricas, são causas básicas do efeito de estufa, ilha de calor, chuva ácida e inversão térmica, problemas sério dos tempos atuais e que reforçam uma de nossas principais contradições. Ela reside no fato de não coadunarmos desenvolvimento científico e questão ambiental. Lembre-se de que, no Brasil, estamos conhecendo sérios retrocessos na legislação ambiental. Os principais são poder reflorestar com eucalipteros e o projeto de desmatamento da amazônia em fase de discussão. O projeto da bancada ruralista prevê redução da área de preservação dos atuais 80% para 20% na Amazônia e de 35% para 20% no Cerrado Amazônico.

Na quarta conferência mundial sobre o clima, chegou-se a conclusão de que a temperatura da terra deve elevar-se mais 5 graus até 2100. Os gases de estufa proveniente da queima combustíveis fósseis, em especial o petróleo e carvão, faz nossa necessidade de fontes alternativas como a solar, a eólica, a das marés, a dos géiseres ou a de biomassa, que são as fontes da revolução técnico científica. A agenda 21 é uma plano ambicioso que prevê a implantação de um programa de desenvolvimento sustentável para todo o globo para o século XXI. Nela os países X se comprometem destinar 0,7% dos seus PIBs para aplicação neste programa. Por enquanto só mandaram as fábricas que mais poluem. Há uma proposta de crescimento zero não aceita pelos países periféricos uma vez que teriam que estagnar o seu processo de industrialização.

Nas regiões de fronteira agrícola, ou em países de industrialização recente, tais como os tigrinhos asiáticos, é muito comum o uso de queimadas para limpar campos. Estas se dão nos meses mais secos do ano, em áreas de pastagens ou queima de coivaras, casando acidentes em rodovias, com mortes de pessoas, animais, e sérios problemas respiratórios em cidades circundadas por canaviais, num dos casos mais alarmantes de poluição atmosférica.

A escravidão de menores e de armazém é uma constante nas áreas de carvoaria, como as denunciadas na região Centro Oeste e Norte do Brasil.

Neste sentido, são também graves as denúncias feitas a China dentro da OMC, já que este país é um paraíso proletário e um dos principais acusados de Dunning Social. Não se esqueça da escravidão de mulheres no mundo muçulmano e da venda de mulheres chinesas (Cidadania).

Aquecimento Global

Iceberg passa pela costa da Nova Zelândia em função do aquecimento global.

Estudos e alertas de especialistas sobre os efeitos nefastos do aquecimento global no futuro do planeta chamaram a atenção da população para o problema em 2006. Ambientalistas e pesquisadores defendem que as ações contra a mudança climática devem ser imediatas para evitar um verdadeiro “desastre” para a economia mundial, que poderia sofrer decréscimo de até 20% na produção em 50 anos por culpa da alta das temperaturas do planeta.

- » Mudança climática ameaça alimentação dos humanos
- » Derretimento de geleiras indica aquecimento global
- » Europa vive o outono mais quente dos últimos séculos
- » Mudança climática causa extinção de mamíferos
- » Planeta pode entrar em colapso em 50 anos, diz estudo
- » Al Gore tenta salvar a Terra em filme

Essa é a advertência do relatório preparado pelo economista Nicholas Stern, que convocou os governos de todo o mundo a fixar um preço para as emissões de CO2 mediante o pagamento de impostos. O relatório adverte que, com uma alta das temperaturas de 3°C a 4°C, o aumento do nível dos mares transformará centenas de milhões de pessoas em vítimas de inundações a cada ano.

As áreas litorâneas do sudeste da Ásia, sobretudo Bangladesh e Vietnã, assim como as pequenas ilhas do Caribe e do Pacífico terão que ser protegidas do mar. Grandes cidades como Tóquio, Londres, Nova York ou Cairo também ficarão expostas ao risco de inundações.

O lançamento do documentário Uma Verdade Inconveniente, protagonizado pelo ex-vice-presidente dos Estados Unidos Al Gore, ajudou a dar voz para o problema em 2006. Al Gore, que visitou o Brasil, defende que a adoção de medidas contra a emissão de gases efeito estufa é mais uma questão “ética” e “moral” do que política.

Convenção da ONU

Diversos locais declarados patrimônio da humanidade podem estar ameaçados pelas conseqüências da mudança climática global, segundo o atlas apresentado em Nairóbi na Convenção das Nações Unidas sobre Mudança Climática, que reuniu durante duas semanas 5 mil participantes.

A reunião da ONU, além de trazer dados novos sobre as consequências climáticas, teve o objetivo de dar prosseguimento ao Protocolo de Kyoto, o acordo mundial fechado em 2005 que prevê cortes na emissão de gases estufa até 2012. O encontro acertou que as negociações para levar adiante e ampliar Kyoto deveriam acontecer em 2008 e alguns delegados criticaram a falta de uma ação firme para combater o aquecimento da Terra.

Apesar dos esforços para conter o avanço dos danos ambientais, o ritmo das emissões de carbono no mundo mais que duplicou entre 2000 e 2005, de acordo com levantamento publicado pela rede mundial sobre o tema, a Global Carbon Project. As emissões vinham crescendo a menos de 1% anualmente até o ano 2000, mas aumentaram a uma taxa de 2,5% ao ano. Segundo a organização, a aceleração se deve sobretudo ao aumento do uso de carvão e à falta de ganhos na eficiência do uso da energia.

Alimentação

A mudança climática também põe em risco a comida dos seres humanos e torna ainda mais difícil o desafio de alimentar a crescente população mundial, de acordo com a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO).

Um novo estudo sobre os oceanos sugeriu que o fitoplâncton - o primeiro elo na cadeia alimentar marítima - será fortemente afetado pelo aquecimento climático. A pesca nos trópicos e nas médias latitudes pode ser severamente afetada pela perda destes microorganismos como resultado de águas mais quentes, acrescenta o artigo do botânico Michael Behrenfeld, da Universidade Estadual do Oregon (EUA).

O acelerado derretimento das geleiras foi apontado como um fato que mostra o imediatismo do problema. "No passado as geleiras do norte mostravam um padrão que não correspondia aos modelos de mudança climática (provocada pelo aquecimento global), poderiam até mesmo ser usadas como um argumento contra o aquecimento global. Mas agora, dados dos últimos anos mostram uma mudança que se encaixa perfeitamente bem com os modelos de mudança climática", disse o professor de glaciologia Per Holmlund, da Universidade de Estocolmo.

Se o aquecimento global prosseguir, o gelo do Ártico poderá derreter totalmente até 2080, alertou um grupo de cientistas europeus. "Se a situação evoluir como prevêem os físicos, os campos de gelo do Oceano Ártico desaparecerão completamente até 2080", disse Eberhard Fahrbach, do Instituto Alfred Wegner (AWI), membro do grupo Damocles de pesquisas sobre o Ártico europeu.

Calor

A Europa viveu um dos verões mais quentes da sua história, com ondas de calor por todo o continente. A Europa teve também o outono mais quente em décadas, até mesmo séculos, o que põe em risco o início da temporada de esportes de inverno nos Alpes. Na Holanda, o Instituto Real de Meteorologia informou que este outono foi o mais quente do país em 300 anos, com uma temperatura média de 13,5°C.

ÁGUA

A água potável será um dos recursos mais caros (custo benefício) do século XXI. Sendo assim, os rios internacionais são, cada vez mais geoestratégicos, motivando conflitos entre os países envolvidos. Um grande exemplo é a questão do Nilo, ou ainda, as nascentes do rio Jordão, palco das disputas entre árabes e judeus, no Oriente Médio. Nestas regiões, água é, relativamente, mais

importante que o petróleo. No Centro Oeste do Brasil, a calagem de solo causa eutrofização de mananciais, constituindo-se em um grave impacto sobre recursos hídricos. Não falta água por falta de chuvas. A grande causa da escassez é o mau uso dos solos agrícolas e urbanos por compactação pelo uso de máquinas e pastoreio ou ainda pela impermeabilidade de área urbana. Fala-se em taxar todo e qualquer uso de água. É necessário racionalizar o uso da água e, em caso extremo, seu racionamento. Quarenta municípios goianos já apresentam problemas crônicos com abastecimento de água. No município de Bom Jesus de Goiás os pivôs de irrigação chegaram a ser paralisados por ordem do ministério público. Todas as grandes cidades do mundo já se ressentem deste recurso, em especial as megacidades dos países periféricos, serão palcos, mais e mais, de disputas por rios que as abastecem e de grandes epidemias. O Nilo e o Níger são dois bons exemplos destas disputas. O Brasil embora tendo a maior reserva de água disponível do globo apresenta regiões em estresse hídrico, menos de 2000 metros cúbicos de água por habitante por ano. Este é o caso de muitas áreas do Nordeste.

ENERGIA

O século XIX foi da máquina a vapor, um motor a combustão externa. O século XX foi do motor a combustão interna. Já o século XXI será da célula de combustível que promete divorciar o automóvel da poluição. Quanto a nossa crise energética, tanto a Petrobrás quanto o setor energético e tudo o que é público no Brasil passaram a sofrer as consequências do projeto neoliberal. A receita do FMI foi retirar dinheiro das estatais para equilibrar as contas públicas. O resultado foi que não só a Petrobrás como todo o setor energético sofreram com tais medidas resultando em graves "Acidentes Ecológicos", ameaças, ou até mesmo, apagões. Agora dois setores geoestratégicos estão prontos para serem privatizados. Outros setores como saúde, transporte e educação também estão sucateados. Desta forma os meios de comunicação de massa imperam em suas opiniões. "Achamos" que tudo no Brasil deve ser privatizado.

Quanto as fontes de energia, temos que analisá-las em termos de disponibilidade, viabilidade, extração, transporte, armazenamento, distribuição, poluente ou limpa, renovável ou esgotável. Assim, no caso do Brasil, as fontes alternativas, (biomassa, eólica ou solar) assumem uma importância fundamental por ser um país tropical. A energia solar é considerada a fonte energética do século XXI. Na década de 70, houve o fortalecimento da OPEP e OPAEP, (países produtores de petróleo) em reação às sete irmãs (empresas que controlam a distribuição do petróleo no globo e estão em processo de fusões). No mundo, como um todo, os países buscaram as fontes alternativas como forma de se prevenirem ante as crises do petróleo. Lembre-se do programa Proálcool, da tentativa ineficaz das nucleares que Fernando Henrique acabou por quase desativar. É bom lembrar dos erros de projetos, como a represa de Balbina no Amazonas, causando sérios problemas ao meio ambiente. Por estes fatores, a década de 70 é considerada a "década da crise energética", além, é claro, da variável social, com baixos salários e repressão militar duríssima. Lembrar da Operação Condor dos militares latino-americanos que trabalharam em conjunto na repressão as forças revolucionárias. Já a década de 80 foi considerada a "década da destruição e perda" com problemas ambientais sérios, dentre eles o acidente com o Césio em Goiânia.

Associe fontes de energia ao tipo de transporte adotado em cada país.

Desta forma, fica mais fácil entender quais países são mais velozes na produção, como os tigres ou tigrinhos asiáticos, e porque países como o Brasil, Índia, China, Indonésia e Rússia são considerados "países baleias", por serem grandes e lentos. O modelo de transporte rodoviário é o mais caro.

O ferroviário é muito viável para o Brasil. Lembre-se da Norte-Sul que vai interligar Belém (PA) a Senador Canêdo e começou, este ano, suas obras em

Anápolis.

A hidrovia é, sem dúvida, o transporte mais barato, em termos de custo benefício. Recentemente, num total desrespeito a legislação ambiental, barcaças de grande calado resolveram, a revelia, tentar abrir uma hidrovia no rio Araguaia. Seria o Araguaia adequado para se fazer uma Hidrovia? Não se esqueça das voçorocas neste rio.

Todo país para atrair investimentos dentro da novíssima divisão internacional do trabalho, deve ser viável, o que significa trabalhar em Just In Time, tendo que possuir boa infra-estrutura. Será que o Brasil em crise energética irá atrair investimentos?. De que adianta ter minérios se não se pode extraí-lo a menor custo? Minério tem muito pouco valor agregado. Jamais houve vantagem comparativa para países que produzem matérias primas. O gaseoduto virá da Bolívia chegando até Goiás, contudo, toda obra deve pautar-se em Eia-Rima confiável. A instalação de várias Empresas, como a perdigão em Rio Verde, (Detroitização) podem causar sérios impactos ambientais. Alguns bem visíveis, são os impactos na represa de Corumbá, com a matança de toneladas de peixes. Serra da Mesa, (agora Cana Brava e Peixe também no rio Tocantins) a represa do Yang Tsé Kiang na China.

Preste atenção nas negociações para venda da Celg e das construções da ETA e da ETE em Goiânia, que envolvem a preservação do rio Meia Ponte e sua recuperação, em 50 anos, tendo como modelo o Tâmisia. O uso bélico da energia nuclear constitui-se num dos graves problemas atuais. Os TNPs devem ser revistos por todos os países. É lógico, (nascentes do rio Ganges e Indu) países como o Paquistão e a Índia, que disputam a Kashimira, fazem vista grossa as sanções da ONU, onde fica, bem visível o colonialismo do Grupo dos 7 mais a Rússia, sobre os países emergentes. Estes países estão desenvolvendo, mais e mais, armas biológicas (motivo das sanções da OMC ao Iraque). Estas são consideradas bombas atômicas dos países pobres. Será que o Taleban irá conseguir armas Atômicas?

Políticas Públicas

É desnecessário registrar mais uma vez a perversidade dos históricos indicadores de concentração da renda e de patrimônio no Brasil, eles são gritantes demais em nosso dia-adia.

Mas é preciso alertar: todos estão perfeitamente preservados nos últimos três anos, por força da impotência das medidas sociais, políticas e econômicas do Governo Lula.

A análise sobre a atuação do atual governo diante das tarefas impostas pela pobreza e desigualdade social pode ser, desde a partida, melhor compreendida se lembrarmos a advertência de Otavio Ianni sobre as contradições dos processos revolucionários brasileiros:

“como não há ruptura definitiva com o passado, a cada passo este se reapresenta na cena histórica e cobra o seu preço”

O que ele nos lembra é que qualquer processo político efetivamente comprometido com as causas populares deve enfrentar, sem acanhamento ou tolerância, o projeto conservador dominante em nossa história, fatalmente imobilizador das energias transformadoras e democráticas. É, portanto, um libelo contra a dinâmica de conciliação com as elites que sempre predominou nos momentos de disputa com os sistemas de privilégios sobre os quais nossa economia capitalista dependente se ergueu.

Do ponto de vista das políticas públicas, ou dos direitos sociais que elas materializam, a verdadeira tarefa histórica que se impunha ao Governo Lula era romper com as modificações restritivas no espaço público da proteção social, sob forte impacto das políticas neoliberais. Caberiam, então, ações decisivas para se garantir o amplo financiamento público para as políticas sociais, que suplantasse a lógica da restrição orçamentária.

Haveria de se superar de vez a lógica financista, que subordina as decisões em termos de direitos sociais à disponibilidade de caixa, finalmente conhecidas após as decisões de cúpula a respeito das taxas de juros, superávit fiscal, câmbio, política tributária, enfim, quando os grandes números do fundo público já estão comprometidos com as elites de sempre.

Porém, seguem inalteradas as limitações ao processo de expansão das garantias coletivas na esfera dos direitos sociais, que mais do que nunca se mostram imprescindíveis para subverter as históricas estruturas de poder político e econômico próprio das sociedades latino-americanas, uma vez que estas, e especialmente a brasileira, se estabeleceram sobre IANNI, Otávio (1996), A ideia de Brasil moderno, São Paulo: Brasiliense, p.267. padrões extremamente injustos e assimétricos de usufruto da riqueza coletivamente construída e de processos cada vez mais excludentes de acesso ao trabalho digno.

Não é a toa que o atual governo jamais pautou o debate público sobre as propostas de superação da pobreza com o combate da riqueza acumulada privada e abusivamente, como se esperava em termos de reforma tributária e fiscal, cujas iniciativas pontuais permanecem valorizando a renúncia fiscal dos setores agro-exportadores, parasitas da cadeia produtiva do grande latifúndio.

Mas nenhuma destas limitações e contradições pode ser remetida ao plano da fatalidade. Todos os constrangimentos concretos decorrem de opções estratégicas, racionalmente adotadas pelo Presidente Lula e sua equipe, quando se constata o aprofundamento do modelo econômico neoliberal com sua lógica recessiva e, em direção complementar, a destinação significativas de recursos públicos para os serviços das dívidas internas ou externas.

Devemos reconhecer que a articulação orgânica das medidas de políticas públicas redistributivistas, com investimentos importantes nas áreas da saúde, educação, assistência social, previdência, segurança alimentar, geração de emprego e renda, agricultura familiar e reforma agrária pode ser altamente emancipadora quando estas políticas públicas são asseguradas em escala de massas, com a mobilização efetiva a população para o exercício cotidiano da participação política protagônica.

Diferentemente do esperado, não se constatou no governo Lula o compromisso real com um amplo e consistente sistema de atenção e proteção no âmbito das necessidades humanas sociais, que contemplasse a contribuição decisiva de todas as áreas sociais, educacionais e político-culturais, combinadas com as outras medidas complementares de garantia do exercício do protagonismo da população e da emancipação dos indivíduos e grupos sociais.

Nesta pátria desimportante, o quadro social de profunda desigualdade e de extrema pobreza das maiorias segue o mesmo: desemprego, fragilização da capacidade socializadora das redes familiares, falta de perspectivas para a juventude e abandono na velhice; trabalho infantil, exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes, crescimento das condutas.

POCHAMAMM, Marcio demonstra que as transferências ao setor financeiro, como pagamento aos detentores dos títulos da dívida pública, alcançaram a seguinte tendência: anualmente o governo Cardoso destinou R\$ 71,4 bilhões; Sarney remeteu R\$ 65, 5 bilhões, e finalmente o Governo Lula R\$ 60, 8 bilhões. Cf. Plutocra-

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO; POLÍTICAS DE SAÚDE. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES E SUAS RELAÇÕES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE

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 nº 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 de 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 nº 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 nº 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 necessários à recuperação de cada pessoa. A alta só deve ocorrer quando da transferência do paciente a outra equipe (da rede básica ou de outra área especializada) e o tempo de espera para essa transferência não pode representar uma interrupção do atendimento: a equipe de referência deve prosseguir com o projeto terapêutico, interferindo, inclusive, nos critérios de acesso.

Instâncias de Pactuação

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

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

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

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

Descentralização

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

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

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

Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na área, incluindo o orçamento para a sua execução. Um instrumento fundamental para nortear a elaboração do PMS é o Plano Nacional de Saúde. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer as diretrizes para a formulação do PMS, em função da análise da realidade e dos problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis. No PMS, devem ser descritos os principais problemas da saúde pública local, suas causas, consequências e pontos críticos. Além disso, devem ser definidos os objetivos e metas a serem atingidos, as atividades a serem executadas, os cronogramas, as sistemáticas de acompanhamento e de avaliação dos resultados.

Sistemas de informações ajudam a planejar a saúde: O SUS opera e/ou disponibiliza um conjunto de sistemas de informações estratégicas para que os gestores avaliem e fundamentem o pla-

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL. NOVA LÓGICA ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: SUPERAÇÃO DO MODELO ASILAR

A reforma psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deve ser entendida como um processo político e social complexo. Na década de 70 são registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população.

É nesse contexto, no fim da década citada, que surge pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Estes constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

No Rio de Janeiro, em 1978, eclode o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e coloca em xeque a política psiquiátrica exercida no país. A questão psiquiátrica é colocada em pauta, em vista disto, tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário. A Reforma busca coletivamente construir uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deve ser entendida como um processo político e social complexo, tendo em vista, ser o mesmo uma combinação de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (BRASIL, 2005). O movimento pela Reforma Psiquiátrica tem início no Brasil no final dos anos setenta. Este movimento tinha como bandeira a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O que implicava na superação do modelo anterior, o qual não mais satisfazia a sociedade.

O processo da Reforma Psiquiátrica divide-se em duas fases: a primeira de 1978 a 1991 compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, de 1992 aos dias atuais destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extrahospitalares.

O modelo mais adotado para conter a loucura foi o asilo. Brito apud Mesquita (2008:3) informa que no Brasil a instituição da psiquiatria encontra-se relacionado à vinda da Família Real Portuguesa em 1808. Foi nesta época que foram construídos os primeiros asilos que funcionavam como depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, removendo-os da sociedade, com o objetivo de colocar ordem na urbanização, disciplinando a sociedade e sendo, dessa forma, compatível ao desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX.

BRITTO apud MESQUITA (2008:3) nos explica:

Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um "tratamento" diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim, de salvaguardar a ordem pública.

A psiquiatria nasce, no Brasil com o desígnio de resguardar a população contra os exageros da loucura, ou seja, não havia finalidade em buscar uma cura para aqueles acometidos de transtornos mentais, mais sim, excluí-los do seio da sociedade para que esta não se sentisse amofinada. ROCHA (1989, p.13) 9. Portanto, a questão principal era o isolamento dos doentes mentais e não com um tratamento. É o Hospício D. Pedro II que, em 1852, passa a internar os doentes mentais e a tirá-los do convívio em sociedade.

(ROCHA 1989:15) 10. Este mesmo autor enfatiza que *"é a psiquiatria que cria espaço próprio para o enclausuramento do louco – capaz de dominá-lo e submetê-lo."* Estes lugares de clausura eram os hospitais psiquiátricos também denominados asilos, hospícios e manicômios.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, começa a surgir o modelo manicomial brasileiro, principalmente os manicômios privados. Nos anos 60, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passa a utilizar os serviços psiquiátricos do setor privado. Dessa forma, cria-se uma *"indústria para o enfrentamento da loucura"* (Amarante, 1995:13).

O modelo asilar ou hospitalocêntrico continua predominante até o final do primeiro meado do século XX. Até que em 1961, o médico italiano Franco Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. No campo das relações entre a coletividade e a insanidade, ele assumia uma atitude crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do alienado. Ele defendia, ao contrário, que o doente mental voltasse a viver com sua família. Sua atitude inicial foi aperfeiçoar a qualidade de hospedaria e o cuidado técnico aos internos no hospital em que dirigia. Essas normas e o pensamento de Franco Basaglia influenciam, entre outros, o Brasil, fazendo ressurgir diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental e da humanização do tratamento a essas pessoas, com o objetivo de promover a re-inserção social.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Na década de 70 são registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população. É nesse contexto, que no fim da década citada, que surge a questão da reforma psiquiátrica no Brasil. Pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No Rio de Janeiro, em 1978, eclode o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e coloca em xeque a política psiquiátrica exercida no país. A questão psiquiátrica é colocada em pauta: *"... tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário"*. (Rotelli et al, 1992: 48).

Na década de 80, ocorrem vários encontros, preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que ocorreu em 1987 os quais recomendam a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica. No final de 1987 realiza-se o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, SP, no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial e é construído o lema **„por uma sociedade sem manicômios“**. Nesse congresso amplia-se o sentido político-conceitual acerca do antimanicomial.

AMARANTES (1995:82) explica:

Enfim, a nova etapa (...) consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídicopolítica. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional...

No ano de 1989, um ano após a criação do SUS – Sistema Único de Saúde – dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG).

O qual propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospícios no país. Porém, cabe enfatizar que é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é aprovada no país. A concordância, no entanto, é uma emenda do Projeto de Lei original, que traz alterações importantes no texto normativo.

Assim, a Lei Federal 10.216/2001 redireciona o amparo em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, não estabelece estruturas claras para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a publicação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois mesmo antes de sua aprovação, suas consequências já eram visíveis por meio de diferentes ações, tais como a de criação das SRTs e de programas, tal como “**De volta pra casa**”. Novas modalidades para o tratamento do usuário de saúde mental foram postas em prática.

A Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psico-social (NAPS); Centro de Atendimento Psico-social (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura.

A Lei Paulo Delgado foi criticada, sobretudo por proprietários de hospitais e clínicas privadas conveniadas ao SUS, nas quais se localizavam a maior parte dos leitos para o atendimento dos doentes mentais. Em 1985, Segundo dados do Ministério da Saúde. 80% dos leitos psiquiátricos eram contratados enquanto somente 20% eram internações na rede pública. (BRASIL, 2005).

TENÓRIO (2002:38) aponta para dois grandes marcos da década de 80, no que tange à Reforma Psiquiátrica: a inauguração do primeiro CAPS na Cidade de São Paulo e a Intervenção Pública na Casa de Saúde Anchieta (Santos-SP) a qual funcionava com 145% de ocupação (290 leitos com 470 internados). O internamento asilar não representava a exclusiva perspectiva para esta classe da população a qual tinha seus direitos cerceados, impedida de ir e vir, em internações infundáveis onde os usuários em diversos casos perdiam suas referências com familiares e grupos afetivos. Efetivando-se acima de tudo em perda da autonomia destes.

A Reforma destaca-se então enquanto um movimento com a finalidade de intervir no então modelo vigente, buscando o fim da mercantilização da loucura para assim poder “[...] *construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. [...]*” (BRASIL, 2005, P.2). Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica.

A Reforma ficou também conhecida como o Movimento de Luta Antimanicomial, tendo como meta a desinstitucionalização do manicômio, compreendida como um conjunto de transformações de prática, saberes, valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações inter-pessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. A Reforma destaca-se então enquanto um movimento com a finalidade de intervir no então modelo vigente, buscando o fim da mercantilização da loucura para assim poder construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.¹

Saúde mental, no modelo de atenção psicossocial, é considerada uma área que se insere na ideia de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de “construcionismo” e de “reflexividade”. Assim, a área da saúde mental constitui uma complexa rede de saberes que envolve a psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise, a filosofia, a fisiologia, a antropologia, a sociologia, a história e a geografia (Amarante, 2011).

A transição paradigmática na saúde mental acompanha a transformação na saúde pública, na medida em que supera o modelo asilar biomédico que é centrado na doença e no qual o médico é a figura de poder, detentor máximo da verdade, neutralidade e distanciamento de seu “objeto de cuidado”.

Da mesma maneira, no cenário internacional, Mezzina (2005) aponta a mudança paradigmática na saúde mental como uma “ruptura revolucionária”, que vai do modelo médico-biológico para um olhar ampliado, que inclui aspectos psicossociais do sujeito a ser cuidado. Propõe-se a ruptura com as instituições totais e a organização de serviços humanos, inseridos nas comunidades, que consideram o paciente como sujeito e não como objeto.

Segundo Costa-Rosa (2000), o paradigma psicossocial se pauta em quatro parâmetros fundamentais:

- implicação subjetiva do usuário, pressupondo a superação do modo de relação sujeito-objeto, característico do modelo biomédico e das disciplinas especializadas que se pautam pelas ciências positivistas;
- horizontalização das relações intrainstitucionais, tanto entre as esferas do poder decisório, de origem política, e as esferas do poder de coordenação, de natureza mais operativa, como também das relações especificamente interprofissionais;
- integralidade das ações no território que preconiza o posicionamento da instituição como espaço de interlocução, como instância de “suposto saber” e, ao fazer dela um espaço de intensa porosidade em relação ao território, praticamente subverte a própria natureza da instituição como dispositivo. A natureza da instituição como organização fica modificada e o local de execução de suas práticas se desloca do antigo interior da instituição para tomar o próprio território como referência;
- superação da ética da adaptação, ao propor suas ações na perspectiva de uma ética de duplo eixo que considera, por um lado, a relação sujeito-desejo e, por outro, a dimensão carecimento-ideais, firmando a meta da produção de subjetividade singularizada, tanto nas relações imediatas com o usuário propriamente dito quanto nas relações com toda a população do território (Costa-Rosa, 2000).

¹ Fonte: www.abep.nepo.unicamp.br - Por José Ferreira De Mesquita/Maria Salet Ferreira Novellino/Maria Tavares Cavalcanti

Assim, o paradigma psicossocial situa a saúde mental no campo da saúde coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos biopsicossociais complexos, que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com ações inseridas em uma diversidade de dispositivos comunitários e territorializados de atenção e de cuidado (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

No nível das práticas, isso implica na mudança de concepções sobre o que é tratar/cuidar, partindo da busca de controlar sintomas e comportamentos, da fragmentação do paciente e da distância entre este e o profissional, chegando à busca de compreensão do sofrimento da pessoa e suas necessidades concretas, incluindo as psicológicas e altamente subjetivas, colocando a pessoa como centro, sendo vista e considerada em suas dimensões biopsicossociais, baseando-se no princípio da singularização, ou seja, no reconhecimento e consideração de sua história, de suas condições de vida e de sua subjetividade únicas no momento assistencial (Costa, 2004). Nessa direção, para que a transição paradigmática proposta se efetive de fato, faz-se necessária a participação de diversos atores sociais, e um dos atores fundamentais nesse processo é o profissional de saúde mental, que está na “linha de frente” do cotidiano assistencial.

PROCESSO DE TRABALHO NOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS AO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

O serviço substitutivo é um dispositivo de atenção em saúde mental que significa, entre outras coisas, a possibilidade de se cuidar do portador de sofrimento mental sem retirá-lo totalmente de seu meio, bem como a facilidade maior do mesmo no acesso ao hospital psiquiátrico, principalmente a partir do momento em que este passou a ser a porta de entrada para internações hospitalares. Portanto, o serviço e o hospital fazem parte de um sistema cuja finalidade é a assistência ao portador de sofrimento mental.

Entretanto, o hospital desejar manter-se na mesma posição que teve ao longo dos anos anteriores à década de 1990 é desconhecer essa possibilidade, essa facilidade e o próprio sistema instalado no município. Fica evidente que a relação do hospital com o serviço substitutivo revela-se “colada” à terapêutica proposta por ele aos portadores de sofrimento mental, ou seja, o serviço pode fazer parte da possibilidade de sua abordagem terapêutica bem como o hospital pode fazer parte da abordagem terapêutica do serviço substitutivo. No entanto, Basaglia (1985) fez a seguinte observação:

A situação (a possibilidade de uma abordagem terapêutica do doente mental) se revela intimamente ligada e dependente do sistema, onde toda relação está rigidamente determinada por leis econômicas. Ou seja, não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas, antes, o sistema socio-econômico é que determina as modalidades adotadas em níveis diversos (1985, p. 105).

A partir desse ponto, podemos entender porque o serviço aberto estabelece uma relação de desconfiança com o hospital. As determinações históricas de fundação desse serviço são feitas em outras bases: elas se deram a partir do questionamento do papel dos hospitais psiquiátricos, de suas sustentações teóricas e da necessária mudança de postura do poder público em relação a eles. Isso ocorreu porque os movimentos sociais que geraram as propostas da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica deram ao Estado

brasileiro (seja no municipal, estadual ou federal) e aos serviços instalados por ele a função, dentre outras, de prover, para o portador de sofrimento mental, uma assistência extra-hospitalar e de ser o controlador e avaliador dos hospitais psiquiátricos (MS, 2004).

Nos parágrafos anteriores, trabalhamos com a noção de sistema sem discutir o problema da continuidade de tratamento na cidade, continuidade significando, aqui, o que é feito com o usuário após sua passagem pelo hospital psiquiátrico ou após sua passagem pelo serviço substitutivo. Na perspectiva assistencial, quem complementa quem, nesse sistema? O serviço complementa o hospital ou vice-versa? Obviamente, os dois serviços têm posições antagônicas em relação a essa questão, já que eles disputam poder.

Mas por que estamos falando de complementariedade do tratamento, complementariedade de serviços? Há algumas razões. Entre elas, parece-nos que a mais importante é o fator de cronicidade da doença. Considerar esse fator faz com que entendamos que a possibilidade de tratamento de um portador de sofrimento mental vai além de um serviço e além de um único ato terapêutico. Cuidar de um portador de sofrimento mental supõe a hipótese de que, a partir do primeiro ato terapêutico, ele sempre retorne para receber outro e mais outros.

Há uma persistência da cronicidade, o que faz com que apenas esses dois serviços não sejam suficientes para combatê-la. Como seria possível supor o cuidado integral de um portador de sofrimento mental através de dois únicos serviços, com seus espaços bem delimitados e com uma interação difícil em função, por exemplo, da disputa de poder e das dificuldades de gestão? A questão da continuidade de tratamento traz, ao centro da discussão, o tema do seu objetivo. A que nos prestamos ao introduzir o portador de saúde mental numa rede de cuidados do SUS? O que os instrumentos de tratar nos oferecem para que eles possam caminhar nessa rede ou nesse sistema?

A outra razão seria a da própria organização do sistema. A organização formal da rede de saúde mental da cidade tem o seguinte fluxo para o paciente: ela supõe um crescente nível de complexidade assistencial do centro de saúde até o hospital psiquiátrico, passando pelo serviço substitutivo. É uma organização de fácil entendimento, contudo, de difícil implementação, pois sabemos que ela não esgota as necessidades de recursos para atender o portador de sofrimento mental.

Além disso, ela é de difícil gestão. Uma organização de saúde que contemple serviços hierarquizados necessita de uma gestão muito refinada e competente, que permita e facilite o fluxo dos pacientes dentro dela. A pergunta “Quem complementa quem?”, encontrada nas entrevistas, denuncia falhas na gestão bem como uma possível obscuridade quanto aos papéis dos serviços e da política que se quer implementar. Claro está que os serviços não são passivos em relação a essa problemática, especialmente o hospital psiquiátrico, conforme demonstrado anteriormente, em função de cada vez mais adotar práticas do serviço substitutivo em seus procedimentos terapêuticos.

A discussão sobre a continuidade do tratamento impõe-nos a relativização dessa pergunta. Ora, se pensarmos com a cabeça do serviço substitutivo, o complemento é o hospital psiquiátrico, mas, se pensarmos com a cabeça do hospital, o complemento é o serviço. Contudo, para os familiares dos portadores de sofrimento mental, após a internação, o que importa é o serviço aberto continuar o tratamento do hospital psiquiátrico, mantendo o paciente