



OP-088JN-21
CÓD:7891182042796

MARIANA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA
ESTADO DE MINAS GERAIS

Técnico de Enfermagem

EDITAL Nº 02/2020

Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos. Gêneros e tipos de texto. Articulação textual: operadores sequenciais, expressões referenciais.	01
2. Coesão e coerência textual.	10
3. Identificação, definição, classificação, flexão e emprego das classes de palavras; formação de palavras. Verbos: flexão, conjugação, vozes, correlação entre tempos e modos verbais.	10
4. Concordância verbal e nominal.	18
5. Regência verbal e nominal.	20
6. Crase.	21
7. Colocação pronominal.	21
8. Estrutura da oração e do período: aspectos sintáticos e semânticos.	21
9. Acentuação gráfica.	24
10. Ortografia.	25
11. Pontuação.	25
12. Variação linguística.	26

Raciocínio Lógico

1. Noções básicas da lógica matemática: proposições, conectivos, equivalência e implicação lógica, argumentos válidos, problemas com tabelas e argumentação.	01
2. Linguagem dos conjuntos: o conjunto dos números naturais, inteiros, racionais e reais. Operações de adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação e radiciação nesses conjuntos. Números decimais. Valor absoluto. Propriedades no conjunto dos números naturais. Decomposição de um número natural em fatores primos. Múltiplos e divisores, máximo divisor comum e mínimo múltiplo comum de dois números naturais.	35
3. Verdades e Mentiras: resolução de problemas	44
4. Sequências (com números, com figuras, de palavras).	44
5. Análise combinatória e probabilidade	56
6. Problemas envolvendo raciocínio lógico.	61

Conhecimentos Gerais

1. Cultura Geral: Fatos Políticos econômicos, de saúde pública, meio ambiente e aspectos sociais do Brasil e do Mundo ocorridos nos anos de 2014 a 2021 divulgados na mídia nacional e internacional.	01
2. Conhecimentos Gerais e Atualidades: Lei Orgânica do Município	51
3. Aspectos geográficos, históricos, físicos, econômicos, sociais, saúde pública, políticos e estatísticos do Brasil, do Estado e do Município.	72
4. Noções de cidadania e princípios fundamentais da Constituição da República Federativa do Brasil.	144
5. Símbolos nacionais, estaduais e municipais.	149
6. Atualidades nos assuntos relacionados com economia, ecologia, história, política, meio ambiente, justiça, segurança pública, saúde, cultura, religião, qualidade de vida, esportes, turismo, georeferenciamento, inovações tecnológicas e científicas, do Município, do Estado, do Brasil e do mundo.	151
7. Ética: conceito, ética na sociedade e ética no trabalho.	151
8. Notícias em geral da atualidade	156

Legislação

1. Sistema Único de Saúde: História do sistema de saúde no Brasil.	01
2. Reforma Sanitária Brasileira.	07
3. Constituição da República Federativa do Brasil	09
4. Concepção do Sistema Único de Saúde (SUS)	10
5. A Lei Orgânica da Saúde.	10
6. Controle social	18
7. Modelos de atenção à saúde.	20
8. Atenção à saúde no SUS. Atenção Primária em saúde: Atenção básica.	21
9. Estratégia de Saúde da Família	38
10. Programa Nacional de Atenção Básica	44
11. Vigilância em Saúde: conceitos básicos; evolução do conceito de Vigilância em Saúde. Organização atual da área de Vigilância em Saúde nas três esferas de gestão do SUS. A Programação de Ações em Vigilância em Saúde (PAVS). Componentes e elementos da vigilância em saúde	44
12. Vigilância Epidemiológica: Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis. Vigilância Epidemiológica das Doenças Não Transmissíveis Vigilância Sanitária	56
13. Vigilância em saúde ambiental	64
14. Vigilância em saúde do trabalhador: Sistemas de Informações da Vigilância em Saúde	66
15. Epidemiologia: conceitos básicos, objetivos. Medidas da ocorrência de doenças. Tipos de estudos, avaliação de serviços de saúde	71
16. Sistemas de Informação em Saúde	78
17. COVID-19.	82

Noções de Informática

1. Organização de computadores: Sistema de computação. Principais componentes. Conversão de base. Aritmética computacional. Memória principal. Memória cache. Processadores.	01
2. Sistemas operacionais: conhecimentos do ambiente Windows 10: Configurações básicas do Sistema Operacional (painel de controle); Organização de pastas e arquivos; Operações de manipulação de pastas e arquivos (criar, copiar, mover, excluir e renomear).	02
3. Editor de texto Microsoft Word 2010: Criação, edição, formatação e impressão; Criação e manipulação de tabelas; Inserção e formatação de gráficos e figuras; Geração de mala direta. Planilha eletrônica Microsoft Excel 2010: Criação, edição, formatação e impressão; Utilização de fórmulas; Geração de gráficos; Classificação e organização de dados.	05
4. Conhecimentos de Internet: Noções básicas; Noções de rede de computadores: conceitos e serviços relacionados à Internet, tecnologias e protocolos da internet, ferramentas, aplicativos e procedimentos associados à internet/intranet.	15
5. Correio Eletrônico (receber e enviar mensagens; anexos; catálogos de endereço; organização das mensagens).	25
6. Conceitos de segurança da informação: Noções básicas. Riscos. Golpes. Ataques. Códigos maliciosos. Spam. Mecanismos de segurança. Contas e senhas. Uso seguro da internet. Segurança em computadores, redes e dispositivos móveis.	29

Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem

1. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes.	01
2. Política Nacional de Humanização.	01
3. Lei nº 8.080/1990.	06
4. Lei nº 8.142/1990.	06
5. Política Nacional da Atenção Básica,	07
6. Segurança do Paciente.	07
7. Cuidados básicos de enfermagem: Técnicas básicas de enfermagem,	11
8. Central de Material.	19
9. Princípios e Métodos de assepsia, antisepsia, desinfecção e esterilização.	21
10. Preparo, administração e cálculos de medicamentos.	29
11. Programa Nacional de Imunização	39
12. Cuidados com feridas.	51
13. Teorias de Enfermagem.	53
14. Legislação e Normas de enfermagem: Lei do exercício Profissional,	66
15. Código de Ética Profissional,	67
16. Registro de Enfermagem.	73

LÍNGUA PORTUGUESA

1. Compreensão e interpretação de textos. Gêneros e tipos de texto. Articulação textual: operadores sequenciais, expressões referenciais.	01
2. Coesão e coerência textual.	10
3. Identificação, definição, classificação, flexão e emprego das classes de palavras; formação de palavras. Verbos: flexão, conjugação, vozes, correlação entre tempos e modos verbais.	10
4. Concordância verbal e nominal.	18
5. Regência verbal e nominal.	20
6. Crase.	21
7. Colocação pronominal.	21
8. Estrutura da oração e do período: aspectos sintáticos e semânticos.	21
9. Acentuação gráfica.	24
10. Ortografia.	25
11. Pontuação.	25
12. Variação linguística.	26

COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS. GÊNEROS E TIPOS DE TEXTO. ARTICULAÇÃO TEXTUAL: OPERADORES SEQUENCIAIS, EXPRESSÕES REFERENCIAIS

Compreender e interpretar textos é essencial para que o objetivo de comunicação seja alcançado satisfatoriamente. Com isso, é importante saber diferenciar os dois conceitos. Vale lembrar que o texto pode ser verbal ou não-verbal, desde que tenha um sentido completo.

A **compreensão** se relaciona ao entendimento de um texto e de sua proposta comunicativa, decodificando a mensagem explícita. Só depois de compreender o texto que é possível fazer a sua interpretação.

A **interpretação** são as conclusões que chegamos a partir do conteúdo do texto, isto é, ela se encontra para além daquilo que está escrito ou mostrado. Assim, podemos dizer que a interpretação é subjetiva, contando com o conhecimento prévio e do repertório do leitor.

Dessa maneira, para compreender e interpretar bem um texto, é necessário fazer a decodificação de códigos linguísticos e/ou visuais, isto é, identificar figuras de linguagem, reconhecer o sentido de conjunções e preposições, por exemplo, bem como identificar expressões, gestos e cores quando se trata de imagens.

Dicas práticas

1. Faça um resumo (pode ser uma palavra, uma frase, um conceito) sobre o assunto e os argumentos apresentados em cada parágrafo, tentando traçar a linha de raciocínio do texto. Se possível, adicione também pensamentos e inferências próprias às anotações.

2. Tenha sempre um dicionário ou uma ferramenta de busca por perto, para poder procurar o significado de palavras desconhecidas.

3. Fique atento aos detalhes oferecidos pelo texto: dados, fonte de referências e datas.

4. Sublinhe as informações importantes, separando fatos de opiniões.

5. Perceba o enunciado das questões. De um modo geral, questões que esperam **compreensão do texto** aparecem com as seguintes expressões: *o autor afirma/sugere que...; segundo o texto...; de acordo com o autor...* Já as questões que esperam **interpretação do texto** aparecem com as seguintes expressões: *conclui-se do texto que...; o texto permite deduzir que...; qual é a intenção do autor quando afirma que...*

Tipologia Textual

A partir da estrutura linguística, da função social e da finalidade de um texto, é possível identificar a qual tipo e gênero ele pertence. Antes, é preciso entender a diferença entre essas duas classificações.

Tipos textuais

A tipologia textual se classifica a partir da estrutura e da finalidade do texto, ou seja, está relacionada ao modo como o texto se apresenta. A partir de sua função, é possível estabelecer um padrão específico para se fazer a enunciação.

Veja, no quadro abaixo, os principais tipos e suas características:

TEXTO NARRATIVO	Apresenta um enredo, com ações e relações entre personagens, que ocorre em determinados espaço e tempo. É contado por um narrador, e se estrutura da seguinte maneira: apresentação > desenvolvimento > clímax > desfecho
TEXTO DISSERTATIVO ARGUMENTATIVO	Tem o objetivo de defender determinado ponto de vista, persuadindo o leitor a partir do uso de argumentos sólidos. Sua estrutura comum é: introdução > desenvolvimento > conclusão.
TEXTO EXPOSITIVO	Procura expor ideias, sem a necessidade de defender algum ponto de vista. Para isso, usa-se comparações, informações, definições, conceitualizações etc. A estrutura segue a do texto dissertativo-argumentativo.
TEXTO DESCRITIVO	Expõe acontecimentos, lugares, pessoas, de modo que sua finalidade é descrever, ou seja, caracterizar algo ou alguém. Com isso, é um texto rico em adjetivos e em verbos de ligação.
TEXTO INJUNTIVO	Oferece instruções, com o objetivo de orientar o leitor. Sua maior característica são os verbos no modo imperativo.

Gêneros textuais

A classificação dos gêneros textuais se dá a partir do reconhecimento de certos padrões estruturais que se constituem a partir da função social do texto. No entanto, sua estrutura e seu estilo não são tão limitados e definidos como ocorre na tipologia textual, podendo se apresentar com uma grande diversidade. Além disso, o padrão também pode sofrer modificações ao longo do tempo, assim como a própria língua e a comunicação, no geral.

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta
- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

Vale lembrar que é comum enquadrar os gêneros textuais em determinados tipos textuais. No entanto, nada impede que um texto literário seja feito com a estruturação de uma receita culinária, por exemplo. Então, fique atento quanto às características, à finalidade e à função social de cada texto analisado.

ARGUMENTAÇÃO

O ato de comunicação não visa apenas transmitir uma informação a alguém. Quem comunica pretende criar uma imagem positiva de si mesmo (por exemplo, a de um sujeito educado, ou inteligente, ou culto), quer ser aceito, deseja que o que diz seja admitido como verdadeiro. Em síntese, tem a intenção de convencer, ou seja, tem o desejo de que o ouvinte creia no que o texto diz e faça o que ele propõe.

Se essa é a finalidade última de todo ato de comunicação, todo texto contém um componente argumentativo. A argumentação é o conjunto de recursos de natureza linguística destinados a persuadir a pessoa a quem a comunicação se destina. Está presente em todo tipo de texto e visa a promover adesão às teses e aos pontos de vista defendidos.

As pessoas costumam pensar que o argumento seja apenas uma prova de verdade ou uma razão indiscutível para comprovar a veracidade de um fato. O argumento é mais que isso: como se disse acima, é um recurso de linguagem utilizado para levar o interlocutor a crer naquilo que está sendo dito, a aceitar como verdadeiro o que está sendo transmitido. A argumentação pertence ao domínio da retórica, arte de persuadir as pessoas mediante o uso de recursos de linguagem.

Para compreender claramente o que é um argumento, é bom voltar ao que diz Aristóteles, filósofo grego do século IV a.C., numa obra intitulada *“Tópicos: os argumentos são úteis quando se tem de escolher entre duas ou mais coisas”*.

Se tivermos de escolher entre uma coisa vantajosa e uma desvantajosa, como a saúde e a doença, não precisamos argumentar. Suponhamos, no entanto, que tenhamos de escolher entre duas coisas igualmente vantajosas, a riqueza e a saúde. Nesse caso, precisamos argumentar sobre qual das duas é mais desejável. O argumento pode então ser definido como qualquer recurso que torna uma coisa mais desejável que outra. Isso significa que ele atua no domínio do preferível. Ele é utilizado para fazer o interlocutor crer que, entre duas teses, uma é mais provável que a outra, mais possível que a outra, mais desejável que a outra, é preferível à outra.

O objetivo da argumentação não é demonstrar a verdade de um fato, mas levar o ouvinte a admitir como verdadeiro o que o enunciador está propondo.

Há uma diferença entre o raciocínio lógico e a argumentação. O primeiro opera no domínio do necessário, ou seja, pretende demonstrar que uma conclusão deriva necessariamente das premissas propostas, que se deduz obrigatoriamente dos postulados admitidos. No raciocínio lógico, as conclusões não dependem de crenças, de uma maneira de ver o mundo, mas apenas do encadeamento de premissas e conclusões.

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:

A é igual a B.

A é igual a C.

Então: C é igual a A.

Admitidos os dois postulados, a conclusão é, obrigatoriamente, que C é igual a A.

Outro exemplo:

Todo ruminante é um mamífero.

A vaca é um ruminante.

Logo, a vaca é um mamífero.

Admitidas como verdadeiras as duas premissas, a conclusão também será verdadeira.

No domínio da argumentação, as coisas são diferentes. Nele, a conclusão não é necessária, não é obrigatória. Por isso, deve-se mostrar que ela é a mais desejável, a mais provável, a mais plausível. Se o Banco do Brasil fizer uma propaganda dizendo-se mais confiável do que os concorrentes porque existe desde a chegada da família real portuguesa ao Brasil, ele estará dizendo-nos que um banco com quase dois séculos de existência é sólido e, por isso, confiável. Embora não haja relação necessária entre a solidez de uma instituição bancária e sua antiguidade, esta tem peso argumentativo na afirmação da confiabilidade de um banco. Portanto é provável que se creia que um banco mais antigo seja mais confiável do que outro fundado há dois ou três anos.

Enumerar todos os tipos de argumentos é uma tarefa quase impossível, tantas são as formas de que nos valem para fazer as pessoas preferirem uma coisa a outra. Por isso, é importante entender bem como eles funcionam.

Já vimos diversas características dos argumentos. É preciso acrescentar mais uma: o convencimento do interlocutor, o **auditório**, que pode ser individual ou coletivo, será tanto mais fácil quanto mais os argumentos estiverem de acordo com suas crenças, suas expectativas, seus valores. Não se pode convencer um auditório pertencente a uma dada cultura enfatizando coisas que ele abomina. Será mais fácil convencê-lo valorizando coisas que ele considera positivas. No Brasil, a publicidade da cerveja vem com frequência associada ao futebol, ao gol, à paixão nacional. Nos Estados Unidos, essa associação certamente não surtiria efeito, porque lá o futebol não é valorizado da mesma forma que no Brasil. O poder persuasivo de um argumento está vinculado ao que é valorizado ou desvalorizado numa dada cultura.

Tipos de Argumento

Já verificamos que qualquer recurso linguístico destinado a fazer o interlocutor dar preferência à tese do enunciador é um argumento. Exemplo:

Argumento de Autoridade

É a citação, no texto, de afirmações de pessoas reconhecidas pelo auditório como autoridades em certo domínio do saber, para servir de apoio àquilo que o enunciador está propondo. Esse recurso produz dois efeitos distintos: revela o conhecimento do produtor do texto a respeito do assunto de que está tratando; dá ao texto a garantia do autor citado. É preciso, no entanto, não fazer do texto um amontoado de citações. A citação precisa ser pertinente e verdadeira. Exemplo:

“A imaginação é mais importante do que o conhecimento.”

Quem disse a frase aí de cima não fui eu... Foi Einstein. Para ele, uma coisa vem antes da outra: sem imaginação, não há conhecimento. Nunca o inverso.

Alex José Periscinoto.

In: Folha de S. Paulo, 30/8/1993, p. 5-2

A tese defendida nesse texto é que a imaginação é mais importante do que o conhecimento. Para levar o auditório a aderir a ela, o enunciador cita um dos mais célebres cientistas do mundo. Se um físico de renome mundial disse isso, então as pessoas devem acreditar que é verdade.

Argumento de Quantidade

É aquele que valoriza mais o que é apreciado pelo maior número de pessoas, o que existe em maior número, o que tem maior duração, o que tem maior número de adeptos, etc. O fundamento desse tipo de argumento é que mais = melhor. A publicidade faz largo uso do argumento de quantidade.

Argumento do Consenso

É uma variante do argumento de quantidade. Fundamenta-se em afirmações que, numa determinada época, são aceitas como verdadeiras e, portanto, dispensam comprovações, a menos que o objetivo do texto seja comprovar alguma delas. Parte da ideia de que o consenso, mesmo que equivocado, corresponde ao indiscutível, ao verdadeiro e, portanto, é melhor do que aquilo que não desfruta dele. Em nossa época, são consensuais, por exemplo, as afirmações de que o meio ambiente precisa ser protegido e de que as condições de vida são piores nos países subdesenvolvidos. Ao confiar no consenso, porém, corre-se o risco de passar dos argumentos válidos para os lugares comuns, os preconceitos e as frases carentes de qualquer base científica.

Argumento de Existência

É aquele que se fundamenta no fato de que é mais fácil aceitar aquilo que comprovadamente existe do que aquilo que é apenas provável, que é apenas possível. A sabedoria popular enuncia o argumento de existência no provérbio *“Mais vale um pássaro na mão do que dois voando”*.

Nesse tipo de argumento, incluem-se as provas documentais (fotos, estatísticas, depoimentos, gravações, etc.) ou provas concretas, que tornam mais aceitável uma afirmação genérica. Durante a invasão do Iraque, por exemplo, os jornais diziam que o exército americano era muito mais poderoso do que o iraquiano. Essa afirmação, sem ser acompanhada de provas concretas, poderia ser vista como propagandística. No entanto, quando documentada pela comparação do número de canhões, de carros de combate, de navios, etc., ganhava credibilidade.

Argumento quase lógico

É aquele que opera com base nas relações lógicas, como causa e efeito, analogia, implicação, identidade, etc. Esses raciocínios são chamados quase lógicos porque, diversamente dos raciocínios lógicos, eles não pretendem estabelecer relações necessárias entre os elementos, mas sim instituir relações prováveis, possíveis, plausíveis. Por exemplo, quando se diz *“A é igual a B”, “B é igual a C”, “então A é igual a C”*, estabelece-se uma relação de identidade lógica. Entretanto, quando se afirma *“Amigo de amigo meu é meu amigo”* não se institui uma identidade lógica, mas uma identidade provável.

Um texto coerente do ponto de vista lógico é mais facilmente aceito do que um texto incoerente. Vários são os defeitos que concorrem para desqualificar o texto do ponto de vista lógico: fugir do tema proposto, cair em contradição, tirar conclusões que não se fundamentam nos dados apresentados, ilustrar afirmações gerais com fatos inadequados, narrar um fato e dele extrair generalizações indevidas.

Argumento do Atributo

É aquele que considera melhor o que tem propriedades típicas daquilo que é mais valorizado socialmente, por exemplo, o mais raro é melhor que o comum, o que é mais refinado é melhor que o que é mais grosseiro, etc.

Por esse motivo, a publicidade usa, com muita frequência, celebridades recomendando prédios residenciais, produtos de beleza, alimentos estéticos, etc., com base no fato de que o consumidor tende a associar o produto anunciado com atributos da celebridade.

Uma variante do argumento de atributo é o argumento da competência linguística. A utilização da variante culta e formal da língua que o produtor do texto conhece a norma linguística socialmente mais valorizada e, por conseguinte, deve produzir um texto em que se pode confiar. Nesse sentido é que se diz que o modo de dizer dá confiabilidade ao que se diz.

Imagine-se que um médico deva falar sobre o estado de saúde de uma personalidade pública. Ele poderia fazê-lo das duas maneiras indicadas abaixo, mas a primeira seria infinitamente mais adequada para a persuasão do que a segunda, pois esta produziria certa estranheza e não criaria uma imagem de competência do médico:

- *Para aumentar a confiabilidade do diagnóstico e levando em conta o caráter invasivo de alguns exames, a equipe médica houve por bem determinar o internamento do governador pelo período de três dias, a partir de hoje, 4 de fevereiro de 2001.*

- *Para conseguir fazer exames com mais cuidado e porque alguns deles são barrapésada, a gente botou o governador no hospital por três dias.*

Como dissemos antes, todo texto tem uma função argumentativa, porque ninguém fala para não ser levado a sério, para ser ridicularizado, para ser desmentido: em todo ato de comunicação deseja-se influenciar alguém. Por mais neutro que pretenda ser, um texto tem sempre uma orientação argumentativa.

A orientação argumentativa é uma certa direção que o falante traça para seu texto. Por exemplo, um jornalista, ao falar de um homem público, pode ter a intenção de criticá-lo, de ridicularizá-lo ou, ao contrário, de mostrar sua grandeza.

O enunciador cria a orientação argumentativa de seu texto dando destaque a uns fatos e não a outros, omitindo certos episódios e revelando outros, escolhendo determinadas palavras e não outras, etc. Veja:

“O clima da festa era tão pacífico que até sogras e noras trocavam abraços afetuosos.”

O enunciador aí pretende ressaltar a ideia geral de que noras e sogras não se toleram. Não fosse assim, não teria escolhido esse fato para ilustrar o clima da festa nem teria utilizado o termo até, que serve para incluir no argumento alguma coisa inesperada.

Além dos defeitos de argumentação mencionados quando tratamos de alguns tipos de argumentação, vamos citar outros:

- Uso sem delimitação adequada de palavra de sentido tão amplo, que serve de argumento para um ponto de vista e seu contrário. São noções confusas, como paz, que, paradoxalmente, pode ser usada pelo agressor e pelo agredido. Essas palavras podem ter valor positivo (paz, justiça, honestidade, democracia) ou vir carregadas de valor negativo (autoritarismo, degradação do meio ambiente, injustiça, corrupção).

- Uso de afirmações tão amplas, que podem ser derrubadas por um único contra exemplo. Quando se diz *“Todos os políticos são ladrões”*, basta um único exemplo de político honesto para destruir o argumento.

- Emprego de noções científicas sem nenhum rigor, fora do contexto adequado, sem o significado apropriado, vulgarizando-as e atribuindo-lhes uma significação subjetiva e grosseira. É o caso, por exemplo, da frase “*O imperialismo de certas indústrias não permite que outras cresçam*”, em que o termo imperialismo é descabido, uma vez que, a rigor, significa “*ação de um Estado visando a reduzir outros à sua dependência política e econômica*”.

A boa argumentação é aquela que está de acordo com a situação concreta do texto, que leva em conta os componentes envolvidos na discussão (o tipo de pessoa a quem se dirige a comunicação, o assunto, etc).

Convém ainda alertar que não se convence ninguém com manifestações de sinceridade do autor (como eu, que não costumo mentir...) ou com declarações de certeza expressas em fórmulas feitas (como estou certo, creio firmemente, é claro, é óbvio, é evidente, afirmo com toda a certeza, etc). Em vez de prometer, em seu texto, sinceridade e certeza, autenticidade e verdade, o enunciador deve construir um texto que revele isso. Em outros termos, essas qualidades não se prometem, manifestam-se na ação.

A argumentação é a exploração de recursos para fazer parecer verdadeiro aquilo que se diz num texto e, com isso, levar a pessoa a que texto é endereçado a crer naquilo que ele diz.

Um texto dissertativo tem um assunto ou tema e expressa um ponto de vista, acompanhado de certa fundamentação, que inclui a argumentação, questionamento, com o objetivo de persuadir. Argumentar é o processo pelo qual se estabelecem relações para chegar à conclusão, com base em premissas. Persuadir é um processo de convencimento, por meio da argumentação, no qual procura-se convencer os outros, de modo a influenciar seu pensamento e seu comportamento.

A persuasão pode ser válida e não válida. Na persuasão válida, expõem-se com clareza os fundamentos de uma ideia ou proposição, e o interlocutor pode questionar cada passo do raciocínio empregado na argumentação. A persuasão não válida apoia-se em argumentos subjetivos, apelos subliminares, chantagens sentimentais, com o emprego de “*apelações*”, como a inflexão de voz, a mímica e até o choro.

Alguns autores classificam a dissertação em duas modalidades, expositiva e argumentativa. Esta, exige argumentação, razões a favor e contra uma ideia, ao passo que a outra é informativa, apresenta dados sem a intenção de convencer. Na verdade, a escolha dos dados levantados, a maneira de expô-los no texto já revelam uma “*tomada de posição*”, a adoção de um ponto de vista na dissertação, ainda que sem a apresentação explícita de argumentos. Desse ponto de vista, a dissertação pode ser definida como discussão, debate, questionamento, o que implica a liberdade de pensamento, a possibilidade de discordar ou concordar parcialmente. A liberdade de questionar é fundamental, mas não é suficiente para organizar um texto dissertativo. É necessária também a exposição dos fundamentos, os motivos, os porquês da defesa de um ponto de vista.

Pode-se dizer que o homem vive em permanente atitude argumentativa. A argumentação está presente em qualquer tipo de discurso, porém, é no texto dissertativo que ela melhor se evidencia.

Para discutir um tema, para confrontar argumentos e posições, é necessária a capacidade de conhecer outros pontos de vista e seus respectivos argumentos. Uma discussão impõe, muitas vezes, a análise de argumentos opostos, antagônicos. Como sempre, essa capacidade aprende-se com a prática. Um bom exercício para aprender a argumentar e contra-argumentar consiste em desenvolver as seguintes habilidades:

- **argumentação**: anotar todos os argumentos a favor de uma ideia ou fato; imaginar um interlocutor que adote a posição totalmente contrária;

- **contra-argumentação**: imaginar um diálogo-debate e quais os argumentos que essa pessoa imaginária possivelmente apresentaria contra a argumentação proposta;

- **refutação**: argumentos e razões contra a argumentação oposta.

A argumentação tem a finalidade de persuadir, portanto, argumentar consiste em estabelecer relações para tirar conclusões válidas, como se procede no método dialético. O método dialético não envolve apenas questões ideológicas, geradoras de polêmicas. Trata-se de um método de investigação da realidade pelo estudo de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno em questão e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade.

Descartes (1596-1650), filósofo e pensador francês, criou o método de raciocínio silogístico, baseado na dedução, que parte do simples para o complexo. Para ele, verdade e evidência são a mesma coisa, e pelo raciocínio torna-se possível chegar a conclusões verdadeiras, desde que o assunto seja pesquisado em partes, começando-se pelas proposições mais simples até alcançar, por meio de deduções, a conclusão final. Para a linha de raciocínio cartesiana, é fundamental determinar o problema, dividi-lo em partes, ordenar os conceitos, simplificando-os, enumerar todos os seus elementos e determinar o lugar de cada um no conjunto da dedução.

A lógica cartesiana, até os nossos dias, é fundamental para a argumentação dos trabalhos acadêmicos. Descartes propôs quatro regras básicas que constituem um conjunto de reflexos vitais, uma série de movimentos sucessivos e contínuos do espírito em busca da verdade:

- evidência;
- divisão ou análise;
- ordem ou dedução;
- enumeração.

A enumeração pode apresentar dois tipos de falhas: a omissão e a incompreensão. Qualquer erro na enumeração pode quebrar o encadeamento das ideias, indispensável para o processo dedutivo.

A forma de argumentação mais empregada na redação acadêmica é o *silogismo*, raciocínio baseado nas regras cartesianas, que contém três proposições: *duas premissas*, maior e menor, e a *conclusão*. As três proposições são encadeadas de tal forma, que a conclusão é deduzida da maior por intermédio da menor. A premissa maior deve ser universal, emprega *todo*, *nenhum*, *pois alguns* não caracteriza a universalidade. Há dois métodos fundamentais de raciocínio: a *dedução* (silogística), que parte do geral para o particular, e a *indução*, que vai do particular para o geral. A expressão formal do método dedutivo é o silogismo. A dedução é o caminho das sequências, baseia-se em uma conexão descendente (do geral para o particular) que leva à conclusão. Segundo esse método, partindo-se de teorias gerais, de verdades universais, pode-se chegar à previsão ou determinação de fenômenos particulares. O percurso do raciocínio vai da causa para o efeito. Exemplo:

Todo homem é mortal (premissa maior = geral, universal)
Fulano é homem (premissa menor = particular)
Logo, Fulano é mortal (conclusão)

A indução percorre o caminho inverso ao da dedução, baseia-se em uma conexão ascendente, do particular para o geral. Nesse caso, as constatações particulares levam às leis gerais, ou seja, parte de fatos particulares conhecidos para os fatos gerais, desconhecidos. O percurso do raciocínio se faz do *efeito* para a *causa*. Exemplo:

O calor dilata o ferro (particular)
O calor dilata o bronze (particular)
O calor dilata o cobre (particular)
O ferro, o bronze, o cobre são metais
Logo, o calor dilata metais (geral, universal)

Quanto a seus aspectos formais, o silogismo pode ser válido e verdadeiro; a conclusão será verdadeira se as duas premissas também o forem. Se há erro ou equívoco na apreciação dos fatos, pode-se partir de premissas verdadeiras para chegar a uma conclusão falsa. Tem-se, desse modo, o **sofisma**. Uma definição inexata, uma divisão incompleta, a ignorância da causa, a falsa analogia são algumas causas do sofisma. O sofisma pressupõe má fé, intenção deliberada de enganar ou levar ao erro; quando o sofisma não tem essas intenções propositais, costuma-se chamar esse processo de argumentação de **paralogismo**. Encontra-se um exemplo simples de sofisma no seguinte diálogo:

- Você concorda que possui uma coisa que não perdeu?
- Lógico, concordo.
- Você perdeu um brilhante de 40 quilates?
- Claro que não!
- Então você possui um brilhante de 40 quilates...

Exemplos de sofismas:

Dedução

Todo professor tem um diploma (geral, universal)
 Fulano tem um diploma (particular)
 Logo, fulano é professor (geral – conclusão falsa)

Indução

O Rio de Janeiro tem uma estátua do Cristo Redentor. (particular)
 Taubaté (SP) tem uma estátua do Cristo Redentor. (particular)
 Rio de Janeiro e Taubaté são cidades.

Logo, toda cidade tem uma estátua do Cristo Redentor. (geral – conclusão falsa)

Nota-se que as premissas são verdadeiras, mas a conclusão pode ser falsa. Nem todas as pessoas que têm diploma são professores; nem todas as cidades têm uma estátua do Cristo Redentor. Comete-se erro quando se faz generalizações apressadas ou infundadas. A “simples inspeção” é a ausência de análise ou análise superficial dos fatos, que leva a pronunciamentos subjetivos, baseados nos sentimentos não ditados pela razão.

Tem-se, ainda, outros métodos, subsidiários ou não fundamentais, que contribuem para a descoberta ou comprovação da verdade: análise, síntese, classificação e definição. Além desses, existem outros métodos particulares de algumas ciências, que adaptam os processos de dedução e indução à natureza de uma realidade particular. Pode-se afirmar que cada ciência tem seu método próprio demonstrativo, comparativo, histórico etc. A análise, a síntese, a classificação a definição são chamadas métodos sistemáticos, porque pela organização e ordenação das ideias visam sistematizar a pesquisa.

Análise e síntese são dois processos opostos, mas interligados; a análise parte do todo para as partes, a síntese, das partes para o todo. A análise precede a síntese, porém, de certo modo, uma depende da outra. A análise decompõe o todo em partes, enquanto a síntese recompõe o todo pela reunião das partes. Sabe-se, porém, que o todo não é uma simples justaposição das partes. Se alguém reunisse todas as peças de um relógio, não significa que reconstruiu o relógio, pois fez apenas um amontoado de partes. Só reconstruiria todo se as partes estivessem organizadas, devidamente combinadas, seguida uma ordem de relações necessárias, funcionais, então, o relógio estaria reconstruído.

Síntese, portanto, é o processo de reconstrução do todo por meio da integração das partes, reunidas e relacionadas num conjunto. Toda síntese, por ser uma reconstrução, pressupõe a análise, que é a decomposição. A análise, no entanto, exige uma decompo-

sição organizada, é preciso saber como dividir o todo em partes. As operações que se realizam na análise e na síntese podem ser assim relacionadas:

Análise: penetrar, decompor, separar, dividir.
 Síntese: integrar, recompor, juntar, reunir.

A análise tem importância vital no processo de coleta de ideias a respeito do tema proposto, de seu desdobramento e da criação de abordagens possíveis. A síntese também é importante na escolha dos elementos que farão parte do texto.

Segundo Garcia (1973, p.300), a análise pode ser *formal ou informal*. A análise formal pode ser científica ou experimental; é característica das ciências matemáticas, físico-naturais e experimentais. A análise informal é racional ou total, consiste em “discernir” por vários atos distintos da atenção os elementos constitutivos de um todo, os diferentes caracteres de um objeto ou fenômeno.

A análise decompõe o todo em partes, a classificação estabelece as necessárias relações de dependência e hierarquia entre as partes. Análise e classificação ligam-se intimamente, a ponto de se confundir uma com a outra, contudo são procedimentos diversos: análise é decomposição e classificação é hierarquização.

Nas ciências naturais, classificam-se os seres, fatos e fenômenos por suas diferenças e semelhanças; fora das ciências naturais, a classificação pode-se efetuar por meio de um processo mais ou menos arbitrário, em que os caracteres comuns e diferenciadores são empregados de modo mais ou menos convencional. A classificação, no reino animal, em ramos, classes, ordens, subordens, gêneros e espécies, é um exemplo de classificação natural, pelas características comuns e diferenciadoras. A classificação dos variados itens integrantes de uma lista mais ou menos caótica é artificial.

Exemplo: aquecedor, automóvel, barbeador, batata, caminhão, canário, jipe, leite, ônibus, pão, pardal, pintassilgo, queijo, relógio, sabiá, torradeira.

Aves: Canário, Pardal, Pintassilgo, Sabiá.

Alimentos: Batata, Leite, Pão, Queijo.

Mecanismos: Aquecedor, Barbeador, Relógio, Torradeira.

Veículos: Automóvel, Caminhão, Jipe, Ônibus.

Os elementos desta lista foram classificados por ordem alfabética e pelas afinidades comuns entre eles. Estabelecer critérios de classificação das ideias e argumentos, pela ordem de importância, é uma habilidade indispensável para elaborar o desenvolvimento de uma redação. Tanto faz que a ordem seja crescente, do fato mais importante para o menos importante, ou decrescente, primeiro o menos importante e, no final, o impacto do mais importante; é indispensável que haja uma lógica na classificação. A elaboração do plano compreende a classificação das partes e subdivisões, ou seja, os elementos do plano devem obedecer a uma hierarquização. (Garcia, 1973, p. 302304.)

Para a clareza da dissertação, é indispensável que, logo na introdução, os termos e conceitos sejam definidos, pois, para expressar um questionamento, deve-se, de antemão, expor clara e racionalmente as posições assumidas e os argumentos que as justificam. É muito importante deixar claro o campo da discussão e a posição adotada, isto é, esclarecer não só o assunto, mas também os pontos de vista sobre ele.

A definição tem por objetivo a exatidão no emprego da linguagem e consiste na enumeração das qualidades próprias de uma ideia, palavra ou objeto. Definir é classificar o elemento conforme a espécie a que pertence, demonstra: a característica que o diferencia dos outros elementos dessa mesma espécie.

RACIOCÍNIO LÓGICO

1. Noções básicas da lógica matemática: proposições, conectivos, equivalência e implicação lógica, argumentos válidos, problemas com tabelas e argumentação.	01
2. Linguagem dos conjuntos: o conjunto dos números naturais, inteiros, racionais e reais. Operações de adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação e radiciação nesses conjuntos. Números decimais. Valor absoluto. Propriedades no conjunto dos números naturais. Decomposição de um número natural em fatores primos. Múltiplos e divisores, máximo divisor comum e mínimo múltiplo comum de dois números naturais.	35
3. Verdades e Mentiras: resolução de problemas	44
4. Sequências (com números, com figuras, de palavras).	44
5. Análise combinatória e probabilidade	56
6. Problemas envolvendo raciocínio lógico.	61

**NOÇÕES BÁSICAS DA LÓGICA MATEMÁTICA:
PROPOSIÇÕES, CONECTIVOS, EQUIVALÊNCIA E
IMPLICAÇÃO LÓGICA, ARGUMENTOS VÁLIDOS,
PROBLEMAS COM TABELAS E ARGUMENTAÇÃO**

RACIOCÍNIO LÓGICO MATEMÁTICO

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

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

RACIOCÍNIO LÓGICO DEDUTIVO

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

ORIENTAÇÕES ESPACIAL E TEMPORAL

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

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

- Lógica sequencial
- Calendários

RACIOCÍNIO VERBAL

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

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

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

A – Verdadeiro (A afirmação é uma consequência lógica das informações ou opiniões contidas no trecho)

B – Falso (A afirmação é logicamente falsa, consideradas as informações ou opiniões contidas no trecho)

C – Impossível dizer (Impossível determinar se a afirmação é verdadeira ou falsa sem mais informações)

ESTRUTURAS LÓGICAS

1. Proposição

Proposição ou sentença é um termo utilizado para exprimir ideias, através de um conjunto de palavras ou símbolos. Este conjunto descreve o conteúdo dessa ideia.

São exemplos de **proposições**:

p: Pedro é médico.

q: $5 > 8$

r: Luíza foi ao cinema ontem à noite.

2. Princípios fundamentais da lógica

Princípio da Identidade: **A é A.** Uma coisa é o que é. O que é, é; e o que não é, não é. Esta formulação remonta a Parmênides de Eleia.

Princípio da não contradição: Uma proposição não pode ser verdadeira e falsa, ao mesmo tempo.

Princípio do terceiro excluído: Uma alternativa só pode ser verdadeira ou falsa.

3. Valor lógico

Considerando os princípios citados acima, uma proposição é classificada como verdadeira ou falsa.

Sendo assim o valor lógico será:

- a verdade (**V**), quando se trata de uma proposição verdadeira.
- a falsidade (**F**), quando se trata de uma proposição falsa.

4. Conectivos lógicos

Conectivos lógicos são palavras usadas para conectar as proposições formando novas sentenças.

Os principais conectivos lógicos são:

~	não
∧	e
∨	Ou
→	se...então
↔	se e somente se

5. Proposições simples e compostas

As proposições simples são assim caracterizadas por apresentarem apenas uma ideia. São indicadas pelas letras minúsculas: p, q, r, s, t...

As proposições compostas são assim caracterizadas por apresentarem mais de uma proposição conectadas pelos conectivos lógicos. São indicadas pelas letras maiúsculas: P, Q, R, S, T...

Obs: A notação Q(r, s, t), por exemplo, está indicando que a proposição composta Q é formada pelas proposições simples r, s e t.

Exemplo:

Proposições simples:

p: Meu nome é Raissa

q: São Paulo é a maior cidade brasileira

r: $2+2=5$

s: O número 9 é ímpar

t: O número 13 é primo

Proposições compostas

P: O número 12 é divisível por 3 e 6 é o dobro de 12.

Q: A raiz quadrada de 9 é 3 e 24 é múltiplo de 3.

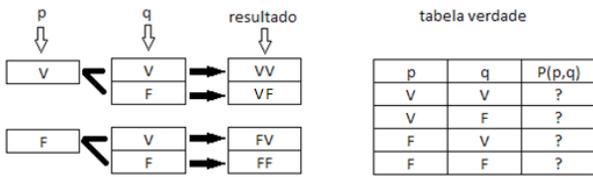
R(s, t): O número 9 é ímpar e o número 13 é primo.

6. Tabela-Verdade

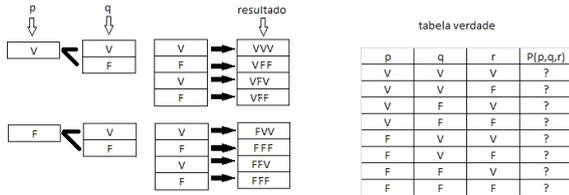
A tabela-verdade é usada para determinar o valor lógico de uma proposição composta, sendo que os valores das proposições simples já são conhecidos. Pois o valor lógico da proposição composta depende do valor lógico da proposição simples.

A seguir vamos compreender como se constrói essas tabelas-verdade partindo da árvore das possibilidades dos valores lógicos das preposições simples, e mais adiante veremos como determinar o valor lógico de uma proposição composta.

Proposição composta do tipo P(p, q)



Proposição composta do tipo P(p, q, r)



Proposição composta do tipo P(p, q, r, s)

A tabela-verdade possui $2^4 = 16$ linhas e é formada igualmente as anteriores.

⋮

Proposição composta do tipo P(p1, p2, p3, ..., pn)

A tabela-verdade possui 2^n linhas e é formada igualmente as anteriores.

7. O conectivo não e a negação

O conectivo **não** e a **negação** de uma proposição **p** é outra proposição que tem como valor lógico **V** se p for falsa e **F** se p é verdadeira. O símbolo $\sim p$ (**não p**) representa a negação de **p** com a seguinte tabela-verdade:

P	$\sim P$
V	F
F	V

Exemplo:

$p = 7$ é ímpar
 $\sim p = 7$ não é ímpar

P	$\sim P$
V	F

$q = 24$ é múltiplo de 5
 $\sim q = 24$ não é múltiplo de 5

q	$\sim q$
F	V

8. O conectivo e e a conjunção

O conectivo **e** e a **conjunção** de duas proposições **p** e **q** é outra proposição que tem como valor lógico **V** se p e q forem verdadeiras, e **F** em outros casos. O símbolo $p \wedge q$ (**p e q**) representa a conjunção, com a seguinte tabela-verdade:

P	q	$p \wedge q$
V	V	V
V	F	F
F	V	F
F	F	F

Exemplo

$p = 2$ é par
 $q =$ o céu é rosa
 $p \wedge q = 2$ é par e o céu é rosa

P	q	$p \wedge q$
V	F	F

$p = 9 < 6$
 $q = 3$ é par
 $p \wedge q: 9 < 6$ e 3 é par

P	q	$p \wedge q$
F	F	F

9. O conectivo ou e a disjunção

O conectivo **ou** e a **disjunção** de duas proposições **p** e **q** é outra proposição que tem como valor lógico **V** se alguma das proposições for verdadeira e **F** se as duas forem falsas. O símbolo $p \vee q$ (**p ou q**) representa a disjunção, com a seguinte tabela-verdade:

P	q	$p \vee q$
V	V	V
V	F	V
F	V	V
F	F	F

Exemplo:

$p = 2$ é par
 $q =$ o céu é rosa
 $p \vee q = 2$ é par **ou** o céu é rosa

P	q	$p \vee q$
V	F	V

10. O conectivo se... então... e a condicional

A condicional **se p então q** é outra proposição que tem como valor lógico **F** se p é verdadeira e q é falsa. O símbolo $p \rightarrow q$ representa a condicional, com a seguinte tabela-verdade:

P	q	$p \rightarrow q$
V	V	V
V	F	F
F	V	V
F	F	V

Exemplo:

$P: 7 + 2 = 9$
 $Q: 9 - 7 = 2$
 $p \rightarrow q: \text{Se } 7 + 2 = 9 \text{ então } 9 - 7 = 2$

RACIOCÍNIO LÓGICO

P	q	$p \rightarrow q$
V	V	V

$$p = 7 + 5 < 4$$

q = 2 é um número primo

$p \rightarrow q$: Se $7 + 5 < 4$ então 2 é um número primo.

P	q	$p \rightarrow q$
F	V	V

$$p = 24 \text{ é múltiplo de } 3 \quad q = 3 \text{ é par}$$

$p \rightarrow q$: Se 24 é múltiplo de 3 então 3 é par.

P	q	$p \rightarrow q$
V	F	F

$$p = 25 \text{ é múltiplo de } 2$$

$$q = 12 < 3$$

$p \rightarrow q$: Se 25 é múltiplo de 2 então $2 < 3$.

P	q	$p \rightarrow q$
F	F	V

11. O conectivo se e somente se e a bicondicional

A bicondicional **p se e somente se q** é outra proposição que tem como valor lógico **V** se p e q forem ambas verdadeiras ou ambas falsas, e **F** nos outros casos.

O símbolo $P \leftrightarrow Q$ representa a bicondicional, com a seguinte tabela-verdade:

P	q	$p \leftrightarrow q$
V	V	V
V	F	F
F	V	F
F	F	V

Exemplo

$$p = 24 \text{ é múltiplo de } 3$$

$$q = 6 \text{ é ímpar}$$

$P \leftrightarrow Q$ = 24 é múltiplo de 3 se, e somente se, 6 é ímpar.

P	q	$p \leftrightarrow q$
V	F	F

12. Tabela-Verdade de uma proposição composta

Exemplo

Veja como se procede a construção de uma tabela-verdade da proposição composta $P(p, q) = ((p \vee q) \rightarrow (\sim p)) \rightarrow (p \wedge q)$, onde p e q são duas proposições simples.

Resolução

Uma tabela-verdade de uma proposição do tipo $P(p, q)$ possui $2^4 = 4$ linhas, logo:

p	q	$p \vee q$	$\sim p$	$(p \vee q) \rightarrow (\sim p)$	$p \wedge q$	$((p \vee q) \rightarrow (\sim p)) \rightarrow (p \wedge q)$
V	V					
V	F					
F	V					
F	F					

Agora veja passo a passo a determinação dos valores lógicos de P.

a) Valores lógicos de $p \vee q$

p	q	$p \vee q$	$\sim p$	$(p \vee p) \rightarrow (\sim p)$	$p \wedge q$	$((p \vee p) \rightarrow (\sim p)) \rightarrow (p \wedge q)$
V	V	V				
V	F	V				
F	V	V				
F	F	F				

b) Valores lógicos de $\sim P$

p	q	$p \vee q$	$\sim p$	$(p \vee p) \rightarrow (\sim p)$	$p \wedge q$	$((p \vee p) \rightarrow (\sim p)) \rightarrow (p \wedge q)$
V	V	V	F			
V	F	V	F			
F	V	V	V			
F	F	F	V			

c) Valores lógicos de $(p \vee p) \rightarrow (\sim p)$

p	q	$p \vee q$	$\sim p$	$(p \vee p) \rightarrow (\sim p)$	$p \wedge q$	$((p \vee p) \rightarrow (\sim p)) \rightarrow (p \wedge q)$
V	V	V	F	F		
V	F	V	F	F		
F	V	V	V	V		
F	F	F	V	V		

d) Valores lógicos de $p \wedge q$

p	q	$p \vee q$	$\sim p$	$(p \vee p) \rightarrow (\sim p)$	$p \wedge q$	$((p \vee p) \rightarrow (\sim p)) \rightarrow (p \wedge q)$
V	V	V	F	F	V	
V	F	V	F	F	F	
F	V	V	V	V	F	
F	F	F	V	V	F	

e) Valores lógicos de $((p \vee p) \rightarrow (\sim p)) \rightarrow (p \wedge q)$

p	q	$p \vee q$	$\sim p$	$(p \vee p) \rightarrow (\sim p)$	$p \wedge q$	$((p \vee p) \rightarrow (\sim p)) \rightarrow (p \wedge q)$
V	V	V	F	F	V	V
V	F	V	F	F	F	V
F	V	V	V	V	F	F
F	F	F	V	V	F	F

13. Tautologia

Uma proposição composta formada por duas ou mais proposições **p, q, r, ...** será dita uma **Tautologia** se ela for **sempre verdadeira**, independentemente dos valores lógicos das proposições **p, q, r, ...** que a compõem.

Exemplos:

- Gabriela passou no concurso do INSS **ou** Gabriela **não** passou no concurso do INSS
 - **Não é verdade** que o professor Zambeli parece com o Zé gotinha **ou** o professor Zambeli parece com o Zé gotinha.
- Ao invés de duas proposições, nos exemplos temos uma única proposição, afirmativa e negativa. Vamos entender isso melhor.

Exemplo:

Grêmio cai para segunda divisão **ou** o Grêmio **não** cai para segunda divisão
Vamos chamar a primeira proposição de "**p**" a segunda de "**~p**" e o conetivo de "**v**"

Assim podemos representar a “frase” acima da seguinte forma:
 $p \vee \sim p$

Exemplo

A proposição $p \vee (\sim p)$ é uma tautologia, pois o seu valor lógico é sempre V, conforme a tabela-verdade.

p	$\sim p$	$p \vee q$
V	F	V
F	V	V

Exemplo

A proposição $(p \wedge q) \rightarrow (p \rightarrow q)$ é uma tautologia, pois a última coluna da tabela-verdade só possui V.

p	q	$p \wedge q$	$p \leftrightarrow q$	$(p \wedge q) \rightarrow (p \leftrightarrow q)$
V	V	V	V	V
V	F	F	F	V
F	V	F	F	V
F	F	F	V	V

14. Contradição

Uma proposição composta formada por duas ou mais proposições **p, q, r, ...** será dita uma **contradição** se ela for **sempre falsa**, independentemente dos valores lógicos das proposições **p, q, r, ...** que a compõem

Exemplos:

- O Zorra total é uma porcaria e Zorra total **não** é uma porcaria
- Suelen mora em Petrópolis e Suelen **não** mora em Petrópolis

Ao invés de duas proposições, nos exemplos temos uma única proposição, afirmativa e negativa. Vamos entender isso melhor.

Exemplo:

Lula é o presidente do Brasil e Lula **não** é o presidente do Brasil
 Vamos chamar a primeira proposição de “**p**” a segunda de “ **$\sim p$** ” e o conetivo de “ **\wedge** ”

Assim podemos representar a “frase” acima da seguinte forma:

$$p \wedge \sim p$$

Exemplo

A proposição $(p \wedge q) \wedge (p \wedge \sim q)$ é uma contradição, pois o seu valor lógico é sempre F conforme a tabela-verdade. Que significa que uma proposição não pode ser falsa e verdadeira ao mesmo tempo, isto é, o princípio da não contradição.

p	$\sim p$	$q \wedge (\sim q)$
V	F	F
F	V	F

15. Contingência

Quando uma proposição não é tautológica nem contra válida, a chamamos de **contingência** ou **proposição contingente** ou **proposição indeterminada**.

A contingência ocorre quando há tanto valores V como F na última coluna da tabela-verdade de uma proposição. Exemplos: $P \wedge Q$, $P \vee Q$, $P \rightarrow Q$...

16. Implicação lógica

Definição

A proposição **P** implica a proposição **Q**, quando a condicional $P \rightarrow Q$ for uma **tautologia**.

O símbolo $P \Rightarrow Q$ (**P implica Q**) representa a implicação lógica.

Diferenciação dos símbolos \rightarrow e \Rightarrow

O símbolo \rightarrow representa uma operação matemática entre as proposições **P** e **Q** que tem como resultado a proposição $P \rightarrow Q$, com valor lógico **V** ou **F**.

O símbolo \Rightarrow representa a não ocorrência de **VF** na tabela-verdade de $P \rightarrow Q$, ou ainda que o valor lógico da condicional $P \rightarrow Q$ será sempre **V**, ou então que $P \rightarrow Q$ é uma tautologia.

Exemplo

A tabela-verdade da condicional $(p \wedge q) \rightarrow (p \leftrightarrow q)$ será:

p	q	$p \wedge q$	$P \leftrightarrow Q$	$(p \wedge q) \rightarrow (P \leftrightarrow Q)$
V	V	V	V	V
V	F	F	F	V
F	V	F	F	V
F	F	F	V	V

Portanto, $(p \wedge q) \rightarrow (p \leftrightarrow q)$ é uma tautologia, por isso $(p \wedge q) \Rightarrow (p \leftrightarrow q)$

17. Equivalência lógica

Definição

Há equivalência entre as proposições **P** e **Q** somente quando a bicondicional $P \leftrightarrow Q$ for uma tautologia ou quando **P** e **Q** tiverem a mesma tabela-verdade. $P \leftrightarrow Q$ (**P é equivalente a Q**) é o símbolo que representa a equivalência lógica.

Diferenciação dos símbolos \leftrightarrow e \Leftrightarrow

O símbolo \leftrightarrow representa uma operação entre as proposições **P** e **Q**, que tem como resultado uma nova proposição $P \leftrightarrow Q$ com valor lógico **V** ou **F**.

O símbolo \Leftrightarrow representa a não ocorrência de **VF** e de **FV** na tabela-verdade $P \leftrightarrow Q$, ou ainda que o valor lógico de $P \leftrightarrow Q$ é sempre **V**, ou então $P \leftrightarrow Q$ é uma tautologia.

Exemplo

A tabela da bicondicional $(p \rightarrow q) \leftrightarrow (\sim q \rightarrow \sim p)$ será:

p	q	$\sim q$	$\sim p$	$p \rightarrow q$	$\sim q \rightarrow \sim p$	$(p \rightarrow q) \leftrightarrow (\sim q \rightarrow \sim p)$
V	V	F	F	V	V	V
V	F	V	F	F	F	V
F	V	F	V	V	V	V
F	F	V	V	V	V	V

Portanto, $p \rightarrow q$ é equivalente a $\sim q \rightarrow \sim p$, pois estas proposições possuem a mesma tabela-verdade ou a bicondicional $(p \rightarrow q) \leftrightarrow (\sim q \rightarrow \sim p)$ é uma tautologia.

Veja a representação:

$$(p \rightarrow q) \Leftrightarrow (\sim q \rightarrow \sim p)$$

CONHECIMENTOS GERAIS

1. Cultura Geral: Fatos Políticos econômicos, de saúde pública, meio ambiente e aspectos sociais do Brasil e do Mundo ocorridos nos anos de 2014 a 2021 divulgados na mídia nacional e internacional.	01
2. Conhecimentos Gerais e Atualidades: Lei Orgânica do Município	51
3. Aspectos geográficos, históricos, físicos, econômicos, sociais, saúde pública, políticos e estatísticos do Brasil, do Estado e do Município.	72
4. Noções de cidadania e princípios fundamentais da Constituição da República Federativa do Brasil.	144
5. Símbolos nacionais, estaduais e municipais.	149
6. Atualidades nos assuntos relacionados com economia, ecologia, história, política, meio ambiente, justiça, segurança pública, saúde, cultura, religião, qualidade de vida, esportes, turismo, georeferenciamento, inovações tecnológicas e científicas, do Município, do Estado, do Brasil e do mundo.	151
7. Ética: conceito, ética na sociedade e ética no trabalho.	151
8. Notícias em geral da atualidade	156

CULTURA GERAL: FATOS POLÍTICOS ECONÔMICOS, DE SAÚDE PÚBLICA, MEIO AMBIENTE E ASPECTOS SOCIAIS DO BRASIL E DO MUNDO OCORRIDOS NOS ANOS DE 2014 A 2021 DIVULGADOS NA MÍDIA NACIONAL E INTERNACIONAL

BRASIL

Novas metas de Salles para o Acordo de Paris liberam mais emissões no Brasil, aponta Observatório do Clima

A nova meta climática apresentada pelo Brasil ao Acordo de Paris na terça-feira (08/12/2020) permitirá ao país chegar a 2030 emitindo 400 milhões de toneladas de gases do efeito estufa a mais do que o previsto na meta original, de acordo com uma análise do Observatório do Clima, rede de 56 organizações da sociedade civil.

A meta, agora atualizada pelo Ministério do Meio Ambiente, foi definida em dezembro de 2015, quando o Acordo de Paris reuniu países que aceitaram se comprometer com o esforço de limitar o aquecimento global a 1,5°C. Cinco anos depois, o Brasil cumpre a entrega da renovação das metas por ele mesmo estipuladas, mas especialistas fazem alertas.

Segundo o secretário-executivo do Observatório do Clima, Marcio Astrini, o ministério manteve na meta o mesmo percentual de redução definido cinco anos atrás: reduzir em 43% as emissões até 2030. Entretanto, não considerou que a base de cálculo utilizada mudou e ficou ainda maior.

“A meta de redução de 2015 era baseada no Segundo Inventário de Emissões de Gases de Efeito Estufa. Já a meta atual tem como base o Terceiro Inventário, que atualizou o valor absoluto dos gases emitidos em 2005 de 2,1 bilhões de toneladas para 2,8 bilhões de toneladas de gases emitidos” - Marcio Astrini, secretário-executivo do Observatório do Clima.

A meta climática do Brasil no Acordo de Paris utiliza como referência o valor total de gases emitidos no ano de 2005. De acordo com Tasso Azevedo, coordenador do MapBiomass e especialista do Observatório do Clima, tal valor é calculado pelo relatório chamado “Inventário de Emissões de Gases de Efeito Estufa”, que é editado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia. O documento revisa periodicamente o valor absoluto de emissões de gases usado no cálculo.

“O Inventário de Emissões de Gases de Efeito Estufa de 2005 costuma ser revisado a cada 4 anos, quando é publicado um novo inventário”, explica Azevedo.

Com a revisão mais recente, o valor absoluto de gases emitidos em 2005 foi ajustado de 2,1 bilhões de toneladas para mais de 2,8 bilhões de toneladas.

Na prática, se em 2015 a meta de redução dos 43% significava emitir 1,2 bilhões de toneladas de gases até 2030, a nova meta apresentada pelo ministro do Meio Ambiente, Ricardo Salles, com a mesma taxa de redução, permitirá agora o Brasil emitir 1,6 bilhões de toneladas no mesmo período.

“Sem o reajuste na base de cálculo, a nova meta da proposta climática está cerca de 400 milhões de toneladas de carbono maior do que era em 2015” - Marcio Astrini, Observatório do Clima

Por isso, segundo os especialistas, para apenas manter a meta climática já assumida anteriormente pelo Brasil no Acordo de Paris, o ministro do Meio Ambiente deveria ter se comprometido a diminuir 57% das emissões até 2030, e não apenas 43%.

“Uma coisa é diminuirmos 43% de um valor x, outra coisa é cortarmos a mesma porcentagem de um valor y. O número final será diferente”, afirma Astrini.

Renovação após 5 anos

Neste mês, quando o Acordo de Paris completa cinco anos, todos os países signatários estão apresentando novas versões dos compromissos já assumidos em 2015.

Além da meta que estipula um percentual de redução nas emissões até 2030, o Brasil ainda tem outra intermediária: a de chegar em 2025 com redução de 37% em relação aos níveis de 2005.

Para atingir tanto a meta de 2030 quanto a de 2025, o governo anunciou compromissos como o de zerar o desmatamento ilegal até 2030, reflorestar 12 milhões de hectares e assegurar 45% de fontes renováveis na matriz energética nacional, mas não informou um plano detalhado de como executará tais ambições.

Em nota publicada nesta quarta-feira (9), o Ministério das Relações Exteriores afirmou que a Contribuição Nacionalmente Determinada (NDC, em inglês), nome técnico para as metas do Brasil no Acordo de Paris, é uma das mais ambiciosas do mundo.

“A NDC brasileira é uma das mais ambiciosas do mundo em razão de quatro características principais. Primeiro, por se referir a emissões absolutas, e não fatores relativos como intensidade de carbono ou tendências históricas de crescimento, como a maioria das NDCs de países em desenvolvimento. Segundo, por se referir a toda a economia, e não a setores específicos. Terceiro, pela magnitude das metas (37% e 43%), que supera inclusive a de muitos países desenvolvidos. Quarto, por incluir uma meta intermediária para 2025, obrigando a trajetória de reduções em toda a década e não apenas em 2030”, afirmou o Ministério das Relações Exteriores.

‘Imoral e insuficiente’

Outra ambição apresentada por Salles na terça foi a de neutralizar as emissões de gases causadores do efeito estufa até 2060. Esta não é uma meta, mas um indicativo feito pelo governo brasileiro.

O Observatório do Clima destacou que a ambição é dez anos mais longa que a meta da maioria dos países do Acordo, que devem zerar o saldo de emissões de gás carbônico em 2050. Além disso, a entidade lembrou que somente a China apresentou meta igual à brasileira.

“A NDC [meta] anunciada é insuficiente e imoral. A redução de 43% nas emissões em 2030 não está em linha com nenhuma das metas do Acordo de Paris de limitar o aquecimento global a menos de 2º C ou a 1,5º C. Ela nos levaria a um mundo cerca de 3º C mais quente se todos os países tivessem a mesma ambição” - Observatório do Clima, nota em 8/12.

No mesmo documento, a entidade classificou como chantagem a afirmação do ministro do Meio Ambiente, Ricardo Salles, de que o prazo para alcançar a neutralidade de carbono nos próximos 40 anos poderá ser antecipado caso os países desenvolvidos transfiram US\$ 10 bilhões anuais para projetos brasileiros a partir de 2021.

Esta não é a primeira vez que Salles fala em pedir US\$ 10 bilhões anuais aos países ricos para investir em ações de conservação no Brasil. Ainda em 2019, nas reuniões preparativas para a Conferência Internacional do Clima (COP 25) em Madri, o ministro citou a cifra – que corresponderia a 10% do total previsto no Acordo de Paris de repasses de países desenvolvidos para países subdesenvolvidos.

Apesar dessas declarações, mesmo o dinheiro que o Brasil já recebe de países europeus está paralisado. O Fundo Amazônia, um dos principais instrumentos para essas remessas, está interdito há mais de um ano.

Além da meta de redução de emissões, o Observatório do Clima também propõe que o Brasil adote uma série de políticas públicas que facilitem o cumprimento do compromisso, entre elas:

- Eliminar o desmatamento em todos os seus biomas até 2030;
- Restaurar 14 milhões de hectares em áreas de reserva legal e áreas de preservação permanente entre 2021 e 2030;

- Restaurar e recuperar 27 mil hectares em áreas de apicuns e manguezais entre 2021 e 2030;
- Recuperar 23 milhões de hectares de pastagens degradadas entre 2021 e 2030;
- Aumentar em 2 milhões de hectares a área de florestas plantadas no período entre 2021 e 2030;
- Ampliar a pelo menos 20% a mistura de biodiesel no diesel de petróleo (B20) até 2030;
- Eliminar os subsídios a combustíveis fósseis até 2030;
- Eliminar a entrada em circulação de novos veículos de transporte urbano de passageiros movidos por motor a diesel até 2030;
- Recuperar ou queimar pelo menos 50% de todo o biogás gerado nos aterros sanitários;
- Erradicar todos os lixões do país até 2024.

Principais pontos do acordo do Acordo de Paris

O Acordo de Paris foi assinado em 2015, durante a Conferência das Nações Unidas sobre as Mudanças Climática. O texto fala em manter a temperatura do planeta com uma elevação “muito abaixo de 2°C” mas “perseguido esforços para limitar o aumento de temperatura a 1,5°C”.

São os principais pontos do Acordo de Paris:

- Países devem trabalhar para que aquecimento fique muito abaixo de 2°C, buscando limitá-lo a 1,5°C;
- Países ricos devem garantir financiamento de US\$ 100 bilhões por ano;
- Não há menção à porcentagem de corte de emissão de gases-estufa necessária;
- Texto não determina quando emissões precisam parar de subir;
- Acordo deve ser revisto a cada 5 anos.

(Fonte: <https://g1.globo.com/natureza/noticia/2020/12/10/novas-metas-de-salles-para-o-acordo-de-paris-liberam-mais-emissoes-no-brasil-aponta-observatorio-do-clima.ghtml>)

Superfungo encontrado no Brasil mata 39% dos contaminados

O superfungo *Candida auris* que acendeu o alerta vermelho da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) tem uma taxa de mortalidade alta. Segundo um estudo publicado na BMC Infectious Diseases, 39% dos contaminados acabam perdendo a vida.

Ainda de acordo com o artigo, há ao menos 4,7 mil casos de infecção pela *Candida auris* já registrados em 33 países, como Espanha, Venezuela, Índia, Paquistão e Estados Unidos.

Por ser um fungo letal e que se espalha facilmente, principalmente em ambientes hospitalares, o surgimento de novos casos preocupa autoridades em todo o mundo.

No Brasil, o microrganismo foi identificado na última sexta-feira, 4, no cateter de um paciente internado com covid-19 na UTI de um hospital privado de Salvador, na Bahia.

Foram realizadas duas contraprovas, sendo uma no Laboratório Central de Saúde Pública da Bahia (Lacen-BA) e outra na Universidade de São Paulo, que é a referência nacional do Ministério da Saúde, testando positivo em todas as ocasiões.

Desde 2017, laboratórios brasileiros de referência analisam amostras suspeitas que são encaminhadas pelos estados, mas nunca antes houve o registro de nenhum caso de infecção por *C. auris*.

Alerta e prevenção

A Anvisa chegou a emitir um alerta na última terça-feira, 8, afirmando que o *Candida auris* é um fungo que representa grave ameaça à saúde global e que algumas cepas dele são resistentes a todas as principais classes de fármacos antifúngicos.

Junto com o alerta, a Agência publicou o Comunicado de Risco, contendo orientações para a vigilância laboratorial, encaminhamento de isolados para laboratórios de referência e medidas de prevenção e controle de infecções pela *C. auris*.

A força-tarefa nacional foi organizada para acompanhar o caso e prevenir a disseminação do microrganismo no país. As autoridades de saúde também investigam se o caso de Salvador é isolado ou se o fungo já se espalhou.

(Fonte: <https://catracalivre.com.br/saude-bem-estar/superfungo-encontrado-no-brasil-mata-39-dos-contaminados/>)

Com aglomerações diárias, Brás detém a 2ª maior taxa de mortes por Covid-19 em SP

Tradicional região do comércio popular na capital paulista, o Brás (Região Central) possui uma taxa de 267 mortes por Covid-19 por 100 mil habitantes, a segunda mais alta da cidade de São Paulo, atrás apenas do Belém, distrito vizinho ao Brás, na Zona Leste (271 mortes para cada grupo de 100 mil pessoas).

É o que aponta um levantamento feito pela GloboNews e pelo G1 com base em dados do Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM), da Secretaria Municipal da Saúde.

Dada a proximidade do Natal, o Brás, por concentrar lojas que comercializam uma série de produtos no varejo e no atacado, como roupas, por exemplo, tem registrado aglomerações praticamente diárias, nas primeiras horas da manhã.

De acordo com os números do PRO-AIM atualizados até o dia 3 deste mês, o Brás registrou desde o início da pandemia 78 mortes confirmadas ou suspeitas decorrentes do novo coronavírus. Vivem no distrito 29.265 pessoas, segundo o censo mais recente do IBGE.

O Belém, com a mais taxa de óbitos pela Covid-19 em toda a capital paulista, contabilizou um total 122 mortes ante uma população estimada em 45.057 pessoas. O ranking das cinco maiores taxas de mortes pelo novo coronavírus é o seguinte:

Maiores taxas de mortes por Covid-19 em SP

Óbitos confirmados ou suspeitos por 100 mil habitantes

- Belém (Zona Leste) – 271
- Brás (Centro) – 267
- Água Rasa (Zona Leste) – 265
- Freguesia do Ó (Zona Norte) – 252
- Moóca (Zona Leste) – 250

Fonte: PRO-AIM/Secretaria Municipal da Saúde e IBGE

A prefeitura disse por meio de nota que “fortaleceu todos os seus Equipamentos e ações com foco na prevenção, diagnóstico, atendimento, garantia de leitos e internações em função da Covid-19 em todos os 96 distritos administrativos da cidade, focando com especial atenção as áreas mais vulneráveis”. Afirmou ainda que a Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, a que pertencem os distritos de Belém, Brás, Água Rasa e Moóca, “contempla 217 serviços de Saúde municipais”.

Dos cinco distritos com as taxas mais altas na cidade, três ficam na Zona Leste e se localizam próximos uns dos outros. Além deles, e do Brás, figura no ranking a Freguesia do Ó, na Zona Norte.

Na avaliação do epidemiologista Paulo Lotufo, professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), as aglomerações frequentes na região do Brás são um motivo de preocupação em relação à propagação ainda mais intensa do novo coronavírus.

“O Brás é um local onde você tem o metrô, o trem, você tem muita saída [pontos] de ônibus e é o local de comércio intenso, então, o que nós estamos observando que o fator determinante para casos e para óbitos tem sido muito mais o deslocamento do que, de

fato, o local de moradia, a qualidade da moradia. As pessoas que estão se movimentando mais estão contaminando mais as outras”, explica o especialista.

Outro aspecto preocupante relacionado às aglomerações no Brás, diz Lotufo, é a possibilidade de um contágio naquela região acabar tendo como efeito a contaminação de pessoas até fora do estado, dado o fato de as lojas do Brás serem frequentadas por consumidores de praticamente todo o Brasil.

“Brás, Pari, a região do Bom Retiro, são centros nacionais de comércio. O que preocupa é que são pessoas que estão vindo de outros estados e trazem o contágio para cá e pessoas que estão vindo para cá sem estarem contaminadas e acabam ficando contaminadas e levam [o vírus] para os seus estados. O famoso ônibus da madrugada, que chega de vários lugares, com certeza, é um problema seríssimo”, diz ele.

De acordo com os dados do PRO-AIM, da Secretaria Municipal da Saúde, a cidade de São Paulo possui uma taxa de 190 mortes por Covid-19 por 100 mil habitantes. Há na cidade de São Paulo 45 distritos com taxas acima desse patamar e 51 com índices inferiores à média de toda a capital paulista.

Aceleração

Após um longo período de estabilidade e queda, a cidade de São Paulo voltou a registrar alta de mortes por coronavírus. Nos últimos sete dias, houve aumento de mais de 30%.

Nesta quinta-feira (10/12/2020), a capital chegou a 14.868 óbitos pela Covid-19 desde o início da pandemia, segundo dados da Fundação Seade do governo estadual. A média móvel diária de mortes na capital, que leva em consideração os registros dos últimos 7 dias, é de 38 nesta quinta (10). O valor é 31% maior do que o registrado há 14 dias, o que para especialistas indica tendência de alta.

As ruas do Brás, no Centro de São Paulo, registram lotação e congestionamento na manhã desta quarta-feira (9). Vendedores ambulantes ocupam as calçadas das vias para conseguir comercializar os mercados.

A menos de 20 dias do Natal, milhares de pessoas se aglomeravam pelas vias do bairro. Além das filas na porta dos comércios, era possível ver pessoas circulando no local sem máscara ou fazendo uso incorreto dela.

Por conta da proximidade das festas de final de ano, o número de pessoas circulando na região é cada dia mais intenso. O local recebe excursões de lojistas de fora do estado, que chegam de ônibus todas as manhãs no bairro.

Paraisópolis, 2ª menor taxa de óbitos da cidade

Motivo de grande preocupação entre especialistas no início da pandemia, dada a maior dificuldade para muitos moradores fazerem o isolamento social, Vila Andrade, onde fica a favela Paraisópolis, na Zona Sul, possui a segunda menor taxa de mortes por 100 mil habitantes da cidade (108), atrás apenas de Anhanguera, na Zona Norte, dona do melhor índice de toda a cidade (109 mortes por 100 mil pessoas).

Figuram ainda no ranking das cinco menores taxas de mortes por Covid-19 o Grajaú, na Zona Sul (128 mortes por 100 mil habitantes), Parque São Rafael, na Zona Leste, e Pedreira, na Zona Sul.

Menores taxas de mortes por Covid-19 em SP

Óbitos confirmados ou suspeitos por 100 mil habitantes

- Anhanguera (Zona Norte) – 109

- Vila Andrade (Zona Sul) – 118

- Grajaú (Zona Leste) – 128

- São Rafael (Zona Norte) – 131

- Pedreira (Zona Leste) – 134

Fonte: PRO-AIM/Secretaria Municipal da Saúde e IBGE

De acordo com o epidemiologista Paulo Lotufo, o que houve em Paraisópolis “um trabalho de saúde pública efetivo e houve um sistema de defesa da comunidade. Grajaú também está um pouco nisso, houve uma atuação da saúde pública em conter isso e também uma mobilidade um pouco menor do que existiu em outros locais”.

O que diz a Prefeitura de SP

Procurada, a Secretaria Municipal da Saúde enviou o seguinte posicionamento à reportagem:

“A Prefeitura de São Paulo, por meio da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), informa que, desde o início da pandemia, fortaleceu todos os seus Equipamentos e ações com foco na prevenção, diagnóstico, atendimento, garantia de leitos e internações em função da Covid-19 em todos os 96 distritos administrativos da cidade, focando com especial atenção as áreas mais vulneráveis.

A Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, a que pertencem os distritos do Belém, Brás, Água Rasa, Mooca, Carrão, Vila Prudente, Artur Alvim e Vila Formosa, informa que a região contempla 217 serviços de Saúde municipais. São 15 serviços pré-hospitalares, 10 hospitais, 73 Unidades Básicas de Saúde, 22 AMA-UBSs Integradas e 3 AMAS, entre outros serviços ofertados à população.

O início da realização do Inquérito Sorológico evidenciou o perfil da população mais atingida pelo novo Coronavírus. Após a realização de 8 fases da pesquisa (0 + 7), em especial com relação aos dados referentes à adesão ao isolamento social e às medidas preventivas (como a utilização das máscaras), notou-se um aumento da população que confirmou não estar se protegendo. Ainda com relação aos resultados obtidos na pesquisa, evidenciou-se uma menor adesão entre os jovens, que se contaminam e acabam por contaminar demais membros da família.

A última fase da pesquisa, a Fase 7, foi feita em 5.704 domicílios da cidade de São Paulo e realizou 2.016 coletas de sangue. Entre as pessoas que testaram positivo, 35,3% eram assintomáticas. Os índices de prevalência permaneceram maiores em cidadãos de até 49 anos de idade, especialmente na faixa de 35 a 49 anos (19,2%). O total de contaminados durante as fases do inquérito variou da seguinte forma nas regiões do município: de 10,7% a 19,9 % na Coordenadoria Regional de Saúde Sul; de 10% a 19,6% na Leste; de 7,9% a 13,8% na Norte; de 8,4% a 11,9% no Sudeste e de 3,7% a 10,3% na Oeste.

Os índices de prevalência também seguem de 2 a 6 vezes maiores em pessoas das classes D e E, em comparação às classes A e B. No levantamento por raça e cor, os pretos e pardos seguem com um maior índice de prevalência da infecção em comparação aos brancos - chegando ao dobro de incidência nas fases 4 e 7.

Em todas as fases do estudo, os residentes em domicílios com um ou dois moradores se infectaram muito menos do que as outras faixas de moradores.

Vale destacar que a Pasta tem fortalecido as ações de monitoramento na capital, e a Atenção Básica, enquanto ordenadora do cuidado, destaca-se em seu papel no monitoramento e cuidado da população de seu território. Com relação à Covid-19, a Unidade Básica de Saúde (UBS) destaca-se nas ações de promoção e prevenção, monitoramento e acompanhamento dos casos sintomáticos leves e encaminhamento de casos para os hospitais de referência.

Este trabalho é desenvolvido pelas equipes de Saúde, e entre o dia 24 de abril até 27 de novembro, foram monitorados 815.332 pacientes entre pessoas com sintomas leves e moderados diagnosticadas com a Covid-19 e 595.056 receberam alta. Outros 170.903 seguem em monitoramento.

A atuação consiste no monitoramento telefônico diário dos casos, por um período de 14 dias. Se não há contato, as equipes realizam visitas domiciliares.

Além disso, citamos as ações comunitárias, de grande importância para as medidas preventivas e de atendimento oportuno à Covid-19. Foram 3 milhões de pessoas abordadas em 24,5 mil ações em comunidades, até o dia 30 de novembro.

Sobre o inquérito sorológico - Com o objetivo de identificar o grau de contágio da população e conhecer a real letalidade da Covid-19 e, assim, nortear a atuação da Saúde Pública no enfrentamento da pandemia pelo novo Coronavírus, a Secretaria da Saúde realizou um estudo analítico no município com oito fases, em municípios a partir de 18 anos”.

(Fonte: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/12/11/com-aglomeracoes-diaras-bras-detem-a-2a-maior-taxa-de-mortes-por-covid-19-em-sp.ghtml>)

Governo de SP diz que contágio por Covid é maior em dezembro do que no 1º pico: troque ‘boas festas’ por ‘fique em casa’

O governo de São Paulo disse nesta quinta-feira (10/12/2020) que a chance de contágio por Covid-19 está maior em dezembro do que no primeiro pico da pandemia, em julho.

“Do ponto de vista médico, cada um de nós tem observado um número crescente de pessoas com Covid ao seu redor. Então, a chance de contágio é muito maior do que quando teve o primeiro pico”, disse José Medina, coordenador do centro de contingência da Covid-19.

“Então isso requer um cuidado muito grande no mês de dezembro. Primeiro nós temos que retomar a questão do fique em casa e aquela saudação que nós fazemos normalmente “boas festas”, nós temos que abolir, nós temos que trocar ‘boas festas’ por ‘fique em casa’. Temos que utilizar aquele feliz natal, feliz ano novo como nós utilizávamos no passado, sem muita festa, sem troca de presente e sem aglomeração de pessoas”, disse o coordenador do centro de contingência da Covid-19.

Ainda, de acordo com Medina, a média de novos casos da doença cresceu de 20 para 40 mil casos entre novembro e dezembro no Brasil, e que levou três meses para acontecer o mesmo aumento no primeiro pico da pandemia.

“Se nós observarmos a curva de crescimento no número de casos no Brasil para chegar de 20 a 40 mil, dobrar o número de casos no Brasil, isso demorou quase três meses, nesse segundo pico que começou a acontecer em novembro até dezembro demorou um mês para chegar de 20 a 40 mil casos”, disse Medina.

No dia 1º de novembro a média móvel de novos casos registrados no Brasil nos últimos 7 dias era de 21.579, por dia. No dia 9 de dezembro a média móvel de novos casos nos últimos 7 dias subiu para 41.926.

Medina diz que o crescimento ocorreu em 3 meses, mas dados coletados pelo G1 mostram que o crescimento no pico ocorreu em menos de 2 meses, ou seja, mais rápido do que o coordenador disse, mas mais demorado do que o contágio agora em dezembro.

A maior média móvel de casos registrada até o momento foi de 46.393 no dia 27 de julho. O dado leva em consideração os registros dos últimos 7 dias e minimiza as diferenças das notificações.

O coordenador do Centro de contingência da Covid-19 atribuiu o crescimento mais rápido no último mês a um maior número de infectantes.

“Então, o crescimento desse segundo pico é muito mais acentuado porque a base de infectantes é muito maior. Todos nós lembramos que no começo tenha uma região que tinha um determina-

do número de casos, enquanto outros estados, outras regiões do estado de São Paulo não tinha nem um caso. Hoje, todas as cidades brasileiras tem pelo menos um paciente, tem muito mais do que um paciente que tá contagiado e que é um paciente infectante”, disse.

O secretário estadual da Saúde, Jean Gorinchteyn, disse que o aumento da média móvel de mortes, de internações e de casos no Brasil mostra que “infelizmente nós ainda estamos vivenciando uma pandemia”.

“O Brasil contabiliza hoje 6 milhões 728 mil 452 casos, já com 178 mil 995 casos, mostrando que infelizmente nós ainda estamos vivenciando uma pandemia e uma pandemia que tem mostrado nos últimos dias, nas últimas 3 semanas um aumento da média móvel de mortes, de internações e de casos. Portanto não só nós não estamos no final da pandemia, mas temos que estar vigilantes com a velocidade da instalação de novos casos e mortes e internações”, disse Gorinchteyn.

O governador de São Paulo, João Doria (PSDB), se disse preocupado com a situação e anunciou que uma nova coletiva de imprensa foi agendada para sexta-feira (11) para tratar sobre aumento no número de casos e mortes por Covid-19 no estado.

“Estamos sim preocupados, quero antecipar que há uma preocupação do governo do estado de São Paulo em relação ao país, mas há obviamente a nossa responsabilidade em São Paulo em relação ao aumento de infecções, de ocupação dos leitos de UTI e também de óbitos. Tudo isso será apresentado amanhã como operacionalizar”, disse.

Festas de fim de ano

A menos de 20 dias do Natal, milhares de pessoas se aglomeravam pelas vias do Brás, no Centro de São Paulo, na quarta-feira (9). Além das filas na porta dos comércios, era possível ver pessoas circulando no local sem máscara ou fazendo uso incorreto dela. Vendedores ambulantes ocupam as calçadas das vias para conseguir comercializar as mercadorias.

Doria também pediu a ajuda de comerciantes e empreendedores para que aglomerações sejam evitadas e que as pessoas não se esqueçam da importância do uso da máscara e do álcool gel.

“Sobretudo quero aproveitar a oportunidade aqui para pedir a solidariedade das pessoas, das famílias, pais, mães, avós, também os que são empreendedores, empresários, por favor nos ajudem, nos ajudem a salvar vidas, não promovam aglomerações, estimulem o uso de máscaras, a máscara é obrigatória no estado de São Paulo em qualquer situação”, disse Doria.

O coordenador do Centro de Contingência da Covid-19, José Medina disse também que as pessoas podem visitar seus parentes durante esse período, mas que não esqueçam do protocolo que inclui o uso de máscara, álcool gel e o distanciamento social.

“Isso não significa que nós não podemos visitar nossos avós, nossos pais durante esse período. Desde que seja feita essa visita com determinado protocolo, como o comércio em geral segue: utilize máscara, mantenha o distanciamento e um tempo de exposição curto que faz com que a chance e contágio seja menor”, disse.

(Fonte: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/12/10/governo-de-sp-diz-que-contagio-por-covid-e-maior-em-dezembro-do-que-no-1o-pico-troque-boas-festas-por-fique-em-casa.ghtml>)

Cantor Ubirany, do grupo Fundo de Quintal, morre de Covid-19 no Rio

O cantor Ubirany Félix Do Nascimento, do grupo Fundo de Quintal, morreu de Covid-19 nesta sexta-feira (11/12/2020) em um hospital do Rio de Janeiro.

Ele tinha 80 anos e estava internado havia mais de uma semana na Casa São Bernardo, na Barra da Tijuca, na Zona Oeste da cidade. O sambista chegou a ter uma breve melhora no quadro clínico, mas não resistiu.

Ubirany foi o responsável por introduzir o repique de mão no mundo do samba, instrumento que deu identificação ao Fundo de Quintal. O cantor também foi um dos fundadores do grupo na década de 1970.

O grupo divulgou uma nota lamentando o falecimento do integrante “por complicações decorrentes de sua contaminação por Covid-19”.

Em abril, o cantor Sereno, também integrante do grupo, foi diagnosticado com coronavírus.

DVD com Diogo Nogueira

No dia 26 de novembro, o grupo Fundo de Quintal participou da gravação do DVD “Samba de Verão” do também sambista Diogo Nogueira.

A filmagem foi feita em uma balsa em Niterói, com a Baía de Guanabara ao fundo.

O DVD só será lançado no verão do ano que vem.

Origem do Fundo de Quintal

Toda a nova geração de sambistas e pagodeiros tem influência do Fundo de Quintal.

O grupo surgiu em 1977, no Cacique de Ramos — um dos mais conhecidos e tradicionais blocos de carnaval do Rio —, com ajuda da cantora Beth Carvalho (que morreu em abril de 2019).

Em 1978, Beth Carvalho lançou “De pé no chão”, pela extinta gravadora RCA-Victor, com participação do grupo. Foi a partir daí que o grupo ganhou projeção nacional.

Em 2018, o grupo lançou um DVD para comemorar 40 anos de formação. Na época, em entrevista ao “Fantástico”, Ubirany disse que o grupo começou por acaso, e com ajuda de Beth de Carvalho.

“Nós ficávamos por ali, curtindo uma ‘pelada’, uma comida, os instrumentos iam chegando, cada um trazendo o seu, os amigos chegando, se aproximando, jogadores de futebol... E isso virou uma festa, passou a ser um ponto de encontro. [...] E a grande culpada disso, por nos transformar em profissional, foi a Beth de Carvalho.”

Mortes aumentam, cidades retomam restrições, hospitais lotados: os sinais de que a pandemia de coronavírus não está no ‘finalzinho’

Aumento de mortes, cidades voltando a impor restrições e hospitais cada vez mais lotados escancaram a realidade: a pandemia de Covid-19 ainda não acabou e o número de casos e vítimas pode piorar nas próximas semanas se as pessoas não adotarem as medidas de prevenção contra o novo coronavírus.

Nesta quinta-feira (10/12/2020), o presidente Jair Bolsonaro disse em evento que “estamos vivendo um finalzinho de pandemia”. Embora as vacinas cada vez mais próximas sejam uma esperança para que, enfim, a crise do coronavírus acabe, a transmissão da Covid-19 continua e vem crescendo nas últimas semanas.

E ainda levará algumas semanas ou meses até que a vacinação comece no Brasil — a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ainda não autorizou o uso de nenhum imunizante no país.

Assim, por enquanto, os médicos e outros cientistas da área da saúde recomendam continuar com o uso da máscara, a ventilação dos ambientes compartilhados com outras pessoas, a boa higiene das mãos e que se evite aglomerações e locais muito cheios.

“Não há a menor possibilidade de acreditar em um discurso, por mais otimista que seja, de fim de pandemia”, diz, em entrevista ao G1, o chefe de infectologia da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Alexandre Naime.

E mesmo com a vacinação, alertou o especialista, a diminuição no número de casos vai ser gradativa, e não imediata. Segundo ele, é possível que o Brasil continue a registrar um número alto de novos casos no primeiro semestre de 2021 se as medidas básicas de higiene e isolamento não forem respeitadas.

Alta de casos e de mortes

Os números são os mais claros de que a pandemia não só está no fim como há tendência de piora: as médias móveis de casos e de mortes pelo coronavírus estiveram em alta nesta quinta-feira (10). E as curvas nos gráficos mostram que há dias o país vive um repique da Covid-19.

O infectologista da Unesp avaliou um aumento no número de casos e mortes da Covid-19 no Brasil, depois de uma tendência acentuada de redução na taxa de transmissão do coronavírus entre os meses de agosto e outubro deste ano.

“A cada dia, mais brasileiros se infectam”, diz Naime. “Existe um número bem subestimado de 6,5 milhões a 7 milhões de notificados, mas isso deve ser de 3 a 4 vezes menor que o total de infecções, porque muitos não são testados.”

Ao todo, 21 estados e o Distrito Federal apresentaram alta na média móvel de mortes: PR, RS, SC, ES, MG, RJ, SP, DF, GO, MS, MT, AC, RO, RR, TO, BA, CE, PB, PE, PI, RN e SE. É o segundo dia seguido em que tantos estados aparecem simultaneamente com tendência de alta nas mortes pela doença desde que o consórcio começou a acompanhar essas tendências, em 9 de julho. Antes disso, o máximo de estados em alta ao mesmo tempo havia sido de 18.

Com isso, o Brasil se aproxima da triste marca de 180 mil mortos pela Covid-19. Só os Estados Unidos têm mais vítimas no mundo, em números absolutos. Além disso, o país registra mais de 6,7 milhões de casos confirmados da doença desde o início da pandemia.

Hospitais cada vez mais lotados

A tendência de aumento nas ocupações de leitos já era sentida há algumas semanas. Em meados de novembro, por exemplo, o governo de São Paulo admitiu que as internações por Covid-19 estavam aumentando, revertendo a sensação de melhora percebida em outubro.

A microbiologista da Universidade de São Paulo (USP) Natalia Pasternak aponta que há um aumento no número de casos e hospitalizações por complicações do novo coronavírus e alerta para o risco de sobrecarga do sistema de saúde.

“Os hospitais estão lotados, estão correndo o risco de realmente não dar conta dos atendimentos”, ressalta Pasternak. “Isso não é o ‘finalzinho da pandemia’, o finalzinho da pandemia vai acontecer quando a gente observar o contrário disso.”

Com o passar dos dias, as notícias sobre ocupação de leitos por causa do coronavírus pioraram. Nesta quinta-feira (10), a fila de espera por um leito para a Covid-19 no Rio de Janeiro era mais de três vezes maior do que o observado em 23 de novembro.

Para o infectologista da Unesp, ainda que os médicos da linha de frente já conheçam um pouco mais sobre o vírus que no início da pandemia, um alto número de infectados reflete em mais internações e mortes por complicações da Covid-19.

A situação nesta primeira quinzena de dezembro é grave em diversas cidades e estados, com ocupação total nas UTIs em alguns hospitais da rede pública de saúde.

Governos voltam a impor restrições

Preocupados com a lotação nos hospitais e com o aumento no número de vítimas da pandemia, governos municipais e estaduais retomaram restrições impostas para conter o contágio do novo coronavírus.

LEGISLAÇÃO

1. Sistema Único de Saúde: História do sistema de saúde no Brasil.	01
2. Reforma Sanitária Brasileira.	07
3. Constituição da República Federativa do Brasil	09
4. Concepção do Sistema Único de Saúde (SUS)	10
5. A Lei Orgânica da Saúde.	10
6. Controle social	18
7. Modelos de atenção à saúde.	20
8. Atenção à saúde no SUS. Atenção Primária em saúde: Atenção básica.	21
9. Estratégia de Saúde da Família	38
10. Programa Nacional de Atenção Básica	44
11. Vigilância em Saúde: conceitos básicos; evolução do conceito de Vigilância em Saúde. Organização atual da área de Vigilância em Saúde nas três esferas de gestão do SUS. A Programação de Ações em Vigilância em Saúde (PAVS). Componentes e elementos da vigilância em saúde.	44
12. Vigilância Epidemiológica: Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis. Vigilância Epidemiológica das Doenças Não Transmissíveis Vigilância Sanitária	56
13. Vigilância em saúde ambiental	64
14. Vigilância em saúde do trabalhador: Sistemas de Informações da Vigilância em Saúde	66
15. Epidemiologia: conceitos básicos, objetivos. Medidas da ocorrência de doenças. Tipos de estudos, avaliação de serviços de saúde	71
16. Sistemas de Informação em Saúde	78
17. COVID-19.	82

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

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

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

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

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

Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

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

Ministério da Saúde

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

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

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

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

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

Conselhos de Saúde

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

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

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

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

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

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

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

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

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

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

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

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

Responsabilidades dos entes que compõem o SUS

União

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

Estados e Distrito Federal

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

Municípios

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

História do sistema único de saúde (SUS)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Princípios do SUS

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

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

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

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

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

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

Principais leis

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

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

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

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

Responsabilização Sanitária

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

Responsabilização Macrossanitária

O gestor municipal, para assegurar o direito à saúde de seus munícipes, deve assumir a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose. Para isso, tem de se responsabilizar pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. A atenção básica à saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a todos os gestores. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo:

- execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;
- planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal; e
- participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

Responsabilização Microssanitária

É determinante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade. Para isso, as unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adstrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada pessoa. A alta só deve ocorrer quando da transferência do paciente a outra equipe (da rede básica ou de outra área especializada) e o tempo de espera para essa transferência não pode representar uma interrupção do atendimento: a equipe de referência deve prosseguir com o projeto terapêutico, interferindo, inclusive, nos critérios de acesso.

Instâncias de Pactuação

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

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

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

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

Descentralização

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

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

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

Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal

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

Sistemas de informações ajudam a planejar a saúde: O SUS opera e/ou disponibiliza um conjunto de sistemas de informações estratégicas para que os gestores avaliem e fundamentem o planejamento e a tomada de decisões, abrangendo: indicadores de saúde; informações de assistência à saúde no SUS (internações hospitalares, produção ambulatorial, imunização e atenção básica); rede assistencial (hospitalar e ambulatorial); morbidade por local de internação e residência dos atendidos pelo SUS; estatísticas vitais (mortalidade e nascidos vivos); recursos financeiros, infor-

mações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Caminha-se rumo à integração dos diversos sistemas informatizados de base nacional, que podem ser acessados no *site* do Datasus. Nesse processo, a implantação do Cartão Nacional de Saúde tem papel central. Cabe aos prefeitos conhecer e monitorar esse conjunto de informações essenciais à gestão da saúde do seu município.

Níveis de atenção à saúde: O SUS ordena o cuidado com a saúde em níveis de atenção, que são de básica, média e alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde. Não se deve, porém, desconsiderar algum desses níveis de atenção, porque a atenção à saúde deve ser integral.

A atenção básica em saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS. É um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, objetivando solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

As Unidades Básicas são prioridades porque, quando as Unidades Básicas de Saúde funcionam adequadamente, a comunidade consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde. É comum que a primeira preocupação de muitos prefeitos se volte para a reforma ou mesmo a construção de hospitais. Para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes, mas a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade.

Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

Saúde da Família: é a saúde mais perto do cidadão. É parte da estratégia de estruturação eleita pelo Ministério da Saúde para reorganização da atenção básica no País, com recursos financeiros específicos para o seu custeio. Cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo agora contar com profissional de saúde bucal) que se responsabiliza pela situação de saúde de determinada área, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Essa população deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive. Os profissionais é que devem ir até suas casas, porque o objetivo principal da Saúde da Família é justamente aproximar as equipes das comunidades e estabelecer entre elas vínculos sólidos.

A saúde municipal precisa ser integral. O município é responsável pela saúde de sua população integralmente, ou seja, deve garantir que ela tenha acessos à atenção básica e aos serviços espe-

cializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos.

Só assim estará promovendo saúde integral, como determina a legislação. É preciso que isso fique claro, porque muitas vezes o gestor municipal entende que sua responsabilidade acaba na atenção básica em saúde e que as ações e os serviços de maior complexidade são responsabilidade do Estado ou da União – o que não é verdade.

A promoção da saúde é uma estratégia por meio da qual os desafios colocados para a saúde e as ações sanitárias são pensados em articulação com as demais políticas e práticas sanitárias e com as políticas e práticas dos outros setores, ampliando as possibilidades de comunicação e intervenção entre os atores sociais envolvidos (sujeitos, instituições e movimentos sociais). A promoção da saúde deve considerar as diferenças culturais e regionais, entendendo os sujeitos e as comunidades na singularidade de suas histórias, necessidades, desejos, formas de pertencer e se relacionar com o espaço em que vivem. Significa comprometer-se com os sujeitos e as coletividades para que possuam, cada vez mais, autonomia e capacidade para manejar os limites e riscos impostos pela doença, pela constituição genética e por seu contexto social, político, econômico e cultural. A promoção da saúde coloca, ainda, o desafio da intersetorialidade, com a convocação de outros setores sociais e governamentais para que considerem parâmetros sanitários, ao construir suas políticas públicas específicas, possibilitando a realização de ações conjuntas.

Vigilância em saúde: expande seus objetivos. Em um país com as dimensões do Brasil, com realidades regionais bastante diversificadas, a vigilância em saúde é um grande desafio. Apesar dos avanços obtidos, como a erradicação da poliomielite, desde 1989, e com a interrupção da transmissão de sarampo, desde 2000, convivemos com doenças transmissíveis que persistem ou apresentam incremento na incidência, como a AIDS, as hepatites virais, as meningites, a malária na região amazônica, a dengue, a tuberculose e a hanseníase. Observamos, ainda, aumento da mortalidade por causas externas, como acidentes de trânsito, conflitos, homicídios e suicídios, atingindo, principalmente, jovens e população em idade produtiva. Nesse contexto, o Ministério da Saúde com o objetivo de integração, fortalecimento da capacidade de gestão e redução da morbimortalidade, bem como dos fatores de risco associados à saúde, expande o objeto da vigilância em saúde pública, abrangendo as áreas de vigilância das doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de riscos; a vigilância ambiental em saúde e a análise de situação de saúde.

Competências municipais na vigilância em saúde

Compete aos gestores municipais, entre outras atribuições, as atividades de notificação e busca ativa de doenças compulsórias, surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e de nascidos vivos; garantia a exames laboratoriais para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória; monitoramento da qualidade da água para o consumo humano; coordenação e execução das ações de vacinação de rotina e especiais (campanhas e vacinações de bloqueio); vigilância epidemiológica; monitoramento da mortalidade infantil e materna; execução das ações básicas de vigilância sanitária; gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal; coordenação, execução e divulgação das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal; participação no financiamento das ações de vigilância em saúde e capacitação de recursos.

Desafios públicos, responsabilidades compartilhadas: A legislação brasileira – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e legislação sanitária, incluindo as Leis n.º 8.080/1990 e 8.142/1990 – estabelece prerrogativas, deveres e obrigações a todos os governantes. A Constituição Federal define os gastos mínimos em saúde, por esfera de governo, e a legislação sanitária, os critérios para as transferências intergovernamentais e alocação de recursos financeiros. Essa vinculação das receitas objetiva preservar condições mínimas e necessárias ao cumprimento das responsabilidades sanitárias e garantir transparência na utilização dos recursos disponíveis. A responsabilização fiscal e sanitária de cada gestor e servidor público deve ser compartilhada por todos os entes e esferas governamentais, resguardando suas características, atribuições e competências. O desafio primordial dos governos, sobretudo na esfera municipal, é avançar na transformação dos preceitos constitucionais e legais que constituem o SUS em serviços e ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza cotidianamente em cada estabelecimento, equipe e prática sanitária. É preciso inovar e buscar, coletiva e criativamente, soluções novas para os velhos problemas do nosso sistema de saúde. A construção de espaços de gestão que permitam a discussão e a crítica, em ambiente democrático e plural, é condição essencial para que o SUS seja, cada vez mais, um projeto que defenda e promova a vida.

Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, dispendo de recursos financeiros e equipes insuficientes para atender às demandas dos usuários, seja em volume, seja em complexidade – resultado de uma conjuntura social de extrema desigualdade. Nessas situações, a gestão pública em saúde deve adotar condução técnica e administrativa compatível com os recursos existentes e criativa em sua utilização. Deve estabelecer critérios para a priorização dos gastos, orientados por análises sistemáticas das necessidades em saúde, verificadas junto à população. É um desafio que exige vontade política, propostas inventivas e capacidade de governo.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e a interação dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais.

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, o SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada Subsistema.

A Sociedade, nos termos da Legislação, participa do planejamento e controle da execução das ações e serviços de saúde. Essa participação se dá por intermédio dos Conselhos de Saúde, presentes na União, nos Estados e Municípios.

Níveis de Gestão do SUS

Esfera Federal - Gestor: Ministério da Saúde - Formulação da política estadual de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível Estadual. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

Esfera Estadual - Gestor: Secretaria Estadual de Saúde - Formulação da política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde, financiados com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual do SUS.

Esfera Municipal - Gestor: Secretaria Municipal de Saúde - Formulação de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pela dicção dos arts. 196 e 198 da CF, podemos afirmar que somente da segunda parte do art. 196 se ocupa o Sistema Único de Saúde, de forma mais concreta e direta, sob pena de a saúde, como setor, como uma área da Administração Pública, se ver obrigada a cuidar de tudo aquilo que possa ser considerado como fatores que condicionam e interferem com a saúde individual e coletiva. Isso seria um arrematado absurdo e deveríamos ter um super Ministério e super Secretarias da Saúde responsáveis por toda política social e econômica protetivas da saúde.

Se a Constituição tratou a saúde sob grande amplitude, isso não significa dizer que tudo o que está ali inserido corresponde a área de atuação do Sistema Único de Saúde.

Repassando, brevemente, aquela seção do capítulo da Seguridade Social, temos que: -- o art. 196, de maneira ampla, cuida do direito à saúde; -- o art. 197 trata da relevância pública das ações e serviços de saúde, públicos e privados, conferindo ao Estado o direito e o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar o setor (público e privado); -- o art. 198 dispõe sobre as ações e os serviços públicos de saúde que devem ser garantidos a todos cidadãos para a sua promoção, proteção e recuperação, ou seja, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde; -- o art. 199, trata da liberdade da iniciativa privada, suas restrições (não pode explorar o sangue, por ser bem fora do comércio; deve submeter-se à lei quanto à remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano; não pode contar com a participação do capital estrangeiro na saúde privada; não pode receber auxílios e subvenções, se for entidade de fins econômicos etc.) e a possibilidade de o setor participar, complementarmente, do setor público; -- e o art. 200, das atribuições dos órgãos e entidades que compõem o sistema público de saúde. O SUS é mencionado somente nos arts. 198 e 200.

A leitura do art. 198 deve sempre ser feita em consonância com a segunda parte do art. 196 e com o art. 200. O art. 198 estatui que todas as ações e serviços públicos de saúde constituem um único sistema. Aqui temos o SUS. E esse sistema tem como atribuição garantir ao cidadão o acesso às ações e serviços públicos de saúde (segunda parte do art. 196), conforme campo demarcado pelo art. 200 e leis específicas.

O art. 200 define em que campo deve o SUS atuar. As atribuições ali relacionadas não são taxativas ou exaustivas. Outras poderão existir, na forma da lei. E as atribuições ali elencadas dependem, também, de lei para a sua exequibilidade.

Em 1990, foi editada a Lei n. 8.080/90 que, em seus arts. 5º e 6º, cuidou dos objetivos e das atribuições do SUS, tentando melhor explicitar o art. 200 da CF (ainda que, em alguns casos, tenha repetido os incisos daquele artigo, tão somente).

São objetivos do SUS:

- a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos; e
- c) execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

O art. 6º, estabelece como competência do Sistema a execução de ações e serviços de saúde descritos em seus 11 incisos.

NOÇÕES DE INFORMÁTICA

1. Organização de computadores: Sistema de computação. Principais componentes. Conversão de base. Aritmética computacional. Memória principal. Memória cache. Processadores. 01
2. Sistemas operacionais: conhecimentos do ambiente Windows 10: Configurações básicas do Sistema Operacional (painel de controle); Organização de pastas e arquivos; Operações de manipulação de pastas e arquivos (criar, copiar, mover, excluir e renomear). . . . 02
3. Editor de texto Microsoft Word 2010: Criação, edição, formatação e impressão; Criação e manipulação de tabelas; Inserção e formatação de gráficos e figuras; Geração de mala direta. Planilha eletrônica Microsoft Excel 2010: Criação, edição, formatação e impressão; Utilização de fórmulas; Geração de gráficos; Classificação e organização de dados. 05
4. Conhecimentos de Internet: Noções básicas; Noções de rede de computadores: conceitos e serviços relacionados à Internet, tecnologias e protocolos da internet, ferramentas, aplicativos e procedimentos associados à internet/intranet. 15
5. Correio Eletrônico (receber e enviar mensagens; anexos; catálogos de endereço; organização das mensagens). 25
6. Conceitos de segurança da informação: Noções básicas. Riscos. Golpes. Ataques. Códigos maliciosos. Spam. Mecanismos de segurança. Contas e senhas. Uso seguro da internet. Segurança em computadores, redes e dispositivos móveis. 29

ORGANIZAÇÃO DE COMPUTADORES: SISTEMA DE COMPUTAÇÃO. PRINCIPAIS COMPONENTES. CONVERSÃO DE BASE. ARITMÉTICA COMPUTACIONAL. MEMÓRIA PRINCIPAL. MEMÓRIA CACHE. PROCESSADORES

Hardware

Hardware refere-se a parte física do computador, isto é, são os dispositivos eletrônicos que necessitamos para usarmos o computador. Exemplos de hardware são: CPU, teclado, mouse, disco rígido, monitor, scanner, etc.

Software

Software, na verdade, **são os programas usados para fazer tarefas e para fazer o hardware funcionar**. As instruções de software são programadas em uma linguagem de computador, traduzidas em linguagem de máquina e executadas por computador.

O software pode ser categorizado em dois tipos:

- Software de sistema operacional
- Software de aplicativos em geral

- Software de sistema operacional

O software de sistema é o responsável pelo funcionamento do computador, é a plataforma de execução do usuário. Exemplos de software do sistema incluem sistemas operacionais como Windows, Linux, Unix, Solaris etc.

- Software de aplicação

O software de aplicação é aquele utilizado pelos usuários para execução de tarefas específicas. Exemplos de software de aplicativos incluem Microsoft Word, Excel, PowerPoint, Access, etc.

Para não esquecer:

HARDWARE	É a parte física do computador
SOFTWARE	São os programas no computador (de funcionamento e tarefas)

Periféricos

Periféricos são os dispositivos externos para serem utilizados no computador, ou mesmo para aprimora-lo nas suas funcionalidades. Os dispositivos podem ser essenciais, como o teclado, ou aqueles que podem melhorar a experiência do usuário e até mesmo melhorar o desempenho do computador, tais como design, qualidade de som, alto falantes, etc.

Tipos:

PERIFÉRICOS DE ENTRADA	Utilizados para a entrada de dados;
PERIFÉRICOS DE SAÍDA	Utilizados para saída/visualização de dados

- Periféricos de entrada mais comuns.

- O teclado é o dispositivo de entrada mais popular e é um item essencial. Hoje em dia temos vários tipos de teclados ergonômicos para ajudar na digitação e evitar problemas de saúde muscular;
- Na mesma categoria temos o scanner, que digitaliza dados para uso no computador;
- O mouse também é um dispositivo importante, pois com ele podemos apontar para um item desejado, facilitando o uso do computador.

- Periféricos de saída populares mais comuns

- Monitores, que mostra dados e informações ao usuário;
- Impressoras, que permite a impressão de dados para material físico;
- Alto-falantes, que permitem a saída de áudio do computador;
- Fones de ouvido.

Sistema Operacional

O software de sistema operacional é o responsável pelo funcionamento do computador. É a plataforma de execução do usuário. Exemplos de software do sistema incluem sistemas operacionais como Windows, Linux, Unix, Solaris etc.

- Aplicativos e Ferramentas

São softwares utilizados pelos usuários para execução de tarefas específicas. Exemplos: Microsoft Word, Excel, PowerPoint, Access, além de ferramentas construídas para fins específicos.

SISTEMAS OPERACIONAIS: CONHECIMENTOS DO AMBIENTE WINDOWS 10: CONFIGURAÇÕES BÁSICAS DO SISTEMA OPERACIONAL (PAINEL DE CONTROLE); ORGANIZAÇÃO DE PASTAS E ARQUIVOS; OPERAÇÕES DE MANIPULAÇÃO DE PASTAS E ARQUIVOS (CRIAR, COPIAR, MOVER, EXCLUIR E RENOMEAR)

Windows 10

Conceito de pastas e diretórios

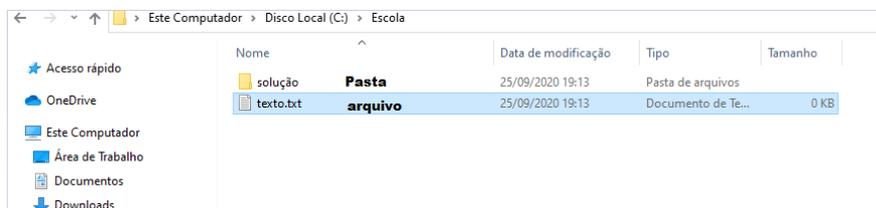
Pasta algumas vezes é chamada de diretório, mas o nome “pasta” ilustra melhor o conceito. Pastas servem para organizar, armazenar e organizar os arquivos. Estes arquivos podem ser documentos de forma geral (textos, fotos, vídeos, aplicativos diversos). Lembrando sempre que o Windows possui uma pasta com o nome do usuário onde são armazenados dados pessoais. Dentro deste contexto temos uma hierarquia de pastas.

No caso da figura acima temos quatro pastas e quatro arquivos.

Arquivos e atalhos

Como vimos anteriormente: pastas servem para organização, vimos que uma pasta pode conter outras pastas, arquivos e atalhos.

- **Arquivo** é um item único que contém um determinado dado. Estes arquivos podem ser documentos de forma geral (textos, fotos, vídeos e etc.), aplicativos diversos, etc.
- **Atalho** é um item que permite fácil acesso a uma determinada pasta ou arquivo propriamente dito.



Área de trabalho



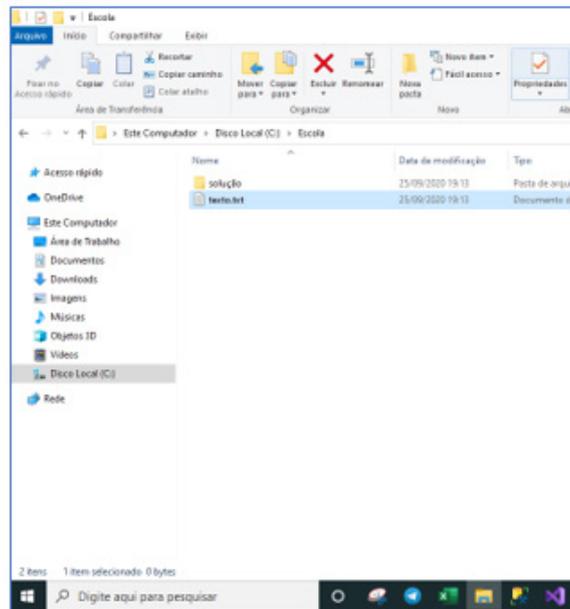
Área de transferência

A área de transferência é muito importante e funciona em segundo plano. Ela funciona de forma temporária guardando vários tipos de itens, tais como arquivos, informações etc.

- Quando executamos comandos como “Copiar” ou “Ctrl + C”, estamos copiando dados para esta área intermediária.
- Quando executamos comandos como “Colar” ou “Ctrl + V”, estamos colando, isto é, estamos pegando o que está gravado na área de transferência.

Manipulação de arquivos e pastas

A caminho mais rápido para acessar e manipular arquivos e pastas e outros objetos é através do “Meu Computador”. Podemos executar tarefas tais como: copiar, colar, mover arquivos, criar pastas, criar atalhos etc.



Uso dos menus

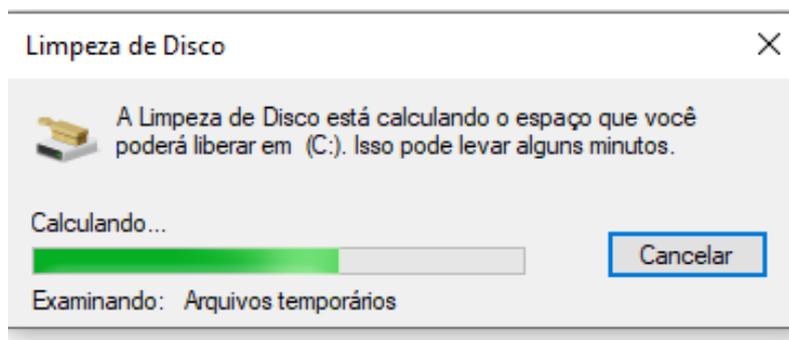
Programas e aplicativos e interação com o usuário

Vamos separar esta interação do usuário por categoria para entendermos melhor as funções categorizadas.

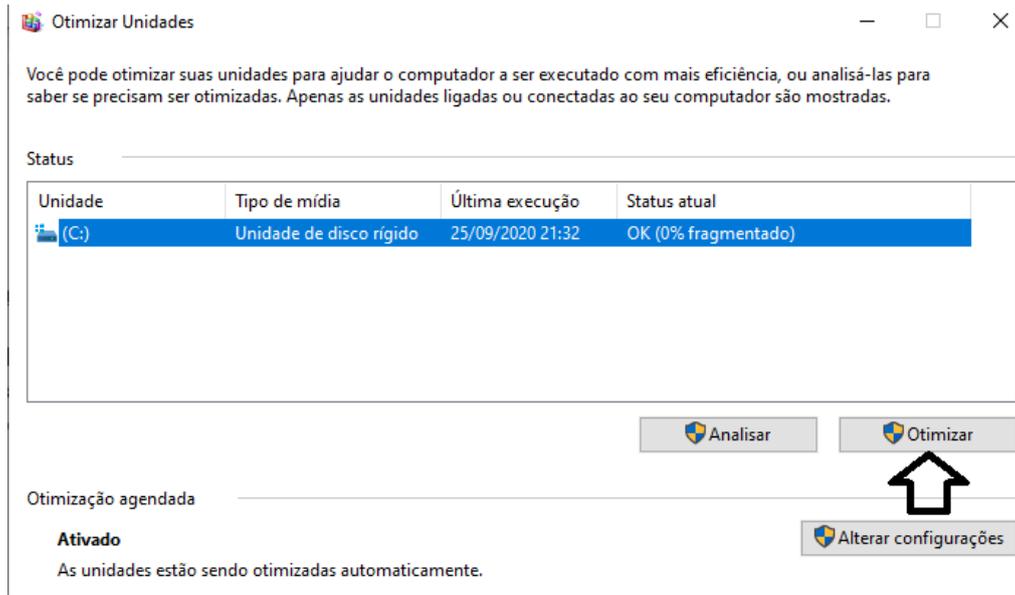
– **Música e Vídeo:** Temos o Media Player como player nativo para ouvir músicas e assistir vídeos. O Windows Media Player é uma excelente experiência de entretenimento, nele pode-se administrar bibliotecas de música, fotografia, vídeos no seu computador, copiar CDs, criar playlists e etc., isso também é válido para o media center.

– Ferramentas do sistema

• A limpeza de disco é uma ferramenta importante, pois o próprio Windows sugere arquivos inúteis e podemos simplesmente confirmar sua exclusão.

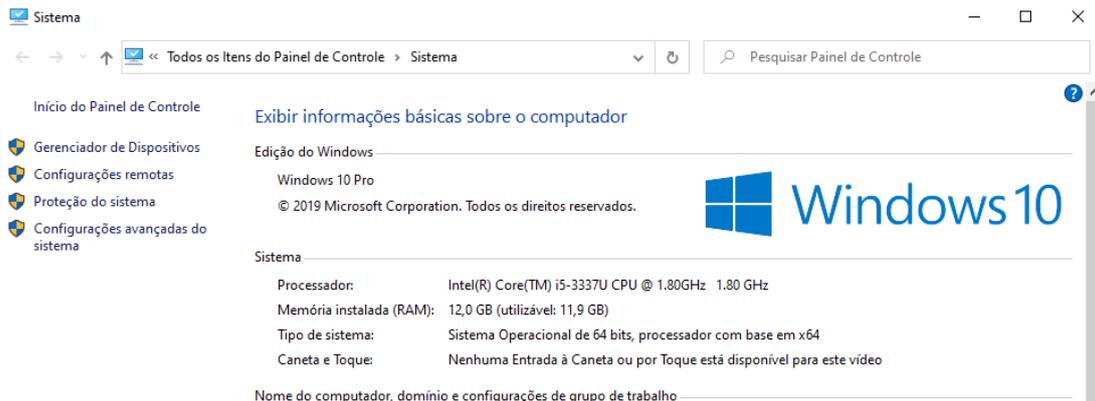


• O desfragmentador de disco é uma ferramenta muito importante, pois conforme vamos utilizando o computador os arquivos ficam internamente desorganizados, isto faz que o computador fique lento. Utilizando o desfragmentador o Windows se reorganiza internamente tornando o computador mais rápido e fazendo com que o Windows acesse os arquivos com maior rapidez.

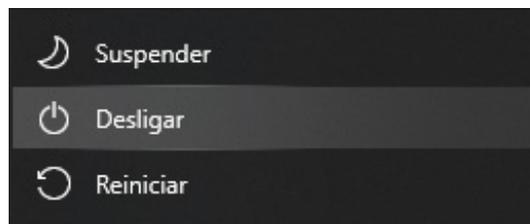


- O recurso de backup e restauração do Windows é muito importante pois pode ajudar na recuperação do sistema, ou até mesmo escolher seus arquivos para serem salvos, tendo assim uma cópia de segurança.

Inicialização e finalização

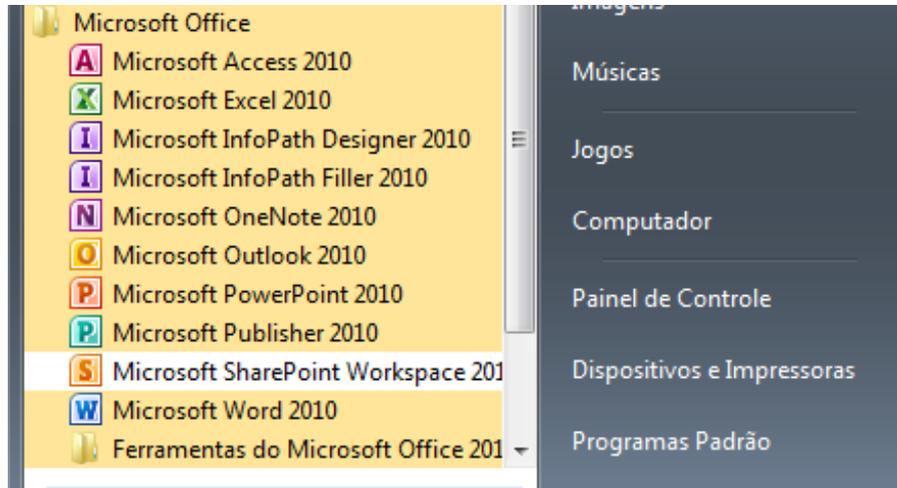


Quando fizermos login no sistema, entraremos direto no Windows, porém para desligá-lo devemos recorrer ao  e:



EDITOR DE TEXTO MICROSOFT WORD 2010: CRIAÇÃO, EDIÇÃO, FORMATAÇÃO E IMPRESSÃO; CRIAÇÃO E MANIPULAÇÃO DE TABELAS; INSERÇÃO E FORMATAÇÃO DE GRÁFICOS E FIGURAS; GERAÇÃO DE MALA DIRETA. PLANILHA ELETRÔNICA MICROSOFT EXCEL 2010: CRIAÇÃO, EDIÇÃO, FORMATAÇÃO E IMPRESSÃO; UTILIZAÇÃO DE FÓRMULAS; GERAÇÃO DE GRÁFICOS; CLASSIFICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE DADOS

Microsoft Office



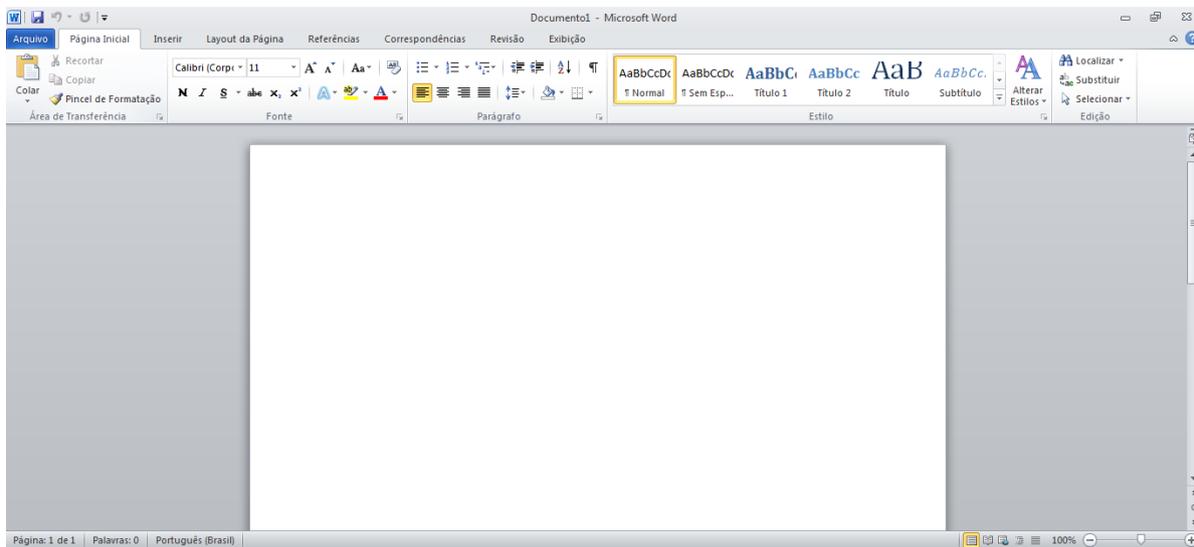
O Microsoft Office é um conjunto de aplicativos essenciais para uso pessoal e comercial, ele conta com diversas ferramentas, mas em geral são utilizadas e cobradas em provas o Editor de Textos – Word, o Editor de Planilhas – Excel, e o Editor de Apresentações – PowerPoint. A seguir verificamos sua utilização mais comum:

Word

O Word é um editor de textos amplamente utilizado. Com ele podemos redigir cartas, comunicações, livros, apostilas, etc. Vamos então apresentar suas principais funcionalidades.

- Área de trabalho do Word

Nesta área podemos digitar nosso texto e formata-lo de acordo com a necessidade.



- Iniciando um novo documento

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes.	01
2. Política Nacional de Humanização.	01
3. Lei nº 8.080/1990.	06
4. Lei nº 8.142/1990.	06
5. Política Nacional da Atenção Básica,	07
6. Segurança do Paciente.	07
7. Cuidados básicos de enfermagem: Técnicas básicas de enfermagem,	11
8. Central de Material.	19
9. Princípios e Métodos de assepsia, antisepsia, desinfecção e esterilização.	21
10. Preparo, administração e cálculos de medicamentos.	29
11. Programa Nacional de Imunização	39
12. Cuidados com feridas.	51
13. Teorias de Enfermagem.	53
14. Legislação e Normas de enfermagem: Lei do exercício Profissional,	66
15. Código de Ética Profissional,	67
16. Registro de Enfermagem.	73

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS, DIRETRIZES

Prezado Candidato, o tema acima supracitado, já foi abordado na matéria de LEGISLAÇÃO

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH)

a proposta implantada pelo SUS que vem para contribuir para que se consiga reorganizar o sistema a partir da sua consolidação e visa assegurar a atenção integral à população como estratégia de ampliação do direito e cidadania das pessoas. Formulada e lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, apresentada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2004, protagoniza propostas de mudança dos modelos de gestão e de atenção no cotidiano dos serviços de saúde, propondo-os indissociáveis.

Segundo Benevides e Passos (2005), o conceito de humanização expressava, até então, as práticas de saúde fragmentadas ligadas ao voluntarismo, assistencialismo e paternalismo, com base na figura ideal do “bom humano”, metro-padrão, que não coincide com nenhuma existência concreta.

Para os formuladores da PNH, humanização não se restringe a “ações humanitárias” e não é realizada por seres humanos imbuídos de uma “bondade supra-humana” na feitura de “serviços ideais”.

Portanto, a Política assume o desafio de ressignificar o termo humanização e, ao considerar os usos anteriores, identifica o que recusar e o que conservar. Segundo Campo (2003):

Todo pensamento comprometido com algum tipo de prática (política, clínica, sanitária, profissional) está obrigado a reconstruir depois de desconstruir. Criticar, desconstruir, sim; mas, que sejam explicitadas as sínteses. Sempre há alguma síntese nova, senão seria a repetição do mesmo.

Daí, a necessidade de ressignificar a humanização em saúde através de novas práticas no modo de se fazer o trabalho em saúde - levando-se em conta que: sujeitos engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam. (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.390)

Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, a PNH propõe uma atuação que leve à “ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade”. Com isso, já deixa vislumbrar a complexidade acerca do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação da humanização em saúde, desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários.

No campo da atenção, têm-se como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos.

Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ao considerar que humanização implica produzir sujeitos no processo de trabalho, a PNH está alicerçada em quatro eixos estruturantes e intercessores: atenção, gestão, formação e comunicação, estes eixos concebidos no referencial teórico-político do Humaniza SUS, apontam para marcas e objetivos centrais que deverão permeiar a atenção e a gestão em saúde.

Como exemplos dessas marcas desejadas para os serviços, podem-se destacar: a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; o seu acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para atendimento; a garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros.

Como uma estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, a humanização almeja o alcance dos usuários e também a valorização dos trabalhadores; seus indicadores devem, portanto, refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e da produção de sujeitos, mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários (SANTOS, 2007)

No eixo da gestão buscam-se ações para articular a PNH com áreas do Ministério da Saúde (MS) e com demais esferas do SUS. Neste eixo destaca-se o apoio institucional, focado na gestão do processo de produção de saúde, base estruturante da PNH. Para Campos (2003), apoiar é:

Articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços. Quem apoia, sustenta e empurra o outro sendo, em decorrência, também sustentado e empurrado pela equipe “objeto” da intervenção. Tudo misturado e ao mesmo tempo. (CAMPOS, 2003, p.87)

Quanto à atenção propõe uma Política de Atenção à Saúde “incentivadora de ações integrais, promocionais e intersetoriais, inovando nos processos de trabalho que buscam o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos” (BRASIL, 2006a, p.22).

A PNH investe em alguns parâmetros para orientar a implantação de algumas ações de humanização; oferta dispositivos/modos de fazer um “SUS que dá certo”, com apoio às equipes que atuam na atenção básica, especializada, hospitalar, de urgência e emergência e alta complexidade.

No eixo da formação, propõe que a PNH passe a compor o conteúdo profissionalizante na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, vinculando-se aos processos de educação permanente e às instituições formadoras de trabalhadores de saúde.

No eixo da informação/comunicação, prioriza incluir a PNH na agenda de debates da saúde, além da articulação de atividades de caráter educativo e formativo com as de caráter informativo, de divulgação e sensibilização para os conceitos e temas da humanização.

Coordenação Nacional – Tem a função de promover a articulação técnico-política da Secretaria Executiva/MS, objetivando a transversalização da PNH nas demais políticas e programas do MS; representar o MS na difusão e sensibilização da PNH nas várias instâncias do SUS, Conselho Nacional de Secretarias Estaduais (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais (CONASEMS), CNS, Instituições Formadoras de Saúde e Congresso Nacional; coordenar a construção das ações e o processo de implementação nas diversas instâncias do SUS (MORI, 2009).

Consultores - Tem a função de realizar apoio institucional compreendido em: Divulgação e sensibilização para implantação da PNH no SUS, realizando reuniões com Gestores Estaduais, das macrorregiões e dos Municípios; Superintendentes/Diretores de Hospitais (Federais, Estaduais e Municipais), Conselhos de Saúde, Movimentos Sociais e Instituições Formadoras, abertas à participação dos trabalhadores e usuários do Sistema; Divulgação, sensibilização, formação e capacitação de trabalhadores, extensivas a gestores e usuários do SUS, para implementação das diretrizes e dos dispositivos da PNH, com base no Plano de Ação; Participação em Eventos do MS, da PNH ou outros públicos; Produção de Conhecimento: elaboração teórico-metodológica na/da PNH; Construir interfaces com outras áreas técnicas do MS; Participar de reuniões pautando a divulgação da Política (MORI, 2009).

Núcleo Técnico - Tem a função de apoiar a implementação da PNH desenvolvendo ações técnico-político-administrativas intraministerial e interministeriais; articular a sociedade civil e assessorar a coordenação nacional e consultores.

Concomitante à reconstrução dos pilares teórico-políticos e abertura de várias frentes de trabalho, a PNH reconhece a necessidade de que todos incorporem “olhar avaliativo” nos processos de trabalho em desenvolvimento e, portanto, acorda-se o desafio de que a avaliação se constitua como um dispositivo da Política (MORI, 2009).

Além da clínica ampliada e implantação da PNH, o Programa de Saúde da Família (PSF), no contexto da política de saúde brasileira, também vem contribuindo para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 1997).

Para entendermos o alcance e os limites desta proposta, é essencial entendermos o que traduz um modelo assistencial e, sobretudo, o que implica sua reorientação. **Segundo Paim (2003, p.568), o modelo de atenção ou modo assistencial:**

... é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação.

Esta concepção de modelo assistencial fundamenta a consideração de que o fenômeno isolado de expansão do número de equipes de saúde da família implementadas até então não garante a construção de um novo modelo assistencial.

A expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência, uma vez que as equipes têm sido implantadas prioritariamente, em comunidades antes restritas, quanto ao acesso aos serviços de saúde.

Para a reorganização da atenção básica, a que se propõe a estratégia do PSF, reconhece-se a necessidade de reorientação das práticas de saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os serviços e a população assistida.

Cordeiro (1996) avalia que o desenvolvimento de um novo modelo assistencial baseado nos princípios do PSF não implica um retrocesso quanto à incorporação de tecnologias avançadas, conforme a compreensão inicial de que o PSF corresponderia a uma medicina simplificada destinada para os pobres; antes disso, tal proposta demanda a reorganização dos conteúdos dos saberes e práticas de saúde, de forma que estes reflitam os pressupostos do SUS no fazer cotidiano dos profissionais. Admite-se, nesta perspectiva, que o PSF “requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997, p.9).

Pensar no PSF como estratégia de reorganização do modelo assistencial sinaliza a ruptura com práticas convencionais e hegemônicas de saúde, assim como a adoção de novas tecnologias de trabalho. Uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, assistência integral e continuada a famílias de uma área adscrita são algumas das inovações verificadas no PSF.

Ayres (1996) observa que o reconhecimento de sujeitos está no centro de todas as propostas renovadoras identificadas no setor saúde, dentre as quais se encontram a estratégia do PSF.

Os objetivos do programa, entre outros, são: a humanização das práticas em saúde por meio do estabelecimento de vínculo entre os profissionais e a população, a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde, desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito, estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997).

Nota-se a partir destes objetivos, a valorização dos sujeitos e de sua participação nas atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde da família, bem como na resolutividade dos problemas de saúde identificados na comunidade.

Quanto à reorientação das práticas de saúde, o PSF pretende oferecer uma atuação centrada nos princípios da vigilância da saúde, o que significa que a assistência prestada deve ser integral, abrangendo todos os momentos e dimensões do processo saúde-doença (MENDES, 1996).

Fonte: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/politica-nacional-de-humanizacao/43954>

Acessibilidade

O Sistema Único de Saúde (SUS) é alicerçado em princípios fundamentais para que o direito à saúde aconteça como direito de cidadania e dever do Estado. Há quase uma década, nas discussões sobre organização e gestão da política de saúde, é imprescindível acrescentar às premissas básicas do SUS – universalidade, integralidade, equidade e garantia de acesso -, a acessibilidade.

A acessibilidade deve ser explicitada como exigência e compromisso do SUS a ser respeitado pelos gestores de saúde nas três esferas de gestão. Isso é fundamental para que pessoas com deficiência não passem por constrangimentos, como ao serem atendidas nos corredores por não puderem adentrar os consultórios em suas cadeiras de rodas.

Mas acessibilidade é mais que a superação de barreiras arquitetônicas. É uma mudança de percepção que exige de nós, Estado e sociedade, um novo olhar sobre as barreiras atitudinais, estas sim, de maior complexidade e mais difícil superação.

Humanização do cuidado

No campo das políticas públicas de saúde ‘humanização’ diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si.

A ‘humanização’ em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos (Campos, 2000) de tal modo que atender melhor o usuário se dá em sintonia com melhores condições de trabalho e de participação dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (princípio da indissociabilidade entre atenção e gestão). Este voltar-se para as experiências concretas se dá por considerar o humano em sua capacidade criadora e singular inseparável, entretanto, dos movimentos coletivos que o constituem.

Orientada pelos princípios da transversalidade e da indissociabilidade entre atenção e gestão, a ‘humanização’ se expressa a partir de 2003 como Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil/Ministério da Saúde, 2004). Como tal, compromete-se com a construção de uma nova relação seja entre as demais políticas e programas de saúde, seja entre as instâncias de efetuação do Sistema Único de Saúde (SUS), seja entre os diferentes atores que constituem o processo de trabalho em saúde. O aumento do grau de comunicação em cada grupo e entre os grupos (princípio da transversalidade) e o aumento do grau de democracia institucional por meio de processos cogestivos da produção de saúde e do grau de corresponsabilidade no cuidado são decisivos para a mudança que se pretende.

Transformar práticas de saúde exige mudanças no processo de construção dos sujeitos dessas práticas. Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e co-responsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde. Por isso, falamos da ‘humanização’ do SUS (HumanizaSUS) como processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas.

Define-se, assim, a ‘humanização’ como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde.

Satisfação do usuário e do trabalhador

A satisfação no trabalho é a atitude geral da pessoa face ao seu trabalho e depende de vários fatores psicossociais. Existem ainda outras conceituações que referem-se a satisfação no trabalho como sinônimo de motivação ou como estado emocional positivo. Alguns consideram satisfação e insatisfação como fenômenos distintos, opostos.

Influências na satisfação incluem ambiente, higiene, segurança no trabalho, o estilo de gestão e da cultura, o envolvimento dos trabalhadores, capacitação e trabalho autônomo de grupos, entre muitos outros.

Equidade

O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônima de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e por isso têm necessidades diferentes. Então, equidade é a garantia a todas as pessoas, em igualdade de condições, ao acesso às ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade do sistema.

O que determinará as ações será a prioridade epidemiológica e não o favorecimento, investindo mais onde a carência é maior. Sendo assim, todos terão as mesmas condições de acesso, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

Universalidade

Universalidade: É a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão (“A saúde é direito de todos e dever do Estado” – Art. 196 da Constituição Federal de 1988).

Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público de saúde, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: Municipal, Estadual e Federal.

Como valorizar participação de usuário, profissionais e gestores

As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH que já apresentam resultados positivos.

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sócio-familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

O HumanizaSUS aposta em inovações em saúde

- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas
- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Qualificação do ambiente, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

DIRETRIZES DO HumanizaSUS

Acolhimento

O que é?

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva.

Como fazer?

Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário, é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Gestão Participativa e cogestão

O que é?

Cogestão expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

Como fazer?

A organização e experimentação de rodas é uma importante orientação da cogestão. Rodas para colocar as diferenças em contato de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. A PNH destaca dois grupos de dispositivos de cogestão: aqueles que dizem respeito à organização de um espaço coletivo de gestão que permita o acordo entre necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores; e aqueles que se referem aos mecanismos que garantem a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde.

Colegiados gestores, Mesas de negociação, Contratos Internos de Gestão, Câmara Técnica de Humanização (CTH), Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), Gerência de Porta Aberta, entre outros, são arranjos de trabalho que permitem a experimentação da cogestão no cotidiano da saúde.

Ambiência

O que é?

Criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas.

Como fazer?

A discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço é uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde.

Clínica ampliada e compartilhada

O que é?

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

Como fazer?

Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.

Valorização do Trabalhador

O que é?

É importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

Como fazer?

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho e a Comunidade Ampliada de Pesquisa são possibilidades que tornam possível o diálogo, intervenção e análise do que gera sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante também assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.

Defesa dos Direitos dos Usuários

O que é?

Os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Como fazer?

Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

PRINCÍPIOS DO HumanizaSUS

Transversalidade

A Política Nacional de Humanização (PNH) deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável.

Indissociabilidade entre atenção e gestão

As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos

Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde.

Objetivos do HumanizaSUS

Propósitos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes;

- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;

- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;

- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Três macro-objetivos do HumanizaSUS

- Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;

- Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil;

- Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Política Nacional de Humanização busca

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;

- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;

- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;

- Garantia dos direitos dos usuários;

- Valorização do trabalho na saúde;

- Gestão participativa nos serviços.

FORMAÇÃO - INTERVENÇÃO

Por meio de cursos e oficinas de formação/intervenção e a partir da discussão dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) são vivenciados e reinventados no cotidiano dos serviços de saúde. Em todo o Brasil, os trabalhadores são formados técnica e politicamente e reconhecidos como multiplicadores e apoiadores da PNH, pois são os construtores de novas realidades em saúde e poderão se tornar os futuros formadores da PNH em suas localidades.

REDE HumanizaSUS

A Rede HumanizaSUS é a rede social das pessoas interessadas ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. A rede é um local de colaboração, que permite o encontro, a troca, a afetação recíproca, o afeto, o conhecimento, o aprendizado, a expressão livre, a escuta sensível, a polifonia, a arte da composição, o acolhimento, a multiplicidade de visões, a arte da conversa, a participação de qualquer um.

Trata-se de um ambiente virtual aberto para ampliar o diálogo em torno de seus princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. Uma aposta na inteligência coletiva e na constituição de coletivos inteligentes.

O Coletivo HumanizaSUS se constitui em torno desse imenso acervo de conhecimento comum, que se produz sem cessar nas interações desta Rede. A grande aposta é que essa experiência colaborativa aumente o enfrentamento dos grandes e complexos desafios da humanização no SUS.

Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-aco-es-e-programas/40038-humanizasus>