



OP-0460T-20
CÓD: 7891182038997

CABO FRIO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Enfermeiro I e Enfermeiro III

EDITAL Nº 02/2020

Língua Portuguesa

1. Organização textual: interpretação dos sentidos construídos nos textos verbais e não verbais; características de textos descritivos, narrativos e dissertativos	01
2. Elementos de coesão e coerência	03
3. Aspectos semânticos e estilísticos: sentido e emprego dos vocábulos; tempos e modos do verbo; uso dos pronomes; metáfora, antítese, ironia.	04
4. Aspectos morfológicos: reconhecimento, emprego e sentido das classes gramaticais em textos; elementos de composição das palavras; mecanismos de flexão dos nomes e dos verbos	09
5. Processos de constituição dos enunciados: coordenação, subordinação	14
6. Concordância verbal e nominal	17
7. Sistema gráfico: ortografia	21
8. Regras de acentuação.	23
9. Uso dos sinais de pontuação	25

Legislação do SUS

1. Sistemas de saúde.	01
2. A Saúde Pública no Brasil. História das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva	01
3. Reforma sanitária.	10
4. Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentos do SUS. Diretrizes e bases da implantação do SUS.	13
5. Regulamento técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial).	20
6. 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.	45
7. Política Nacional da Atenção Básica (2011 e 2017). Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	49
8. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças.	75
9. Modelos de atenção à saúde.	82
10. Constituição brasileira (art. 196 a 200).	90
11. Redes de Atenção à Saúde.	93
12. Atenção Primária à Saúde.	95
13. Vigilância em Saúde.	97
14. Promoção à saúde.	103
15. Controle social da saúde.	115
16. Estratégia de Saúde da Família.	124
17. Determinantes Sociais em Saúde.	135
18. Política nacional de humanização.	135
19. Sistemas de informação em saúde.	141
20. Doenças de notificação compulsória.	146

História do Município de Cabo Frio

1. Origem da região de Cabo Frio. Primeiras ocupações e início do povoamento. Evolução histórica e administrativa. Habitantes, conflitos, edificações, atividades econômicas. O declínio no final do século XIX, e a retomada da economia no século XX, com o surgimento de novos segmentos de atividades. A emancipação de distritos e a afirmação do turismo na segunda metade dos anos 1900.	01
2. Situação atual: Aspectos físicos e geográficos do Município: clima, relevo, população, localização (região e microrregião), área, limites municipais, distritos, características urbanas, atividades econômicas predominantes. Patrimônio natural, cultural, histórico e arquitetônico. Atrações turísticas, culturais e de lazer, datas comemorativas e destaques do Município. Personalidades históricas e contemporâneas. Posição do Município na divisão regional turística do Estado e sua classificação no Mapa.	02
3. Aspectos e indicadores sociais, econômicos e financeiros.	11
4. Serviços municipais. Organização e estrutura administrativa organizacional básica da Prefeitura Municipal: Órgãos de administração direta e indireta. Posição no contexto regional e relacionamento com os municípios vizinhos.	18

Conhecimentos Específicos

Enfermeiro I e Enfermeiro III

1. Fundamentos do exercício da Enfermagem;	01
2. Administração em Enfermagem;	03
3. Código de Ética e Deontologia dos profissionais de Enfermagem;	09
4. Sistematização da Assistência de Enfermagem;	15
5. Políticas e Programas Nacionais do SUS (engloba programa nacional de imunizações, DST, hepatites e AIDS, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, doenças crônicas);	16
6. Política Nacional de Segurança do Paciente;	64
7. Infecções relacionadas à Assistência à Saúde;	67
8. Saúde do trabalhador em Enfermagem;	71
9. Enfermagem em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente; Cuidados de Enfermagem ao recém-nato normal e de risco; Pré-natal, parto, puerpério, aborto, agravos por violência sexual;	71
10. Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso: Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com distúrbios clínico e cirúrgicos (pré, trans e pós operatório);	131
11. Feridas e curativos.	135
12. Emergência clínica e cirúrgica e assistência de Enfermagem;	138
13. Cuidado ao Paciente Crítico;	141
14. Ações de enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar;	146
15. Biossegurança;	147
16. Processo de esterilização;	150
17. Legislação do SUS (Lei 8080 e 8142);	151
18. Administração de medicamentos; Noções de Farmacologia.	160

LÍNGUA PORTUGUESA

1. Organização textual: interpretação dos sentidos construídos nos textos verbais e não verbais; características de textos descritivos, narrativos e dissertativos	01
2. Elementos de coesão e coerência	03
3. Aspectos semânticos e estilísticos: sentido e emprego dos vocábulos; tempos e modos do verbo; uso dos pronomes; metáfora, antítese, ironia	04
4. Aspectos morfológicos: reconhecimento, emprego e sentido das classes gramaticais em textos; elementos de composição das palavras; mecanismos de flexão dos nomes e dos verbos	09
5. Processos de constituição dos enunciados: coordenação, subordinação	14
6. Concordância verbal e nominal	17
7. Sistema gráfico: ortografia	21
8. Regras de acentuação	23
9. Uso dos sinais de pontuação	25

ORGANIZAÇÃO TEXTUAL: INTERPRETAÇÃO DOS SENTIDOS CONSTRUÍDOS NOS TEXTOS VERBAIS E NÃO VERBAIS; CARACTERÍSTICAS DE TEXTOS DESCRITIVOS, NARRATIVOS E DISSERTATIVOS

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

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

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

Busca de sentidos

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

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

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

Importância da interpretação

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

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

Concentre-se nas ideias que de fato foram explicitadas pelo autor: os textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Devemos nos ater às ideias do autor, isso não quer dizer que você precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não criemos, à revelia do autor, suposições vagas e inespecíficas. Ler com atenção é um exercício que deve ser praticado à exaustão, assim como uma técnica, que fará de nós leitores proficientes.

Diferença entre compreensão e interpretação

A compreensão de um texto é fazer uma análise objetiva do texto e verificar o que realmente está escrito nele. Já a interpretação imagina o que as ideias do texto têm a ver com a realidade. O leitor tira conclusões subjetivas do texto.

Gêneros Discursivos

Romance: descrição longa de ações e sentimentos de personagens fictícios, podendo ser de comparação com a realidade ou totalmente irreal. A diferença principal entre um romance e uma novela é a extensão do texto, ou seja, o romance é mais longo. No romance nós temos uma história central e várias histórias secundárias.

Conto: obra de ficção onde é criado seres e locais totalmente imaginário. Com linguagem linear e curta, envolve poucas personagens, que geralmente se movimentam em torno de uma única ação, dada em um só espaço, eixo temático e conflito. Suas ações encaminham-se diretamente para um desfecho.

Novela: muito parecida com o conto e o romance, diferenciado por sua extensão. Ela fica entre o conto e o romance, e tem a história principal, mas também tem várias histórias secundárias. O tempo na novela é baseada no calendário. O tempo e local são definidos pelas histórias dos personagens. A história (enredo) tem um ritmo mais acelerado do que a do romance por ter um texto mais curto.

Crônica: texto que narra o cotidiano das pessoas, situações que nós mesmos já vivemos e normalmente é utilizado a ironia para mostrar um outro lado da mesma história. Na crônica o tempo não é relevante e quando é citado, geralmente são pequenos intervalos como horas ou mesmo minutos.

Poesia: apresenta um trabalho voltado para o estudo da linguagem, fazendo-o de maneira particular, refletindo o momento, a vida dos homens através de figuras que possibilitam a criação de imagens.

Editorial: texto dissertativo argumentativo onde expressa a opinião do editor através de argumentos e fatos sobre um assunto que está sendo muito comentado (polêmico). Sua intenção é convencer o leitor a concordar com ele.

Entrevista: texto expositivo e é marcado pela conversa de um entrevistador e um entrevistado para a obtenção de informações. Tem como principal característica transmitir a opinião de pessoas de destaque sobre algum assunto de interesse.

Cantiga de roda: gênero empírico, que na escola se materializa em uma concretude da realidade. A cantiga de roda permite as crianças terem mais sentido em relação a leitura e escrita, ajudando os professores a identificar o nível de alfabetização delas.

Receita: texto instrucional e injuntivo que tem como objetivo de informar, aconselhar, ou seja, recomendam dando uma certa liberdade para quem recebe a informação.

O modo como o autor narra suas histórias provoca diferentes sentidos ao leitor em relação à uma obra. Existem três pontos de vista diferentes. É considerado o elemento da narração que compreende a perspectiva através da qual se conta a história. Trata-se da posição da qual o narrador articula a narrativa. Apesar de existir

diferentes possibilidades de Ponto de Vista em uma narrativa, considera-se dois pontos de vista como fundamentais: O narrador-observador e o narrador-personagem.

Primeira pessoa

Um personagem narra a história a partir de seu próprio ponto de vista, ou seja, o escritor usa a primeira pessoa. Nesse caso, lemos o livro com a sensação de termos a visão do personagem podendo também saber quais são seus pensamentos, o que causa uma leitura mais íntima. Da mesma maneira que acontece nas nossas vidas, existem algumas coisas das quais não temos conhecimento e só descobrimos ao decorrer da história.

Segunda pessoa

O autor costuma falar diretamente com o leitor, como um diálogo. Trata-se de um caso mais raro e faz com que o leitor se sinta quase como outro personagem que participa da história.

Terceira pessoa

Coloca o leitor numa posição externa, como se apenas observasse a ação acontecer. Os diálogos não são como na narrativa em primeira pessoa, já que nesse caso o autor relata as frases como alguém que estivesse apenas contando o que cada personagem disse.

Sendo assim, o autor deve definir se sua narrativa será transmitida ao leitor por um ou vários personagens. Se a história é contada por mais de um ser fictício, a transição do ponto de vista de um para outro deve ser bem clara, para que quem estiver acompanhando a leitura não fique confuso.

Deteção de características e pormenores que identifiquem o texto dentro de um estilo de época

Principais características do texto literário

Há diferença do texto literário em relação ao texto referencial, sobretudo, por sua carga estética. Esse tipo de texto exerce uma linguagem ficcional, além de fazer referência à função poética da linguagem.

Uma constante discussão sobre a função e a estrutura do texto literário existe, e também sobre a dificuldade de se entenderem os enigmas, as ambiguidades, as metáforas da literatura. São esses elementos que constituem o atrativo do texto literário: a escrita diferenciada, o trabalho com a palavra, seu aspecto conotativo, seus enigmas.

A literatura apresenta-se como o instrumento artístico de análise de mundo e de compreensão do homem. Cada época conceituou a literatura e suas funções de acordo com a realidade, o contexto histórico e cultural e, os anseios dos indivíduos daquele momento.

Ficcionalidade: os textos baseiam-se no real, transfigurando-o, recriando-o.

Aspecto subjetivo: o texto apresenta o olhar pessoal do artista, suas experiências e emoções.

Ênfase na função poética da linguagem: o texto literário manipula a palavra, revestindo-a de caráter artístico.

Plurissignificação: as palavras, no texto literário, assumem vários significados.

Principais características do texto não literário

Apresenta peculiaridades em relação a linguagem literária, entre elas o emprego de uma linguagem convencional e denotativa.

Ela tem como função informar de maneira clara e sucinta, desconsiderando aspectos estilísticos próprios da linguagem literária.

Os diversos textos podem ser classificados de acordo com a linguagem utilizada. A linguagem de um texto está condicionada à sua funcionalidade. Quando pensamos nos diversos tipos e gêneros textuais, devemos pensar também na linguagem adequada a ser adotada em cada um deles. Para isso existem a linguagem literária e a linguagem não literária.

Diferente do que ocorre com os textos literários, nos quais há uma preocupação com o objeto linguístico e também com o estilo, os textos não literários apresentam características bem delimitadas para que possam cumprir sua principal missão, que é, na maioria das vezes, a de informar. Quando pensamos em informação, alguns elementos devem ser elencados, como a objetividade, a transparência e o compromisso com uma linguagem não literária, afastando assim possíveis equívocos na interpretação de um texto.

Fato

O fato é algo que aconteceu ou está acontecendo. A existência do fato pode ser constatada de modo indiscutível. O fato pode é uma coisa que aconteceu e pode ser comprovado de alguma maneira, através de algum documento, números, vídeo ou registro.

Exemplo:

A mãe foi viajar.

Interpretação

É o ato de dar sentido ao fato, de entendê-lo. Interpretamos quando relacionamos fatos, os comparamos, buscamos suas causas, previmos suas consequências.

Entre o fato e sua interpretação há uma relação lógica: se apontamos uma causa ou consequência, é necessário que seja plausível. Se comparamos fatos, é preciso que suas semelhanças ou diferenças sejam detectáveis.

Exemplos:

A mãe foi viajar porque considerou importante estudar em outro país.

A mãe foi viajar porque se preocupava mais com sua profissão do que com a filha.

Opinião

A opinião é a avaliação que se faz de um fato considerando um juízo de valor. É um julgamento que tem como base a interpretação que fazemos do fato.

Nossas opiniões costumam ser avaliadas pelo grau de coerência que mantêm com a interpretação do fato. É uma interpretação do fato, ou seja, um modo particular de olhar o fato. Esta opinião pode alterar de pessoa para pessoa devido a fatores socioculturais.

Exemplos de opiniões que podem decorrer das interpretações anteriores:

A mãe foi viajar porque considerou importante estudar em outro país. Ela tomou uma decisão acertada.

A mãe foi viajar porque se preocupava mais com sua profissão do que com a filha. Ela foi egoísta.

Muitas vezes, a interpretação já traz implícita uma opinião.

Por exemplo, quando se mencionam com ênfase consequências negativas que podem advir de um fato, se enaltecem previsões positivas ou se faz um comentário irônico na interpretação, já estamos expressando nosso julgamento.

É muito importante saber a diferença entre o fato e opinião, principalmente quando debatemos um tema polêmico ou quando analisamos um texto dissertativo.

Exemplo:

A mãe viajou e deixou a filha só. Nem deve estar se importando com o sofrimento da filha.

Ironia

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

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

Exemplo:



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

Ironia verbal

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

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

Ironia de situação

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

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

Ironia dramática (ou satírica)

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

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

Humor

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

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

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

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

Exemplo:



ELEMENTOS DE COESÃO E COERÊNCIA

Coesão e coerência fazem parte importante da elaboração de um texto com clareza. Ela diz respeito à maneira como as ideias são organizadas a fim de que o objetivo final seja alcançado: a compreensão textual. Na redação espera-se do autor capacidade de mobilizar conhecimentos e opiniões, argumentar de modo coerente, além de expressar-se com clareza, de forma correta e adequada.

Coerência

É uma rede de sintonia entre as partes e o todo de um texto. Conjunto de unidades sistematizadas numa adequada relação semântica, que se manifesta na compatibilidade entre as ideias. (Na linguagem popular: "dizer coisa com coisa" ou "uma coisa bate com outra").

Coerência é a unidade de sentido resultante da relação que se estabelece entre as partes do texto. Uma ideia ajuda a compreender a outra, produzindo um sentido global, à luz do qual cada uma das partes ganha sentido. Coerência é a ligação em conjunto dos elementos formativos de um texto.

A coerência não é apenas uma marca textual, mas diz respeito aos conceitos e às relações semânticas que permitem a união dos elementos textuais.

A coerência de um texto é facilmente deduzida por um falante de uma língua, quando não encontra sentido lógico entre as proposições de um enunciado oral ou escrito. É a competência linguística, tomada em sentido lato, que permite a esse falante reconhecer de imediato a coerência de um discurso.

A coerência:

- assenta-se no plano cognitivo, da inteligibilidade do texto;
- situa-se na subjacência do texto; estabelece conexão conceitual;
- relaciona-se com a macroestrutura; trabalha com o todo, com o aspecto global do texto;
- estabelece relações de conteúdo entre palavras e frases.

Coesão

É um conjunto de elementos posicionados ao longo do texto, numa linha de sequência e com os quais se estabelece um vínculo ou conexão sequencial. Se o vínculo coesivo se faz via gramática, fala-se em coesão gramatical. Se se faz por meio do vocabulário, tem-se a coesão lexical.

A coesão textual é a ligação, a relação, a conexão entre palavras, expressões ou frases do texto. Ela manifesta-se por elementos gramaticais, que servem para estabelecer vínculos entre os componentes do texto.

Existem, em Língua Portuguesa, dois tipos de coesão: a lexical, que é obtida pelas relações de sinônimos, hiperônimos, nomes genéricos e formas elididas, e a gramatical, que é conseguida a partir do emprego adequado de artigo, pronome, adjetivo, determinados advérbios e expressões adverbiais, conjunções e numerais.

A coesão:

- assenta-se no plano gramatical e no nível frasal;
- situa-se na superfície do texto, estabelece conexão sequencial;
- relaciona-se com a microestrutura, trabalha com as partes componentes do texto;
- Estabelece relações entre os vocábulos no interior das frases.

ASPECTOS SEMÂNTICOS E ESTILÍSTICOS: SENTIDO E EMPREGO DOS VOCÁBULOS; TEMPOS E MODOS DO VERBO; USO DOS PRONOMES; METÁFORA, ANTÍTESE, IRONIA

SIGNIFICAÇÃO DE PALAVRAS

Semântica é o estudo da significação das palavras e das suas mudanças de significação através do tempo ou em determinada época. A maior importância está em distinguir sinônimos e antônimos (sinonímia / antonímia) e homônimos e parônimos (homonímia / paronímia).

Sinônimos

São palavras de sentido igual ou aproximado: *alfabeto - abecedário; brado, grito - clamor; extinguir, apagar - abolir*.

Dois palavras são totalmente sinônimas quando são substituíveis, uma pela outra, em qualquer contexto (*cara e rosto*, por exemplo); são parcialmente sinônimas quando, ocasionalmente, podem ser substituídas, uma pela outra, em determinado enunciado (*aguardar e esperar*).

Observação: A contribuição greco-latina é responsável pela existência de numerosos pares de sinônimos: *adversário e antagonista; translúcido e diáfano; semicírculo e hemiciclo; contraveneno e antídoto; moral e ética; colóquio e diálogo; transformação e metamorfose; oposição e antítese*.

Antônimos

São palavras que se opõem através de seu significado: *ordem - anarquia; soberba - humildade; louvar - censurar; mal - bem*.

Observação: A antonímia pode se originar de um prefixo de sentido oposto ou negativo: *bendizer e maldizer; simpático e antipático; progredir e regredir; concórdia e discórdia; ativo e inativo; esperar e desesperar; comunista e anticomunista; simétrico e assimétrico*.

Homônimos e Parônimos

- **Homônimos** = palavras que possuem a mesma grafia ou a mesma pronúncia, mas significados diferentes. Podem ser

a) **Homógrafas:** são palavras iguais na escrita e diferentes na pronúncia:

*rego (subst.) e rego (verbo);
colher (verbo) e colher (subst.);
jogo (subst.) e jogo (verbo);
denúncia (subst.) e denuncia (verbo);
providência (subst.) e providencia (verbo).*

b) **Homófonas:** são palavras iguais na pronúncia e diferentes na escrita:

*acender (atear) e ascender (subir);
concertar (harmonizar) e consertar (reparar);
cela (compartimento) e sela (arreio);
censo (recenseamento) e senso (juízo);
paço (palácio) e passo (andar).*

c) **Homógrafas e homófonas** simultaneamente (ou **perfeitas**): São palavras iguais na escrita e na pronúncia:

*caminho (subst.) e caminho (verbo);
cedo (verbo) e cedo (adv.);
livre (adj.) e livre (verbo).*

- **Parônimos** = palavras com sentidos diferentes, porém de formas relativamente próximas. São palavras parecidas na escrita e na pronúncia: *cesta* (receptáculo de vime; cesta de basquete/esporte) e *sesta* (descanso após o almoço), *eminente* (ilustre) e *imminente* (que está para ocorrer), *osso* (substantivo) e *ouço* (verbo), *sede* (substantivo e/ou verbo "ser" no imperativo) e *cede* (verbo), *comprimento* (medida) e *cumprimento* (saudação), *autuar* (processar) e *atuar* (agir), *infligir* (aplicar pena) e *infringir* (violar), *deferir* (atender a) e *diferir* (divergir), *suar* (transpirar) e *soar* (emitir som), *aprender* (conhecer) e *apreender* (assimilar; apropriar-se de), *tráfico* (comércio ilegal) e *tráfego* (relativo a movimento, trânsito), *mandato* (procuração) e *mandado* (ordem), *emergir* (subir à superfície) e *imergir* (mergulhar, afundar).

Hiperonímia e Hiponímia

Hipônimos e hiperônimos são palavras que pertencem a um mesmo campo semântico (de sentido), sendo o hipônimo uma palavra de sentido mais específico; o hiperônimo, mais abrangente.

O hiperônimo impõe as suas propriedades ao hipônimo, criando, assim, uma relação de dependência semântica. Por exemplo: **Veículos** está numa relação de hiperonímia com **carros**, já que **veículos** é uma palavra de significado genérico, incluindo *motocicletas, ônibus, caminhões*. **Veículos** é um hiperônimo de **carros**.

Um hiperônimo pode substituir seus hipônimos em quaisquer contextos, mas o oposto não é possível. A utilização correta dos hiperônimos, ao redigir um texto, evita a repetição desnecessária de termos.

Fontes de pesquisa:

<http://www.coladaweb.com/portugues/sinonimos,-antonimos,-homonimos-e-paronimos>
SACCONI, Luiz Antônio. *Nossa gramática completa Sacconi*. 30ª ed. Rev. São Paulo: Nova Geração, 2010.
Português linguagens: volume 1 / Wiliam Roberto Cereja, Thereza Cochar Magalhães. – 7ªed. Reform. – São Paulo: Saraiva, 2010.
Português: novas palavras: literatura, gramática, redação / Emília Amaral... [et al.]. – São Paulo: FTD, 2000.
XIMENES, Sérgio. *Minidicionário Ediouro da Língua Portuguesa – 2ªed. reform. – São Paulo: Ediouro, 2000.*

Denotação e Conotação

Exemplos de variação no significado das palavras:

Os domadores conseguiram enjaular a fera. (sentido literal)
Ele ficou uma fera quando soube da notícia. (sentido figurado)
Aquela aluna é fera na matemática. (sentido figurado)

As variações nos significados das palavras ocasionam o sentido denotativo (denotação) e o sentido conotativo (conotação) das palavras.

Denotação

Uma palavra é usada no sentido denotativo quando apresenta seu significado original, independentemente do contexto em que aparece. Refere-se ao seu significado mais objetivo e comum, aquele imediatamente reconhecido e muitas vezes associado ao primeiro significado que aparece nos dicionários, sendo o significado mais literal da palavra.

A denotação tem como finalidade informar o receptor da mensagem de forma clara e objetiva, assumindo um caráter prático. É utilizada em textos informativos, como jornais, regulamentos, manuais de instrução, bulas de medicamentos, textos científicos, entre outros. A palavra “pau”, por exemplo, em seu sentido denotativo é apenas um pedaço de madeira. Outros exemplos:

O elefante é um mamífero.
As estrelas deixam o céu mais bonito!

Conotação

Uma palavra é usada no sentido conotativo quando apresenta diferentes significados, sujeitos a diferentes interpretações, dependendo do contexto em que esteja inserida, referindo-se a sentidos, associações e ideias que vão além do sentido original da palavra, ampliando sua significação mediante a circunstância em que a mesma é utilizada, assumindo um sentido figurado e simbólico. Como no exemplo da palavra “pau”: em seu sentido conotativo ela pode significar castigo (dar-lhe um pau), reprovação (tomei pau no curso).

A conotação tem como finalidade provocar sentimentos no receptor da mensagem, através da expressividade e afetividade que transmite. É utilizada principalmente numa linguagem poética e na literatura, mas também ocorre em conversas cotidianas, em letras de música, em anúncios publicitários, entre outros. Exemplos:

Você é o meu sol!
Minha vida é um mar de tristezas.
Você tem um coração de pedra!

* **Dica:** Procure associar **D**enotação com **D**icionário: trata-se de definição literal, quando o termo é utilizado com o sentido que consta no dicionário.

Fontes de pesquisa:

<http://www.normaculta.com.br/conotacao-e-denotacao/>
SACCONI, Luiz Antônio. *Nossa gramática completa Sacconi*. 30ª ed. Rev. São Paulo: Nova Geração, 2010.
Português linguagens: volume 1 / Wiliam Roberto Cereja, Thereza Cochar Magalhães. – 7ªed. Reform. – São Paulo: Saraiva, 2010.

Polissemia

Polissemia é a propriedade de uma palavra adquirir multiplicidade de sentidos, que só se explicam dentro de um contexto. Trata-se, realmente, de uma única palavra, mas que abarca um grande número de significados dentro de seu próprio campo semântico.

Reportando-nos ao conceito de Polissemia, logo percebemos que o prefixo “poli” significa multiplicidade de algo. Possibilidades de várias interpretações levando-se em consideração as situações de aplicabilidade. Há uma infinidade de exemplos em que podemos verificar a ocorrência da polissemia:

O rapaz é um tremendo gato.

O gato do vizinho é peralta.

Precisei fazer um gato para que a energia voltasse.

Pedro costuma fazer alguns “bicos” para garantir sua sobrevivência

O passarinho foi atingido no bico.

Nas expressões polissêmicas *rede de deitar*, *rede de computadores* e *rede elétrica*, por exemplo, temos em comum a palavra “rede”, que dá às expressões o sentido de “entrelaçamento”. Outro exemplo é a palavra “xadrez”, que pode ser utilizada representando “tecido”, “prisão” ou “jogo” – o sentido comum entre todas as expressões é o formato quadriculado que têm.

Polissemia e homonímia

A confusão entre polissemia e homonímia é bastante comum. Quando a mesma palavra apresenta *vários significados*, estamos na presença da *polissemia*. Por outro lado, quando duas ou mais palavras com origens e *significados distintos têm a mesma grafia e fonologia*, temos uma *homonímia*.

A palavra “manga” é um caso de homonímia. Ela pode significar uma fruta ou uma parte de uma camisa. Não é polissemia porque os diferentes significados para a palavra “manga” têm origens diferentes. “Letra” é uma palavra polissêmica: pode significar o elemento básico do alfabeto, o texto de uma canção ou a caligrafia de um determinado indivíduo. Neste caso, os diferentes significados estão interligados porque remetem para o mesmo conceito, o da escrita.

Polissemia e ambiguidade

Polissemia e ambiguidade têm um grande impacto na interpretação. Na língua portuguesa, um enunciado pode ser ambíguo, ou seja, apresentar mais de uma interpretação. Esta ambiguidade pode ocorrer devido à colocação específica de uma palavra (por exemplo, um advérbio) em uma frase. Vejamos a seguinte frase:

Pessoas que têm uma alimentação equilibrada frequentemente são felizes.

Neste caso podem existir duas interpretações diferentes:

As pessoas têm alimentação equilibrada porque são felizes ou são felizes porque têm uma alimentação equilibrada.

1. Sistemas de saúde.	01
2. A Saúde Pública no Brasil. História das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva	01
3. Reforma sanitária.	10
4. Sistema Único de Saúde (SUS). Fundamentos do SUS. Diretrizes e bases da implantação do SUS.	13
5. Regulamento técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial).	20
6. 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.	45
7. Política Nacional da Atenção Básica (2011 e 2017). Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	49
8. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças.	75
9. Modelos de atenção à saúde.	82
10. Constituição brasileira (art. 196 a 200).	90
11. Redes de Atenção à Saúde.	93
12. Atenção Primária à Saúde.	95
13. Vigilância em Saúde.	97
14. Promoção à saúde.	103
15. Controle social da saúde.	115
16. Estratégia de Saúde da Família.	124
17. Determinantes Sociais em Saúde.	135
18. Política nacional de humanização.	135
19. Sistemas de informação em saúde.	141
20. Doenças de notificação compulsória.	146

SISTEMAS DE SAÚDE

Prezado Candidato, o tópico acima supracitado será abordado ao decorrer do conteúdo.

A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL. HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: RETROSPECTIVA

a- Evolução Histórica da Saúde Pública e das políticas de saúde 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 realeza. Em 1822, com a Independência do Brasil, algumas políticas débeis de saúde foram implantadas, tais políticas eram referentes ao controle dos portos e atribuída às províncias quaisquer decisões sobre tais questões.

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.

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.

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.

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 norteamento 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.

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.

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.

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.

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. 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.

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 importância 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

Política Nacional de Atenção Básica

Transcorridos 27 anos desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, é possível dizer que, mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Expressas por meio de documentos específicos, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) tiveram papel fundamental nesse processo, permitindo inflexões importantes, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Isso ocorreu de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento que desempenharam papel indutor na sua adoção como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde.

Em setembro de 2017, foi publicada uma nova PNAB3, que suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF

Este artigo teve como objetivo analisar as alterações nas diretrizes da AB promovidas no texto da PNAB 2017, tomando como parâmetros a PNAB 2011 e os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, na perspectiva de uma APS forte e de uma rede integrada de atenção à saúde no SUS. Os temas analisados foram: a cobertura; a posição relativa da ESF; a configuração das equipes; e a organização dos serviços.

Inicialmente, foram identificados alguns marcos instituintes da AB no Brasil e suas contribuições para a configuração do SUS. Na sequência, procurou-se situar o contexto de formulação dessa nova política e discutir prováveis riscos e retrocessos das alterações propostas para o SUS.

Apontamentos sobre a trajetória da política de Atenção Básica no Brasil

Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária, referências sustentadas pelas sucessivas políticas.

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas.

Essa priorização teve repercussões concretas, e, em 1998, foi estabelecido o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica, processo que se renovou periodicamente por meio da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da AB no SUS. Desdobrou-se, também, em outros dispositivos de fortalecimento da AB, como, por exemplo, a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), também em 1998, substituindo o Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (Sipacs).

Ainda visando à reorientação do modelo de atenção, foi criado, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como

uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do Proesf, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação.

A agenda política de fortalecimento da APS por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Naquele mesmo ano, foi publicada a PNAB, revisada em 2011, buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse processo envolveu um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados.

Segundo Magalhães Júnior e Pinto, há, pelo menos, dois indicadores importantes da centralidade dada à PNAB no âmbito federal das políticas de saúde. São eles: o aumento superior a 100% dos recursos repassados aos municípios para o financiamento da AB, entre 2010 e 2014; e a aplicação de recursos para a qualificação e a ampliação da estrutura das unidades, por meio de um projeto específico, o Requalifica SUS, lançado em 2011.

Também em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que incorporou elementos da AMQ e ampliou as vertentes de avaliação, tendo como finalidade a certificação das EqSF. Esse Programa permitiu vincular formas de transferência de recursos do PAB variável aos resultados provenientes da avaliação, constituindo-se em um mecanismo de indução de novas práticas.

Em termos de cobertura, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) indicam que a ESF alcançava 58% da população, em outubro de 2017, e sabe-se que essa cobertura chegou a atingir 100% em alguns municípios. Tudo isso mediante novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, com destaque para as equipes ampliadas pela saúde bucal e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas de APS na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares, e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira

Notas sobre a conjuntura e o texto da Política Nacional de Atenção Básica 2017

Presenciou-se, recentemente, a reorganização das forças políticas conservadoras no Brasil, o que resultou no impedimento de Dilma Rousseff e na condução do seu vice Michel Temer à Presidência. Ao mesmo tempo, observa-se o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros.

Seguiu-se a aprovação de medidas ditas ‘racionalizantes’, sob a justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das contas públicas decorrentes de ‘políticas paternalistas’, que teriam agravado a crise econômica. A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando

as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Do mesmo modo, opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. Trata-se de um conjunto de reformas supressoras de direitos sociais, em uma represália sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho.

Entre as alterações legislativas que viabilizam esse processo, destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS.

Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, e caminham em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos.

Nessa conjuntura, as tendências que orientavam a revisão da PNAB 2011 já vinham sendo anunciadas, pelo menos, desde outubro de 2016, quando foi realizado o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, cujos indicativos para tal revisão foram publicados em um documento-síntese. Ali, já se apresentava uma perspectiva regressiva, especialmente preocupante, considerando-se a correlação de forças muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito universal.

Desde então, as notícias sobre a revisão da PNAB foram se intensificando, mas sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua discussão manteve-se em espaços restritos, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as reuniões entre os técnicos do MS. Em 27 de julho de 2017, o texto preliminar foi apresentado na CIT e encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados. A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública. Uma característica marcante do texto da nova PNAB é a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais regionais.

Supostamente, amplia-se a liberdade de escolha dos gestores do SUS, o que poderia ser visto como positivo por responder às demandas de um processo de descentralização mais efetivo. Entretanto, esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular. A presente análise não valida o raciocínio otimista, justamente porque é fruto de uma leitura informada pela atual conjuntura, que indica limites rigorosos, a partir dos quais essa política e suas possibilidades se realizarão.

Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retirem o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Entende-se, ainda, que essa estrutura de texto tem o propósito de blindá-lo à crítica, tornando suas proposições de mais fácil assimilação, afinal, a partir do que está escrito, diversas opções seriam possíveis. Esta ambivalência é um recurso

que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal.

Feitas essas considerações mais gerais, apresenta-se a discussão de elementos específicos presentes na nova PNAB, inventariando os riscos potenciais detectados para o SUS e seus princípios.

Relativização da cobertura

Como ressaltado, a universalidade é um princípio estruturante da atenção à saúde no âmbito do SUS, que, aliada à integralidade, tem distinguido a PNAB de conformações simplificadas e focalizantes de APS. Baseadas nesses princípios, as PNAB 2006 e 2011 vinham projetando a expansão da ESF, nas duas últimas décadas. Considerando este movimento, o tema da cobertura da AB destaca-se como um importante indicador da intencionalidade da PNAB 2017.

Retrospectivamente, percebe-se que, entre os itens necessários à implantação da ESF nas PNAB 2006 e 2011, encontrava-se uma única referência à cobertura universal. Ela se construiu de forma mediada, representada pela relação entre o número previsto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe e a cobertura de 100% da população cadastrada. Nessas PNAB, constava que, para a implantação de EqSF, seria necessário um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por EqSF. A PNAB 2011 acrescentou o alerta de que não se deveria ultrapassar o limite máximo de moradores vinculados a cada equipe, evidenciando a preocupação com as condições que poderiam diretamente afetar a qualidade da atenção.

No texto da PNAB 2017, anterior à consulta pública, não há nenhuma referência à cobertura universal. A referência a 100% de cobertura é retomada no texto publicado, porém restrita a certas áreas:

Em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos.

A flexibilização da cobertura populacional está relacionada também aos parâmetros da relação equipe/população apresentados no item 'Funcionamento'. Ali se lê que a população adscrita recomendada por equipe de AB e EqSF é de 2 mil a 3,5 mil pessoas. Entretanto, neste mesmo item, de acordo com as especificidades do território, prevê-se também a possibilidade de "outros arranjos de adscrição"³⁽⁷⁰⁾, com parâmetros populacionais diferentes, que podem ter alcance "maior ou menor do que o parâmetro recomendado" ³⁽⁷⁰⁾. A decisão a esse respeito fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe de AB e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, com a ressalva de que fica assegurada a qualidade do cuidado.

Na PNAB 2011 havia a seguinte indicação: "quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe"²⁽⁵⁵⁾. Segundo essa redação, o critério de flexibilização de parâmetros populacionais apontava claramente a intenção de favorecer aqueles que apresentassem maior necessidade de atenção. O mesmo não pode ser dito em relação à nova PNAB, que, mais uma vez, se descompromete a adotar parâmetros que favoreçam um processo de atenção progressivamente mais qualificado.

Ao desconsiderar a relação entre quantidade e qualidade, a afirmação de que deve ser assegurada a qualidade do cuidado torna-se mera retórica.

A cobertura é igualmente relativizada por meio da indefinição do número de ACS, uma vez que a PNAB 2017 indica que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

Deste modo, pode-se compor equipes com apenas um ACS. Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o 'elo' entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos, destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

Essas alterações articuladas abrem um precedente inédito na história da PNAB, que desestabiliza o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS.

A segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços

Pode-se dizer que, além da universalidade, outro princípio com o qual a PNAB 2017 se descompromete é o da integralidade. Isto se dá, principalmente, por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a AB, novamente, sob o argumento das condições ou especificidades locais. Estes padrões distinguem-se entre 'essenciais' e 'ampliados'.

Os padrões essenciais são 'as ações e os procedimentos básicos', que deveriam ser garantidos pelas equipes em todo o País. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde, e de qualidade do cuidado oferecido, a própria segmentação os remete à ideia de mínimos. Assim, o termo 'básico' se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre APS no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB, de ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal, que abranje uma rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população.

Os padrões ampliados correspondem a ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na AB, considerando as especificidades locais e decisão da gestão.

Entretanto, tais padrões são apenas recomendados. A PNAB projeta um compromisso que se limita aos padrões essenciais, que, como já advertido, tendem a se configurar em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

Não há nenhum conteúdo especificado que possibilite conhecer e analisar a que corresponderiam tais padrões. Não se sabe quais procedimentos e ações integram o padrão básico e, portanto, mantém-se a incerteza sobre a capacidade de esse padrão atender as necessidades de saúde que deveriam ser contempladas na APS. Em relação ao padrão ampliado, cabe questionar: existem ações e cuidados que integram a AB hoje, e que podem ser negligenciados a ponto de constituírem um padrão opcional, ou seja, apenas recomendável? A análise empreendida conclui o inverso.

Este é um modo de consentir com o aprofundamento das desigualdades e a segmentação do acesso e do cuidado que marcam a APS em diversos países da América Latina, como apontam Giovannella et al.

O risco colocado, pela diferenciação entre os serviços ‘essenciais’ e ‘ampliados’, é de que se retome a lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, a partir da APS. Segundo Conill, Fausto e Giovannella, a segmentação e a fragmentação são categorias fundamentais para a compreensão dos problemas dos sistemas de saúde. Estão relacionadas à garantia dos direitos sociais e são muito sensíveis aos problemas de financiamento público, com efeitos restritivos às possibilidades de acesso aos demais níveis de atenção e à constituição de redes integradas de atenção à saúde.

A segmentação propugnada pela PNAB deve ser examinada de modo articulado à racionalidade, aos interesses e à perspectiva de sistema de saúde enunciada pelo atual ministro da saúde, Ricardo Barros, segundo a qual seria desejável compreender os setores público e privado complementar como partes de um todo único. Neste sentido, ampliam-se as condições para que a saúde suplementar passe a integrar o sistema de serviços de saúde, desta vez diretamente impulsionado pelo desenho das políticas públicas.

A base argumentativa para a segmentação do cuidado, na nova PNAB, deturpa a ideia de especificidades territoriais que antes justificavam e davam consistência ao princípio da equidade, este que remete à obrigação ético-política de se estabelecerem parâmetros e processos visando à superação de desigualdades historicamente produzidas na sociedade brasileira, de modo a revelar e interferir sobre as condições que as produzem. Contrariamente, esta segmentação do cuidado traz as bases para o desenvolvimento de um SUS seletivo, que universaliza mínimos e estratifica padrões de atenção, justificados por situações precárias, cuja superação não está no horizonte de compromissos das políticas públicas projetadas no atual contexto. São sentidos opostos de utilização de uma noção - o território - que se fortaleceu no processo de consolidação da saúde da família como estratégia de ordenamento da AB no Brasil. Daí, o seu apelo positivo. Mais uma vez, trata-se da apropriação e ressignificação negativa de uma ideia-chave para os defensores da APS forte, que contribui para confundir o leitor quanto às intenções da nova PNAB.

Entretanto, a desconstrução do compromisso com a universalidade e com a integralidade parece fazer parte de um quadro mais amplo, que não nos permite ilusões. O horizonte imediato do setor da saúde, na perspectiva das forças políticas hegemônicas, revela-se em uma fala proferida pelo ministro Barros sobre o tema ‘Gestão transformadora para a saúde pública’, em um encontro com líderes empresariais ocorrido em 2016:

Queremos mais recursos para a saúde e, como estamos nessa crise fiscal, se tivermos planos acessíveis com modelos de que a sociedade deseje participar, teremos R\$ 20 [bilhões] ou R\$ 30 bilhões a mais de recursos, que serão colocados para atendimento de saúde. Isso vai aliviar nosso sistema, que está congestionado²⁰(1).

Com o intuito de viabilizar esse propósito, o MS criou um Grupo de Trabalho (GT) para elaborar um projeto que possibilite a oferta de planos de saúde com número de serviços inferior ao definido como cobertura mínima pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A adesão a esses planos ‘populares’ de saúde - entendidos aqui como simplificados - seria voluntária.

Como se gera a ‘adesão voluntária’ ao setor privado? A resposta que esta reflexão busca oferecer pode parecer óbvia ou redundante: se produz adesão ao setor privado por exclusão do setor público. Entretanto, não é óbvio compreender que a exclusão do

setor público deve ser ativamente produzida e se faz por meio da restrição ao acesso, associada à baixa qualidade dos serviços. É esta combinação que acarreta a evasão de parte das classes populares ou a não adesão da classe média ao SUS.

Compreende-se que estão em curso três eixos de ação: a) definir padrões mínimos e ampliados para a AB; b) estabelecer uma “regulação que permita menos cobertura e menos custo; e c) colocar no mercado planos baseados na oferta de um rol mínimo do mínimo de serviços. Articuladas, estas ações integram um processo que, pela exclusão do SUS, pode gerar clientela para os planos privados e viabilizar planos incapazes de atender às necessidades de saúde. Neste cenário, a nova PNAB tende a servir como plataforma para o avanço de políticas que aprofundem tais possibilidades.

A naturalização da ingerência do setor privado no SUS, expressa por pensamentos tais como ‘isso já acontece’, contribui para ofuscar o fato de que a AB vinha se constituindo como um contraponto a essa realidade. Uma vez sustentado o movimento de expansão e qualificação da ESF, a AB tenderia a concretizar, a médio e longo prazo, a experiência do acesso à atenção à saúde, efetivamente pública. Esta é a aposta que está sendo suspensa ou interrompida.

O reposicionamento da Estratégia Saúde da Família e a retomada da Atenção Básica tradicional

Em relação ao papel da ESF, o texto da PNAB 2017 apresenta uma posição, no mínimo, ambígua. Ao mesmo tempo em que mantém a ESF como prioritária no discurso, admite e incentiva outras estratégias de organização da AB, nos diferentes territórios:

Art. 4º - A PNAB tem na saúde da família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo, reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios, fundamentos e diretrizes da Atenção Básica e do SUS descritos nesta portaria, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território.

Essa ambiguidade torna-se mais visível quando se analisam, em conjunto, certos elementos dessa política. Destacam-se, principalmente, alterações nas regras de composição profissional e de distribuição da carga horária dos trabalhadores nas equipes de AB.

A presença dos ACS não é requerida na composição mínima das equipes de AB, diferentemente do que acontece na ESF. Considerando as recentes conquistas desses trabalhadores, em relação aos vínculos empregatícios e à definição do piso salarial da categoria, entende-se que esta é uma possibilidade que desonera financeiramente a gestão municipal, tornando-se extremamente atraente no contexto de redução de recursos já vivenciado, e cujo agravamento é previsto.

A presença desse trabalhador e a continuidade, com regularidade, das ações por ele desempenhadas nunca estiveram tão em risco. O prejuízo recai principalmente sobre as ações educativas e de promoção da saúde, pautadas pela concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada, que configuram bases importantes para a reestruturação do modelo de atenção à saúde.

Em relação à carga horária, determina-se o retorno da obrigatoriedade de 40 horas para todos os profissionais da ESF, inclusive os médicos, cuja carga horária havia sido flexibilizada na PNAB 2011. Esta alteração retoma condições estabelecidas desde a implantação do PSF, que são consideradas positivas para favorecer o vínculo entre profissional e usuário, e potencializar a responsabilidade sanitária das equipes e a continuidade do cuidado. Entretanto, sabe-se que a flexibilização da carga horária dos médicos de 40 para 20 horas buscava equacionar a dificuldade de fixação desse profissional nas equipes, um problema que persiste.

1. Origem da região de Cabo Frio. Primeiras ocupações e início do povoamento. Evolução histórica e administrativa. Habitantes, conflitos, edificações, atividades econômicas. O declínio no final do século XIX, e a retomada da economia no século XX, com o surgimento de novos segmentos de atividades. A emancipação de distritos e a afirmação do turismo na segunda metade dos anos 1900. . . .01
2. Situação atual: Aspectos físicos e geográficos do Município: clima, relevo, população, localização (região e microrregião), área, limites municipais, distritos, características urbanas, atividades econômicas predominantes. Patrimônio natural, cultural, histórico e arquitetônico. Atrações turísticas, culturais e de lazer, datas comemorativas e destaques do Município. Personalidades históricas e contemporâneas. Posição do Município na divisão regional turística do Estado e sua classificação no Mapa.02
3. Aspectos e indicadores sociais, econômicos e financeiros..11
4. Serviços municipais. Organização e estrutura administrativa organizacional básica da Prefeitura Municipal: Órgãos de administração direta e indireta. Posição no contexto regional e relacionamento com os municípios vizinhos.18

ORIGEM DA REGIÃO DE CABO FRIO. PRIMEIRAS OCUPAÇÕES E INÍCIO DO POVOAMENTO. EVOLUÇÃO HISTÓRICA E ADMINISTRATIVA. HABITANTES, CONFLITOS, EDIFICAÇÕES, ATIVIDADES ECONÔMICAS. O DECLÍNIO NO FINAL DO SÉCULO XIX, E A RETOMADA DA ECONOMIA NO SÉCULO XX, COM O SURGIMENTO DE NOVOS SEGMENTOS DE ATIVIDADES. A EMANCIPAÇÃO DE DISTRITOS E A AFIRMAÇÃO DO TURISMO NA SEGUNDA METADE DOS ANOS 1900

Cabo Frio foi descoberto por Américo Vespúcio em 1503, tendo sido alvo constante de ataques piratas franceses e holandeses na exploração do pau-brasil que era de excelente qualidade. Habitada pelos índios tamoios, os portugueses procuravam a ajuda deles para a exploração do local.

Atualmente Cabo Frio é um grande centro turístico com vasta rede de hotéis e pousadas para turistas nacionais e estrangeiros aproveitarem suas belezas naturais. As praias são famosas pela areia branca e fina. O clima tropical, onde o sol brilha forte o ano inteiro e quase não chove, estimula fortemente este turismo praiano.

PRINCIPAIS MOMENTOS

DOMÍNIO FRANCÊS EM 1556

Como o litoral nordestino era muito vigiado pelos portugueses, os franceses estavam cada vez mais explorando o sudeste do Brasil e Cabo Frio era um dos seus pontos preferidos. O franco domínio na região foi estabelecido no ano de 1556 com a construção de uma feitoria denominada “Casa da Pedra” na região que hoje é a cidade de São Pedro da Aldeia. E este domínio era crescente com a união deles com os índios que habitavam a região naquela época.

A GUERRA DE CABO FRIO EM 1575

A chamada “Guerra de Cabo Frio” aconteceu em 1575. O governador do Rio de Janeiro, Antônio Salema, reuniu poderoso exército com integrantes da Guanabara, São Vicente e Espírito Santo apoiado por grande tropa tupiniquim catequizada. Os oficiais e soldados seguiram por terra e mar, tendo como objetivo liquidar o último bastião da Confederação dos Tamoios e acabar com o domínio francês que já durava vinte anos em Cabo Frio.

A COLONIZAÇÃO EM 1615

Já em 1615, o governador do Rio de Janeiro, Constantino Menelau, associou-se secretamente aos ingleses para traficar pau-brasil em Cabo Frio. Neste mesmo ano, o governador foi obrigado a combater navios holandeses que aportavam na região.

Voltou a Cabo Frio para expulsar os ingleses que o haviam enganado e construiu uma fortaleza-feitoria na ilha, utilizada anteriormente pelos portugueses e franceses, junto ao porto da barra de Araruama.

Finalmente, Constantino Menelau recebeu ordens do Rei Filipe III, da Espanha, para mais uma vez retornar a região e estabelecer uma povoação. Em 13 de novembro de 1615, com a ajuda de quatrocentos homens brancos e índios catequizados, levantou a Fortaleza de Santo Inácio e fundou a cidade de Santa Helena do Cabo Frio, a sétima mais antiga do Brasil.

INÍCIO DO DESENVOLVIMENTO URBANO EM 1650

Entre 1650 e 1660, a grave crise do sal português que desabastecia o Brasil chamou a atenção metropolitana para a cristalização natural do produto na Lagoa de Araruama. Com esse impulso dado a economia, um novo centro urbano era levantado junto a atual Praça Porto Rocha: rasgou-se a Rua Direita, hoje Érico Coelho, fo-

ram construídos a Igreja de Nossa Senhora da Assunção, o sobrado da Câmara e da Cadeia, que formavam o Largo da Matriz onde ficou-se o pelourinho.

Em meados de 1660, cristalizaram-se as condições geopolíticas para o retorno de investimentos à cidade de Cabo Frio. Já em 1663, a administração volta a se reunificar na Bahia. José Varella é reconduzido ao cargo de capitão-mor do município e, pela primeira vez, nomeia-se um alcaide-mor para a cidade. O novo governador do Rio de Janeiro tenta impedir a posse de José Varella; o governador é censurado para não se ingerir na jurisdição de Campos dos Goytacazes, pertencente a Cabo Frio. A seguir, os beneditinos receberam uma sesmaria urbana dando origem ao bairro de São Bento.

DOIS SÉCULOS DE EXPANSÃO EM 1720

Já no início do século XVIII, o Forte de São Mateus foi guarnecido e rearmado. A defesa da capitania passou a contar também com um terço de infantaria, além de um regimento de cavalaria. A cidade de Cabo Frio expandiu-se com o aumento da Igreja de Nossa Senhora da Assunção, com a construção da capela de Nossa Senhora da Guia, no Morro do Itajuru, e da Igreja de São Benedito, no Largo da Passagem. Na cidade viviam cerca de 1.500 habitantes em 350 casas, enquanto que outros dez mil se espalhavam pela capitania, metade constituída por escravos negros.

Essa expansão urbana refletia o sucesso de várias atividades econômicas que eram exportadas para o Rio de Janeiro, em geral pela Barra de Araruama. Na agricultura, destacavam-se as plantações de anil, coxonilha, legumes, cana-de-açúcar, mandioca, feijão e milho, cujas maiores produções eram da fazenda Campos Novos que continuava também a criar gado. Apesar da repressão portuguesa, a produção de sal ainda era abundante.

A VISITA IMPERIAL EM 1847

A visita que Dom Pedro II fez à cidade, em 1847, estreitou as relações especiais que Cabo Frio mantinha com o governo imperial. Na ocasião, foi doada uma quantia para a construção da cobertura da Fonte do Itajuru e outra para o Charitas com o objetivo de facilitar sua manutenção e instalar uma enfermaria, que se mostrou de grande utilidade por ocasião das devastadoras epidemias de febre amarela e varíola que assolaram a região durante o século XIX. O Imperador visitou o estabelecimento modelo das Salinas Perynas, incentivado por ele próprio e de propriedade do alemão Lindenberg, que colocou em prática novos métodos de produção mineral, dando início ao moderno parque salineiro de Araruama.

A QUESTÃO NEGREIRA EM 1875

Duas questões relativas aos escravos estremeceram Cabo Frio ao longo do século. A primeira refere-se ao crescimento das fugas, assassinatos de feitores e rebeliões de negros, resultando na formação de quilombos que sobressaltaram os senhores brancos, a despeito da ação dos capitães-do-mato. A segunda diz respeito a proibição do tráfico transatlântico de escravos e o contrabando florescente que dele derivou.

As praias do Perú, em Cabo Frio, de José Gonçalves e da Rasa, em Búzios, tornaram-se pontos de desembarque clandestino deste comércio humano. A marinha inglesa, em flagrante desrespeito às leis brasileiras, promoveu repressão ao tráfico e chegou a apreender navios negreiros na costa e a desembarcar fuzileiros navais em Cabo Frio e Búzios.

Formação Administrativa

Distrito criado, com a denominação de Cabo Frio, por Alvará de 1678. O distrito teve sua criação confirmada pelos Decretos Estaduais n.º 1, de 08-05-1892, e 1-A, de 03-06-1892.

Pela deliberação de 20-01-1891 e pelos Decretos Estaduais n.º 1, de 08-05-1892, e n.º 1-A, de 03-06-1892, é criado o distrito de Araçá e anexado ao município de Cabo Frio.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1911 o município é constituído de 2 distritos: Cabo Frio e Araçá.

Pela Lei Estadual n.º 1.816, de 28-01-1924, foram criados os distritos de Arraial do Cabo e Saco Fora e anexados ao município de Cabo Frio.

Em divisão administrativa referente ao ano de 1933 o município de Cabo Frio é constituído de 4 distritos: Cabo Frio, Araçá, Arraial do Cabo e Saco Fora. Assim permanecendo em divisões territoriais datadas de 31-XII-1936 e 31-XII-1937.

Pelo Decreto Estadual n.º 641, de 15-12-1938, o distrito de Saco Fora tomou o nome de Armação dos Búzios e o distrito de Araçá passou a denominar-se Campos Novos.

No quadro fixado para vigorar no período de 1939 a 1943 o município de Cabo Frio é constituído de 4 distritos: Cabo Frio, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo e Campos Novos.

Pelo Decreto-lei Estadual n.º 1.056, de 31-12-1943, o distrito de Campos Novos passou a chamar-se Tamoios.

Em divisão territorial datada de I-VII-1960, o município de Cabo Frio é constituído de 4 distritos: Cabo Frio, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo e Tamoios.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 1-VII-1983.

Pela Lei Estadual n.º 839, de 13-05-1985, desmembra do município de Cabo Frio, o distrito de Arraial do Cabo, elevado à categoria do município.

Em "Síntese" de 31-XII-1994 o município é constituído de 3 distritos: Cabo Frio, Armação de Búzios e Tamoios.

Pela Lei Estadual n.º 249, de 28-12-1995, é desmembrado do município de Cabo Frio o distrito de Armação de Búzios, elevado à categoria de município.

Em divisão territorial datada de 1999, o município é constituído de 2 distritos: Cabo Frio e Tamoios.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2014.

SITUAÇÃO ATUAL: ASPECTOS FÍSICOS E GEOGRÁFICOS DO MUNICÍPIO: CLIMA, RELEVO, POPULAÇÃO, LOCALIZAÇÃO (REGIÃO E MICRORREGIÃO), ÁREA, LIMITES MUNICIPAIS, DISTRITOS, CARACTERÍSTICAS URBANAS, ATIVIDADES ECONÔMICAS PREDOMINANTES. PATRIMÔNIO NATURAL, CULTURAL, HISTÓRICO E ARQUITETÔNICO. ATRAÇÕES TURÍSTICAS, CULTURAIS E DE LAZER, DATAS COMEMORATIVAS E DESTAQUES DO MUNICÍPIO. PERSONALIDADES HISTÓRICAS E CONTEMPORÂNEAS. POSIÇÃO DO MUNICÍPIO NA DIVISÃO REGIONAL TURÍSTICA DO ESTADO E SUA CLASSIFICAÇÃO NO MAPA

Cabo Frio é um município brasileiro do estado do Rio de Janeiro localizado a uma altitude de quatro metros acima do nível do mar. Faz divisa com Armação dos Búzios ao leste, Arraial do Cabo ao sul, Araruama e São Pedro da Aldeia ao oeste, e Casimiro de Abreu e Silva Jardim ao norte. É o sétimo município mais antigo do Brasil e o principal da Região dos Lagos.

É muito conhecido por suas atrações turísticas, tendo a Praia do Forte como o principal centro turístico.

CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS



POPULAÇÃO

216.030 Habitantes (Censo IBGE – 2017)



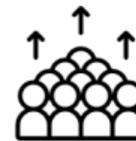
EXTENSÃO TERRITORIAL

Aproximadamente 410.418 km²



ALTITUDE

4 Metros (acima do nível do mar)



DENSIDADE DEMOGRÁFICA

453,75 hab/Km² (estimativa IBGE 2010)



DISTÂNCIA DA CAPITAL

155 Km



TEMPERATURA E CLIMA

Média anual de 23°C e Tropical Marítimo

DADOS ECONÔMICOS E SOCIAIS



PRODUTO INTERNO BRUTO (PIB)

R\$ 17.268.253 (estimativa IBGE 2017)



RENDA PER CAPITA

R\$ 84.447,12 (ano de 2014)



IDH

0,735 – alto (PNUD – 2010)

Formas de Relevo e Solos

A Região dos Lagos apresenta solos muito diversificados. Estas diferenças estão associadas aos diferentes materiais que irão dar origem a eles e bem como ao fator climático. Nas áreas mais interiores e mais escarpadas e de clima mais úmido predominam solos rasos, ainda que possam aparecer localmente e, em função do relevo, solos medianamente profundos. No compartimento de transição entre as serras escarpadas e a planície propriamente dita, predominam solos mais profundos, representados pelos Latossolos e pelos Argissolos de textura média a argilosa, sempre álicos ou distróficos.

No restante da área onde predominam um domínio suave colinoso e planícies, os solos apresentam maior variação. São solos originados a partir de colúvios e alúvios. Os solos nesta área são Latossolos, Argilossos, Cambissolos, Planossolos, Gleissolos, Neossolos Flúvicos e Espodossolos, cuja textura varia de arenosa a argilosa, sendo na maior parte álicos e distróficos, mas podem ser eutróficos. Nas planícies que recebem influência do mar aparecem solos com características solódicas e tiomorfismo (Carvalho Filho, 2001).

A região apresenta um quadro geomorfológico complexo e diferenciado em razão da morfogênese. As diferentes combinações morfoestruturais e morfológicas respondem pela existência de regiões ambientais distintas. Neste contexto, observa-se a existência dos domínios: Escarpas da Serra dos Órgãos, Colinas e Maciços Costeiros e Planícies Costeiras.

Em termos fisiográficos, na região de Cabo Frio predominam as planícies arenosas costeiras, depósitos aluviais, lagunas e morros baixos das penínsulas de Búzios e Cabo Frio. A região é limitada a

oeste e ao norte pelas elevações do maciço costeiro Pré-cambriano. Ao sul do afloramento gnáissico de Búzios, aparecem os campos de dunas das praias do Perú e de Cabo Frio. Para o interior do continente, o limite dessas restingas são as planícies de inundação dos rios São João e Una e as colinas de idade terciária.

A região de Cabo Frio é bastante diversa geomorfológicamente. Além da presença das duas grandes lagunas (Araruama e Saquarema), ocorrem as dunas de Tucuns, Perú, das Conchas, de Cabo Frio / Arraial do Cabo e da extremidade leste de Massambaba e as áreas de restinga sem dunas, na extremidade oeste de Massambaba e Saquarema.

No litoral da região de Cabo Frio predominam as planícies e terraços marinhos, depósitos aluviais, lagunas e maciços costeiros das penínsulas de Armação dos Búzios e Cabo Frio. Mais afastada do oceano, encontra-se a topografia mais acidentada das serras de Sapatiba e Sapatiba Mirim.

A extensa planície marinha de Massambaba separa a laguna de Araruama do mar, apresentando um sistema duplo de cordões arenosos, sobreposto por um campo de dunas, localizado na extremidade leste deste sistema, de orientação NE-SW e não raramente ultrapassando 20m de altura. As planícies aluviais mais expressivas estão localizadas nas bacias dos rios Una e São João. Próximo à Serra das Emerências, maciço litorâneo com 180m de altitude situado entre as cidades de Armação dos Búzios e Cabo Frio, ocorrem depósitos arenosos de origem colúvio-aluvial do Pleistoceno Superior (Araujo, 2000).

Esta parte do litoral fluminense foi, em grande parte, modelada pelas variações do nível relativo do mar durante o Quaternário. Estas variações desempenharam um papel essencial na evolução das planícies costeiras, principalmente sobre sua formação e funcionamento, bem como no controle do regime sedimentar das lagunas que aí se encontram. Estas são de dois tipos: grandes lagunas (Araruama e Saquarema), com comunicação com o oceano, e pequenas lagunas (Vermelha e Brejo do Espinho), isoladas no meio de formações arenosas. A laguna de Araruama, com 200 km² de superfície, é possivelmente a maior laguna hipersalina do mundo (Muehe, 1979). Esta história se escreveu durante as duas últimas subidas do nível do mar, mais particularmente durante os 7.000 anos que foram marcados por importantes oscilações do nível médio marinho.

Ortega (1996) afirma que as variações do nível do mar tiveram grande influência na construção da planície costeira, cuja história é marcada por uma sucessão de períodos de construção ligados às regressões, e de erosão ligados às transgressões, o que se traduz por depósitos descontínuos. Partindo das formações pré-cambrianas que limitam a planície costeira na direção do interior e indo até o oceano, encontram-se as seguintes unidades:

- depósitos continentais indiferenciados;
- um sistema lagunar interno com depósitos lagunares emergentes;
- uma primeira faixa de depósitos arenosos (restinga interna);
- um sistema lagunar externo;
- uma segunda faixa de depósitos arenosos;
- a praia atual.

Vegetação

A vegetação local é bastante peculiar, composta por um mosaico de fisionomias que encontram na baixa pluviosidade o agente mais limitante e selecionador.

Araujo (1997) distingue 3 unidades fisionômicas na região: as “planícies costeiras” (praias, dunas e terras baixas, áreas alagadas, lagoas e depósitos aluviais); os “baixos morros de Cabo Frio e de Búzios e ilhas costeiras” e os “morros continentais” acima de 500m.

A classificação da vegetação da região de Cabo Frio é motivo de controvérsias entre os autores. Hueck (1972) reconheceu que no Brasil a mata pluvial costeira é, nessa região, interrompida por uma

mata seca, o mesmo foi assinalado no projeto RADAMBRASIL(1975) onde a região é classificada como Floresta Estacional Semi-decidual (relicto da vegetação xerófila, lenhosa, decidual, homóloga à estepe nordestina). Rizzini (1979) classifica como Vegetação Atlântica Costeira (complexo de diversas comunidades vegetais, inclusive as da periferia das florestas).

Ururahy et al. (1983) dividem as fitofisionomias da região como Floresta Estacional Semidecidual, Floresta Ombrófila Densa e Formação Pioneira com influência marinha. Para Ururahy et al. (1987) a região é uma disjunção fisionômica - ecológica da estepe nordestina. Veloso (1991) classifica como Floresta Estacional Semidecidual das Terras Baixas e Mooney et al. (1995) trata a região como Floresta seca.

Lima (2000) reconhece que a vegetação de Cabo Frio possui características estacionais e classifica as formações como Floresta de Planície não Inundada; Floresta Submontana e Floresta de Planície sobre depósito marinho.

Scarano (2001), classifica a região como parte do Domínio da Mata Atlântica, já que a definição da mesma para ele seria bem abrangente, um mosaico compreendendo todos os tipos de floresta (pluviais, semidecíduas, de Araucárias e enclaves de floresta de brejo) e as vegetações abertas vizinhas (como Cabo Frio).

A riqueza de espécies da região é evidenciada nos diversos levantamentos florísticos que já foram realizados (Araújo 1997, 1998, 2000; Farág 1999; Lima 2000 & Sá 2006). Dentre as famílias mais representativas, entre as arbustivas, estão Leguminosae, Myrtaaceae, Ericaceae e Anacardiaceae. Dentre as herbáceas destacam-se as espécies da família Bromeliaceae, especialmente os gêneros Aechmea, Neoregelia e Quesnelia que em muitas áreas dominam o sub-bosque.

HINO DO MUNICÍPIO

Cabo Frio, minha terra amada,
Tu és dotada de belezas mil,
Escondida vives num recanto,
Sob o manto deste meu Brasil...

Noites Claras teu luar famoso,
Este luar que viu meus ancestrais...
O teu povo se orgulha tanto,
E de ti, não esquecerá jamais...

Tuas praias, Teu Forte,
Olho ao longe e vejo o mar bravio
A esquerda um pescador afoito,
Na lagoa que parece um rio...

O teu sol, que beleza!
No teu céu estrelas brilham mais...
Forasteiro, não há forasteiro,
Pois nesta terra todos são iguais...

Autor: Victorino Carriço

ATIVIDADE ECONÔMICAS

- Turismo
- Pesca
- Vestuário (moda praia)
- Extração de Petróleo
- Agricultura
- Agropecuária
- Artesanato

FERIADOS MUNICIPAIS

- 15/08 - Nossa Senhora da Assunção
- 13/11 - Aniversário de Cabo Frio
- Vestuário (moda praia)

SÍMBOLOS DA CIDADE



TURISMO

Praias

Águas transparentes e areias brancas, são marcas registradas das praias de Cabo Frio. A mais badalada é a Praia do Forte, mas se você procura boas ondas, com certeza encontrará nas praias das Dunas, do Foguete e do Perú.

PRAIA BRAVA



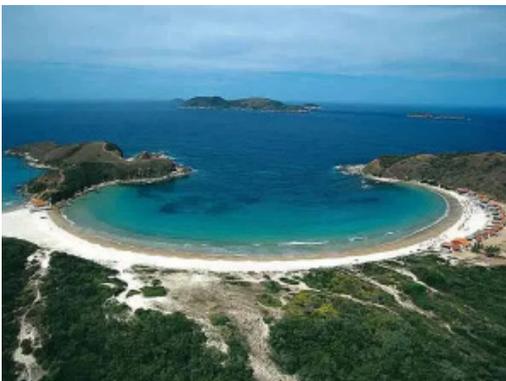
Cercada por escarpas de 20 metros de altura e com 400 metros de extensão, a Praia Brava tem águas claras e muito agitadas. A praia é a favorita dos surfistas e bodyboarders da cidade. Tem à sua frente a Ilha dos Papagaios e do lado direito uma área é reservada para a prática do nudismo. A Praia Brava está situada entre a Ponta do Però e o Morro do Farolete, no bairro Ogiva e para se chegar à praia o percurso deve ser feito a pé, por meio de trilhas.

PRAIA DE AQUARIUS



Situada entre as Praias do Pontal e de Unamar, em Tamoios, 2º Distrito de Cabo Frio, a Praia de Aquárius possui cerca de 3 km de extensão e ondas de diferentes intensidades. É considerada a melhor praia dentre as três para a prática de surf, bodyboard e pesca de anzol e arrasto. Possui vários quiosques em toda a sua extensão.

PRAIA DAS CONCHAS



A Praia das Conchas, situada no bairro Però entre o Morro do Vigia e a Ponta do Arpoador, é uma das relíquias da Costa do Sol. A praia possui 600m de extensão em formato de concha, de onde originou seu nome, e largura de 30m. Com águas claras e calmas, é uma das favoritas dos turistas e famílias de Cabo Frio. Em sua extremidade direita, onde se encontra a Ponta do Arpoador, existem piscinas naturais formadas entre rochas. Faz limite com a Praia do Però, à esquerda, e oferece uma bela vista das ilhas de Cabo Frio.

PRAIA DAS DUNAS



Devido às correntes marítimas mais fortes e ondas maiores, a Praia das Dunas é a mais apropriada para a prática de esportes radicais como surf, windsurf, kitesurf e vela. É cercada por dunas de areias brancas e finas. O acesso pode ser feito pelo bairro Braga ou ainda seguindo até o fim da Praia do Forte.

PRAIA DO FOGUETE



Famosa por suas águas frias, é uma praia de águas profundas e bastante perigosa por suas correntezas. No entanto, localizada no km 4 da estrada que liga Cabo Frio e Arraial do Cabo, a praia é boa opção para quem quer tranquilidade, pois não é muito frequentada como a Praia do Forte. Por lá é comum a prática de windsurfe.

PRAIA DO FORTE



A Praia do Forte, no centro da cidade, é a mais conhecida de Cabo Frio. Mar de águas transparentes e cristalinas, é um dos mais belos cartões-postais do Estado do Rio. Sua extensão litorânea é

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
ENFERMEIRO I E ENFERMEIRO III

1. Fundamentos do exercício da Enfermagem;	01
2. Administração em Enfermagem;	03
3. Código de Ética e Deontologia dos profissionais de Enfermagem;	09
4. Sistematização da Assistência de Enfermagem;	15
5. Políticas e Programas Nacionais do SUS (engloba programa nacional de imunizações, DST, hepatites e AIDS, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, doenças crônicas);	16
6. Política Nacional de Segurança do Paciente;	64
7. Infecções relacionadas à Assistência à Saúde;	67
8. Saúde do trabalhador em Enfermagem;	71
9. Enfermagem em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente; Cuidados de Enfermagem ao recém-nato normal e de risco; Pré-natal, parto, puerpério, aborto, agravos por violência sexual;	71
10. Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso: Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com distúrbios clínico e cirúrgicos (pré, trans e pós operatório);	131
11. Feridas e curativos.	135
12. Emergência clínica e cirúrgica e assistência de Enfermagem;	138
13. Cuidado ao Paciente Crítico;	141
14. Ações de enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar;	146
15. Biossegurança;	147
16. Processo de esterilização;	150
17. Legislação do SUS (Lei 8080 e 8142);	151
18. Administração de medicamentos; Noções de Farmacologia.	160

FUNDAMENTOS DO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM

Semiologia e Semiotécnica

Na Semiologia estudamos os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, de extrema importância para a equipe de saúde para analisar a situação do paciente geral, a avaliação antes da execução do procedimento.

Na Semiotécnica analisamos o procedimento que será feito, qual a técnica deverá ser utilizada para resolver o que foi identificado na semiologia, por exemplo.

A enfermagem se baseia nas informações apresentadas e para estabelecer os cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade do paciente para realizar a assistência de Enfermagem, é necessário ter conhecimentos científicos e métodos que definem sua implementação.

Assim, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma forma planejada de prestar cuidados aos pacientes que, gradativamente, vem sendo implantada em diversos serviços de saúde. Os componentes ou etapas dessa sistematização variam de acordo com o método adotado, sendo basicamente composta por levantamento de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial e avaliação. Interligadas, essas ações permitem identificar as necessidades de assistência de saúde do paciente e propor as intervenções que melhor as atendam resalte-se que compete ao enfermeiro a responsabilidade legal pela sistematização;

Contudo, para a obtenção de resultados satisfatórios, toda a equipe de enfermagem deve envolver-se no processo. Na fase inicial, é realizado o levantamento de dados, mediante entrevista e exame físico do paciente. Como resultado, são obtidas importantes informações para a elaboração de um plano assistencial e prescrição de enfermagem, a ser implementada por toda a equipe.

A entrevista - um dos procedimentos iniciais do atendimento - é o recurso utilizado para a obtenção dos dados necessários ao tratamento, tais como o motivo que levou o paciente a buscar ajuda, seus hábitos e práticas de saúde, a história da doença atual, de doenças anteriores, hereditárias, etc. Nesta etapa, as informações consideradas relevantes para a elaboração do plano assistencial de enfermagem e tratamento devem ser registradas no prontuário, tomando-se, evidentemente, os cuidados necessários com as consideradas como sigilosas, visando garantir ao paciente o direito da privacidade.

O exame físico inicial é realizado nos primeiros contatos com o paciente, sendo reavaliado diariamente e, em algumas situações, até várias vezes ao dia. Como sua parte integrante, há a avaliação minuciosa de todas as partes do corpo e a verificação de sinais vitais e outras medidas, como peso e altura, utilizando-se técnicas específicas. Na etapa seguinte, faz-se a análise e interpretação dos dados coletados e se determinam os problemas de saúde do paciente, formulados como diagnóstico de enfermagem.

Através do mesmo são identificadas as necessidades de assistência de enfermagem e a elaboração do plano assistencial de enfermagem.

O plano descreve os cuidados que devem ser dados ao paciente (prescrição de enfermagem) e implementados pela equipe de Durante o exame físico, é imprescindível preservar a privacidade do paciente.

A enfermagem atua com a participação de outros profissionais de saúde, sempre que necessário. Na etapa de avaliação verifica-se a resposta do paciente aos cuidados de enfermagem a ele prestados e as necessidades de modificar ou não o plano inicialmente proposto.

Lembrando que a SAE é assinada pelo enfermeiro, porém o técnico e auxiliar de enfermagem participam amplamente do processo.

A opção por aprofundar a causalidade das doenças na visão popular justifica-se pelo fato de que essas explicações concentram elementos de grande importância dos diferentes sistemas médicos. Foster chega a dizer que as noções etiológicas definem a natureza de todo o sistema médico (1976: 773-778). Sem apoiar tal reducionismo, reconhecemos que através da compreensão da causalidade, podemos entender muitas atitudes e práticas desses grupos, relativas ao fenômeno saúde-doença.

A proposta de estudar o campo da Causalidade nos coloca frente a uma das questões polêmicas no interior da chamada sociologia médica. Trata-se da classificação dicotômica da origem natural e sobrenatural das doenças. É dito frequentemente como tese que os povos primitivos, os camponeses e, por extensão, as “camadas populares urbano-marginais” explicam através do sobrenatural, em contraposição aos conceitos da história natural das doenças próprios da medicina biomédica.

Essa teoria preconceituosa parte de uma visão evolutiva da sociedade em que o “Primitivo” é considerado “atrasado” e, no caso, o atraso seria uma concepção “supersticiosa” dos acontecimentos ligados à vida e à morte. O moderno, o mais evoluído, “científico” seria a concepção da doença como algo que acontece apenas no plano físico, aloja-se num órgão e assim deve ser tratado. O conceito da doença se assemelharia à avaria num aparelho, num relógio humano e, ao médico, como um bom mecânico, caberia a reparação.

Ora, sabemos que nem de um lado nem de outro a realidade acontece dessa forma linear e dicotômica. O tema que aqui tratamos revela-nos facetas muito mais complexas da realidade. A visão popular da etiologia das doenças não é monolítica. O grupo social que pesquisamos possui, ao contrário, uma concepção pluralística da saúde-doença, integrando explicações de causalidade natural, emocional, sobrenatural e ecológica.

Dentre os trabalhos sobre o tema, o estudo de Ngokwey é o que melhor se coaduna aos pontos de vista que defendemos aqui. Segundo este autor, em lugar de ser dominado por considerações sobrenaturais, o sistema etiológico desses grupos das classes trabalhadoras é ecologicamente orientado, sendo o componente sobrenatural um dos seus aspectos, dentre outros. Ele sustenta a tese, com a qual concordamos, de que o conhecimento etiológico se relaciona com o conceito de cultura popular que é holístico e ecológico, englobando todas as dimensões da vida em sociedade (vida material, organização social e ideologia). As condições materiais da existência no tempo e no espaço são o contexto de produção das explicações etiológicas, da prática médica e da cura. Portanto, as “teorias populares” desenvolvem-se a partir das experiências da vida e se reorganizam constantemente no contato com a prática, tanto da medicina “oficial” como de todos os sistemas alternativos.

É nosso intuito descer ao âmago dessa questão antropológica que lida com assuntos fundamentais para o ser humano, quais sejam a vida e a morte. De um lado temos que incluir o tema do sistema etiológico como fragmentação da visão de mundo total desses segmentos sociais, mas dentro do princípio de que a parte contém o todo e o todo contém a parte, embora essas totalidades sejam ainda parciais. Noutras palavras, a concepção que buscamos entender possui uma especificidade *de classe*, marcada pela história e pela condição social dos que a produzem. (Goldmann: 1967)

De outro lado, a visão de mundo dos diversos segmentos da classe trabalhadora se integra ainda que de forma contraditória à cosmovisão da sociedade dominante. (Marx: 1984, 72; Weber: 1969, 41-80; Verret: 1972, 12). Desta forma a concepção de saúde-doença dos segmentos da classe trabalhadora ultrapassa os limites de classe e se solidariza com as angústias, os medos, os sofrimentos e as questões filosóficas que preocupam o ser humano de nosso tempo. Mais ainda, ela tem raízes no passado e na essência se encontra com problemas formulados por povos primitivos, por diferentes culturas e por variados grupos sociais. Noutras palavras, a noção de etiologia ultrapassa o campo estrito da biomedicina no espaço e no tempo e atinge também o universo de considerações antropológicas e metafísicas. É dentro desse referencial que conduzimos a presente reflexão.

A CAUSAÇÃO DAS DOENÇAS

O sistema etiológico do grupo de famílias pesquisadas se assemelha ao que foi encontrado por Ngokwey (1988) entre a população de Feira de Santana na Bahia. Ele inclui e integra vários domínios de causação:

- a) natural;
- b) psicossocial;
- c) sócio-econômico;
- d) sobrenatural.

Esses quatro níveis de explicação apresentam-se com dimensões distintas, vinculadas, intercambiantes e não contraditórias. Eles se unificam na visão da doença como a ação patogênica de elementos de ruptura das relações do indivíduo com a natureza e com seu grupo social. Se em última instância Deus é considerado por esse grupo quem dirige a vida e é nele que encontram a fonte da harmonia, a existência terrena é o palco da dor e da cura: nesse sentido a doença cumpre um papel questionador, integrador e de reequilíbrio: seu conceito é holístico.

Causação Natural Trata-se da interligação entre os fenômenos da natureza e a saúde, explicação amplamente encontrada no grupo pesquisado: as mudanças do tempo são responsabilizadas por nervosismo; dores no corpo; recrudescimento de males crônicos, gripes e resfriados; o frio é apontado como causador de gripes, resfriados e bronquites; o calor excessivo é explicação para a inchação das pernas, opressão no coração; os ventos são ditos como provocadores de mal-estar e de muitas doenças. Dentre todos os elementos da natureza a lua protagoniza o campo das explicações: seus ciclos facilmente são relacionados com ocorrências ou agravamentos nas condições de saúde. Asma, epilepsia, cólicas, problemas nervosos e mentais são alguns dos fenômenos para os quais o ciclo lunar é tomado como explicação.

Vejamos alguns exemplos dessa vinculação das doenças com os elementos da natureza:

“Eu me sinto mal todo mês quando chega a época da lua, quando está para chegar a menstruação sinto muita dor na perna, no cóccix, nas cadeiras, dor de cabeça, insônia. A lua mexe muito com meus nervos.”

“Tenho muita dor na coluna, que me vem com a lua.”

“O pessoal diz que essa coceira que deu na gente vem do vento. É um andaço que anda com o vento.”

“Minha perna incha e dói por causa do calor. Mas essa doença minha eu peguei porque trabalhava num lugar muito frio e úmido.”

A relação com o meio ambiente (a água, o ar, o vento, a terra, o clima) como explicação para o aparecimento das doenças, não se sobrepuja, nas falas dos informantes à sua relação positiva com a natureza. Tomar sol, aguentar chuvas, respirar ar puro, vida ao ar

livre, são apresentados como fatores de saúde e longevidade. Pelo contrário, é o desrespeito através da intervenção desordenada do homem na natureza, um dos núcleos das explicações para muitos males:

—a poluição do ar é reconhecida como causadora de alergias, bronquites e coceiras;

—o “micróbio que entra e fura a veia” e a verminose “nascem” com a água parada, o lixo, as valas negras que recortam os locais de moradia.

O desequilíbrio na comida e na bebida é outra fonte de representação das causas de doenças. Há comidas “pesadas” que causam má digestão; há comidas “reimosas” proibidas para determinadas categorias de pessoas como grávidas e mulheres amamentando. Há comidas que não devem ser misturadas como manga com leite, peixe e carne. Há comidas que fazem bem, trazem saúde porque têm “substância” como carne, leite, ovos, feijão. Outras, “só enchem barriga” como arroz, angu, biscoito.

Das bebidas, o álcool é dito, de forma relevante como causador de doenças: do fígado, da cabeça, de inchação nas pernas. Sempre vinculado a problemas emocionais ou mentais, o alcoolismo é uma das causas mais atribuídas pelas famílias aos males de saúde no seu meio.

Algumas doenças estão associadas ao ciclo da vida: são consideradas normais. Dentre elas entram o reumatismo, a pressão alta, as doenças do coração para os idosos. A coqueluche, o sarampo, a catapora são males que as crianças têm que enfrentar.

Causação Sócio-econômica

São aquelas referidas às condições materiais de existência: o salário, a moradia, o tipo de trabalho, as relações sociais (próximas e com a sociedade mais ampla), o saneamento básico e ressaltamos o funcionamento do sistema de saúde.

Se no primeiro item, o desequilíbrio na comida é apresentado como causador de doenças, nessa etapa são as *dificuldades da alimentação* que se ressaltam: *“falta alimentação, a criança não come direito. O pior mesmo da doença é a falta de condição da gente: daí dá muita diarreia.”*

“o que a gente mais vê é criança fraca, anêmica, porque o problema de saúde aqui é fome mesmo.”

As relações com a *moradia* e com o *saneamento* também são enfatizadas:

“eu tinha um problema muito grande de alergia e reumatismo, aterrou a casa e passou.” “as crianças não têm saúde por causa do lugar onde a gente vive: tem rato, tem lixo, falta esgoto”. “meu problema de asma é muita umidade desta casa, mas pra onde eu vou?”

“sabe o que acontece aqui? as crianças adoecem por causa do esgoto na rua, a contaminação da água, da fossa estourada, da falta de alimentação.”

Embora com menor frequência, o tipo de trabalho é também assinalado como fator patogênico:

“meu marido tem epilepsia causada por acidente de trabalho. Trabalhava em obra e caiu um tijolo na cabeça dele, ele ficou fraco da ideia, tem tonteira” “eu tenho varizes hemorrágicas de trabalhar em pé na fábrica de sardinha.”

“eu tenho um problema de estômago que a médica não acha o motivo. Ela acha que é de nervoso. Eu acho que é pó que eu respiro muito naquela metalúrgica.”

As condições gerais de existência são responsabilizadas de forma muito peculiar pelo “nervoso da vida”. Essa doença inespecífica, e meio vaga, ganha de todas as outras nos depoimentos de homens e mulheres. Gerador de outros males, associado a uma série de sintomas, síntese de uma quantidade enorme de queixas, o “nervoso

da vida” revela particularmente um sentimento de opressão e de dificuldade insana para levar adiante o projeto familiar, todo ele construído sobre a sobrevivência do dia-a-dia. O futuro é configurado quase sempre dentro de um plano transcendental - não por ignorância, mas pelas condições objetivas da vida - “a Deus pertence”, “Deus é quem sabe”.

Em algumas famílias em estado de miséria absoluta, o “nervoso da vida” se apresenta em forma de apatia, deboche e silêncio. As doenças não são explicadas, elas se mostram: são um desequilíbrio global que as pessoas não conseguem ou não sentem necessidade de verbalizar.

É importante mencionar, na causação sócio econômica apontada pelos entrevistados, sua relação com o sistema biomédico. Ainda quando, em primeira instância, a doença é explicada por outros fatores, a intervenção dos serviços de saúde é ressaltada por muitos, como provocadora de outras enfermidades e responsável por mortes ou lesões irreparáveis nos membros do grupo. Os exemplos referentes a esse tópico são muito fortes:

“Eu fui ter nenê e como eu estava passando muito mal, o médico me abriu e tirou a criança. Acho que ele pensou que eu ia morrer, então ele só me alinhavou. Fui pra casa, passei mal três meses e tive que voltar para o hospital e só aí o outro médico me custurou direito.”

“Eu tenho essa quantidade de caroço na pele que coça muito. Foi provocado por uma anestesia que eu tomei quando fui operado.”

“Remédio de médico é danado pra provocar problema na gente.”

“Eu cortei essa perna por causa de uma diabete, mas depois outros médicos me disseram que eu não precisava cortar. Perdi minha perna por erro médico.” “Esses dois filhos meus estavam com uma febre danada. Eu levei pro hospital, o médico passou um remédio e eles incharam todo. Era remédio errado.”

Um dos informantes traduz o sentimento que perpassa os depoimentos de muitos outros: *os médicos agora não sabem de nada, não dão atenção, por isso os remédios deles não dão resultado.* Essa fala crítica sobre o sistema revela também, do ponto de vista antropológico, um dos pontos de estrangulamento da medicina oficial tal qual é praticada: a descrença da população. É Lévy-Strauss quem nos chama atenção sobre o assunto, falando sobre a eficácia dos tratamentos xamanísticos. Segundo ele, a condição de cura está no seguinte axioma: “a eficácia da magia implica na crença em magia”. Isso se efetiva em três níveis complementares: a) a crença do feitiço na eficácia de suas técnicas; b) a crença do doente no poder mágico; c) a fé e as expectativas do grupo que agem como um campo gravitacional no interior do qual se dão as relações entre o cliente e o curandeiro. (L. Strauss: 1963, 168).

Ora, esses princípios antropológicos nos quais se assenta a medicina tradicional, *mutatis mutandi*, regem também as relações entre a biomedicina e a população. Para quem defende os princípios rígidos do “cientificismo” acadêmico, basta lembrar todas as polêmicas que envolvem o uso dos medicamentos e seus efeitos controversos. O chamado “efeito placebo” uma prova de que a tese de Lévy-Strauss continua vívida em relação à medicina moderna. (Simonton et alii: 1988, 31s).

A descrença que flui da fala de muitas famílias nas suas relações com o sistema médico é fruto de um lado, de uma experiência prática em que se sentem anônimas, impotentes e discriminadas. Ela é também construída nas diferenças de concepção sobre saúde-doença. Enquanto para os médicos saúde-doença são, acima de tudo, fenômenos físicos, para esse segmento da população, saúde-doença são *relações* que se expressam no corpo mas que o ultrapassam indiscutivelmente:

“Uma coisa”, diz uma das mães entrevistadas, eu não consigo entender. Meu filho foi internado com desidratação e no atestado de óbito dele tinha outras três doenças. Não morreu do que foi internado. Ele ficou no hospital e não me deixaram ficar lá. Eu chegava, ele estava tristonho, com os pezinhos frios, as mãozinhas geladas. Eu falava com as enfermeiras, elas diziam que não tinha problema. Acabou ele morrendo... Eu morro de medo de hospital, é lugar que se vai pra morrer. A gente vê lá é o abandono e a solidão.”

Esse depoimento pungente nos dá a dimensão do hiato que a população encontra entre os serviços de saúde e sua cultura. Não se trata apenas de se proporcionar um bom atendimento no sentido da qualidade do diagnóstico e do tratamento, nem também de melhorar as condições humanas no atendimento. A questão atinge um nível maior de profundidade que é a abrangência da visão de mundo.

Ao analisarmos essas críticas, ocorre-nos uma pergunta oportuna: se a população desconfia dos serviços, por que estão sempre cheios nossos serviços ambulatoriais e de pronto atendimento? A resposta a essa questão pode contemplar várias alternativas. A primeira delas é de que o sistema biomédico, para todos os efeitos e para todas as classes é o padrão dominante. Ele cria seus mecanismos de aproximação, de propaganda e de imposição.

Segundo Boltanski (1984) toda a sua história nada mais é que a construção de uma legitimação. A segunda, é de que a população reconhece também a eficácia da medicina oficial para muitos casos referentes aos desequilíbrios da saúde e teima em usufruir desse saber socialmente construído e tão desigualmente apropriado. Mas, como já dissemos noutro artigo (Minayo, 1987), os segmentos da classe trabalhadora combinam a seu modo as diferentes fontes de tratamento que lhe são acessíveis. A medicina oficial é uma dentre outras, que ela usa e legitima mas não de forma incondicional.

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003

ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM

A enfermagem e a administração

Nos últimos anos a enfermagem tem evoluído consideravelmente, muito disso deve-se a sua prática profissional e do desenvolvimento técnico-científico. A práxis da enfermagem tem contribuído para o desenvolvimento pessoal e profissional, o que faz necessário a contribuição de outras ciências, como a administração para a expansão do seu conhecimento e qualificação profissional (SOUZA, 2006). A enfermagem, por ser um conjunto de ciências, ciências humanas e ciências sociais, tem buscado na administração a utilização de um método científico que possa tornar seu trabalho racional (SANTOS, 2004). Os estudos realizados na área da administração retratam o papel clássico e histórico do administrador o de alguém responsável pelo trabalho dos outros, papel este que fica evidente no trabalho da enfermagem, que consiste em orientar, dirigir e controlar o esforço de um grupo para um objetivo em comum (SILVA, 1993).

O entendimento da enfermagem sob uma reflexa do que ela representa à luz das teorias de administração, possibilita a realização de estudos, tendo por base as contribuições das escolas do pensamento administrativo para a enfermagem (SOUZA, 2006). As instituições hospitalares são rigidamente hierarquizadas, sendo estabelecida uma subordinação integral de um indivíduo a outro e de um serviço a outro (SANTOS, 1994). Como a enfermagem faz parte de um destes serviços, ela reproduz esse modelo hierárquico.

Um modo de estabelecer a melhor satisfação do trabalho e aumento da produtividade tem sido a administração participativa (SOUZA, 2006). O serviço de enfermagem tem seguido o modelo da instituição, ou seja, se guia pelas propostas burocráticas, com ênfase na valorização de normas e regras encaixando na teoria da burocracia, que foi desenvolvida por Max Weber na década de 1940, surgindo para estabelecer sistemas de controle de pessoal (SOUZA, 2006; CHIAVENATO, 2000).

Todo tipo de cuidado indireto tem representado uma atividade burocrática, levando a uma preocupação da enfermagem em funções que o enfermeiro se envolve excessivamente, desempenhando funções e delegando a outros os cuidados com os pacientes (SANTOS, 1994).

A função administrativa do enfermeiro se complementa com as funções dos demais serviços que constituem a estrutura administrativa do hospital (MELO, 1996). A importância do papel do enfermeiro se reveste de importância pelo fato que são necessários recursos financeiros altos para a prestação de assistência hospitalar, sofisticação de instrumentos demanda cada vez mais o administrador possuir em todas unidades do hospital uma equipe treinada e especializada para ajudar nesta administração (CASTILHO, 1985).

Outra teoria que serve como referencial para a prática da enfermagem é a teoria geral do sistemas que consiste em três princípios básicos: os sistemas dentro de um sistema, as funções de um sistema dependem da estrutura e os sistemas são abertos (SOUZA, 2006). Partindo de um processo coletivo a enfermagem é concebida como prática social, socialmente articulada e historicamente estruturada (LUNARDI, 1999).

O enfermeiro atuando como gerente está caracterizado por diversas necessidades e possibilidades que dificilmente se aproximam de oferecer uma adequada assistência. (SOUZA, 2006). O arranjo hospitalar

A importância de uma gestão cada vez mais eficaz e eficiente nos sistemas de saúde se dá pelo fato da ampliação e aumento da complexidade do atendimento, por isso diferentes técnicas e ferramentas que historicamente eram utilizadas no setor industrial estão sendo empregadas para a área da saúde, principalmente para a gestão hospitalar (REVERE e BLACK, 2003; NIAKAS e col., 2004).

A percepção que o hospital consiste em uma instituição que através de uma intervenção terapêutica objetiva alcançar a cura de doenças é algo relativamente recente (JUNIOR, 2002). Antes do século 18 os hospitais serviram para separa os doentes da sociedade, de modo que esperassem a morte, sem haver qualquer intervenção nos doentes, segundo Foucault (1981) os primeiros hospitais datam do final do mesmo século.

Um fator que incentivou o avanço da implementação dos hospitais foram as guerras, que tornaram os hospitais militares abundantes no continente europeu. Estes hospitais criaram sistemas de funcionamento que são utilizados até os dias atuais, tais como a identificação por leitos, fichamento de paciente e a separação por doenças (JUNIOR, 2002).

O hospital consiste em uma complexa organização devido a grande variedade de profissionais com alto grau de autonomia e ainda por ser um espaço de ensino e produção científica (AZEVEDO, 1993). As organizações hospitalares permanecem em um ambiente altamente complexo e particular que leva a funcionamento inadequado diante de lógica lucrativa dos mercados (JUNIOR, 2002).

O setor hospitalar não difere dos demais setores da economia brasileira, que enfrenta como um dos principais problemas a redução de investimentos e sua precária forma como vem sendo administrado e gerenciado (CUNHA, 2002). Por isso a qualidade dos serviços prestados em saúde tem estado a deriva de interesses específicos das instituições (BORBA, 2008).

No setor hospitalar há uma forte resistência aos programas de qualidade em função dos médicos, que de acordo com a história detinham o poder nessas organizações e portanto não analisam de forma positiva a avaliação de seu trabalho numa perspectiva de qualidade, pelo fato de se sentirem fiscalizados e medo na perda de autonomia na condução dos pacientes. Outro fator que não atrai a participação dos médicos é o fator financeiro, que em sua maioria são remunerados pela produção (BERWICK, 1994).

Pelo fato dos currículos das escolas médicas estarem fundamentadas em um modelo que dá ênfase à clínica, gera obstáculos à adesão dos médicos aos programas de qualidade, por sua deficiência e limitação na formação (OMS/OPS, 1994). Ética na administração hospitalar

O papel do significado da ética para os administradores hospitalares parece não estar claro. Estudos demonstram não ser evidente para os administradores na área da saúde a percepção de que exercem um papel de liderança crítico no desenvolvimento dos valores organizacionais, imprescindíveis para decisões éticas apropriadas (CHOW apud ZOBOLI, 2002).

Incorporar a avaliação dos aspectos éticos como um dos elementos constitutivos administrativos representa uma demanda da sociedade preocupada com a qualidade dos serviços prestados. A presença da ética é importantíssima no cotidiano do administrador da organização da saúde, principalmente quando levada em conta a razão de ser das organizações de paciente (DICKLER, 2006).

É o enfermo que impõe ao hospital a organização de comprometer-se eticamente. Faz-se necessário a construção de uma imagem ética da organização hospitalar. A imagem cultivada deve patentear uma atitude de zelo na defesa das pessoas com problemas de saúde (GEORGE apud ZOBOLI, 2002).

Atualmente, os hospitais são organizações complexas que associam inovações tecnológicas, serviço social, pessoal assalariado e autônomo, financiamento público e privado, missão de caridade e orientação para os negócios (ZOBOLI, 2002). A identidade profissional tem sido conquistada pelas vias da excelência técnica e ética. Quando o gestor desconhece tal fato, acontecem consequências desastrosas para os profissionais da saúde (ZOBOLI, 2002).

Assim, ao se levar em conta a razão de ser dos hospitais, fica patente a presença da ética no cotidiano da gestão destes serviços de saúde. É muito difícil separar a ética na assistência da ética na administração hospitalar, já que a proposta primária dos serviços de saúde é cuidar das pessoas e este cuidado pode ser afetado, positivamente ou negativamente, pelas decisões administrativas (ZOBOLI, 2002). Considerações Finais

A qualidade incondicional aplicada às instituições hospitalares é algo muito peculiar, portanto este processo coloca diante de como a forma de desenvolver modelos de gestão e especificidades que se adequem mais aos modelos necessários para a administração hospitalar, contemplando a sua complexidade de seu ambiente institucional.

Com relação à visão administrativa da enfermagem no hospital, foi possível analisar uma tendência associativa para as atividades de liderança e controle no exercício da gerência. Deve-se salientar a importância do papel ético dos administradores, que na sua maioria se preocupam com fatores meramente administrativos deixando de lado os fatores éticos e morais que são fortemente presentes em setores que lidam com pessoas, principalmente quando este setor consiste na área da saúde.

Há ainda comportamentos dos profissionais de enfermagem que se contrapõem à realidade, realidade esta que mostra uma visão clara e determinada da função dos enfermeiros exercendo sua função administrativa. Fator fundamental para a função de administrador/gerente de enfermagem é a capacidade de liderança do profissional enfermeiro, podendo levar a uma eficácia e eficiência da organização, apesar de haver diversos estilos de liderança.

A administração de enfermagem não é das mais fáceis e simples tarefas, devido na ausência de práticas voltadas para as mudanças conceituais administrativas, entendida pelo administrador de enfermagem. Um dos modos que são de importância função e valorização da enfermagem é o controle, que muitas vezes se sobrepõe a outras funções do processo administrativo. Vários obstáculos têm sido encontrados nas organizações hospitalares geralmente relacionadas aos programas e dos elementos estruturais, podendo inviabilizar os objetivos que foram traçados anteriormente.

O administrador deve desenvolver um tipo de organização de que cujas características se adequem ao trabalho a ser realizado. A aplicação dos programas de qualidade tem focado, principalmente no setor público, meramente aspecto instrumental. As medidas dos programas de qualidade tem tido pouco impacto sobre a redução dos custos do setor saúde, o que nos demonstra um alcance circunscrito dos programas nesse sentido de redução de custos.

No Brasil são limitadas as informações para tirar alguma conclusão sobre este tema, devido, em grande parte, a pouca implementação de sistemas de controle de qualidade nos hospitais. Uma abordagem mais complexa nos termos de política se faz necessário para a superação destes problemas.

Fica clara a precisão de que o enfermeiro e o administrador hospitalar devem interagir para que a assistência proporcionada ao paciente seja consecutivamente visualizada como o objetivo primordial a ser atingido, consistindo no ponto de partida para uma prática administrativa adequada do enfermeiro.

Portanto a organização do conhecimento da enfermagem sobre administração não pode ser desmembrado dos referenciais da ciência da administração nem tampouco se limitar a reprodução destas. Acreditamos que a incorporação de novas atitudes sucederá de forma gradativa na enfermagem, pois as características da gestão clássica de acordo com a história são marcantes nessa profissão.

Fonte: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/a-enfermagem-e-seu-papel-na-administracao-dos-servicos-de-saude/11782>

SUPERVISÃO

A supervisão colocada em termos de um processo isolado, não seria mais do que uma simples compilação de componentes técnicos de inexpressivos resultados em qualquer campo a que se destina. Para ser significativa ela deve ser considerada em termos de sua integração no conjunto de uma organização devidamente estruturada..

Em vista disto, para melhor focalizar a supervisão em enfermagem de saúde pública, abordaremos inicialmente alguns aspectos do sistema de enfermagem em órgão de saúde pública estruturados em vários níveis, conforme as modernas tendências metodológicas no campo da saúde.

Em termos de sua organização, a enfermagem, como parte integrante do serviço de saúde pública, está representada em todos os níveis da sua organização, através das unidades de enfermagem (como serviços, seções, conforme a nomenclatura utilizada) existentes à nível central, intermediário e local; tem como propósito prover uma adequada, eficaz e eficiente assistência de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade como um todo, em função da sua participação no programa global de saúde. A enfermagem conforme este sistema, compreende uma unidade dinamicamente

relacionada com o sistema global (serviço de saúde pública) ao qual está integrada. Ela se expressa através de vários níveis de atuação, envolvendo uma coordenação intra e interdisciplinar em cada nível e entre um nível e seu imediatamente superior e inferior:

- a nível central, a enfermagem, consitue a unidade técnico-administrativa, responsável pelo desenvolvimento da enfermagem em todos os níveis. Ela está estruturada com enfermeiras com mais qualificação (curso de pós-graduação em saúde pública) e com mais experiência em direção. Cabe à enfermeira neste nível, estabelecer e propor as linhas básicas para a enfermagem;

- a nível intermediário, mais freqüente o regional, a enfermagem constitui a unidade com atribuição de adaptar, aos diferentes níveis de enfermagem, as diretrizes gerais e normas específicas estabelecidas no nível superior, em termos de planejamento, organização, programação e direção dos trabalhos de enfermagem; neste nível, ela está estruturada com maior número de enfermeiras com o devido preparo para a realização do trabalho da competência da unidade de enfermagem deste nível;

- a nível local, a enfermagem consitue a unidade operacional, estruturada com pessoal de enfermagem de várias categorias (profissional e auxiliar) variável também em número, conforme o tipo de programa desenvolvido na unidade sanitária. Cabe a esta unidade, o cumprimento da função de prestação de assistência da enfermagem requerida nos programas de saúde. Esta função, de principal importância em enfermagem, é a que justifica a existência de todo o sistema, envolvendo um conjunto de atividades e tarefas, as quais, de acordo com o grau de complexidade e nível de julgamento requerido, são executadas pela enfermeira ou delegadas ao pessoal que as executa sob a supervisão da primeira. Neste sistema, cada nível é responsável pela supervisão dos trabalhos de enfermagem que são realizados nos níveis imediatamente inferiores.

Pelo exposto, podemos considerar que para dinamizar o sistema de enfermagem assim estruturado, a enfermeira cumpre, além da função básica ou fim, correspondente à prestação de assistência de enfermagem, outras funções auxiliares ou meio, indispensáveis à eficiência da primeira, entre as quais figura a supervisão que nos interessa neste estudo.

1. SIGNIFICADO E PROPÓSITO DA SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

Das áreas funcionais que dinamizam o sistema de enfermagem de um órgão de saúde pública, a Supervisão se destaca como sendo o termo utilizado para designar a função administrativa cujo trabalho pode ser caracterizado nos seguintes termos: manter o desenvolvimento das ações de enfermagem, de acordo com determinadas bases como padrões, normas estabelecidas para o alcance dos objetivos da organização, mediante a motivação, a orientação, a ajuda proporcionada ao pessoal de enfermagem, tendo em vista obter adequado, eficaz e eficiente trabalho.

Embora sendo a supervisão fundamentalmente uma função administrativa, esta colocação reflete também o seu caráter educacional, como exemplo:

- as ações de supervisão, dirigidas para conseguir o desenvolvimento do trabalho de enfermagem dentro das linhas básicas fixadas para o alcance de uma prevista produção e de um efeito esperado na comunidade, expressa a sua característica administrativa, enquanto que:

- a sua preocupação em motivar, orientar, ajudar o pessoal a fazer uso dos conhecimentos e habilidades adquiridos, visando a melhoria dos serviços prestados, revela seu caráter educacional.

Contudo, apesar desta característica e de sua interrelação com as demais funções que são cumpridas em uma organização, a função de supervisão pode ser limitada dentro de uma área claramente definida.