



OP-0050T-20
CÓD: 7891182038560

MONGAGUÁ

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MONGAGUÁ
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Técnico de Enfermagem Resgatista

EDITAL Nº 002/2020

Língua Portuguesa

1. Fonema.....	01
2. Sílabas.....	02
3. Ortografia.....	03
4. Classes de Palavras: substantivo, adjetivo, preposição, conjunção, advérbio, verbo, pronome, numeral, interjeição e artigo.....	05
5. Acentuação.....	10
6. Concordância nominal. Concordância Verbal.....	11
7. Sinais de Pontuação.....	15
8. Uso da Crase.....	17
9. Colocação dos pronomes nas frases.....	18
10. Análise Sintática Período Simples e Composto.....	19
11. Figuras de Linguagem.....	22
12. Interpretação de Textos.....	24

Matemática

1. Radicais: operações – simplificação, propriedade – racionalização de denominadores.....	01
2. Razão e Proporção.....	13
3. Porcentagem.....	16
4. Juros Simples.....	18
5. Conjunto de números reais. Fatoração de expressão algébrica. Expressão algébrica – operações. Expressões algébricas fracionárias – operações – simplificação. MDC e MMC.....	01
6. Sistema de medidas: comprimento, superfície, massa, capacidade, tempo e volume: unidades de medida; transformações de unidades.....	30
7. Estatística: noções básicas, razão, proporção, interpretação e construção de tabelas e gráficos.....	32
8. Geometria: elementos básicos, conceitos primitivos, representação geométrica no plano;.....	38
9. Noções de probabilidade e análise combinatória.....	48

Conhecimentos Específicos Profissionais Da Saúde

10. A Saúde Pública no Brasil.....	01
11. Sistema Único de Saúde (SUS).....	02
12. Redes de Atenção à Saúde.....	03
13. Modelos de Atenção à Saúde.....	04
14. Atenção Primária à Saúde.....	04
15. Protocolos do SUS.....	13
16. Gestão do SUS: diretrizes para a gestão do SUS; Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação Popular; Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.....	14
17. Política Nacional da Atenção Básica.....	19
18. Vigilância em Saúde.....	39
19. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil: retrospectiva histórica; reforma sanitária.....	39
20. Promoção à saúde.....	39
21. Controle social: conselhos e conferências municipais de saúde.....	41
22. Estratégia de Saúde da Família.....	41
23. Determinantes Sociais em Saúde.....	53

Conhecimentos Específicos

Técnico de Enfermagem Resgatista

24. Processo de Trabalho em Enfermagem.	01
25. Ética e Legislação em Enfermagem.	10
26. Registros de Enfermagem.	19
27. Fundamentos básicos do cuidado em Enfermagem: Preparo e administração de medicamentos e suas legislações; Interações medicamentosas; Nebulização, oxigenioterapia e aspiração das vias aéreas superiores; Cuidados com cateterismo vesical; Cuidados com sondas nasogástrica e nasoenteral; Cuidados com drenos; Tratamento de feridas; Sinais vitais; Processamento de artigos hospitalares; Medidas de higiene e conforto; Manuseio de material estéril.	23
28. Segurança no ambiente de trabalho: Controle de infecção hospitalar e normas de biossegurança; NR 32/2005 – Saúde e Segurança Ocupacional em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e suas atualizações; Riscos e acidentes ocupacionais e suas formas de prevenção; Ergonomia; Medidas de proteção à saúde do trabalhador; Organização do ambiente e da unidade hospitalar;	50
29. Programa nacional de imunização.	73
30. Cuidados de Enfermagem a clientes com distúrbios: oncológicos, respiratórios, cardiovasculares, neurológicos, hematológicos, gastrintestinais, geniturinários, endócrinos, metabólicos, hidreletrolíticos, ginecológicos, obstétricos e de locomoção.	86
31. Concepções sobre o processo saúde-doença.	122
32. Cuidados de Enfermagem em urgência e emergência.	122
33. Cuidados de Enfermagem no pré, trans e pós-operatório.	171
34. Políticas de Saúde no Brasil.	178
35. Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental.	191
36. Medidas de Educação em saúde.	203
37. Noções de Epidemiologia geral e regional.	207
38. Assistência à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem, do idoso e do trabalhador.	209
39. Prevenção de doenças infectocontagiosas.	259

LÍNGUA PORTUGUESA

1. Fonema.....	01
2. Sílabas.....	02
3. Ortografia.....	03
4. Classes de Palavras: substantivo, adjetivo, preposição, conjunção, advérbio, verbo, pronome, numeral, interjeição e artigo.....	05
5. Acentuação.....	10
6. Concordância nominal. Concordância Verbal.....	11
7. Sinais de Pontuação.....	15
8. Uso da Crase.....	17
9. Colocação dos pronomes nas frases.....	18
10. Análise Sintática Período Simples e Composto.....	19
11. Figuras de Linguagem.....	22
12. Interpretação de Textos.....	24

FONEMA

FONÉTICA E FONOLOGIA: LETRA E FONEMA

A palavra *fonologia* é formada pelos elementos gregos *fono* (“som, voz”) e *log*, *logia* (“estudo”, “conhecimento”). Significa literalmente “estudo dos sons” ou “estudo dos sons da voz”. Fonologia é a parte da gramática que estuda os sons da língua quanto à sua função no sistema de comunicação linguística, quanto à sua organização e classificação. Cuida, também, de aspectos relacionados à divisão silábica, à ortografia, à acentuação, bem como da forma correta de pronunciar certas palavras. Lembrando que, cada indivíduo tem uma maneira própria de realizar estes sons no ato da fala. Particularidades na pronúncia de cada falante são estudadas pela Fonética.

Na língua falada, as palavras se constituem de **fonemas**; na língua escrita, as palavras são reproduzidas por meio de símbolos gráficos, chamados de **letras** ou **grafemas**. Dá-se o nome de fonema ao menor elemento sonoro capaz de estabelecer uma distinção de significado entre as palavras. Observe, nos exemplos a seguir, os fonemas que marcam a distinção entre os pares de palavras:

amor – *ator* / *morro* – *corro* / *vento* – *cento*

Cada segmento sonoro se refere a um dado da língua portuguesa que está em sua memória: a imagem acústica que você - como falante de português - guarda de cada um deles. É essa imagem acústica que constitui o fonema. Este forma os significantes dos signos linguísticos. Geralmente, aparece representado entre barras: /m/, /b/, /a/, /v/, etc.

Fonema e Letra

- O fonema não deve ser confundido com a letra. Esta **é a representação gráfica do fonema**. Na palavra *sapo*, por exemplo, a letra “s” representa o fonema /s/ (lê-se *sê*); já na palavra *brasa*, a letra “s” representa o fonema /z/ (lê-se *zê*).

- Às vezes, o mesmo fonema pode ser representado por mais de uma letra do alfabeto. É o caso do fonema /z/, que pode ser representado pelas letras z, s, x: *zebra*, *casamento*, *exílio*.

- Em alguns casos, a mesma letra pode representar mais de um fonema. A letra “x”, por exemplo, pode representar:

- o fonema /sê/: *texto*
- o fonema /zê/: *exibir*
- o fonema /che/: *enxame*
- o grupo de sons /ks/: *táxi*

- O número de letras nem sempre coincide com o número de fonemas.

Tóxico = fonemas: /t/ó/k/s/i/c/o/ letras: t ó x i c o
1 2 3 4 5 6 7 1 2 3 4 5 6

Galho = fonemas: /g/a/lh/o/ letras: g a l h o
1 2 3 4 1 2 3 4 5

- As letras “m” e “n”, em determinadas palavras, não representam fonemas. Observe os exemplos: *compra*, *conta*. Nestas palavras, “m” e “n” indicam a nasalização das vogais que as antecedem: /õ/. Veja ainda: *nave*: o /n/ é um fonema; *dança*: o “n” não é um fonema; o fonema é /ã/, representado na escrita pelas letras “a” e “n”.

- A letra h, ao iniciar uma palavra, não representa fonema.

Hoje = fonemas: ho / j / e / letras: h o j e
1 2 3 1 2 3 4

Classificação dos Fonemas

Os fonemas da língua portuguesa são classificados em:

1) Vogais

As vogais são os fonemas sonoros produzidos por uma corrente de ar que passa livremente pela boca. Em nossa língua, desempenham o papel de núcleo das sílabas. Isso significa que em toda sílaba há, necessariamente, uma única vogal.

Na produção de vogais, a boca fica aberta ou entreaberta. As vogais podem ser:

- **Orais**: quando o ar sai apenas pela boca: /a/, /e/, /i/, /o/, /u/.

- **Nasais**: quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais.

/ã/: *fã*, *canto*, *tampa*

/ẽ/: *dente*, *tempero*

/ĩ/: *lindo*, *mim*

/õ/: *bonde*, *tombo*

/ũ/: *nunca*, *algun*

- **Átonas**: pronunciadas com menor intensidade: *até*, *bola*.

- **Tônicas**: pronunciadas com maior intensidade: *até*, *bola*.

Quanto ao timbre, as vogais podem ser:

- Abertas: *pé*, *lata*, *pó*

- Fechadas: *mês*, *luta*, *amor*

- Reduzidas - Aparecem quase sempre no final das palavras: *dedo* (“*dedu*”), *ave* (“*avi*”), *gente* (“*genti*”).

2) Semivogais

Os fonemas /i/ e /u/, algumas vezes, não são vogais. Aparecem apoiados em uma vogal, formando com ela uma só emissão de voz (uma sílaba). Neste caso, estes fonemas são chamados de *semivogais*. A diferença fundamental entre vogais e semivogais está no fato de que estas não desempenham o papel de núcleo silábico.

Observe a palavra *papai*. Ela é formada de duas sílabas: *pa* - *pai*. Na última sílaba, o fonema vocálico que se destaca é o “a”. Ele é a vogal. O outro fonema vocálico “i” não é tão forte quanto ele. É a semivogal. Outros exemplos: *saudade*, *história*, *série*.

3) Consoantes

Para a produção das consoantes, a corrente de ar expirada pelos pulmões encontra obstáculos ao passar pela cavidade bucal, fazendo com que as consoantes sejam verdadeiros “ruídos”, incapazes de atuar como núcleos silábicos. Seu nome provém justamente desse fato, pois, em português, sempre consoam (“soam com”) as vogais. Exemplos: /b/, /t/, /d/, /v/, /l/, /m/, etc.

Encontros Vocálicos

Os encontros vocálicos são agrupamentos de vogais e semivogais, sem consoantes intermediárias. É importante reconhecê-los para dividir corretamente os vocábulos em sílabas. Existem três tipos de encontros: o *ditongo*, o *tritongo* e o *hiato*.

1) Ditongo

É o encontro de uma vogal e uma semivogal (ou vice-versa) numa mesma sílaba. Pode ser:

- **Crescente**: quando a semivogal vem antes da vogal: *sé-rie* (i = semivogal, e = vogal)

- **Decrescente**: quando a vogal vem antes da semivogal: *pai* (a = vogal, i = semivogal)

- **Oral**: quando o ar sai apenas pela boca: *pai*

- **Nasal**: quando o ar sai pela boca e pelas fossas nasais: *mãe*

2) Tritongo

É a sequência formada por uma semivogal, uma vogal e uma semivogal, sempre nesta ordem, numa só sílaba. Pode ser oral ou nasal: *Paraguai* - Tritongo oral, *quão* - Tritongo nasal.

3) Hiato

É a sequência de duas vogais numa mesma palavra que pertencem a sílabas diferentes, uma vez que nunca há mais de uma vogal numa mesma sílaba: *saída* (sa-í-da), *poesia* (po-e-si-a).

Encontros Consonantais

O agrupamento de duas ou mais consoantes, sem vogal intermediária, recebe o nome de *encontro consonantal*. Existem basicamente dois tipos:

1-) os que resultam do contato consoante + “l” ou “r” e ocorrem numa mesma sílaba, como em: *pe-dra*, *pla-no*, *a-tle-ta*, *cri-se*.

2-) os que resultam do contato de duas consoantes pertencentes a sílabas diferentes: *por-ta*, *rit-mo*, *lis-ta*.

Há ainda grupos consonantais que surgem no início dos vocábulos; são, por isso, inseparáveis: *pneu*, *gno-mo*, *psi-có-lo-go*.

Dígrafos

De maneira geral, cada fonema é representado, na escrita, por apenas uma letra: *lixo* - Possui quatro fonemas e quatro letras.

Há, no entanto, fonemas que são representados, na escrita, por duas letras: *bicho* - Possui quatro fonemas e cinco letras.

Na palavra acima, para representar o fonema /xe/ foram utilizadas duas letras: o “c” e o “h”.

Assim, o dígrafo ocorre quando duas letras são usadas para representar um único fonema (*di* = dois + *grafo* = letra). Em nossa língua, há um número razoável de dígrafos que convém conhecer. Podemos agrupá-los em dois tipos: consonantais e vocálicos.

Dígrafos Consonantais

Letras	Fonemas	Exemplos
lh	/lhe/	telhado
nh	/nhe/	marinheiro
ch	/xe/	chave
rr	/re/ (no interior da palavra)	carro
ss	/se/ (no interior da palavra)	passo
qu	/k/ (qu seguido de e e i)	queijo, quiabo
gu	/g/ (gu seguido de e e i)	guerra, guia
sc	/se/	crescer
sç	/se/	desço
xc	/se/	exceção

Registram-se na representação das vogais nasais:

Fonemas	Letras	Exemplos
/ã/	am	tampa
	an	canto
/ẽ/	em	templo
	en	lenda
/ĩ/	im	limpo
	in	lindo

õ/	om	tombo
	on	tonto
/ü/	um	chumbo
	un	corcunda

* **Observação:** “gu” e “qu” são dígrafos somente quando seguidos de “e” ou “i”, representam os fonemas /g/ e /k/: *guitarra*, *aqui-lo*. Nestes casos, a letra “u” não corresponde a nenhum fonema. Em algumas palavras, no entanto, o “u” representa um fonema - semi-vogal ou vogal - (*aguardar*, *linguiça*, *aquífero*...). Aqui, “gu” e “qu” não são dígrafos. Também não há dígrafos quando são seguidos de “a” ou “o” (*quase*, *averiguo*).

** **Dica:** *Conseguimos ouvir o som da letra “u” também, por isso não há dígrafo! Veja outros exemplos: Água = /agua/ nós pronunciamos a letra “u”, ou então teríamos /aga/. Temos, em “água”, 4 letras e 4 fonemas. Já em guitarra = /gitara/ - não pronunciamos o “u”, então temos dígrafo [aliás, dois dígrafos: “gu” e “rr”]. Portanto: 8 letras e 6 fonemas).*

Dífonos

Assim como existem duas letras que representam um só fonema (os dígrafos), existem letras que representam dois fonemas. Sim! É o caso de “fixo”, por exemplo, em que o “x” representa o fonema /ks/; *táxi* e *crucifixo* também são exemplos de dífonos. *Quando uma letra representa dois fonemas temos um caso de dífono.*

Fontes de pesquisa:

<http://www.soportugues.com.br/secoes/fono/fono1.php>

SACCONI, Luiz Antônio. *Nossa gramática completa Sacconi*. 30ª ed. Rev. São Paulo: Nova Geração, 2010.

Português: novas palavras: literatura, gramática, redação / Emília Amaral... [et al.]. – São Paulo: FTD, 2000.

Português linguagens: volume 1 / William Roberto Cereja, The-reza Cochar Magalhães. – 7ªed. Reform. – São Paulo: Saraiva, 2010.

SÍLABA**Divisão silábica**

A cada um dos grupos pronunciados de uma determinada palavra numa só emissão de voz, dá-se o nome de **silaba**. Na Língua Portuguesa, o núcleo da sílaba é sempre uma vogal, não existe sílaba sem vogal e nunca mais que uma vogal em cada sílaba.

Para sabermos o número de sílabas de uma palavra, devemos perceber quantas vogais tem essa palavra. Mas preste atenção, pois as letras **i** e **u** (mais raramente com as letras **e** e **o**) podem representar semivogais.

Classificação por número de sílabas

Monossílabas: palavras que possuem uma sílaba.

Exemplos: ré, pó, mês, faz

Dissílabas: palavras que possuem duas sílabas.

Exemplos: ca/sa, la/ço.

Trissílabas: palavras que possuem três sílabas.

Exemplos: i/da/de, pa/le/ta.

Polissílabas: palavras que possuem quatro ou mais sílabas.

Exemplos: mo/da/li/da/de, ad/mi/rá/vel.

Divisão Silábica

- Letras que formam os dígrafos “rr”, “ss”, “sc”, “sç”, “xs”, e “xc” devem permanecer em sílabas diferentes. Exemplos:

des – cer
pás – sa – ro...

- Dígrafos “ch”, “nh”, “lh”, “gu” e “qu” pertencem a uma única sílaba. Exemplos:

chu – va
quei – jo

- Hiatos não devem permanecer na mesma sílaba. Exemplos:

ca – de – a – do
ju – í – z

- Ditongos e tritongos devem pertencer a uma única sílaba. Exemplos:

en – xa – guei
cai – xa

- Encontros consonantais que ocorrem em sílabas internas não permanecem juntos, exceto aqueles em que a segunda consoante é “l” ou “r”. Exemplos:

ab – dô – men

flau – ta (permaneceram juntos, pois a segunda letra é representada pelo “l”)

pra – to (o mesmo ocorre com esse exemplo)

- Alguns grupos consonantais iniciam palavras, e não podem ser separados. Exemplos:

peu – mo – ni – a
psi – có – lo – ga

Acento Tônico

Quando se pronuncia uma palavra de duas sílabas ou mais, há sempre uma sílaba com sonoridade mais forte que as demais.

valor - a sílaba **lor** é a mais forte.

maleiro - a sílaba **lei** é a mais forte.

Classificação por intensidade

- **Tônica**: sílaba com mais intensidade.

- **Átona**: sílaba com menos intensidade.

- **Subtônica**: sílaba de intensidade intermediária.

Classificação das palavras pela posição da sílaba tônica

As palavras com duas ou mais sílabas são classificadas de acordo com a posição da sílaba tônica.

- **Oxítonos**: a sílaba tônica é a última. Exemplos: paletó, Paraná, jacaré.

- **Paroxítonos**: a sílaba tônica é a penúltima. Exemplos: fácil, banana, felizmente.

- **Proparoxítonos**: a sílaba tônica é a antepenúltima. Exemplos: mínimo, fábula, término.

ORTOGRAFIA**ORTOGRAFIA**

A ortografia é a parte da Fonologia que trata da correta grafia das palavras. É ela quem ordena qual som devem ter as letras do alfabeto. Os vocábulos de uma língua são grafados segundo acordos ortográficos.

A maneira mais simples, prática e objetiva de aprender ortografia é realizar muitos exercícios, ver as palavras, familiarizando-se com elas. O conhecimento das regras é necessário, mas não basta, pois há inúmeras exceções e, em alguns casos, há necessidade de conhecimento de etimologia (origem da palavra).

Regras ortográficas**O fonema s****S e não C/Ç**

palavras substantivadas derivadas de verbos com radicais em **nd, rg, rt, pel, corr e sent**: *pretender - pretensão / expandir - expansão / ascender - ascensão / inverter - inversão / aspergir - aspersão / submergir - submersão / divertir - diversão / impelir - impulsivo / compelir - compulsório / repelir - repulsa / recorrer - recurso / discorrer - discurso / sentir - sensível / consentir - consensual.*

SS e não C e Ç

nomes derivados dos verbos cujos radicais terminem em **gred, ced, prim** ou com verbos terminados por **tir** ou **-meter**: *agredir - agressivo / imprimir - impressão / admitir - admissão / ceder - cessão / exceder - excesso / percutir - percussão / regredir - regressão / oprimir - opressão / comprometer - compromisso / submeter - submissão.*

*quando o prefixo termina com vogal que se junta com a palavra iniciada por “s”. Exemplos: *a + simétrico - assimétrico / re + surgir - ressurgir.*

*no pretérito imperfeito simples do subjuntivo. Exemplos: *ficasse, falasse.*

C ou Ç e não S e SS

vocábulos de origem árabe: *cetim, açucena, açúcar.*

vocábulos de origem tupi, africana ou exótica: *cipó, Juçara, cacula, cachaça, cacique.*

sufixos **aça, aço, açã, çar, ecer, içã, nça, uça, uçu, uço**: *barcaça, ricaço, aguçar, empalidecer, carniça, caniço, esperança, carapuça, dentuço.*

nomes derivados do verbo **ter**: *abster - abstenção / deter - detenção / ater - atenção / reter - retenção.*

após ditongos: *foice, coice, traição.*

palavras derivadas de outras terminadas em **-te, to(r)**: *marte - marciano / infrator - infração / absorto - absorção.*

O fonema z**S e não Z**

sufixos: **ês, esa, esia, e isa**, quando o radical é substantivo, ou em gentílicos e títulos nobiliárquicos: *freguês, freguesa, freguesia, poetisa, baronesa, princesa.*

sufixos gregos: **ase, ese, ise e ose**: *catequese, metamorfose.*

formas verbais **pôr** e **querer**: *pôs, pus, quisera, quis, quiseste.*

nomes derivados de verbos com radicais terminados em **“d”**: *aludir - alusão / decidir - decisão / empreender - empresa / difundir - difusão.*

diminutivos cujos radicais terminam com **“s”**: *Luis - Luisinho / Rosa - Rosinha / lápis - lapisinho.*

após ditongos: *coisa, pausa, pouso, causa.*

verbos derivados de nomes cujo radical termina com **“s”**: *aná-lis(e) + ar - analisar / pesquis(a) + ar - pesquisar.*

Z e não S

sufixos **“ez”** e **“eza”** das palavras derivadas de adjetivo: *macio - maciez / rico - riqueza / belo - beleza.*

sufixos “izar” (desde que o radical da palavra de origem não termine com s): *final - finalizar / concreto – concretizar*.

consoante de ligação se o radical não terminar com “s”: *pé + inho - pezinho / café + al - cafezal*

Exceção: *lápiz + inho – lapisinho*.

O fonema j

G e não J

palavras de **origem grega ou árabe:** *tigela, girafa, gesso*.

estranheirismo, cuja letra G é originária: *sargento, gim*.

terminações: **agem, igem, ugem, ege, oge** (com poucas exceções): *imagem, vertigem, penugem, bege, foge*.

Exceção: *pajem*.

terminações: **ágio, égio, ígio, ógio, ugio:** *sortilégio, litígio, relógio, refúgio*.

verbos terminados em **ger/gir:** *emergir, eleger, fugir, mugir*.

depois da letra “r” com poucas exceções: *emergir, surgir*.

depois da letra “a”, desde que não seja radical terminado com j: *ágil, agente*.

J e não G

palavras de origem latinas: *jeito, majestade, hoje*.

palavras de origem árabe, africana ou exótica: *jiboia, manjerona*.

palavras terminadas com **aje:** *ultraje*.

O fonema ch

X e não CH

palavras de origem tupi, africana ou exótica: *abacaxi, xucro*.

palavras de origem inglesa e espanhola: *xampu, lagartixa*.

depois de ditongo: *frouxo, feixe*.

depois de “en”: *enxurrada, enxada, enxoval*.

Exceção: quando a palavra de origem não derive de outra iniciada com ch - *Cheio - (enchente)*

CH e não X

palavras de origem estrangeira: *chave, chumbo, chassi, mochila, espadachim, chope, sanduíche, salsicha*.

As letras “e” e “i”

Ditongos nasais são escritos com “e”: *mãe, põem*. Com “i”, só o ditongo interno *cãibra*.

verbos que apresentam infinitivo em **-oar, -uar** são escritos com “e”: *caçoe, perdoe, tumultue*. Escrevemos com “i”, os verbos com infinitivo em **-air, -oer e -uir:** *traí, dói, possui, contribui*.

* **Atenção** para as palavras que mudam de sentido quando substituímos a grafia “e” pela grafia “i”: *área (superfície), ária (melodia) / delatar (denunciar), dilatar (expandir) / emergir (vir à tona), imergir (mergulhar) / peão (de estância, que anda a pé), pião (brinquedo)*.

* Dica:

- Se o dicionário ainda deixar dúvida quanto à ortografia de uma palavra, há a possibilidade de consultar o Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (VOLP), elaborado pela Academia Brasileira de Letras. É uma obra de referência até mesmo para a criação de dicionários, pois traz a grafia atualizada das palavras (sem o significado). Na Internet, o endereço é **www.academia.org.br**.

Informações importantes

- Formas variantes são formas duplas ou múltiplas, equivalentes: *aluguel/aluguer, relampejar/relampear/relampar/relampadar*.

- Os símbolos das unidades de medida são escritos sem ponto, com letra minúscula e sem “s” para indicar plural, sem espaço entre o algarismo e o símbolo: *2kg, 20km, 120km/h*.

Exceção para litro (L): 2 L, 150 L.

- Na indicação de horas, minutos e segundos, não deve haver espaço entre o algarismo e o símbolo: *14h, 22h30min, 14h23’34’’* (= quatorze horas, vinte e três minutos e trinta e quatro segundos).

- O símbolo do real antecede o número sem espaço: *R\$1.000,00*. No cifrão deve ser utilizada apenas uma barra vertical (\$).

Fontes de pesquisa:

<http://www.pciconcursos.com.br/aulas/portugues/ortografia>
SACCONI, Luiz Antônio. *Nossa gramática completa Sacconi*. 30ª ed. Rev. São Paulo: Nova Geração, 2010.

Português linguagens: volume 1 / Wiliam Roberto Cereja, The-reza Cochar Magalhães. – 7ªed. Reform. – São Paulo: Saraiva, 2010.

Português: novas palavras: literatura, gramática, redação / Emília Amaral... [et al.]. – São Paulo: FTD, 2000.

Hífen

O hífen é um sinal diacrítico (que distingue) usado para ligar os elementos de palavras compostas (como *ex-presidente*, por exemplo) e para unir pronomes átonos a verbos (*ofereceram-me; vê-lo-ei*). Serve igualmente para fazer a translineação de palavras, isto é, no fim de uma linha, separar uma palavra em duas partes (ca-/sa; compa-/nheiro).

Uso do hífen que continua depois da Reforma Ortográfica:

1. Em palavras compostas por justaposição que formam uma unidade semântica, ou seja, nos termos que se unem para formar um novo significado: *tio-avô, porto-alegrense, luso-brasileiro, tenente-coronel, segunda- -feira, conta-gotas, guarda-chuva, arco-íris, primeiro-ministro, azul-escuro*.

2. Em palavras compostas por espécies botânicas e zoológicas: *couve-flor, bem-te-vi, bem-me-quer, abóbora- -menina, erva-doce, feijão-verde*.

3. Nos compostos com elementos **além, aquém, recém e sem:** *além-mar, recém-nascido, sem-número, recém-casado*.

4. No geral, as locuções não possuem hífen, mas algumas exceções continuam por já estarem consagradas pelo uso: *cor-de-rosa, arco-da-velha, mais-que-perfeito, pé-de-meia, água-de-colônia, queima-roupa, deus-dará*.

5. Nos encadeamentos de vocábulos, como: *ponte Rio-Niterói, percurso Lisboa-Coimbra-Porto* e nas combinações históricas ou ocasionais: *Áustria-Hungria, Angola-Brasil, etc*.

6. Nas formações com os prefixos **hiper-, inter- e super-** quando associados com outro termo que é iniciado por “r”: *hiper-resistente, inter-racial, super-racional, etc*.

7. Nas formações com os prefixos **ex-, vice-:** *ex-diretor, ex-presidente, vice-governador, vice-prefeito*.

8. Nas formações com os prefixos **pós-, pré- e pró-:** *pré-natal, pré-escolar, pró-europeu, pós-graduação, etc*.

9. Na ênclise e mesóclise: *amá-lo, deixá-lo, dá-se, abraça-o, lança-o e amá-lo-ei, falar-lhe-ei, etc*.

10. Nas formações em que o prefixo tem como segundo termo uma palavra iniciada por “h”: *sub-hepático, geo-história, neo-helênico, extra-humano, semi-hospitalar, super-homem*.

11. Nas formações em que o prefixo ou pseudoprefixo termina com a mesma vogal do segundo elemento: *micro-ondas, eletro-ótica, semi-interno, auto-observação, etc*.

** O hífen é suprimido quando para formar outros termos: *reaver*, *inábil*, *desumano*, *lobisomem*, *reabilitar*.

Lembrete da Zê!

Ao separar palavras na translineação (mudança de linha), caso a última palavra a ser escrita seja formada por hífen, repita-o na próxima linha. Exemplo: escreverei *anti-inflamatório* e, ao final, coube apenas “*anti-*”. Na próxima linha escreverei: “*-inflamatório*” (hífen em ambas as linhas).

Não se emprega o hífen:

1. Nas formações em que o prefixo ou falso prefixo termina em vogal e o segundo termo inicia-se em “*r*” ou “*s*”. Nesse caso, passa-se a duplicar estas consoantes: *antirreligioso*, *contrarregra*, *infrasom*, *microssistema*, *minissaia*, *microrradiografia*, etc.

2. Nas constituições em que o prefixo ou pseudoprefixo termina em vogal e o segundo termo inicia-se com vogal diferente: *antiaéreo*, *extraescolar*, *coeducação*, *autoestrada*, *autoaprendizagem*, *hidroelétrico*, *plurianual*, *autoescola*, *infraestrutura*, etc.

3. Nas formações, em geral, que contêm os prefixos “*dês*” e “*in*” e o segundo elemento perdeu o “*h*” inicial: *desumano*, *inábil*, *desabilitar*, etc.

4. Nas formações com o prefixo “*co*”, mesmo quando o segundo elemento começar com “*o*”: *cooperação*, *coobrigação*, *coordenar*, *coocupante*, *coautor*, *coedição*, *coexistir*, etc.

5. Em certas palavras que, com o uso, adquiriram noção de composição: *pontapé*, *girassol*, *paraquedas*, *paraquedista*, etc.

6. Em alguns compostos com o advérbio “*bem*”: *benfeito*, *benquerer*, *benquerido*, etc.

- Os prefixos *pós*, *pré* e *pró*, em suas formas correspondentes átonas, aglutinam-se com o elemento seguinte, não havendo hífen: *pospor*, *predeterminar*, *predeterminado*, *pressuposto*, *propor*.

- Escreveremos com hífen: *anti-horário*, *anti-infeccioso*, *auto-observação*, *contra-ataque*, *semi-interno*, *sobre-humano*, *super-realista*, *alto-mar*.

- Escreveremos sem hífen: *pôr do sol*, *antirreforma*, *antisséptico*, *antissocial*, *contrarreforma*, *minirrestaurante*, *ultrassom*, *antiaferente*, *anteprojeto*, *anticaspa*, *antivírus*, *autoajuda*, *autoelogio*, *autoestima*, *radiotáxi*.

Fontes de pesquisa:

<http://www.pciconcursos.com.br/aulas/portugues/ortografia>
SACCONI, Luiz Antônio. *Nossa gramática completa Sacconi*. 30ª ed. Rev. São Paulo: Nova Geração, 2010.

CLASSES DE PALAVRAS: SUBSTANTIVO, ADJETIVO, PREPOSIÇÃO, CONJUNÇÃO, ADVÉRBIO, VERBO, PRONOME, NUMERAL, INTERJEIÇÃO E ARTIGO

CLASSES GRAMATICAIS

As palavras costumam ser divididas em classes, segundo suas funções e formas. Palavras que se apresentam sempre com a mesma forma chamam-se **invariáveis**; são **variáveis**, obviamente, as que apresentam flexão ou variação de forma.

Artigo

É a palavra que antecede os substantivos, de forma determinada (*o*, *a*, *os*, *as*) ou indeterminada (*um*, *uma*, *uns*, *umas*).

Classificação

Definidos: Determinam o substantivo de modo particular.

Ex.: *Liguei para o advogado*.

Indefinidos: Determinam o substantivo de modo geral.

Ex.: *Liguei para um advogado*.

Substantivo

É a palavra que nomeia o que existe, seja ele animado ou inanimado, real ou imaginário, concreto ou abstrato.

Classificação

Concreto: Dá nome ao ser de natureza independente, real ou imaginário.

Abstrato: Nomeia ação, estado, qualidade, sensação ou sentimento e todos os seres que não tem existência independente de outros.

Comum: Dá nome ao ser **genericamente**, como pertencente a uma determinada classe.

Ex.: *cavalo*, *menino*, *rio*, *cidade*.

Próprio: Dá nome ao ser particularmente, dentro de uma espécie.

Ex.: *Pedro*, *Terra*, *Pacífico*, *Belo Horizonte*.

Primitivo: É o que deriva uma série de palavras de mesma família etimológica; não se origina de nenhum outro nome.

Ex.: *pedra*, *pobre*.

Derivado: Origina-se de um primitivo.

Ex.: *pedrada*, *pobreza*.

Simplex: Apresenta apenas um radical.

Ex.: *pedra*, *tempo*, *roupa*.

Composto: Apresenta mais de um radical.

Ex.: *pedra-sabão*, *guarda-chuva*.

Coletivo: Embora no singular, expressa pluralidade.

Ex.: *enxame*, *cardume*, *frota*

Adjetivo

Palavra que modifica um substantivo, dando-lhe uma qualidade.

Exemplo:

Cadeira **confortável**

Locução adjetiva

Expressão formada de preposição mais substantivo com valor e emprego de adjetivo. A preposição faz com que um substantivo se junte a outro para qualificá-lo:

menina (substantivo) *de sorte* (substantivo)

Menina *de sorte*

= sortuda (qualifica o substantivo)

Flexão do adjetivo - gênero

Uniformes: Uma forma única para ambos os gêneros.

Ex.: *O livro comum – a receita comum*

Biformes: Duas formas, para o masculino e outra para o feminino.

Ex.: *homem mau – mulher má*

Flexão do adjetivo - número

Adjetivos simples: plural seguindo as mesmas regras dos substantivos simples.

Ex.: *menino gentil – meninos gentis*

MATEMÁTICA

1. Radicais: operações – simplificação, propriedade – racionalização de denominadores.	01
2. Razão e Proporção.	13
3. Porcentagem.	16
4. Juros Simples.	18
5. Conjunto de números reais. Fatoração de expressão algébrica. Expressão algébrica – operações. Expressões algébricas fracionárias – operações – simplificação. MDC e MMC.	01
6. Sistema de medidas: comprimento, superfície, massa, capacidade, tempo e volume: unidades de medida; transformações de unidades.	30
7. Estatística: noções básicas, razão, proporção, interpretação e construção de tabelas e gráficos.	32
8. Geometria: elementos básicos, conceitos primitivos, representação geométrica no plano;	38
9. Noções de probabilidade e análise combinatória.	48

RADICAIS: OPERAÇÕES – SIMPLIFICAÇÃO, PROPRIEDADE – RACIONALIZAÇÃO DE DENOMINADORES. CONJUNTO DE NÚMEROS REAIS. FATORAÇÃO DE EXPRESSÃO ALGÉBRICA. EXPRESSÃO ALGÉBRICA – OPERAÇÕES. EXPRESSÕES ALGÉBRICAS FRACIONÁRIAS – OPERAÇÕES – SIMPLIFICAÇÃO. MDC E MMC

Números Naturais

Os números naturais são o modelo matemático necessário para efetuar uma contagem.

Começando por zero e acrescentando sempre uma unidade, obtemos o conjunto infinito dos números naturais

$$\mathbb{N} = \{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, \dots\}$$

- Todo número natural dado tem um sucessor

- a) O sucessor de 0 é 1.
- b) O sucessor de 1000 é 1001.
- c) O sucessor de 19 é 20.

Usamos o * para indicar o conjunto sem o zero.

$$\mathbb{N}^* = \{1, 2, 3, 4, 5, 6, \dots\}$$

- Todo número natural dado N, exceto o zero, tem um antecessor (número que vem antes do número dado).

Exemplos: Se m é um número natural finito diferente de zero.

- a) O antecessor do número m é m-1.
- b) O antecessor de 2 é 1.
- c) O antecessor de 56 é 55.
- d) O antecessor de 10 é 9.

Expressões Numéricas

Nas expressões numéricas aparecem adições, subtrações, multiplicações e divisões. Todas as operações podem acontecer em uma única expressão. Para resolver as expressões numéricas utilizamos alguns procedimentos:

Se em uma expressão numérica aparecer as quatro operações, devemos resolver a multiplicação ou a divisão primeiramente, na ordem em que elas aparecerem e somente depois a adição e a subtração, também na ordem em que aparecerem e os parênteses são resolvidos primeiro.

Exemplo 1

$$10 + 12 - 6 + 7$$

$$22 - 6 + 7$$

$$16 + 7$$

$$23$$

Exemplo 2

$$40 - 9 \times 4 + 23$$

$$40 - 36 + 23$$

$$4 + 23$$

$$27$$

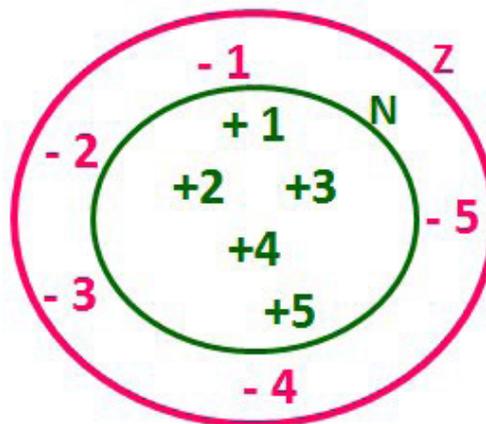
Exemplo 3

$$25 - (50 - 30) + 4 \times 5$$

$$25 - 20 + 20 = 25$$

CONJUNTO DOS NÚMEROS INTEIROS - Z

O conjunto dos números inteiros é a reunião do conjunto dos números naturais $\mathbb{N} = \{0, 1, 2, 3, 4, \dots, n, \dots\}$, $(\mathbb{N} \subset \mathbb{Z})$; o conjunto dos opostos dos números naturais e o zero. Representamos pela letra Z.



$\mathbb{N} \subset \mathbb{Z}$ (N está contido em Z)

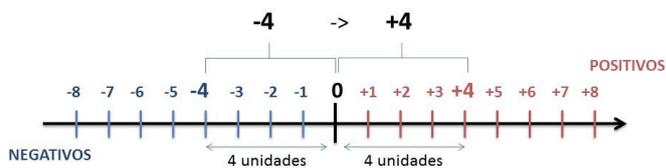
Subconjuntos:

Símbolo	Representação	Descrição
*	\mathbb{Z}^*	Conjunto dos números inteiros não nulos
+	\mathbb{Z}_+	Conjunto dos números inteiros não negativos
* e +	\mathbb{Z}^*_+	Conjunto dos números inteiros positivos
-	\mathbb{Z}_-	Conjunto dos números inteiros não positivos
* e -	\mathbb{Z}^*_-	Conjunto dos números inteiros negativos

Observamos nos números inteiros algumas características:

Módulo: distância ou afastamento desse número até o zero, na reta numérica inteira. Representa-se o módulo por $| \cdot |$. O módulo de qualquer número inteiro, diferente de zero, é sempre positivo.

Números Opostos: dois números são opostos quando sua soma é zero. Isto significa que eles estão a mesma distância da origem (zero).



Somando-se temos: $(+4) + (-4) = (-4) + (+4) = 0$

Operações

- **Soma ou Adição:** Associamos aos números inteiros positivos a ideia de ganhar e aos números inteiros negativos a ideia de perder.

ATENÇÃO: O sinal (+) antes do número positivo pode ser dispensado, mas o sinal (-) antes do número negativo nunca pode ser dispensado.

- **Subtração:** empregamos quando precisamos tirar uma quantidade de outra quantidade; temos duas quantidades e queremos saber quanto uma delas tem a mais que a outra; temos duas quan-

tidades e queremos saber quanto falta a uma delas para atingir a outra. A subtração é a operação inversa da adição. O sinal sempre será do maior número.

ATENÇÃO: todos parênteses, colchetes, chaves, números, ..., entre outros, precedidos de sinal negativo, tem o seu sinal invertido, ou seja, é dado o seu oposto.

Exemplo: (FUNDAÇÃO CASA – AGENTE EDUCACIONAL – VU-NESP) Para zelar pelos jovens internados e orientá-los a respeito do uso adequado dos materiais em geral e dos recursos utilizados em atividades educativas, bem como da preservação predial, realizou-se uma dinâmica elencando “atitudes positivas” e “atitudes negativas”, no entendimento dos elementos do grupo. Solicitou-se que cada um classificasse suas atitudes como positiva ou negativa, atribuindo (+4) pontos a cada atitude positiva e (-1) a cada atitude negativa. Se um jovem classificou como positiva apenas 20 das 50 atitudes anotadas, o total de pontos atribuídos foi

- (A) 50.
- (B) 45.
- (C) 42.
- (D) 36.
- (E) 32.

Resolução:

50-20=30 atitudes negativas
 20.4=80
 30.(-1)=-30
 80-30=50

Resposta: A.

- **Multiplicação:** é uma adição de números/ fatores repetidos. Na multiplicação o produto dos números *a* e *b*, pode ser indicado por ***a x b***, ***a . b*** ou ainda ***ab*** sem nenhum sinal entre as letras.

- **Divisão:** a divisão exata de um número inteiro por outro número inteiro, diferente de zero, dividimos o módulo do dividendo pelo módulo do divisor.

Fica a dica

- 1) No conjunto Z, a divisão não é comutativa, não é associativa e não tem a propriedade da existência do elemento neutro.
- 2) Não existe divisão por zero.
- 3) Zero dividido por qualquer número inteiro, diferente de zero, é zero, pois o produto de qualquer número inteiro por zero é igual a zero.

Na multiplicação e divisão de números inteiros é muito importante a **REGRA DE SINAIS:**

Sinais iguais (+) (+); (-) (-) = resultado sempre positivo.

Sinais diferentes (+) (-); (-) (+) = resultado sempre negativo.

Exemplo: (Pref.de Niterói) Um estudante empilhou seus livros, obtendo uma única pilha 52cm de altura. Sabendo que 8 desses livros possui uma espessura de 2cm, e que os livros restantes possuem espessura de 3cm, o número de livros na pilha é:

- (A) 10
- (B) 15
- (C) 18
- (D) 20
- (E) 22

Resolução:

São 8 livros de 2 cm: $8 \cdot 2 = 16$ cm

Como eu tenho 52 cm ao todo e os demais livros tem 3 cm, temos:

$52 - 16 = 36$ cm de altura de livros de 3 cm

$36 : 3 = 12$ livros de 3 cm

O total de livros da pilha: $8 + 12 = 20$ livros ao todo.

Resposta: D.

Potenciação: A potência a^n do número inteiro *a*, é definida como um produto de *n* fatores iguais. O número *a* é denominado a **base** e o número *n* é o **expoente**. $a^n = a \times a \times a \times a \times \dots \times a$, *a* é multiplicado por *a* *n* vezes. Tenha em mente que:

- Toda potência de **base positiva** é um número **inteiro positivo**.

- Toda potência de **base negativa** e **expoente par** é um número **inteiro positivo**.

- Toda potência de **base negativa** e **expoente ímpar** é um número **inteiro negativo**.

Propriedades da Potenciação

1) Produtos de Potências com bases iguais: Conserva-se a base e somam-se os expoentes. $(-a)^3 \cdot (-a)^6 = (-a)^{3+6} = (-a)^9$

2) Quocientes de Potências com bases iguais: Conserva-se a base e subtraem-se os expoentes. $(-a)^8 : (-a)^6 = (-a)^{8-6} = (-a)^2$

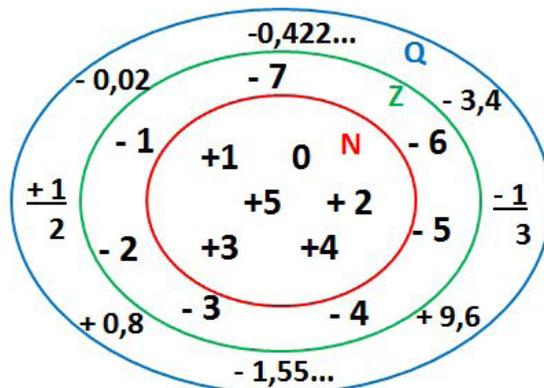
3) Potência de Potência: Conserva-se a base e multiplicam-se os expoentes. $[(-a)^5]^2 = (-a)^{5 \cdot 2} = (-a)^{10}$

4) Potência de expoente 1: É sempre igual à base. $(-a)^1 = -a$ e $(+a)^1 = +a$

5) Potência de expoente zero e base diferente de zero: É igual a 1. $(+a)^0 = 1$ e $(-b)^0 = 1$

CONJUNTO DOS NÚMEROS RACIONAIS – Q

Um número racional é o que pode ser escrito na forma $\frac{m}{n}$, onde *m* e *n* são números inteiros, sendo que *n* deve ser diferente de zero. Frequentemente usamos *m/n* para significar a divisão de *m* por *n*.



N C Z C Q (N está contido em Z que está contido em Q)

Subconjuntos:

Símbolo	Representação	Descrição
*	Q^*	Conjunto dos números racionais não nulos
+	Q_+	Conjunto dos números racionais não negativos

* e +	Q^*_+	Conjunto dos números racionais positivos
-	Q_-	Conjunto dos números racionais não positivos
* e -	Q^*_-	Conjunto dos números racionais negativos

Representação decimal

Podemos representar um número racional, escrito na forma de fração, em número decimal. Para isso temos duas maneiras possíveis:

1º) O numeral decimal obtido possui, após a vírgula, um número finito de algarismos. Decimais Exatos:

$$\frac{2}{5} = 0,4$$

2º) O numeral decimal obtido possui, após a vírgula, infinitos algarismos (nem todos nulos), repetindo-se periodicamente Decimais Periódicos ou Dízimas Periódicas:

$$\frac{1}{3} = 0,333...$$

Representação Fracionária

É a operação inversa da anterior. Aqui temos duas maneiras possíveis:

1) Transformando o número decimal em uma fração numerador é o número decimal sem a vírgula e o denominador é composto pelo numeral 1, seguido de tantos zeros quantas forem as casas decimais do número decimal dado. Ex.:

$$0,035 = 35/1000$$

2) Através da fração geratriz. Aí temos o caso das dízimas periódicas que podem ser simples ou compostas.

Simples: o seu período é composto por um mesmo número ou conjunto de números que se repete infinitamente. Exemplos:

<p>* 0,444... Período: 4 (1 algarismo)</p> $0,444... = \frac{4}{9}$	<p>* 0,313131... Período: 31 (2 algarismos)</p> $0,313131... = \frac{31}{99}$	<p>* 0,278278278... Período: 278 (3 algarismos)</p> $0,278278278... = \frac{278}{999}$
---	---	--

Procedimento: para transformarmos uma dízima periódica simples em fração basta utilizarmos o dígito 9 no denominador para cada quantos dígitos tiver o período da dízima.

Composta: quando a mesma apresenta um ante período que não se repete.

a)

Parte não periódica com o período da dízima menos a parte não periódica.

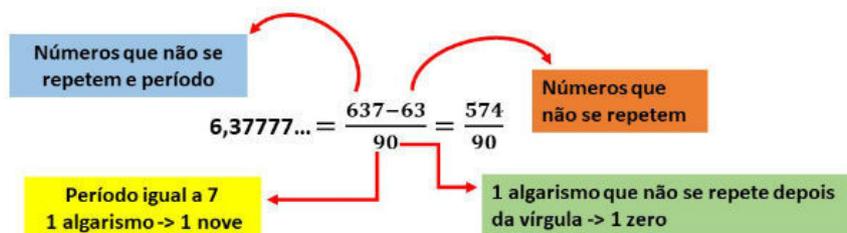
$$0,58333... = \frac{583 - 58}{900} = \frac{525}{900} = \frac{525 : 75}{900 : 75} = \frac{7}{12}$$

Simplificando

Parte não periódica com 2 algarismos → 583
Período com 1 algarismo → 3
1 algarismo 9 → 900
2 algarismos zeros → 58

Procedimento: para cada algarismo do período ainda se coloca um algarismo 9 no denominador. Mas, agora, para cada algarismo do antiperíodo se coloca um algarismo zero, também no denominador.

b)



$$6\frac{34}{90} \rightarrow \text{temos uma fração mista, transformando } -a \rightarrow (6 \cdot 90 + 34) = 574, \text{ logo: } \frac{574}{90}$$

Procedimento: é o mesmo aplicado ao item “a”, acrescido na frente da parte inteira (fração mista), ao qual transformamos e obtemos a fração geratriz.

Exemplo: (Prof. Niterói) Simplificando a expressão abaixo

$$\frac{1,3333... + \frac{3}{2}}{1,5 + \frac{4}{3}}$$

Obtém-se:

- (A) $\frac{1}{2}$
- (B) 1
- (C) $\frac{3}{2}$
- (D) 2
- (E) 3

Resolução:

$$1,3333... = \frac{12}{9} = \frac{4}{3}$$

$$1,5 = \frac{15}{10} = \frac{3}{2}$$

$$\frac{\frac{4}{3} + \frac{3}{2}}{\frac{3}{2} + \frac{4}{3}} = \frac{\frac{17}{6}}{\frac{17}{6}} = 1$$

Resposta: B.

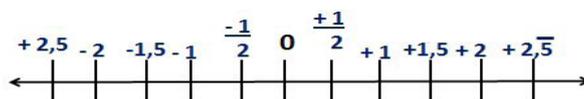
Caraterísticas dos números racionais

O **módulo** e o **número oposto** são as mesmas dos números inteiros.

Inverso: dado um número racional a/b o inverso desse número $(a/b)^{-n}$, é a fração onde o numerador vira denominador e o denominador numerador $(b/a)^n$.

$$\left(\frac{a}{b}\right)^{-n}, a \neq 0 = \left(\frac{b}{a}\right)^n, b \neq 0$$

Representação geométrica



Observa-se que entre dois inteiros consecutivos existem infinitos números racionais.

Operações

- **Soma ou adição:** como todo número racional é uma fração ou pode ser escrito na forma de uma fração, definimos a adição entre os números racionais $\frac{a}{b}$ e $\frac{c}{d}$, da mesma forma que a soma de frações, através:

$$\frac{a}{b} + \frac{c}{d} = \frac{ad + bc}{bd}$$

- **Subtração:** a subtração de dois números racionais p e q é a própria operação de adição do número p com o oposto de q , isto é: $p - q = p + (-q)$

$$\frac{a}{b} - \frac{c}{d} = \frac{ad - bc}{bd}$$

ATENÇÃO: Na adição/subtração se o denominador for igual, conserva-se os denominadores e efetua-se a operação apresentada.

Exemplo: (PREF. JUNDIAI/SP – AGENTE DE SERVIÇOS OPERACIONAIS – MAKIYAMA) Na escola onde estudo, $\frac{1}{4}$ dos alunos tem a língua portuguesa como disciplina favorita, $\frac{9}{20}$ têm a matemática como favorita e os demais têm ciências como favorita. Sendo assim, qual fração representa os alunos que têm ciências como disciplina favorita?

- (A) $\frac{1}{4}$
- (B) $\frac{3}{10}$
- (C) $\frac{2}{9}$
- (D) $\frac{4}{5}$
- (E) $\frac{3}{2}$

Resolução:

Somando português e matemática:

$$\frac{1}{4} + \frac{9}{20} = \frac{5 + 9}{20} = \frac{14}{20} = \frac{7}{10}$$

O que resta gosta de ciências:

$$1 - \frac{7}{10} = \frac{3}{10}$$

Resposta: B.

- **Multiplicação:** como todo número racional é uma fração ou pode ser escrito na forma de uma fração, definimos o produto de dois números racionais $\frac{a}{b}$ e $\frac{c}{d}$, da mesma forma que o produto de frações, através:

$$\frac{a}{b} \times \frac{c}{d} = \frac{ac}{bd}$$

- **Divisão:** a divisão de dois números racionais p e q é a própria operação de multiplicação do número p pelo inverso de q , isto é: $p \div q = p \times q^{-1}$

$$\frac{a}{b} \div \frac{c}{d} = \frac{a}{b} \cdot \frac{d}{c}$$

Exemplo: (PM/SE – SOLDADO 3ªCLASSE – FUNCAB) Numa operação policial de rotina, que abordou 800 pessoas, verificou-se que $\frac{3}{4}$ dessas pessoas eram homens e $\frac{1}{5}$ deles foram detidos. Já entre as mulheres abordadas, $\frac{1}{8}$ foram detidas.

Qual o total de pessoas detidas nessa operação policial?

- (A) 145
- (B) 185
- (C) 220
- (D) 260
- (E) 120

Resolução:

$$800 \cdot \frac{3}{4} = 600 \text{ homens}$$

$$600 \cdot \frac{1}{5} = 120 \text{ homens detidos}$$

Como $\frac{3}{4}$ eram homens, $\frac{1}{4}$ eram mulheres

$$800 \cdot \frac{1}{4} = 200 \text{ mulheres ou } 800 - 600 = 200 \text{ mulheres}$$

$$200 \cdot \frac{1}{8} = 25 \text{ mulhers detidas}$$

Total de pessoas detidas: $120 + 25 = 145$

Resposta: A.

- **Potenciação:** é válido as propriedades aplicadas aos números inteiros. Aqui destacaremos apenas as que se aplicam aos números racionais.

A) Toda potência com expoente negativo de um número racional diferente de zero é igual a outra potência que tem a base igual ao inverso da base anterior e o expoente igual ao oposto do expoente anterior.

$$\left(-\frac{3}{5}\right)^{-2} = \left(-\frac{5}{3}\right)^2 = \frac{25}{9}$$

B) Toda potência com expoente ímpar tem o mesmo sinal da base.

$$\left(\frac{2}{3}\right)^3 = \left(\frac{2}{3}\right) \cdot \left(\frac{2}{3}\right) \cdot \left(\frac{2}{3}\right) = \frac{8}{27}$$

C) Toda potência com expoente par é um número positivo.

$$\left(-\frac{1}{5}\right)^2 = \left(-\frac{1}{5}\right) \cdot \left(-\frac{1}{5}\right) = \frac{1}{25}$$

Resolução de situações problema

Os problemas matemáticos são resolvidos utilizando inúmeros recursos matemáticos, destacando, entre todos, os princípios algébricos, os quais são divididos de acordo com o nível de dificuldade e abordagem dos conteúdos. A prática das questões é que faz com que se ganhe maior habilidade para resolver problemas dessa natureza.

Exemplos:

01. (Câmara Municipal de São José dos Campos/SP – Analista Técnico Legislativo – Designer Gráfico – VUNESP) Em um condomínio, a caixa d'água do bloco A contém 10 000 litros a mais de água do que a caixa d'água do bloco B. Foram transferidos 2 000 litros de água da caixa d'água do bloco A para a do bloco B, ficando o bloco A com o dobro de água armazenada em relação ao bloco B. Após a transferência, a diferença das reservas de água entre as caixas dos blocos A e B, em litros, vale

- (A) 4 000.
- (B) 4 500.
- (C) 5 000.
- (D) 5 500.
- (E) 6 000.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS - PROFISSIONAIS DA SAÚDE

1. A Saúde Pública no Brasil	01
2. Sistema Único de Saúde (SUS)	02
3. Redes de Atenção à Saúde	03
4. Modelos de Atenção à Saúde	04
5. Atenção Primária à Saúde	04
6. Protocolos do SUS	13
7. Gestão do SUS: diretrizes para a gestão do SUS; Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação Popular; Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	14
8. Política Nacional da Atenção Básica	19
9. Vigilância em Saúde	39
10. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil: retrospectiva histórica; reforma sanitária	39
11. Promoção à saúde	39
12. Controle social: conselhos e conferências municipais de saúde	41
13. Estratégia de Saúde da Família	41
14. Determinantes Sociais em Saúde	53

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.

As políticas públicas de saúde no Brasil têm sofrido modificações ao longo dos anos, e tais mudanças historicamente têm sido pelo menos aparentemente para adequarem-se aos contextos políticos, econômicos e sociais. Somente com a chegada da família real, em 1808, é que algumas normas sanitárias foram impostas para os portos, numa tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas que pudessem colocar em risco a integridade da saúde da realza. Em 1822, com a Independência do Brasil, algumas políticas débeis de saúde foram implantadas, tais políticas eram referentes ao controle dos portos e atribuía às províncias quaisquer decisões sobre tais questões(1).

Somente com a Proclamação da República, em 1889, é que as práticas de saúde em nível nacional tiveram início. Oswaldo Cruz e Carlos Chagas que estiveram à frente da Diretoria Geral de Saúde pública (DGSP), implementaram um modelo sanitarista visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando-se responsável pelos serviços sanitários e de profilaxia no país, respectivamente(2).

O Estado brasileiro teve sua primeira intervenção em 1923, com a Lei Elói Chaves, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que asseguravam aos trabalhadores e empresas assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) passando a abranger uma quantidade maior de trabalhadores(3). Conforme refere Figueiredo; Tonini (2007), ao extinguir os IAPs, em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi implantado, atendendo, também, trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e trabalhadores com carteira assinada através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Somente no final da década de 80 deixou de exigir carteira de trabalho para atendimentos em hospitais, tornando a saúde menos excludente e mais universal.

Na década de 70 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária que tinha como objetivo conquistar a democracia para mudar o sistema de saúde. O conceito saúde – doença bem como o processo de trabalho e a determinação social da doença foram rediscutidos(4). No final da década de 80 o quadro social e político no país era diferente, onde o movimento de redemocratização expandia-se pelos estados brasileiros e a oposição ganhava força no Congresso Nacional. Dentro desse contexto ocorria, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que tinha como presidente Sérgio Arouca e que, pela primeira vez, foi verdadeiramente popular refletindo o momento pelo qual o país passava. O grande marco da VIII Conferência Nacional de Saúde foi a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que posteriormente tornou-se Sistema Único de Saúde (SUS) além de ter consolidado as ideias da Reforma Sanitária(5).

A saúde ganhou espaço a partir de então com a Constituição Federal de 1988 (CF\88) que criou o SUS rompendo, dessa forma, com o antigo modelo de saúde que era dominado pelo sistema previdenciário. A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Os princípios e diretrizes estabelecidos foram: descentralização, integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização (6).

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

base municipal. A primeira LOS regulamenta o SUS em todo o país definindo seus princípios e diretrizes, que contemplam a universalidade, a integralidade da assistência, equidade, descentralização e a participação da comunidade. Estabelece condições para o norteamiento do gerenciamento e sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde. A segunda regulamenta a participação da sociedade na formulação das políticas de saúde, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos através do Fundo Nacional de Saúde, que faria o repasse de forma regular e automática para cada esfera(7-8).

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

A União passou a normalizar e financiar e os Municípios a executar as ações. Criou a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que tinha como objetivo alocar recursos de assistência à saúde nos estados e municípios, como forma de universalizar o acesso da população a todo tipo de assistência nos três níveis de complexidade. Também foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), que alterou o financiamento das ações básicas, tornando necessário uma avaliação da aplicação dos recursos e impactos(9).

A NOAS – SUS 01\2001 transformou o modelo vigente de gestão em Gestão Plena da Atenção Básica – Ampliada (GPAB-A), ampliando o debate sobre a municipalização\regionalização e instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que estabeleceu as diretrizes para uma assistência regionalizada, organizada, de forma que o território estadual foi dividido em regiões e microrregiões de saúde tendo como base critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, a oferta de serviços e a acessibilidade que a população tem aos mesmos, bem como o diagnóstico dos problemas de saúde mais frequentes e das prioridades de intervenção. E o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que define as prioridades e estabelece as estratégias no que se refere a investimentos dos recursos de modo que seja prestada assistência em todos os níveis de complexidade(10).

Em 2006 com o Pacto pela Saúde, foram extintas essas formas de habilitação, através da Portaria Nº 399\2006 passando a vigorar o Termo de Compromisso e Gestão (TCG) que contemplava atribuições dos entes federados bem como os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos. Nas suas três dimensões, Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Gestão do SUS, foram estabelecidas no primeiro seis prioridades representando o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, que são: Saúde do Idoso; Controle do câncer de colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica(11).

Em 2008 a Portaria do MS Nº 325\08 criou mais cinco prioridades no Pacto pela Vida passando a totalizar onze prioridades. As cinco prioridades estabelecidas foram: Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do Homem (12). O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades dos entes federados para o fortalecimento da gestão em seus eixos de ação.

Já em 2011 com o Decreto Nº 7.508\2011 o TCG foi substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tendo como objetivo a organização e a integração das ações e serviços de saúde, sob responsabilidade dos entes federativos com a finalidade de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde a partir da definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, desempenho, recursos financeiros. Reconhece a atenção básica como porta de entrada do sistema e como eixo principal das Redes de Atenção a Saúde (RAS) que constitui um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com o intuito de garantir a integralidade tendo como porta de entrada para tais ações a atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto e a partir destes partem as referências para serviços de atenção ambulatorial e hospitalar especializado(13).

Por fim, o SUS representa o maior projeto de inclusão social no Brasil, proporcionando aos que antes eram excluídos pelo sistema garantia de assistência à saúde. Entretanto a despeito da mesma imponência do projeto gigantescas dificuldades são encontradas em sua implementação relacionadas ao financiamento, regulação incipiente, precárias condições de trabalho falhas na descentralização. Necessitando de um fortalecimento no que se refere à regulação da assistência a saúde no país que apesar dos avanços obtidos com a descentralização explícita problemas como leitos insuficientes para atender a demanda da população que necessita de atendimentos, principalmente de média e alta complexidade, que em sua maioria estão sob o poder do setor privado complementar e filantrópico(14).

Fonte: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-evolucao-historica-das-politicas-de-saude-no-brasil/56457>

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).

UNDAMENTOS TEÓRICOS-POLÍTICOS DO SUS

O SUS resulta da formulação e legitimação de estratégias de reordenação do sistema de saúde brasileiro postas em disputa com teorias divergentes sobre as concepções sobre saúde-doença e distintos projetos de poder no campo da saúde. A partir da concepção histórico-estruturalista, os estudos sobre as relações entre medicina e sociedade enfatizaram a necessidade de desvendar os padrões de intervenção estatal específicos na área da saúde. As interpretações sobre as articulações entre saúde e política econômica buscaram evidenciar simultaneamente: 1) a natureza objetiva (histórico-material) da sociedade, a identificação de padrões, variações e matizes dos arranjos político-institucionais presentes no setor saúde no Brasil; 2) a identificação e análise da origem e das contradições entre projetos de atores singulares, suas projeções no Estado, visto não apenas como locus de preservação de legitimação, mas também como arena de disputa por hegemonia. O padrão dual de desenvolvimento social e econômico e seus rebatimentos sobre os níveis de desigualdade e indicadores de saúde, em um contexto

pautado pela emergência de demandas complexas em termos sociais, biológicos e geográficos questionavam as respostas estatais centradas em programas de controle de endemias, por meio da atuação do Ministério da Saúde ou do atendimento individual a determinadas categorias de trabalhadores, administrado pela Previdência Social. No final dos anos 70, o descompasso entre as receitas e as despesas com saúde e as críticas à natureza dicotomizada e fragmentada do sistema foram incluídos nas agendas de reivindicação dos movimentos sociais e nas pautas da grande imprensa. No período de transição democrática, a feição nacional e universalista da luta pela transformação do sistema de saúde e das condições de saúde da população brasileira viabilizou alianças com setores progressistas de diferentes orientações político-partidárias. Os compromissos com a produção de conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde, com o movimento por mudança no sistema de saúde e mudanças na sociedade brasileira lastrearam a formulação do SUS. No início da denominada Nova República, a coalizão suprapartidária e a mobilização social, essenciais para a inclusão da Seguridade Social e do SUS como direitos de cidadania, tornaram exequível a nomeação de integrantes do movimento sanitário para cargos de direção no Ministério da Saúde e na Previdência Social, que, por seu turno, construíram as bases técnicooperacionais para a transferência de recursos humanos, financeiros e físicos e competências do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social para o Ministério da Saúde.

BASES JURÍDICO-LEGAIS DO SUS

O direito à saúde elevado ao patamar de direito essencial em função de sua ligação intrínseca com o direito à vida e à dignidade da pessoa humana no âmbito da positivação dos direitos sociais atribuída pela Constituição de 1988, traduz-se no reconhecimento da saúde como direito público subjetivo de eficácia plena e imediata. A tutela estatal e o agir positivo, ao ensinarem a criação e efetivação de políticas públicas, fazem com que esses direitos adquiram caráter coletivo. O SUS, responsável pela garantia do exercício do direito à saúde, tem como suportes doutrinários o direito universal e dever do Estado (artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988); a integralidade das ações de saúde; a descentralização, com direção única em cada esfera de poder e a participação da sociedade (artigo 198). Em termos operacionais, trata-se de um sistema unificado, regionalizado, com atribuições definidas por esfera de governo, financiamento compartilhado e áreas de competências e abrangência firmadas. A saúde passa a ter o estatuto de bem de relevância pública tal como previsto no artigo 197, que define a competência do poder público na regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. O artigo 199 franqueia à iniciativa privada a participação nas atividades de saúde. As áreas de atuação e competência dos órgãos do sistema de saúde são definidas no artigo 200. Segundo este dispositivo, o controle, fiscalização, execução e ordenamento das políticas, ações e programas referentes a itens diversos, tais como alimentos, medicamentos, equipamentos, hemoderivados, saneamento básico, formação de recursos humanos para a saúde, ambientes de trabalho, desenvolvimento científico e tecnológico e meio ambiente são atribuições do SUS.

O conteúdo constitucional do SUS é discriminado e detalhado em duas leis orgânicas, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90. A Lei 8.080/90 contém dispositivos relacionados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema. A Lei 8.142/90 dispõe sobre o caráter, as regras de composição, regularidade de funcionamento das instâncias colegiadas do SUS – o conselho e a conferência de saúde – e transferências intergovernamentais de recursos. Ao longo

do tempo, a legislação ordinária foi complementada por decretos de autoria do poder executivo ou do legislativo e normas emanadas do Ministério da Saúde, entre as quais as normas operacionais básicas (NOBs) que determinaram as regras para o repasse dos recursos federais às esferas subnacionais.

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS DO SUS

Os questionamentos à Constituição de 1988, especialmente quanto à generosa e abrangente perspectiva de organização de um sistema integrado de seguridade social e ao apoio às propostas de organização de seguros baseados na relação contribuição-benefício sob regime de capitalização emanadas do receituário de ajuste fiscal, alteraram o curso de implementação do SUS. No início dos anos 90, a conjuntura adversa aos projetos de corte universalista contribuiu para a fragmentação das bases de apoio político, não observância das normas sobre as receitas e destinos do orçamento da 'seguridade social' e distintas velocidades da regulamentação de cada um de seus componentes: saúde, previdência e assistência social. A fragmentação da seguridade social e, em especial, o não cumprimento dos preceitos constitucionais relacionados com o financiamento da saúde limitaram a plena implementação do SUS. Em 1993, o então Ministério da Previdência e Assistência Social retirou as transferências destinadas à saúde a partir da contribuição sobre a folha de salários. Desde então, a resistência contra o subfinanciamento da saúde tem sido a tônica de entidades da sociedade civil, parlamentares e integrantes do poder judiciário e do ministério público, e a participação das esferas subnacionais, principalmente os municípios, tem sido crescente. A mobilização permanente em torno da garantia de recursos para a saúde gerou compromissos governamentais com a estabilidade dos repasses tal como expressos na Emenda Constitucional 29. No que concerne ao desenho e à execução dos pactos intergovernamentais para consolidar o processo de descentralização e reorganizar as redes do sistema de saúde, os avanços são notáveis. Nos marcos da democracia e do federalismo, o SUS construiu uma estrutura institucional complexa para coordenar as ações dos três níveis de governo: as ações de saúde pública e os serviços de saúde estatais, filantrópicos e privados. As Comissões Gestoras Bipartite e a Comissão Tripartite, integradas por representantes das três esferas de governo, são instâncias de decisão compartilhada sobre políticas de saúde. Os governos locais tornaram-se essenciais na organização da atenção à saúde, e os representantes dos usuários, profissionais de saúde e gestores civis dispõem de instrumentos para formular políticas de saúde, controlar e fiscalizar a ação das instituições de saúde.

Contabilizam-se ainda, entre os expressivos avanços da estruturação de um sistema único e descentralizado, os êxitos do impacto sobre o controle/redução de agravos relacionados com a oferta de atenção universal a grupos populacionais definidos. Contudo, o SUS, no que concerne especialmente à oferta de assistência médico-hospitalar, não é universal. A preservação da segmentação das demandas condiciona e de certo modo legitima o subfinanciamento público para a atenção universal à saúde e desafia permanentemente a lógica da organização do SUS. A vigência da clivagem assistencial afeta a equidade do acesso aos serviços de saúde, os valores sobre a qualidade do que é público e a própria definição de SUS. Os usos correntes do termo SUS, como sinônimo de um convênio de repasse de recursos ou órgão de compra de serviços e não como sistema de saúde, restringem drasticamente sua natureza e atribuições constitucionais. Alternativamente, a imunidade do direito à saúde tal como previsto pela Constituição de 1988 às tentativas de desfigurá-lo, bem como os efeitos favoráveis da inclusão e universalização das ações de saúde conferiram ao SUS o estatuto de política de Estado e modelo exemplar de sistema de saúde na América Latina.

O RESGATE DO SUS CONSTITUCIONAL

As avaliações sobre a persistência de problemas de saúde e elevadas desigualdades econômico-sociais e no acesso a bens e serviços vis-à-vis o subfinanciamento, as distorções na estrutura dos gastos públicos e a subordinação das políticas sociais em face da 'financeirização' do orçamento público estimularam a realização do VIII Simpósio da Câmara Federal sobre Política Nacional de Saúde em 2005. O debate e a mobilização para o resgate do SUS constitucional implicam a defesa da seguridade social e a definição de uma política nacional de desenvolvimento e, portanto, revisão da política monetária. Recursos oriundos da desvinculação de receitas da União, inclusive das contribuições sociais e do elevado superávit fiscal, devem ser redirecionados para as políticas sociais. As iniciativas de criar e reunir um Fórum da Reforma Sanitária na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e a realização de reuniões conjuntas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rede Unida, Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação Nacional de Promotores do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa) e a Frente Parlamentar da Saúde permitiram ampliar e aprofundar a reflexão e as propostas de resgate do SUS constitucional. O documento "SUS pra Valer: universal, humanizado e de qualidade", subscrito por essas entidades, elaborado no segundo semestre de 2006, contendo estratégias programáticas, reafirma a imprescindibilidade da compatibilização dos padrões de saúde dos brasileiros ao progresso tecnológico, cultural e político disponível. Por sua vez, as instituições responsáveis pela gestão do SUS definiram novas diretrizes para a descentralização no Pacto pela Vida, em Defesa do 'SUS' e de Gestão, proposto pelo Ministério da Saúde, Conselho de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) em 2006. Medidas como o reforço à organização das regiões sanitárias, a cogestão, a base do financiamento tripartite como parâmetro para o planejamento e definição de responsabilidades sanitárias compartilhadas aproximam a trajetória do SUS real a do SUS constitucional.

Os esforços para corrigir o rumo e o prumo da trajetória do SUS, quer oriundos da esfera da sociedade civil, quer gerados na esfera governamental, ainda que até agora tenham logrado contrarrestar plenamente obstáculos estruturais, expressam a vitalidade e perenidade de seus princípios e diretrizes.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.

A atual grande diretriz da [Secretaria de Atenção à Saúde \(SAS\)](#) para o período de 2011 a 2014 é a implantação das RAS, sendo sua gestora no âmbito federal.

No dia 30 de dezembro de 2010, o Documento de Referência contendo as "Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS" foi oficializado por meio da Portaria GM/MS nº 4.279, publi-

cada no Diário Oficial de 31/12/2010. Este documento havia sido aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 16 de dezembro.

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.

– Atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo ações de promoção, proteção, reabilitação e tratamento às doenças. (portal.saude.gov.br)

– Atenção à saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços de saúde consoante os princípios e as diretrizes que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS). (www.epsjv.fiocruz.br)

Modelos de atenção à saúde no Brasil

Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, podem ser identificados modelos de atenção predominantes ou hegemônicos e propostas alternativas. Desse modo, no Brasil, dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: O Modelo Médico Hegemônico e o Modelo Sanitarista.

Modelo Médico Hegemônico

O conceito de hegemonia aqui empregado para qualificar os modelos de atenção diz respeito à capacidade de direção política e cultural para a obtenção do consenso ativo de segmentos da população. (Gruppi, 1978).

a) Assim o Modelo Médico Hegemônico apresenta os seguintes traços fundamentais:

1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) a historicidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores (Menéndez, 1992). Como integrantes do modelo médico hegemônico, podem ser mencionados o Modelo Médico Assistencial Privatista e o Modelo de Atenção Gerenciada (Managed Care).

Modelo Sanitarista

b) O Modelo Sanitarista pode ser reconhecido como predominante no Brasil no que se refere às formas de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde adotadas pela saúde pública convencional. Como exemplos do modelo sanitaria cabem ser citados os programas especiais, inclusive o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), o Programa de Saúde da Família (PSF), as campanhas sanitárias e as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, etc. Esta é uma pequena contribuição trazida através do texto de Jairnilson Silva Paim (Modelos de atenção à saúde no Brasil)

Fonte: <http://redehumanizaus.net/65571-modelos-de-atencao-a-saude-no-brasil/>

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA APRESENTAÇÃO

A atenção básica, enquanto um dos eixos estruturantes do SUS, vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde e do governo federal. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social.

Em ano de Conferência Nacional de Saúde, a coincidência do enfoque deste Caderno com o tema desse evento democrático do sistema de saúde brasileiro é mais uma oportunidade histórica de o abordarmos com a profundidade e visibilidade que o tema requer, pois diz respeito, de maneira aguda, a um posicionamento concreto de defesa da vida das pessoas.

O volume I deste Caderno trata do acolhimento contextualizado na gestão do processo de trabalho em saúde na atenção básica, tocando em aspectos centrais à sua implementação no cotidiano dos serviços. O volume II, como desdobramento do primeiro, apresenta ofertas de abordagem de situações comuns no acolhimento à demanda espontânea, utilizando-se do saber clínico, epidemiológico e da subjetividade, por meio do olhar para riscos e vulnerabilidades.

Esperamos que essa organização do material contemple gestores e trabalhadores nas suas necessidades específicas e, sobretudo, naquilo que é (ou os deve ser) comum, superando as divisões rígidas entre cuidado e gestão, dado que o cuidado em saúde requer gestão e a gestão em saúde objetiva o cuidado.

Nesse sentido, este Caderno deve ser encarado como oferta ativa do DAB/SAS/MS, como ferramenta potencialmente útil, não substituindo (mas auxiliando) a construção partilhada e cotidiana de modos de cuidar e gerir. A potência e o valor de uso deste Caderno serão maiores se ele estiver vinculado a experimentações concretas e à problematização dos efeitos, desafios e práticas reais pelas próprias equipes, com apoio intensivo da gestão, nos próprios serviços, tomando o processo de trabalho real como objeto de análise e intervenção.

Por fim, esperamos que, com essa iniciativa e em articulação com outras ações desenvolvidas pelo DAB/SAS/MS, possamos contribuir efetivamente para o fortalecimento da atenção básica, no seu papel protagonista de produção e gestão do cuidado integral em rede, impactando positivamente na vida das pessoas e coletivos.

O SUS, sem dúvida, é atualmente um dos maiores exemplos de política pública no Brasil. Esse sistema, fruto de debates e lutas democráticas na sociedade civil e nos espaços institucionais do Estado brasileiro, sobretudo do movimento da reforma sanitária (um “movimento de movimentos”), foi afirmado na Constituição de 1988, alicerçado na premissa da saúde como direito de todos e dever do Estado e em princípios e diretrizes como a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. O SUS vem se desenvolvendo ao longo dos últimos 20 anos de modo paradoxal, pois tem implantado um conjunto de políticas de saúde incluídas, apesar de sofrer de problemas crônicos, entre os quais o financiamento insuficiente e desigual (CAMPOS, 2006). Isso demonstra, por um lado, a força do ideário e do conjunto de atores e instituições construtores do SUS, tornando-o um verdadeiro patrimônio público, que, como tal, deve ser bem cuidado. Por outro lado, o SUS precisa ser “protegido” e “cultivado” não apenas para evitar retrocessos ao grande pacto social do qual é resultado, mas tam-

bém porque ainda há muito que fazer para consolidar esse sistema e, assim, possibilitar que todo brasileiro se sinta cuidado diante das suas demandas e necessidades de saúde.

Nesse sentido, há inúmeros desafios a enfrentar e, entre eles, destacam-se aqueles relativos ao financiamento, à força de trabalho e aos modelos de gestão e de atenção. Esses últimos (os modelos de atenção), que se referem a modos de pensar e organizar os sistemas e serviços de saúde a partir de opções técnico-políticas, devem ser objeto de atenção especial, na medida em que influenciam fortemente o modo como os indivíduos e coletivos serão concretamente cuidados no cotidiano. Sendo assim, é fundamental existirem não somente serviços de saúde em quantidades adequadas, mas também que esses serviços sejam articulados de maneira complementar e não competitiva, na perspectiva de redes de atenção, que sejam capazes de responder às necessidades de todos e de cada um, de maneira singular, integral, equânime e compartilhada.

Nessa perspectiva, destacamos o caráter estruturante e estratégico que a ATENÇÃO BÁSICA (ou Atenção Primária à Saúde) pode e deve ter na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que (a atenção básica) se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas e coletivos em seus territórios, pois as unidades básicas são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade. As equipes da atenção básica têm a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar, assim como na (co) gestão dos projetos terapêuticos singulares dos usuários, que, por vezes, requerem percursos, trajetórias, linhas de cuidado que perpassam outras modalidades de serviços para atenderem às necessidades de saúde de modo integral.

É importante destacar que, a despeito de a atenção básica não ser capaz de oferecer atenção integral, isoladamente, em todas as situações, ela pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias, desde que tenha (ou construa) disposição e capacidade de identificar/compreender as variadas demandas/problemas/necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente. Consequentemente, a atenção básica, para ser resolutiva, reconhecida e ter legitimidade, não pode ser o lugar onde se faz apenas promoção e prevenção no nível coletivo (embora sejam ações altamente necessárias), nem tampouco pode se restringir a realizar consultas e procedimentos (por mais que se constituam como ações obrigatórias e essenciais). As dicotomias e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente, não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorar. Além disso, a procura exacerbada por serviços de urgência e especializados (com todas as consequências daí advindas), apesar de ser explicada pelo imaginário social e pelas influências do complexo médico-industrial, é também modulada pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da atenção básica. Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa “porta aberta” capaz de dar respostas “positivas” aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços.

As equipes de saúde da atenção básica, seus trabalhadores, têm que estar abertos para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias (leves, leveduras e duras) que ajudem a: aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, (re) construir a autonomia, melhorar as condições de vida, favorecer a criação de vínculos positivos, diminuir o isolamento e abandono. Faz muito sentido, dessa forma, que as equipes de Saúde da Família

(eSF) possam, por exemplo: realizar uma ação de promoção à saúde para combater o lixo acumulado inapropriadamente (que oferece riscos à saúde); inserir pessoas com baixa renda em programas sociais; fazer a notificação de um acidente de trabalho; utilizar uma medicação ou realizar um procedimento que cure uma doença ou diminua uma dor; cuidar de alguém (que tem hipertensão arterial, diabetes) considerando seus detalhes (sua singularidade); pedir ajuda ao CAPS ou NASF para abordar casos relacionados à saúde mental, inclusive os mais graves, como um caso de cárcere privado; conversar com gestantes, em grupos e individualmente, sobre a gestação, mas também sobre as questões gerais relacionadas à sua vida, como a sua sexualidade; descobrir/acionar a rede social significativa de uma pessoa (não necessariamente as redes sociais formais); participar da coordenação do projeto terapêutico de um usuário que foi encaminhado para um especialista de outro serviço de saúde; dar suporte a alguém (e a seus familiares) que está em estado terminal de vida para conduzir uma “boa morte”; oferecer escuta a quem chega ansioso ou nervoso querendo atendimento imediato sem estar agendado; realizar hidratação intravenosa num usuário com suspeita de dengue que disso necessite; tratar e observar um paciente com crise hipertensiva.

Em resumo, os exemplos anteriores evidenciam que a atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade.

Sendo assim, esperamos que este Caderno seja utilizado por trabalhadores das unidades de atenção básica, por equipes dos NASFs, apoiadores institucionais e gestores. Para tanto, foi elaborado de modo a ser útil para trabalhadores no processo de reflexão sobre o acolhimento que ocorre em sua unidade, para atendimento individual diante de situações mais comuns que se apresentam no acolhimento à demanda espontânea, para auxiliar o trabalho dos apoiadores e gestores no suporte aos profissionais das unidades de saúde para qualificação do acolhimento, bem como para ser um material de apoio para cursos e momentos de educação permanente para as equipes de Saúde da Família promovidos pelas gestões dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal e/ou pelas universidades.

Acolhimento na Atenção Básica

Conforme vimos anteriormente, a atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. Além disso, as equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave. Neste Caderno, o foco principal será dado ao acolhimento à demanda espontânea nas unidades de atenção básica⁶, mas é importante lembrar que o acolhimento não se restringe a essas situações.

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
TÉCNICO DE ENFERMAGEM RESGATISTA

1. Processo de Trabalho em Enfermagem.	01
2. Ética e Legislação em Enfermagem.	10
3. Registros de Enfermagem.	19
4. Fundamentos básicos do cuidado em Enfermagem: Preparo e administração de medicamentos e suas legislações; Interações medicamentosas; Nebulização, oxigenioterapia e aspiração das vias aéreas superiores; Cuidados com cateterismo vesical; Cuidados com sondas nasogástrica e nasoenteral; Cuidados com drenos; Tratamento de feridas; Sinais vitais; Processamento de artigos hospitalares; Medidas de higiene e conforto; Manuseio de material estéril.	23
5. Segurança no ambiente de trabalho: Controle de infecção hospitalar e normas de biossegurança; NR 32/2005 – Saúde e Segurança Ocupacional em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e suas atualizações; Riscos e acidentes ocupacionais e suas formas de prevenção; Ergonomia; Medidas de proteção à saúde do trabalhador; Organização do ambiente e da unidade hospitalar;	50
6. Programa nacional de imunização.	73
7. Cuidados de Enfermagem a clientes com distúrbios: oncológicos, respiratórios, cardiovasculares, neurológicos, hematológicos, gastrintestinais, geniturinários, endócrinos, metabólicos, hidreletrolíticos, ginecológicos, obstétricos e de locomoção.	86
8. Concepções sobre o processo saúde/doença.	122
9. Cuidados de Enfermagem em urgência e emergência.	122
10. Cuidados de Enfermagem no pré, trans e pós-operatório.	171
11. Políticas de Saúde no Brasil.	178
12. Cuidados de Enfermagem em Saúde Mental.	191
13. Medidas de Educação em saúde.	203
14. Noções de Epidemiologia geral e regional.	207
15. Assistência à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do homem, do idoso e do trabalhador.	209
16. Prevenção de doenças infectocontagiosas.	259

PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM.

Uma das questões que merecem ser discutida e melhor trabalhada é como a jornada de trabalho pode interferir na qualidade do serviço de saúde. A maioria dos trabalhadores inserido nesta classe ostenta uma carga de trabalho extremamente exaustiva, inclusive com plantões, que o gera stress, depressão e outras doenças relacionadas ao trabalho ou mesmo adquiridas durante este. Desta forma a reestruturação dos horários de trabalho é um importante passo para que o profissional possa desenvolver suas competências e habilidades com a máxima interação e atenção.

Além de oferecer melhores condições de trabalho é preciso que se busque por um profissional empreendedor, participativo e proativo, o que é indispensável em uma estratégia de gestão. Apoiar-se na tecnologia de ponta, melhorar os estabelecimentos de ação, motivar os colaboradores, almejar resultados em curto, médio e longo prazo é responsabilidade do gestor aos desafios que a saúde lhe impõe.

Para superar as deficiências e minimizar as dificuldades de setor tão precário em nossa sociedade é preciso uma mudança profunda na estrutura organizacional a fim de que se atendam as necessidades da atual e futura geração. As práticas de gestão de pessoas são capazes de modificar a estrutura organizacional deficiente, descrever algumas práticas para serem adotadas, apontar as principais falhas existentes, propor métodos de gestão de pessoas etc.

A metodologia foi pautada pelo método bibliográfico, qualitativo e parcialmente exploratório. Utilizando-se de pesquisa bibliográfica e documental auferida em livros, artigos e monografias.

Desta feita, tem-se que a escolha do tema foi motivada pela importância que o setor de saúde tem e pelo desmerecimento com o qual vem sendo tratado. O sucateamento da saúde é fato notório. Estabelecimentos lotados, sem estrutura e com profissionais desvalorizados demonstram como o setor vem sendo ignorado e como seus profissionais vem sendo explorados por regimes trabalhistas que não fazem uso das boas práticas de gestão de pessoas. A busca incessante por qualidade, eficiência e profissionais cada vez mais qualificados e motivados deve ser o objetivo traçado por qualquer gestor da área.

A saúde pública no Brasil

Saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e acessórias que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e a acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, prestação e recuperação.

É o que dispõe a Constituição Federal no seu Artigo 196.

Nesse sentido, Sarlet e Figueiredo (2008, p. 191) ratificam:

(...) tem-se como certo que a garantia efetiva de uma existência digna abrange mais do que a garantia da mera sobrevivência física, situando-se, portanto, além do limite da pobreza absoluta. Sustenta-se, nesta perspectiva, que se uma vida sem alternativas não corresponde às exigências da dignidade humana, a vida humana não pode ser reduzida à mera existência.

Registre-se, neste contexto, a lição de Heinrich Scholler, para quem a dignidade da pessoa humana apenas estará assegurada “quando for possível uma existência que permita a plena fruição dos direitos fundamentais, de modo especial, quando seja possível o pleno desenvolvimento da personalidade”.

A definição de saúde possui implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença; sem dúvida, a definição mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Segundo a OMS, diz que

O significado atribuído, atualmente, à saúde não é ausência de doença, como salientado acima, mas, sim um somatório de fatores e condições que levam o ser humano a gozar de melhor qualidade de vida, interagindo com o meio ambiente de forma a admitir uma longevidade condizente com os avanços tecnológicos do nosso século.

O relatório Lalonde sugere que existem quatro determinantes gerais de saúde, incluindo biologia humana, ambiente, estilo de vida e assistência médica. Assim, a saúde é mantida e melhorada, não só através da promoção e aplicação da ciência da saúde, mas também através dos esforços e opções de vida inteligentes do indivíduo e da sociedade.

Moraes (1996) ensina que,

quando se fala em saúde, não se tem em mente a sua relação com a doença e, conseqüentemente, com a morte. Tem-se, uma posição auto reflexiva da saúde relacionada com ela mesma e, assim, à vida e, além disso, não uma vida caracterizada como sobrevivência, mas uma vida qualificada pelo acesso aos benefícios da cidade.

Para Arouca In Tirrel e Carvalho (1993, p.32),

É o reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens; a promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde, o reconhecimento do caráter sócio-econômico global dessas condições, emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis; o reconhecimento e a responsabilidade parcial, porém intransferível, das ações propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população; o reconhecimento, finalmente, do caráter social desse direito; e também da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação.

Em nosso país um conceito amplo de saúde surgiu após o movimento da Reforma Sanitária, entre as décadas de 70 e 80, servindo como pano de fundo para o estabelecimento de novas diretrizes no âmbito da saúde, previsto na Constituição Federal e acima apontado.

Este Movimento surge na sociedade civil organizada, sobretudo, a partir das organizações sindicais e populares da área da saúde buscava o reconhecimento da saúde como uma questão de relevância pública, como direito do cidadão assumido claramente pelo setor público, em suas formulações, como abrangência da integridade, ampliada para além do espectro médico assistencial (FIGUEIREDO & TANAKA, 1996, p.38).

Contudo, anos se passaram desde a criação da Lei do Sistema Único de Saúde em 1990, e ao invés de ações práticas capazes de dar valor positivo às reformas no sistema de saúde, sobram evidências do descaso para com os serviços do setor público de saúde no Brasil.

Figueiredo e Tanaka (1996, p.19:98-105) em sua obra ensina que:

O Sistema Único de Saúde – SUS que tem como conceito básico a universalização do atendimento à saúde surgiu com a Constituição atual. A ideia era atingir ampla e irrestritamente a todos os cidadãos, independente de classe social, com financiamento público. Ao sistema privado caberia a ação suplementar. Entre os vários princípios e diretrizes assistenciais e organizacionais do SUS estão: universalidade, integralidade, igualdade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade, uso da epidemiologia para planejar e alocar recursos, descentralização, regionalização, hierarquização, gestor único por esfera, complementariedade e suplementariedade do privado, financiamento da União, Estados e Municípios e participação da comunidade.

A saúde pública do Brasil, sob três aspectos básicos, se mostra em situação alarmante, são eles a deficiência na estrutura física, a falta de disponibilidade de material-equipamento-medicamentos e a carência de recursos humanos. Os autores Figueiredo e Tanaka (1996, 19:98-105) destacam que:

Porém, o que se evidencia ao longo desses anos de implantação e implementação do SUS é o descaso para com os serviços e atividades do setor público de saúde no Brasil. A realidade que vivenciamos é de precariedade quase que absoluta no atendimento à saúde da coletividade.

As condições das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde e dos hospitais são lastimáveis, uma vez que se encontram sem a manutenção preventiva e corretiva, funcionando muitas vezes em locais improvisados e inadequados, com instalações elétricas, sanitárias e hidráulicas precárias, colocando, inclusive, em risco de morte, aqueles que lá frequentam.

As péssimas condições de atendimento à população na atenção Primária de Saúde, porta de entrada do SUS, também é retratada pela falta de equipamentos médicos, mobílias, exame laboratoriais e até mesmo de medicamentos básicos.

Neste sentido Madeiro (2014, p.5):

Na área dos recursos humanos, tome-se como exemplo o Município de Fortaleza, uma das maiores capitais do Brasil, sede da copa em 2014, que em recente visita realizada pela Comissão de Saúde da OAB-CE, acompanhada pelo Ministério Público Estadual, Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e os representantes de todos os Conselhos Regionais da área de saúde, foi constatada que cerca de 60% de todos os profissionais da área da saúde são contratados com vínculo precário de trabalho através de empresas terceirizadas ou cooperativas, em total afronta à Constituição, que exige a aprovação prévia em concursos públicos para a investidura em cargo ou emprego público, ressaltando-se que a carência de médicos no SUS, se dá principalmente, pela falta de concursos públicos. O Governo Brasileiro deliberadamente vem substituindo os Concursos Públicos por contratações via ONG, Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Cooperativas de Serviços ou a EB-SERH, empresa pública dotada de personalidade jurídica de direito privado, o que certamente constitui-se também em retrocesso político. O número de equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), antigo PSF, também se revelou insuficientes, atendendo apenas a 40% da demanda. Tudo em desacordo com a Portaria Ministerial Nº 2488/GM de 21/10/2011.

Com os breves apontes é fácil notar a relevância em se discutir medidas de gestão de pessoas aplicáveis à saúde. O descaso observado deve ser substituído por ações imediatas e pautadas em resolver definitivamente questões que se arrastam por décadas e colocam em risco a população que depende do serviço público para sua sobrevivência.

Gestão de pessoas

Os primórdios da gestão de pessoas perpassa pelo modelo taylorista-fordista, cuja base era a definição do cargo e de suas funções associadas, que definiam os critérios para a seleção de pessoas.

Segundo Fleury e Fleury (2007, p.89), o lema era “o homem certo para o lugar certo”, visando maior produtividade e competitividade.

As organizações têm passado por muitas modificações, desde então, e com o passar dos anos elas têm procurado adequar-se às pessoas. Com estas alterações surge nas organizações um novo departamento e uma nova filosofia de administrar uma empresa, com a valorização das pessoas que são o maior e mais importante patrimônio a ela incorporados. É preciso agir e pensar diferente, tais condutas se mostram como requisitos indispensáveis para acompanhar a competitividade.

O contexto em que se situa a Gestão de Pessoas é representado pelas organizações e pelas pessoas. As organizações constituem-se de pessoas e dependem delas para atingirem seus objetivos e cumprir sua missão. Ao ver das pessoas, as organizações constituem o meio pelo qual elas podem alcançar seus objetivos pessoais com um mínimo de tempo, esforço e conflito. As organizações surgem então para aproveitar a sinergia dos esforços de várias pessoas que trabalham em conjunto. Sem organizações e pessoas inexistiria a Gestão de Pessoas. (CHIAVENATO, 1999).

Entretanto, isso só é possível se as pessoas que fazem parte da organização estiverem realmente comprometidas em seguir suas normas, sua missão, sua visão, ou seja, é preciso que elas estejam realmente engajadas com o cumprimento dos objetivos e das metas organizacionais.

Vislumbra-se, pois, que a Gestão de Pessoas é parte essencial em uma organização que busca a excelência e tem a qualidade como premissa.

Contudo é importante que a organização desenvolva e valorize os talentos existentes como forma de motivá-los para um bom desempenho, assim como ele se sinta útil no processo administrativo, que venha a conscientizá-lo como colaborador e como ser humano da sua importância em determinada empresa.

Para Chiavenato (1999, p. 8) “Gestão de Pessoas ou ARH é o conjunto de decisões integradas sobre as relações de emprego que influenciam a eficácia dos funcionários e das organizações”. Ainda, segundo o autor (2002, p.20) “a Gestão de Pessoas se baseia em três aspectos fundamentais: 1. As pessoas como seres humanos; 2. As pessoas são como mero recursos (humanos) organizacionais; 3. As pessoas como parceiras da organização”.

A Administração estratégica de Recursos Humanos deve, assim, conhecer, analisar e acompanhar a evolução da cultura organizacional da organização pretendida.

Conforme Hobbins (2002, p. 240) “a Cultura organizacional se refere a um sistema de valores compartilhados pelos membros que difere uma organização da outra”.

Shein em sua obra afirma que (apud Chiavenato, 1997, p. 32)

Cultura organizacional é o modelo de pressuposto básico que um grupo assimilou na medida em que resolveu os seus problemas de adaptação externa e integração interna e que, por ter sido suficientemente eficaz. Foi considerado válido e repassado (ensinado) aos demais (novos) membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação àqueles problemas.

Chiavenato (1999, p. 172) conceitua Cultura organizacional como “o conjunto de hábitos e crenças, estabelecidos através de normas, valores, atitudes e expectativas compartilhadas por todos os membros da organização”. Ademais, a cultura espelha a mentalidade que predomina em uma organização e a dos colaboradores que ali habitam. Tudo se torna uma coisa só.

Em prol de ações que dinamizam seus processos, as organizações dependem cada vez mais das pessoas para executar tais ações e viabilizar processos de maneira ágil, flexível e eficiente, sendo que as pessoas, dotadas de necessidades e desejos, dispõem de sua capacidade, habilidade e conhecimento aplicados dentro da organização para atingirem seus objetivos e satisfazerem suas necessidades gerando, portanto, uma contribuição mútua entre pessoas e organização.

Gestão de pessoas e saúde

A eficiência dos serviços de saúde é um dever da gestão pública, a quem deve ser imputada a responsabilidade de proteger e prevenir os problemas que possam atingir a sociedade como um todo, mormente, os usuários diretos do sistema e os profissionais. De acordo com Bosquetti e Albuquerque (2005) a área de Gestão de Pessoas desempenha uma função estratégica nas organizações. A gestão estratégica de pessoas destaca-se, assim, como requisito para alinhar as pessoas à estratégia traçada pela organização. Todavia, às vezes essa importância não é devidamente observada pelos profissionais de saúde, seja ele gestor, seja ele colaborador direto ou indireto.

Dutra (2002, p.216) em sua obra reafirma a importância na gestão de profissionais da saúde:

Neste sentido, a ação do setor de gestão de pessoas na organização que atua diretamente com os profissionais de saúde se caracteriza pela pouca autonomia em termos de inovação nas práticas de gestão ou mudanças nos modelos de recursos humanos. Estruturalmente, o setor é vinculado à direção geral ou gerência administrativa do órgão em que se situa e, política e tecnicamente, à Diretoria de Recursos Humanos (DRH) da Secretaria de Estado da Saúde. Já na esfera privada, a maioria dos setores de gestão de pessoas está subordinada à gerência administrativa ou à direção-geral da organização. Nesse caso, destaca-se que tais organizações apresentam uma estrutura típica de empresas privadas, e a área de recursos humanos tem um papel estratégico na organização, atuando tanto no nível decisório quanto na implementação das políticas do setor.

De acordo com Cornetta (2001), na atividade organizacional moderna, a gestão de pessoas compreende um amplo conjunto de complexas atividades, todas voltadas para o pleno desenvolvimento das tarefas que a organização se propõe a realizar e as metas que pretende atingir. Ou seja, as instituições devem se reunir, traçar metas, se organizar e por em prática metas de curto, médio e longo prazo.

Para DUTRA et al. (2001), a Gestão por Competências procura orientar esforços para promover o planejamento, a captação, o desenvolvimento e a avaliação nos diferentes níveis organizacionais (individual e coletivamente), fundamentais à concretização de suas ações.

Neste sentido Cornetta, Vitória K. (2001) aponta:

No atual quadro brasileiro de saúde verifica-se a enorme desigualdade social que afeta as regiões [...] tendo como alvo principal, determinados grupos populacionais. Estas desigualdades resultam, na maioria das vezes, do atual modelo de desenvolvimento globalizado.

Para Brand (2008) qualquer que seja a natureza do setor abordado, público ou privado, o que se pode concluir é que há uma enorme carência de profissionalização no gerenciamento dos setores de gestão de pessoas das organizações de saúde.

Para programar essas transformações, os modelos de gestão precisam também ser modificados, destacando-se que a gestão dos recursos humanos passa a ser orientada por novas premissas, como referiu Dutra (2002) ao abordar o conceito de gestão de pessoas.

Finamor (2010) relata que:

Um novo contrato psicológico centrado cada vez mais no desenvolvimento mútuo, ou seja, a relação entre pessoa e organização se mantém na medida em que a pessoa contribui para o desenvolvimento da organização e a organização para o desenvolvimento da pessoa. O desenvolvimento organizacional está cada vez mais atrelado ao desenvolvimento das pessoas e, ao mesmo tempo, as pessoas valorizam cada vez mais as condições objetivas oferecidas pela empresa para o seu desenvolvimento.

Para Pereira (2001, p.20),

o desenvolvimento da gestão de pessoas se faz principalmente na vivência do cotidiano, acompanhada, supervisionada e transformada em situações de aprendizagem, cabendo ao gerente descobrir o que seu grupo pensa ou percebe, e que representações e aspirações tem a respeito de seu próprio desempenho e do papel que a organização desempenha nesse contexto.

A autora destaca que o gerente de gestão de pessoas não é mais aquele técnico responsável apenas por um setor de pessoal cujas obrigações restringem-se ao registro de ocorrências nos prontuários dos trabalhadores. Ele deve aliar à sua capacidade administrativa e ao seu conhecimento técnico um alto grau de sensibilidade, que lhe permita enxergar necessidades, expectativas, potencialidades e desejos de seus trabalhadores, bem como as necessidades da realidade social na qual estão inseridos e para qual se destina o produto de seu trabalho.

Vislumbra-se, pois, que as práticas de gestão de pessoas, principalmente, organização, planejamento e

ação são medidas indispensáveis, e, neste momento, inadiáveis na saúde brasileira. Resgatar o sistema único de saúde e o atendimento particular de doentes deve ser uma meta traçada e perquirida pelas autoridades competentes.

Por fim, a par de recursos parcos e descomprometimento, o maior problema da saúde está na omissão dos usuários do sistema. Não há reação. A sociedade organizada, politizada e consciente dos seus direitos de cidadania, busca cada vez mais os hospitais privados e planos de saúde, enquanto que a faixa pobre da população se sente incapaz de reivindicar um atendimento com mais dignidade e respeito nos hospitais e postos de saúde deste país. Não que o serviço privado seja prestado de forma excelente, mas, é que ao invés de suplementar como a constituição prevê, tornou-se uma forma de sobreviver ao precário atendimento oferecido pelas instituições públicas.¹

Cálculo, distribuição e dimensionamento de pessoal de enfermagem nos diferentes setores de um hospital.

Dimensionamento de pessoal é uma ferramenta definida por Gaidzinski (1991) como um processo sistemático que tem por finalidade a previsão da quantidade e qualidade por categoria (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) requerida para atender, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela.

Os aspectos quantitativos de Profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde são enfatizados para que haja a garantia da segurança e da qualidade da assistência ao cliente e a continuidade da vigilância perante a diversidade de atuação nos cuidados e na atenção da equipe de enfermagem.

Para explorar o assunto, a enfermeira Cleide Mazuela Canavesi, Especialista em Gerenciamento em Enfermagem, Informática em Saúde e Terapias Alternativas; Coordenadora da Câmara Técnica de Legislação e Normas do COFEN e Vice-presidente do COREN-SP conversou com a reportagem do Portal e, ao final, com sua constante simpatia e bom humor, dispôs para os internautas testes específicos para treinar a habilidade no Dimensionamento de Pessoal

O Dimensionamento está respaldado em qual legislação?

Na fundamentação legal do exercício profissional: Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87; Resolução COFEN Nº 311/2007 - Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; Resolução COFEN nº 293/2004.

¹Fonte: www.portaleducacao.com.br/www.portaleducacao.com.br

Quais são os componentes essenciais para um cálculo de dimensionamento de pessoal?

Considerar as características da Instituição como, por exemplo: missão, porte, estrutura organizacional, estrutura física, tipos de serviços e programas, tecnologia e complexidade dos serviços, política de pessoal, etc. Considerar ainda as características do Serviço de Enfermagem: modelo gerencial, modelo assistencial, métodos de trabalho, jornada de trabalho, carga horária semanal, taxa de absenteísmo, indicadores de avaliação da qualidade da assistência.

Fundamental que a Sistematização da Assistência de Enfermagem esteja devidamente implantada bem como o Sistema de Classificação de Paciente.

A quem cabe o dimensionamento de pessoal dentro de uma instituição?

Esta ação é uma atribuição privativa do Profissional Enfermeiro, conferida pelo artigo 8º do Decreto-Lei n.º 94.406/87. No Código de Ética em seu Art. 12, enquanto responsabilidade e deveres: “Assigura à pessoa, família e comunidade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”

Trata-se, portanto, de um importante papel gerencial do Enfermeiro, pois sabe-se que o quantitativo está intimamente relacionado à qualidade e segurança na saúde. Estudos apontam que o número reduzido na equipe de enfermagem pode resultar em comprometimento da assistência, pela exposição dos clientes a riscos de danos e além de aumento do tempo de internação. Verifica-se também que para o profissional de enfermagem há um potencial prejuízo à saúde pela sobrecarga de trabalho. Para prevenir os riscos e prejuízos inerentes à inadequação quantitativa de pessoal, o enfermeiro deve estabelecer o quadro quantitativo de profissionais necessários à prestação da assistência de enfermagem

E do que trata a proposta da Resolução 293/2004.

A Resolução 293/2004 preconiza que o dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem basear-se em características relativas à instituição/empresa, ao serviço de enfermagem e à clientela.

Na prática administrativa, a previsão do quantitativo e do qualitativo de pessoal de enfermagem é um processo que depende do conhecimento do Enfermeiro da carga de trabalho existente nas unidades e por sua vez, essa carga de trabalho depende das necessidades de assistência dos pacientes e do padrão de cuidado a ser realizado. Identificar o grau de complexidade dos cuidados de enfermagem a ser ministrado aos pacientes é fundamental. A média de horas de enfermagem, determinado pelo Sistema de Classificação de Pacientes-SCP, monitora e valida as necessidades de cuidado individualizado. Este instrumento gerencial possibilita ainda aos enfermeiros avaliar, planejar e distribuir o quantitativo necessário de recursos humanos para uma assistência segura.

Na prática, as propostas oriundas da Resolução se aplicam a qualquer segmento da saúde?

A Resolução 293/2004 fornece ferramentas básicas ao Enfermeiro aplicar a todo e qualquer segmento assistencial. Cabe ao profissional adequar à sua realidade como exemplo o Sistema de Classificação de Pacientes, pois o constante no Anexo é genérico.

Qual é o impacto legal e ético do não cumprimento da Resolução?

Tanto a Resolução quanto aos outros métodos existentes, na literatura viabilizam dimensionar o quantitativo de pessoal de enfermagem, de forma científica e sistematizada.

A falta de incorporação pelo Enfermeiro de um SCP, e da SAE, torna o dimensionamento inconsistente e intuitivo, portanto, sem argumentação relevante no momento de apresentação ao gestor.

Importante ainda ressaltar que para uma assistência de enfermagem segura sem riscos, é necessário responder a quesitos básicos como, por exemplo: De quem eu cuido?; Qual tempo necessário?; A equipe de enfermagem consegue executar os cuidados? Só assim, o Enfermeiro estará de fato assumindo sua função privativa de “planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem” grifos nosso.

Falta incluir algo na Resolução, em sua opinião?

Sim, algumas situações já foram apontadas em estudos como, por exemplo, as horas de enfermagem para pacientes crônicos, a inclusão dos feriados consagrados, etc. Sabemos que as horas de enfermagem não são estanques, haja vista a evolução ocorrida nestes últimos 15 anos.

Quais as principais iniciativas do COFEN em relação ao estudo do Dimensionamento de Pessoal?

Sem dúvida, alteração e atualização da presente Resolução, que através de suas Câmaras Técnicas construirão instrumento de pesquisa para todo Brasil e posteriormente colocado os resultados e Minuta em consulta pública.

Existe uma Câmara Técnica formada para discutir esta questão?

O COFEN atualmente conta com as seguintes Câmaras Técnicas: Câmara Técnica de Legislação e Normas, que coordena; Câmara Técnica Assistencial; Câmara Técnica de Ensino e Pesquisa e Câmara Técnica de Fiscalização. O Objetivo das Câmaras Técnicas é fornecer subsídios através de Pareceres e Minuta de Resoluções ao Presidente do COFEN para as dúvidas técnicas dos Conselhos Regionais e Profissionais, além de proposituras de alterações de Resoluções vigentes e incorporação de novas propostas em função de novas tecnologias e técnicas incorporadas à Equipe de Enfermagem. Toda produção das Câmaras Técnicas é encaminhada ao Plenário do COFEN, para conhecimento, análise e posterior aprovação.

Além dos cálculos que temos hoje preconizados, quais são os outros fatores que influenciam um bom dimensionamento de pessoal?

Não basta o quantitativo de pessoal. Também é necessário que se tenha implantada uma política de treinamento e desenvolvimento de pessoal, pois a qualidade deve ser aliada à quantidade.

Trabalho em equipe

Atualmente, sob o forte impacto da reestruturação produtiva, responsável por alterar a organização de processos de trabalho para atender às exigências de um mercado extremamente competitivo e volátil, muitas organizações visando garantir a sua permanência/sobrevivência, têm promovido a busca da qualidade como fator diferencial na manutenção de um espaço cada vez mais concorrido. Os adventos surgidos com a era da globalização trouxeram novas formas de se pensar as relações sociais, gerando sistemas abstratos de representação, tais como as noções de tempo/espaço, distância como meio de estabilizar as relações e promover adaptações, num cenário ameaçador regido pela imprevisibilidade e pela constante eminência de fatores de risco. Neste sentido, assistimos a incorporação de uma mudança valorativa na forma de entender os fenômenos hipercomplexos que permeiam as relações das organizações de trabalho com o meio circundante.

Visando atender às demandas atuais, estas organizações se viram forçadas a modificar os processos de trabalho, incorporando tecnologia, reduzindo drasticamente o quadro de pessoal não qualificado ou excedente, fazendo investimentos na qualificação permanente dos funcionários remanescentes, reduzindo o espaço físico de suas instalações, com o objetivo de produzir mais e com qualidade, tendo como foco a satisfação do cliente.

No plano individual, certas competências e habilidades técnicas somadas a um conhecimento amplo têm sido cada vez mais desejáveis, englobados sob a ótica da multiespecialização, responsável por tornar o profissional apto a superar desafios e romper com uma visão de trabalho linear e previsível, herança de um processo institucionalizado de organização social de produção, originado nas concepções dos modelos taylorista/fordista, nos quais os profissionais dominavam técnicas parciais, fragmentadas e isoladas. A incorporação deste novo modelo capacita o profissional a ter uma percepção mais abrangente, dinâmica, complementar e integrada. Juntamente com as habilidades e competências técnicas, as habilidades relacionais que capacitam o indivíduo a estabelecer relações interpessoais com base na cooperação, também têm sido requeridas. Além disto, é esperado do funcionário um envolvimento e uma internalização dos objetivos e missão da organização, de forma a se tornar um colaborador, um parceiro nos negócios, incorporando a idéia de que se a empresa é bem sucedida, ele também será. A moeda de troca passou a ser a formação de um pacto que atenda simultaneamente aos interesses organizacionais e pessoais. Estes fatos provocaram a necessidade de substituição de uma gestão baseada no desempenho individual para o desempenho coletivo. Para superar estes desafios, a delegação de responsabilidades às equipes tem sido a alternativa para alcançar resultados rápidos, criativos e acima de tudo eficazes. No entanto, temos que considerar que essas mudanças representam um grande desafio à convivência social (no ambiente de trabalho), pois vários obstáculos dificultam a passagem do desempenho individual para o desempenho coletivo. Entre estas, podemos citar a contradição existente no discurso organizacional, onde por um lado, o funcionário é levado a se perceber como um elo importante na rede de produção, sob a forte pressão de atender aos interesses organizacionais, enquanto por outro lado percebe a sua descartabilidade e facilidade de substituição, como uma peça de uma engrenagem. Diante desta constatação, o pacto torna-se frágil na medida em que o outro (o seu companheiro de equipe) passa a ser percebido como uma constante fonte de competição e ameaça.

O campo dos empreendimentos coletivos na área de saúde, considerado como um setor que enfrenta graves crises no Brasil, também sofreu o impacto destas mudanças, principalmente com a introdução do conceito de qualidade, que tendo início na década de 70, alcançou seu auge na década de 90, e ainda hoje se constitui num objeto de discussão e investimento. Esta busca pela qualidade deveu-se, em parte, pela introdução da integralidade da assistência, na década de 90, "entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema" (Lei 8080/90), sendo um fator responsável por alterar as configurações das interações profissionais. Com isso, um grande destaque foi concedido ao trabalho em equipe multidisciplinar, porque os profissionais de saúde foram levados a reconhecer a necessidade de diferentes contribuições profissionais no cuidado ao paciente de maneira eficiente e eficaz.

O trabalho em equipe surge assim como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços. Entre estes processos podemos citar o planejamento de serviços, o estabelecimento de prioridades, a redução da duplicação dos serviços, a geração de intervenções mais criativas, a redução de intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais, a redução da rotatividade, resultando na redução de custos, com a possibilidade de aplicação e investimentos em outros processos. Entretanto, apesar dos benefícios apontados, algumas dificuldades e problemas vêm sendo identificados, tornando-se objeto de estudo. Podemos citar inicialmente a intensa divisão social e técnica do trabalho na área de saúde, resultado de um processo de alta especialização e compartimentalização do saber na formação acadêmica dos profissionais, gerando uma visão reducionista e fragmentada do ser humano.

As pesquisas sobre a constituição das equipes na área de saúde apresentam muitas lacunas pelo fato de nem todos os aspectos listados como facilitadores e limitadores a sua formação, terem sido estudados empiricamente.

A responsabilidade médica é inquestionável por tradição, já que o papel da liderança, existe desde antes da existência dos serviços de saúde. O trabalho em equipe de saúde ainda baseia-se numa relação de hierarquia e subordinação. Entretanto, a delegação de autoridade ou função, poderá ocorrer quando há trocas de informações que gerem conhecimento e confiança fazendo com que surja um líder emergencial, que sendo um membro mais qualificado da equipe fique sendo o responsável pelas ações de sua área de competência, mas, sobretudo emergindo de suas bases funcionais, já que pode ser o canal de acesso ao paciente.

Spink (2003: 57-60) apresenta fundamentos para a dificuldade de estabelecimento das equipes multidisciplinares, destacando a posse diferencial do conhecimento científico sobre saúde/doença atribuída a medicina e alegando que várias profissões foram constituídas a partir de um processo de especialização tanto decorrente de avanços tecnológicos como também da ampliação do conceito de saúde, não apresentando, no entanto, um corpo de conhecimentos, métodos e técnicas bem delimitadas para propiciar uma coexistência harmônica. Destaca que para a constituição de disciplinas autônomas, deve haver a delimitação de fronteiras através da definição de procedimentos e adoção de formas de argumentação que possam restringir o uso de certas terminologias, o empréstimo permitido de conhecimentos de outras disciplinas e os contextos legítimos de justificação e descobertas, fazendo com que controlem inteiramente seus departamentos acadêmicos, seus programas de pesquisa e suas linhagens históricas.

Spink (2003: 60) segue afirmando que a integração não significa a equalização dos saberes/fazer e nem a submissão das diferenças a uma verdade única e inequívoca. O problema não está em cada um perder a sua competência, e sim em articular com outras competências. Diz que do ponto de vista afetivo a superação está na aceitação e incorporação da alteridade, entendida como aquilo que é diferente.

Instrumentos e meios de trabalho

A história da utilização dos instrumentos gerenciais na saúde não possui identidade própria. Assim como em diversos ramos da economia e gestão, as experiências bem-sucedidas da indústria vêm sendo ajustadas ao dia a dia da rotina gerencial da área de saúde. Após um longo período onde a saúde foi tratada e conduzida exclusivamente por ações filantrópicas e casas de caridade, com a privatização dos serviços hospitalares, uma nova visão vem sendo desenvolvida para aplicação na gestão da saúde que proporcione perenidade as instituições com base em resultados obtidos das operações principais.