



CÓD: SL-057MR-22
7908433218791

GOIÂNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA
DO ESTADO DE GOIÁS

Auxiliar em Saúde /Auxiliar de Enfermagem

**EDITAL Nº 001/2020, 20 DE FEVEREIRO DE 2020
(CONSOLIDADO PELO EDITAL COMPLEMENTAR Nº 01/2022).**

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de textos de diferentes gêneros: efeitos de sentido, hierarquia dos sentidos do texto, situação comunicativa, pressuposição, inferência, ambiguidade, ironia, figurativização, polissemia, intertextualidade, linguagem não verbal. Modos de organização do texto: descrição, narração, exposição, argumentação, diálogo e esquemas retóricos (enumeração de ideias, relações de causa e consequência, comparação, gradação, oposição, etc.). Estrutura textual: progressão temática, parágrafo, período, oração, pontuação, tipos de discurso, mecanismos de estabelecimento da coerência, coesão lexical e conexão sintática. Gêneros textuais: análise das características composicionais de editorial, notícia, reportagem, resenha, crônica, carta, artigo de opinião, relatório, parecer, ofício, charge, tira, pintura, placa, propaganda institucional/educacional, etc.	01
2. Estilo e registro: variedades linguísticas, formalidade e informalidade, formas de tratamento, propriedade lexical, adequação comunicativa.....	16
3. Língua padrão: ortografia.	17
4. Formação de palavras.	18
5. Pronome, advérbio, adjetivo, conjunção, preposição	20
6. Regência	24
7. Concordância nominal e verbal.	25

Atualidades e História, Geografia e Conhecimentos Gerais de Goiânia e do Estado De Goiás

1. História de Goiás: o bandeirantismo e sociedade mineradora. Goiás nos séculos XIX e XX e a construção de Goiânia.	01
2. Geografia de Goiás: regiões goianas.	10
3. Patrimônio natural, cultural e histórico de Goiás.	17
4. Aspectos históricos, geográficos, econômicos e culturais de Goiânia.	20
5. ATUALIDADES Temas relevantes de diversas áreas em evidência no mundo e no Brasil na atualidade: política, economia, sociedade, cultura, meio ambiente, tecnologia, educação, saúde, relações internacionais e suas conexões com o contexto histórico. Epidemias.	20
6. Migrações.	24
7. Globalização.	27
8. Democracia.	29
9. Mundo do trabalho na atualidade.	31
10. Desastres ambientais no Brasil contemporâneo.	32
11. Mobilidade Urbana.	48
12. Direitos Humanos.	57

Conhecimentos Gerais em Saúde Pública

1. SISTEMA Único de Saúde: conceitos, princípios e diretrizes, dispositivos legais. A integralidade do atendimento.	01
2. Direitos dos usuários do SUS	08
3. Ações e programas.	13
4. Gestão em Saúde: instrumentos e mecanismos de governança do sistema e estratégias de gerenciamento (planejamento, monitoramento, avaliação e regulação do atendimento).	15
5. Atenção à Saúde: a estruturação do sistema segundo seus níveis de assistência e a organização dos serviços na lógica das redes assistenciais.	26
6. Estratégia de Saúde da Família	30
7. Política Nacional de Promoção à Saúde como estratégia indutora de políticas intersetoriais para melhoria da qualidade de vida.	41
8. Política de Atenção à Saúde da Criança, do Adolescente e Jovem, da Mulher, do Homem e do Idoso.	53
9. Vigilância (em, na e da) Saúde: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental	111
10. Vigilância da saúde do trabalhador.	127
11. Assistência e monitoramento de grupos populacionais e agravos, transmissíveis e não transmissíveis, emergentes e de maior prevalência.	133
12. Programa Nacional de Imunizações.	200
13. Humanização da Atenção.	210

Conhecimentos Específicos

Auxiliar em Saúde / Auxiliar de Enfermagem

1. Legislação do exercício profissional.	01
2. Bioética e ética	08
3. Procedimentos de enfermagem: aplicação terapêutica de frio e calor; mensuração antropométrica e verificação de sinais vitais; aerossolterapia e oxigenoterapia; coleta de material para exames; cuidados com drenos cirúrgicos; curativos; higienização e conforto; preparo e administração de medicamentos; sondagens gástricas e vesical e suporte nutricional enteral.	15
4. Biossegurança: epidemiologia, prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e a comunidade, limpeza, desinfecção e esterilização de produtos para à saúde; desinfecção de superfícies; higiene das mãos; uso de equipamento de proteção individual e coletiva; acidente com material biológico	56
5. Manuseio e separação dos resíduos sólidos dos serviços de saúde; precauções padrões e isolamentos	69
6. Assistência de enfermagem ao adulto e idoso, à mulher e à criança	72
7. Portadores de afecções respiratórias, gastrintestinais, endócrinas, cardiovasculares, renais e neurológicas	72
8. Assistência de enfermagem à mulher na gestação e puerpério	72
9. Assistência de enfermagem a pacientes gravemente enfermos.	79
10. Assistência de enfermagem no período perioperatório	81
11. Assistência de enfermagem a pacientes portadores de doenças infectocontagiosas.	88
12. Assistência de enfermagem ao recém-nascido e criança	72
13. Assistência de enfermagem na saúde mental e psiquiatria	88
14. Programa Nacional de Imunizações (PNI).	100
15. Política Nacional de Atenção Básica	100
16. Política Nacional de Humanização (PNH)	106
17. Sistema Único de Saúde (SUS).	106
18. Vigilância Epidemiológica (dengue e malária)	106
19. Promoção da saúde	119

LEITURA E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS DE DIFERENTES GÊNEROS: EFEITOS DE SENTIDO, HIERARQUIA DOS SENTIDOS DO TEXTO, SITUAÇÃO COMUNICATIVA, PRESSUPOSIÇÃO, INFERÊNCIA, AMBIGUIDADE, IRONIA, FIGURATIVIZAÇÃO, POLISSEMIA, INTERTEXTUALIDADE, LINGUAGEM NÃO VERBAL. MODOS DE ORGANIZAÇÃO DO TEXTO: DESCRIÇÃO, NARRAÇÃO, EXPOSIÇÃO, ARGUMENTAÇÃO, DIÁLOGO E ESQUEMAS RETÓRICOS (ENUMERAÇÃO DE IDEIAS, RELAÇÕES DE CAUSA E CONSEQUÊNCIA, COMPARAÇÃO, GRADAÇÃO, OPOSIÇÃO, ETC.). ESTRUTURA TEXTUAL: PROGRESSÃO TEMÁTICA, PARÁGRAFO, PERÍODO, ORAÇÃO, PONTUAÇÃO, TIPOS DE DISCURSO, MECANISMOS DE ESTABELECIMENTO DA COERÊNCIA, COESÃO LEXICAL E CONEXÃO SINTÁTICA. GÊNEROS TEXTUAIS: ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS COMPOSICIONAIS DE EDITORIAL, NOTÍCIA, REPORTAGEM, RESENHA, CRÔNICA, CARTA, ARTIGO DE OPINIÃO, RELATÓRIO, PARECER, OFÍCIO, CHARGE, TIRA, PINTURA, PLACA, PROPAGANDA INSTITUCIONAL/EDUCACIONAL, ETC

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 levam 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 efeito de sentido que ocorre nos textos literários quando o leitor, a audiência, tem mais informações do que tem um personagem sobre os eventos da narrativa e sobre intenções de outros personagens. É um recurso usado para aprofundar os significados ocultos em diálogos e ações e que, quando captado pelo leitor, gera um clima de suspense, tragédia ou mesmo comédia, visto que um personagem é posto em situações que geram conflitos e mal-entendidos porque ele mesmo não tem ciência do todo da narrativa.

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.

HISTÓRIA DE GOIÁS: O BANDEIRANTISMO E SOCIEDADE MINERADORA. GOIÁS NOS SÉCULOS XIX E XX E A CONSTRUÇÃO DE GOIÂNIA

Aspectos da História Social de Goiás

A verdadeira evolução de Goiás e de sua história tem como ponto de partida o final do século XVII, com a descoberta das suas primeiras minas de ouro, e início do século XVIII. Esta época, iniciada com a chegada dos bandeirantes, vindos de São Paulo em 1727, foi marcada pela colonização de algumas regiões.

O contato com os nativos indígenas e com os negros foi fator decisivo na formação da cultura do estado, deixando como legado principal cidades históricas como Corumbá de Goiás, Pirenópolis e Goiás, antiga Vila Boa e posteriormente capital de Goiás. O início dos povoados coincide com o Ciclo do Ouro, minério amplamente explorado nesta época. Eles prosperaram e hoje são cidades que apresentam, por meio de seu patrimônio, a história de Goiás.

Goiás era conhecido e percorrido pelas Bandeiras já no primeiro século da colonização do Brasil. Mas seu povoamento só ocorreu em virtude do descobrimento das minas de ouro. As primeiras Bandeiras eram de caráter oficial e destinadas a explorar o interior em busca de riquezas minerais, e outras empresas comerciais de particulares organizadas para captura de índios. Costuma-se dizer que o bandeirante Bartolomeu Bueno da Silva, o Anhangüera, foi o descobridor de Goiás. Mas isto não significa que ele foi o primeiro a chegar ao estado e sim, o primeiro a ter intenção de se fixar aqui. A Bandeira saiu de São Paulo em 3 de julho de 1722. O caminho já não era tão difícil como nos primeiros tempos. Em outubro de 1725, após três anos, os bandeirantes voltaram triunfantes a São Paulo, divulgando que tinham descoberto cinco córregos auríferos, minas tão ricas como as de Cuiabá, com ótimo clima e fácil comunicação.

Poucos meses depois da volta da Bandeira, organizou-se em São Paulo uma nova expedição para explorar as veias auríferas, tendo Bartolomeu, agora como superintendente das minas, e João Leite da Silva Ortiz, como guarda-mor. A primeira região ocupada foi a do Rio Vermelho. Fundou-se lá o arraial de Sant'Ana, que depois seria chamado de Vila Boa e mais tarde de Cidade de Goiás. Esta foi, durante 200 anos, a capital do território. A época do ouro em Goiás foi intensa e breve. Após 50 anos, verificou-se a decadência rápida e completa da mineração. Por outro lado, só se explorou o ouro de aluvião, isto é, das margens dos rios, e a técnica empregada era rudimentar.

Goiás pertenceu até 1749 à capitania de São Paulo. A partir desta data tornou-se capitania independente. Ao se evidenciar a decadência do ouro, várias medidas administrativas foram tomadas por parte do governo, sem alcançar, no entanto, resultados satisfatórios. A economia do ouro, sinônimo de lucro fácil, não encontrou, de imediato, um produto que a substituísse em nível de vantagem econômica. A decadência do ouro afetou a sociedade goiana, sobretudo na forma de ruralização e regressão a uma economia de subsistência.

O nome do estado origina-se da denominação da tribo indígena "guaiás", que por corruptela se tornou Goiás. Vem do termo tupi *gwaya* que quer dizer indivíduo igual, gente semelhante, da mesma raça. Assim como no Brasil, o processo de independência em Goiás se deu gradativamente. A formação das juntas administrativas, que representam um dos primeiros passos neste sentido, deu oportunidade às disputas pelo poder entre os grupos locais.

A relação entre os colonizadores e os índios

Na época da descoberta, eram numerosas as tribos indígenas que viviam em Goiás, cobrindo todo o seu território. Silva e Souza enumera, em 1809, vinte povos vivendo no território e afirma que certamente deveriam haver outros isolados. Dentre os povos que habitaram Goiás podemos citar: Goyá, Caiapós, Xavantes, Crixás, Araés, Canoeiros, Apinagés, Caepuxis, Coroa-mirim, Temimbós, Xerentes, Tapirapés, Carajás, Graduais, Tessemedus, Amadus, Guassu, Acroá, Xacriabá, dentre outros. Muitos desses povos foram completamente extintos ou fu giram para as mais remotas regiões da floresta amazônica.

Em Goiás, a descoberta do ouro levou a disputas territoriais. Tais disputas decorreram, sobretudo, da expulsão e também da fuga de tribos indígenas do litoral, no século XVII, quando buscaram refúgio no interior do país, em estados como Mato Grosso/Mato Grosso do Sul e Goiás. Quanto mais avançavam os bandeirantes paulistas, mais provocavam migrações em massa de tribos indígenas, levando-as a disputas pela terra e pela sobrevivência. A política das autoridades com os índios é totalmente oposta a esta guerra de extermínio. As instruções vindas de Lisboa aos governadores ordenavam "tentem primeiro todos os meios de suavidade e persuasão para reduzir os índios bravos a viver civilizados, e não se procurem domar por armas... a Divina Providência não permitiu estender o poder d esta Monarquia nessas vastas regiões para destruir ou r eduzir à escravidão os naturais habitantes dela, mas para trazer o conhecimento da religião, e para mudar seus bárbaros costumes em outros humanos, e mais úteis para sua própria conservação". Ao invés de uma política pacífica, como recomendava as ordens reais vindas de Portugal. O que prevalecia era o genocídio sistemático dos nativos.

Aldeamentos indígenas

Durante a época da mineração, as relações entre índios e mineiros foram eminentemente guerreiras e quase sempre de mútuo extermínio. No dizer de Palacín "Ao mineiro, sempre apressado e inquieto, faltavam o tempo e a paciência para atra ir o índio mediante uma política pacífica. À invasão dos seus territórios e as perseguições de capitães-do-mato, respondiam os índios com contínuas represálias." No Sul, os Caiapós moveram guerra contínua durante 50 anos, chegando muitas vezes às portas de Vila Boa. Os que não foram exterminados pelos sertanistas de contrato Antônio Pires de Campos e Antônio Godoy acabaram aldeados em São José de Mossâmedes, hoje município de Mossâmedes. No Norte, a trajetória dos Acroás e Xacriabás foi semelhante. Habitavam a região de Arraias, São Domingos e Natividade. Combatidos pelo sertanista de contrato Wenceslao Gomes da Silva, foram posteriormente aldeados em São José do Duro, hoje Dianópolis. Mas ao norte, com a decadência da mineração, a atividade hostil dos índios recrudescceu, exterminando fazendas e até arraiais florescentes, como Palma. Especialmente na região dos grandes rios, onde os índios se refugiaram, as hostilidades continuariam durante muitos anos. "Aldear os índios consistia em reuni-los em povoações fixas, chamadas aldeias, onde, sob supervisão de uma autoridade leiga ou religiosa, deviam cultivar o solo e aprender a religião cristã. Em 1754, deu D. Marcos de Noronha regimento a estas aldeias, submetendo aos índios a um rigoroso regime militar, que gerou os priores resultados," no dizer de Luís Palacín. Gastaram-se enormes somas na construção e na manutenção das aldeias, mais de 200 contos, quando o orçamento da capitania não passava de 50.

Mas se as intenções foram boas, os resultados foram pífios. As dificuldades eram enormes. Não havia pessoal especializado, a população não cooperava, via o índio como um inimigo ou mesmo um “bicho do mato”, e os próprios índios acostumados a viver em liberdade, não resistiam à nova vida em confinamento e muitas vezes se rebelavam. Sem contar as doenças transmitidas pelos brancos que dizimaram grande parte dos silvícolas.

Aspectos da História Econômica de Goiás **A Ocupação Mineratória – Mineração**

Enquanto o século XVII representou etapa de investigação das possibilidades econômicas das regiões goianas, durante a qual o seu território tornou-se conhecido, o século XVIII, em função da expansão da marcha do ouro, foi ele devassado em todos os sentidos, estabelecendo-se a sua efetiva ocupação através da mineração. A primeira região ocupada em Goiás foi a região do Rio Vermelho. Entre 1727 e 1732 surgiram diversos arraiais, além de Santana (posteriormente Vila Boa de Goiás), em consequência das explorações auríferas ou da localização na rota de Minas para Goiás. Em 1736 já havia nas minas de Goiás 10.236 escravos. Nas proximidades de Santana surgiram os arraiais de Anta e Ouro Fino; mais para o Norte, Santa Rita, Guarinos e Água Quente. Na porção Sudeste, Nossa Senhora do Rosário da Meia Ponte (atual Pirenópolis) e Santa Cruz. Outras povoações surgidas na primeira metade do século XVIII foram: Jaraguá, Corumbá e o Arraial dos Couros (atual Formosa), na rota de ligações de Santana e Pirenópolis a Minas Gerais.

Ao longo dos caminhos que demandavam a Bahia, mais ao Norte, na bacia do Tocantins, localizaram-se diversos núcleos populacionais, como São José do Tocantins (Niquelândia), Traíras, Cachoeira, Flores, São Félix, Arraiais (TO), Natividade (TO), Chapada (TO) e Muquém. Na década de 1740 a porção mais povoada de Goiás era o Sul, mas a expansão rumo ao norte prosseguia com a implantação dos arraiais do Carmo (TO), Conceição (TO), São Domingos, São José do Duro (TO), Amaro Leite, Cavalcante, Vila de Palma (TO), hoje Paranã, e Pilar de Goiás e Porto Real (TO), atual Porto Nacional, a povoação mais setentrional de Goiás.

O sistema de datas

Era através do sistema de datas que se organizava a exploração do ouro, conforme o ordenamento jurídico da época. Assim que um veio de ouro era descoberto em uma região mineradora, imediatamente, o Superintendente das Minas ordenava que a região fosse medida e dividida em lotes para poder ter início o processo de mineração. Cada lote tinha a medida de 30 x 30 braças (uma braça tem 2,20m), ou seja, aproximadamente 66 x 66m. Estes lotes recebiam a denominação de datas e, cada data, por sua vez, era equivalente a uma lavra de mineração.

As datas se distribuíam da seguinte forma:

- O minerador responsável pelo achado escolhia a primeira data para si. Um funcionário da Real Fazenda (o ministério responsável pela mineração na época) escolhia a segunda data para o rei. O responsável pelo achado tinha o direito de escolher mais uma.

- O rei não tinha interesse em explorar diretamente a sua data e ordenava que ela fosse leiloada entre os mineradores interessados em explorá-la. Quem pagasse mais ficaria com ela. O dinheiro do leilão era enviado a Portugal, como renda pessoal do rei. As demais datas eram distribuídas por sorteio aos mineradores que possuísem um mínimo de doze escravos para poder explorá-las. Cada minerador tinha direito a uma data por vez. Repare que a atividade mineradora era extremamente intensiva em utilização de mão-de-obra. Doze homens trabalhavam junto em um espaço de apenas uma lavra.

O início da mobilidade social

Diferentemente da economia canavieira (cana-de-açúcar) que tinha uma sociedade estamental (no estado em que você nasceu permanece), a sociedade mineradora não era estática. Havia a possibilidade, mesmo que pequena, de mudança de classe social. Foi o início da mobilidade social no Brasil.

Existiam dois tipos de mineradores, o grande, era o minerador de lavra, e o pequeno, o de faiscação. O minerador de lavra era aquele, dono de pelo menos 12 escravos, que participava do sorteio das datas e tinha o direito de explorar os veios de ouro em primeiro lugar. Quando uma lavra começava a demonstrar esgotamento e a produtividade caía geralmente ela era abandonada e, a partir deste momento, o faisgador poderia ficar com o que sobrou dela.

O faisgador era o minerador com pequena quantidade de escravos, insuficientes para participar dos sorteios, ou mesmo o trabalhador individual, que só tinha a sua bateia para tentar a sorte nas lavras abandonadas. Alguns conseguiram ir juntando ouro suficiente para adquirir mais escravos e, posteriormente, passaram a ser grandes mineradores. Alguns até fizeram fortuna.

Existem registro de alguns proprietários de escravos que os deixavam faiscar nos seus poucos momentos de descanso e alguns até conseguiram comprar a sua carta de alforria, documento que garantia a liberdade ao escravo. Tropeiros que abasteciam as regiões mineradoras também conseguiram enriquecer. Tome cuidado, porém, com uma coisa. A mobilidade social era pequena, não foi suficiente para desenvolver uma classe média.

Classe social pressupõe uma grande quantidade de pessoas, e o número daquelas que conseguiam ascender não era suficiente para isso. Só se pode falar em classe média no Brasil, a partir da industrialização.

Povoamento irregular

O povoamento determinado pela mineração do ouro é um povoamento muito irregular e mais instável; sem nenhum planejamento, sem nenhuma ordem. Onde aparece ouro, ali surge uma povoação; quando o ouro se esgota, os mineiros mudam-se para outro lugar e a povoação definha e desaparece, isso porque o ouro encontrado em Goiás era o ouro de aluvião, em pequenas partículas, que ficavam depositadas no leito de rios e córregos ou no sopé das montanhas, geralmente. Sua extração era rápida e logo as jazidas se esgotavam forçando os mineiros a se mudarem em busca de novas áreas para mineração. A produção de ouro em Goiás foi maior que a de Mato Grosso, porém muito menor que em Minas Gerais. O declínio da produção foi rápido.

O pico de foi em 1753, mas 50 anos depois a produção já era insignificante. Luís Palacín afirma que esses são os dados oficiais disponíveis, porém, o volume de ouro extraído deve ter sido muito maior. De acordo com esse historiador, a maior parte do ouro retirada era sonogada para fugir dos pesados impostos e, portanto, não sabemos ao certo quanto ouro foi retirado de fato das terras goianas.

Declínio da Mineração

A partir da segunda metade do século XVIII, Portugal começou a entrar em fase de decadência progressiva, que coincidiu com o decréscimo da produtividade e do volume médio da produção das minas do Brasil. Então desde 1778, a produção bruta das minas de Goiás começou a declinar progressivamente, em consequência da escassez dos metais das minas conhecidas, da ausência de novas descobertas e do decréscimo progressivo do rendimento por escravo. O último grande achado mineratório em Goiás deu-se na cidade de Anicuns, em 1809, no sul da capitania.

A atividade agropecuária nas regiões mineradoras

Assim que foram descobertas grandes jazidas de ouro no Brasil logo se organizou uma hierarquia da produção: os territórios de minas deveriam dedicar-se exclusivamente – ou quase exclusivamente – à produção de ouro, sem desviar esforços na produção de outros bens, que poderiam ser importados. Isso era resquício da mentalidade Mercantilista, em voga na época, que, durante muito tempo, identificou a riqueza com a posse dos metais preciosos. Os alimentos e todas as outras coisas necessárias para a vida vinham das capitanias da costa. As minas eram assim, uma espécie de colônia dentro da colônia, no dizer do historiador Luís Palacín. Isso nos explica o pouco desenvolvimento da lavoura e da pecuária em Goiás, durante os cinquenta primeiros anos. Tal sistema não se devia exclusivamente aos desejos e à política dos dirigentes; era também decorrente da mentalidade do povo.

O Final da Mineração e Tentativa de navegação no Araguaia e Tocantins

A partir de 1775, com a mineração em franco declínio, o Primeiro Ministro de Portugal, Sebastião de Carvalho e Melo, Marquês de Pombal, toma diversas medidas para diversificar a economia no Brasil, sendo que várias delas vão afetar diretamente a capitania de Goiás. A primeira, como tentativa de estimular a produção, foi isentar de impostos por um período de 10 anos os lavradores que fundassem estabelecimentos agrícolas às margens dos rios. Dentre os produtos beneficiados estavam o algodão, a cana-de-açúcar e o gado. A segunda medida foi a criação, em 1775 da Companhia de Comércio do Grão Pará e Maranhão, para explorar a navegação e o comércio nos rios amazônicos, incluindo os rios Araguaia e Tocantins. O Marquês de Pombal também ordenou a criação dos chamados aldeamentos indígenas. Todas essas medidas fracassaram.

Novas tentativas de reativação da Economia

Na primeira metade dos séculos XIX, era desolador o estado da capitania de Goiás. Com a decadência a população não só diminuiu como se dispersou pelos sertões, os arraiais desapareciam ou se arruinavam e a agropecuária estava circunscrita à produção de subsistência. Como medidas salvadoras, o príncipe regente D. João VI, assim que chegou ao Brasil, em 1808, passou a incentivar a agricultura, a pecuária, o comércio e a navegação dos rios. Várias medidas foram anunciadas, mas a maioria nunca saiu do papel:

1) Foi concedida a isenção de impostos pelo período de 10 anos aos lavradores que, nas margens dos rios Tocantins, Araguaia e Maranhão fundassem estabelecimentos agrícolas.

2) Ênfase à catequese do índio para aculturá-lo e aproveitá-lo como mão-de-obra na agricultura.

3) Criação de presídios às margens dos rios, com os seguintes objetivos: proteger o comércio, auxiliar a navegação e aproveitar o trabalho dos nativos para o cultivo da terra. Presídios eram colônias militares de povoamento, defesa e especialização agrícola. Em Goiás, os mais importantes foram Santa Maria (atual Araguacema-TO), Jurupense, Leopoldina (atual Aruanã-GO), São José dos Martírios. Na verdade, deram poucos resultados, por causa do isolamento e da inaptidão dos soldados no cultivo da terra. A maioria desses presídios desapareceu com o tempo.

4) D. João VI, atendendo a uma antiga demanda de vários capitães-generais (governadores) de Goiás que reclamavam do tamanho gigantesco da área geográfica de Goiás, dividiu o território goiano em duas comarcas: a do sul, compreendendo os julgados de Goiás (cabeça ou sede), de Meia Ponte, de Santa Cruz, de Santa Luzia, de Pilar, de Crixás e de Desemboque; e a do norte ou Comarca de São João das Duas Barras, compreendendo os julgados de Vila de São João da Palma (cabeça ou sede), de Conceição, de Natividade, de Porto Imperial, de São Félix, de Cavalcante e de Traíras. Foi nessa época que surgiram através da navegação: Araguacema, Tocantinópolis, Pedro Afonso, Araguatins e Tocantínia e pela expansão da criação de gado, Lizarda.

A divisão de Goiás em duas comarcas

Esta foi a semente que deu origem ao atual estado do Tocantins, pois ficou determinado que a divisa das duas comarcas fosse mais ou menos à altura do paralelo 13º., atual fronteira entre os dois estados. Outro fato importante foi a nomeação de Joaquim Teotônio Segurado como Ouvidor da Comarca do Norte, que acabou liderando o primeiro movimento separatista. O avanço da Pecuária Com a decadência da mineração a pecuária tornou-se uma opção natural, por vários motivos:

1) O isolamento provocado pela falta de estradas e da precária navegação impediam o desenvolvimento de uma agricultura comercial.

2) O gado não necessita de estradas, auto locomove-se por trilhas e campos até o local de comercialização e/ou abate.

3) Existência de pastagem natural abundante. Especialmente nos chamados cerrados de campo limpo.

4) O investimento era pequeno e o rebanho se multiplicava naturalmente.

5) Não necessita de uso de mão-de-obra intensiva, como na mineração. Aliás, dispensa mão-de-obra escrava.

6) Não era preciso pagar salário aos vaqueiros, que eram homens livres e que trabalhavam por produtividade. Recebiam um percentual dos bezeros que nasciam nas fazendas (regime de sorte). Um novo tipo de povoamento se estabeleceu a partir do final do século XVIII, sobretudo no Sul da capitania, onde campos de pastagens naturais se transformaram em centros de criação. A necessidade de tomar dos silvícolas (índios) áreas sob seu domínio, que estrangulavam a marcha do povoamento rumo às porções setentrionais (norte), propiciou também a expansão da ocupação neste período.

A ocupação de Goiás, quando no Sul e no Norte de Goiás, no início do século XIX, a mineração era de pequena monta, fazendo surgir um novo surto econômico e de povoamento representado pela pecuária, estabelecida através de duas grandes vias de penetração: a do Nordeste, representada por criadores e rebanhos nordestinos, que pelo São Francisco se espalharam pelo Oeste da Bahia, penetrando nas zonas adjacentes de Goiás. O Arraial dos Couros (Formosa) foi o grande centro dessa via. A de São Paulo e Minas Gerais, que através dos antigos caminhos da mineração, penetrou no território goiano, estabilizando-se no Sudoeste da capitania. Assim, extensas áreas do território goiano foram ocupadas em função da pecuária, dela derivando a expansão do povoamento e o surgimento de cidades como Itaberaí, inicialmente uma fazenda de criação, e Anápolis, local de passagem de muitos fazendeiros de gado que iam em demanda à região das minas e que, impressionados com seus campos, aí se instalaram.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, DISPOSITIVOS LEGAIS. A INTEGRALIDADE DO ATENDIMENTO

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

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

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

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

Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

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

Ministério da Saúde

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

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

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

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

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

Conselhos de Saúde

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

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

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

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

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

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

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

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

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

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

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

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

Responsabilidades dos entes que compõem o SUS

União

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

Estados e Distrito Federal

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

Municípios

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

História do sistema único de saúde (SUS)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Princípios do SUS

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

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

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

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

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

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

Principais leis

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

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

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

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

Responsabilização Sanitária

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

Responsabilização Macrossanitária

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

LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986

Art. 1º É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.

A Constituição Federal em seu art. 5º, ao tratar dos direitos fundamentais, insere a liberdade de exercício profissional, assim definida:

XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;

A determinação constitucional traz a indicação de que pode ser restringida, permitindo que lei infraconstitucional estabeleça requisitos para o pleno exercício da profissão. Sendo assim, a cada pessoa é permitido escolher a atividade profissional que pretende exercer, mas a legislação específica faz as imposições necessárias para que exerça tal atividade profissional, em todos os seus graus de atuação.

Tais restrições podem ser de diversas ordens e estarão dispostas na legislação que regulamenta cada profissão, sendo em geral exigida a formação e o registro no Conselho profissional.

Art. 2º A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Nesse artigo o legislador inicia a definição das exigências legais para o exercício da Enfermagem. Como primeiro ponto, para ser considerado um profissional de Enfermagem é exigida a habilitação que se dá a partir da conclusão do curso relativo a cada categoria profissional.

Dessa forma, o Enfermeiro deverá ter concluído Curso de Graduação de Enfermagem, com a emissão de diploma por Universidade autorizada pelo Ministério da Educação (MEC), e com currículo de acordo com o que determina a Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 03, de 7 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

No caso do Técnico de Enfermagem, este deverá se habilitar com a conclusão de curso técnico específico, em escola com autorização, sendo exigida a conclusão do ensino médio.

O Auxiliar de Enfermagem é profissional de nível médio ou fundamental, com certificado expedido por instituição autorizada, conforme a legislação educacional e registrado pelo órgão competente.

Como segundo requisito para o pleno e legal exercício profissional está a inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da região em que irá atuar, isto porque os Conselhos Regionais de Enfermagem criados pela Lei nº 5.905/1973 foram divididos por estado ou território, conforme seu art. 4º: Haverá um Conselho Regional em cada Estado e Território, com sede na respectiva capital, e no Distrito Federal.

Parágrafo único. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Não será permitido a outros profissionais que não os enumerados neste parágrafo o exercício da atividade da Enfermagem, sendo privativa. Nesse ponto é importante observar que apesar de existir confusão nas atividades, o Cuidador e a doula não são profissionais de Enfermagem, e, portanto não estão vinculados ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 3º O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

Os serviços de Enfermagem estão presentes nas instituições que prestam serviços de saúde, sendo que a equipe de Enfermagem geralmente representa o maior percentual dos profissionais de saúde dentro de um estabelecimento.

Diante disso, a assistência de Enfermagem deverá estar prevista nos planos e programações feitos dentro das instituições e serviços de saúde. Essa previsão auxilia a equipe multidisciplinar e orienta os profissionais de Enfermagem na execução de suas atividades, facilitando a colaboração e inserindo os serviços de Enfermagem no sistema de assistência prestado.

Art. 4º A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

As prescrições de Enfermagem são receitas para determinados comportamentos esperados quanto ao paciente e ações a serem realizadas/facilitadas pelos Enfermeiros. Essas ações/prescrições são selecionadas para ajudar o paciente a alcançar os resultados desejados estabelecidos para ele e as metas para a alta. A expectativa é a de que o comportamento prescrito beneficiará o paciente/família de uma forma previsível, conforme o problema identificado e os resultados escolhidos. Estas prescrições têm a intenção de individualizar o cuidado pelo atendimento da necessidade específica do paciente e devem incorporar os potenciais identificados do paciente quando possível. As prescrições de Enfermagem devem ser específicas e claramente estabelecidas, iniciando com um verbo de ação. Qualificadores tipo “como”, “quando”, “onde”, “tempo/freqüência” e “quantidade” proporcionam um conteúdo para atividade planejada; por exemplo, “ajudar conforme necessário com as atividades de autocuidado a cada manhã”, “registrar as freqüências respiratórias e cardíacas antes, durante e após atividade”, e “instruir a família quanto ao cuidado pós-alta” (DOENGES; MOORHOUSE; GEISSLER, 2007).

Art. 5º (VETADO).

Alguns artigos do projeto de lei foram vetados na sua aprovação final e por isso foram suprimidos do texto de lei publicado. O veto é faculdade atribuída ao Presidente da República, pela Constituição Federal (art. 66, §1º). Ao analisar o projeto de lei aprovado pelo Congresso Nacional a Presidência da República avalia o texto e decide se vai sancionar (aprovar), vetar parcialmente (negar parte do texto), ou vetar totalmente (negar todo o texto). O veto deverá ser justificado com os motivos que levaram a sua impugnação.

Art. 6º São Enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

Os dois primeiros incisos fazem referência à necessidade de diploma de curso superior oferecido por instituições de ensino autorizadas pelo MEC, que cumprem as normas legais estabelecidas por esse e pelo Conselho Nacional de Educação.

Ao receber o diploma estará o cidadão apto a se inscrever no Conselho Regional de Enfermagem e exercer a sua atividade profissional.

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix;

A revalidação de diploma de graduação expedido por estabelecimentos estrangeiros é regulamentada pela Resolução Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES) nº 01, de 28 de janeiro de 2002, alterada pela Resolução CNE/CES nº

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
AUXILIAR EM SAÚDE/AUXILIAR DE ENFERMAGEM

8, de 4 de outubro de 2007. Todas as rotinas e documentos necessários ficam disponíveis no site do MEC: <http://portal.mec.gov.br/revalidacao-de-diplomas>.

Para ter validade nacional, o diploma de graduação tem que ser revalidado por universidade brasileira pública que tenha curso igual ou similar, reconhecido pelo governo. (Art. 3º Res. CNE/ CES nº 1, de 29 de janeiro de 2002).

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea d do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

O decreto referido no inciso IV regulamenta o exercício da Enfermagem no território nacional e dispõe no art. 3º a quem será concedido o título de Enfermeiro indicando as normativas a serem seguidas.

Art. 7º São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

O profissional Técnico de Enfermagem, no Brasil, é um profissional com formação de nível médio, regulado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. O Artigo esclarece que o profissional para ser considerado Técnico de Enfermagem, deverá possuir documentos que comprovem a conclusão de curso técnico específico, em escola com autorização, sendo exigida a conclusão do ensino médio.

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Se este possuir formação fora do território brasileiro, deverá revalidar os documentos no Brasil. Brasileiros natos ou naturalizados e estrangeiros que tenham concluído cursos técnicos em outros países podem solicitar a validação de seus diplomas. Em Santa Catarina a solicitação deve ser feita no Instituto Federal (IFSC). Para isso, é preciso que haja correspondência entre o currículo, a carga horária e as habilitações ou títulos conferidos nas duas instituições. Com o diploma validado, o técnico pode solicitar registro nos órgãos de classe e atuar profissionalmente no Brasil.

O processo é regulamentado no IFSC pela Resolução nº 002/2012 do Colegiado de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE).

Art. 8º São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;

O profissional Auxiliar de Enfermagem é trabalhador que dispensa cuidados simples de Enfermagem ao paciente, sempre com supervisão do Enfermeiro.

O Auxiliar de Enfermagem, no Brasil, é um profissional que tem como requisito a formação no ensino fundamental completo. A duração do curso é de cerca de quinze (15) meses. O profissional tem competências mais simples e pode atuar em setores ambulatoriais. Assim como o Técnico, o Auxiliar pode administrar medicamentos, aplicar vacinas, fazer curativos, realizar higiene de pacientes e até trabalhar com esterilização de material. Os Auxiliares de Enfermagem somente podem realizar ações que demandem cuidados de baixa complexidade e caráter repetitivo. Este profissional atende as necessidades dos doentes portadores de doenças de pouca gravidade, atuando sob supervisão do Enfermeiro, auxiliando no bom atendimento aos pacientes. Controla sinais vitais dos pacientes, ministra medicamentos e tratamentos aos pacientes internados, observando horários, posologia e outros dados, faz curativo simples, utilizando suas noções de primeiros socorros, observando prescrições médicas e de Enfermagem, proporciona cuidados post mortem, fazendo tamponamentos e preparando o corpo, para evitar secreções e melhorar a aparência do morto, atende crianças e adultos que depen-

dam de ajuda, auxiliando na alimentação e higiene dos mesmos, para proporcionar-lhes conforto e recuperação mais rápida, prepara pacientes para consultas e exames. Registra as tarefas executadas, as observações feitas e as reações ou alterações importantes, anotando-as no prontuário do paciente, para informar a equipe de saúde e possibilitar a tomada de providências imediatas (OGUISSO, 2013).

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

Este inciso dispõe sobre o registro de diploma do considerado Enfermeiro, expedido até o ano de 1950, por escolas estaduais de Enfermagem não equiparadas nos termos do Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931, e da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949. Os cursos que tinham a duração de mais de um ano letivo, poderiam registrar seus títulos nas repartições competentes como Auxiliares de Enfermagem, com direito às prerrogativas conferidas a esses profissionais, nos termos da legislação em vigor.

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do Art. 2º. da Lei nº. 604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

Na qualidade de Auxiliar de Enfermagem, os portadores de certificados de Auxiliar de Enfermagem, conferidos por escola oficial ou reconhecida, nos termos da Lei nº 775, de 06 de agosto de 1949 e os diplomados pelas escolas e cursos de Enfermagem das forças armadas nacionais e forças militarizadas que não se acham incluídos na alínea c do item I do art. 2 da presente lei.

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, e 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

A Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959, em seu art. 1º, revogou por cinco (5) anos o DecretoLei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, que regula os exames de habilitação para os Auxiliares de Enfermagem e Parteiras Práticas. Permitiu-se, assim, aos beneficiários do referido diploma legal, continuarem regularizando suas situações, para que possam exercer licitamente as profissões. Seria desnecessário demonstrar a oportunidade dessa medida, em face das dificuldades que se depararam por fatores os mais diversos, sobretudo no interior do país. O Congresso Nacional deferiu essa justa pretensão, por solicitação do Sindicato dos Empregados em Hospitais e Casas de Saúde do Estado de Alagoas, em que expõe a necessidade de ser concedida mais uma prorrogação do prazo fixado de uma classe que tão bons serviços têm prestado à coletividade. Enfatizando a oportunidade da medida ora proposta, pelo seu caráter de evidente interesse público. O Ministério da Saúde notificou as instituições hospitalares que se utilizavam dos serviços de enfermeiras e parteiras práticas, religiosas ou leigas, para que, se submetam aos exames de habilitação previstos no citado Decreto-lei que não se adequaram dentro desse período de cinco anos (OGUISSO, 2007).

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

Este inciso reorganiza o Grupo Ocupacional* P-1700 no seguinte grupo:

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
AUXILIAR EM SAÚDE/AUXILIAR DE ENFERMAGEM**

GRUPO OCUPACIONAL P-1700 – MEDICINA, FARMÁCIA E ODONTOLOGIA			
Código	Série de Classes ou Classes	Característica da classe	Acesso
P-1701 13-A	Auxiliar de Enfermagem	Execução	
P-1701 14-B	Auxiliar de Enfermagem	Execução	
P-1701 15-C	Auxiliar de Enfermagem	Execução	
P-1702 10-A	Prático de Farmácia	Execução	
P-1702 11-B	Prático de Farmácia	Execução	
P-1703 11-A	Parteira	Execução	
P-1703 13-B	Parteira	Execução	
P-1704 10-A	Massagista	Execução	
P-1704 11-B	Massagista	Execução	
P-1705 10-A	Auxiliar de Praxiterapia	Execução	
P-1705 11-B	Auxiliar de Praxiterapia	Execução	
P-1706 11-A	Operador de Raios X	Execução	
P-1706 13-B	Operador de Raios X	Execução	
P-1707 9-A	Protético	Execução	
P-1707 10-B	Protético	Execução	
P-1708 9-A	Auxiliar de Necrópsia	Execução	

Segundo o Art. 2º do Decreto supracitado, serão enquadradas na série de classes de Auxiliar de Enfermagem P-1701 as atuais séries de classes ou classes singulares de Assistente de Enfermagem P-1701, Auxiliar de Enfermagem - P-1702, Enfermeiro Auxiliar - P-1706, Enfermeiro Militar - P-1.707; na série de classes da Parteira - P-1703 as atuais classes singulares de Obstetrix - P-1708 e de parteira prática - P-1711.

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

O Artigo descreve que o profissional para ser considerado Auxiliar de Enfermagem, deverá possuir documentos que comprovem o término do seu curso em Instituição reconhecida pelo Ministério da Educação. Se este possuir formação fora do território brasileiro, deverá revalidar os documentos no Brasil.

I - a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

O Artigo esclarece que as Parteiras não são Enfermeiras, são trabalhadoras que dispensam cuidados simples sob o controle de um Enfermeiro. Suas funções consistem em dar assistência a parturiente durante o parto e o período pós-natal e cuidar do recém-nascido. Estes trabalhadores dão assistência pela experiência prática, não possuem formação e conhecimentos teóricos. (OGUISSO, 2013).

II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

A profissional para ser considerada Parteira, deverá atender aos requisitos previstos no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778/ 1946 o qual revela que as parteiras que tenham mais de dois anos de efetivo exercício de Enfermagem em estabelecimento hospitalar, poderão submeter-se aos exames de habilitação que lhes facultem o certificado de “parteira prática”.

O Art. 13 do mesmo Decreto orienta que a “parteira prática” concede ao seu portador o direito de servir como atendente de doentes em hospitais, maternidades, enfermarias e ambulatórios, no Estado em que for expedido.

Art. 10. (VETADO);

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

O profissional Enfermeiro desenvolve ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde com capacidade de tomar decisões. É generalista com competência técnica, ética, política, social, ecológica e educativa. É capaz de conhecer e intervir sobre problemas ou situações de saúde e doença mais prevalentes identificando as dimensões biopsicossociais de seus determinantes. Em um padrão social, no que se refere à regulação do trabalho entre os Enfermeiros e demais componentes da equipe de Enfermagem, o papel ou status de cada um está definido por esta lei e legislação pertinente e cada um deve saber o que fazer para por em prática este padrão. Entretanto, é importante enfatizar que é requerido ao Enfermeiro o conhecimento das atividades e atitudes que englobam o trabalho da equipe de Enfermagem, já que tem o papel de coordenador e supervisor da equipe.

As atividades de Enfermagem são as intervenções autônomas ou a serem realizadas pela equipe de Enfermagem no âmbito das suas qualificações profissionais. Estas intervenções são realizadas em defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e da profissão.