



OP-028MR-21

CÓD: 7908403502073

SES-DF

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Enfermeiro: Enfermeiro Obstetra

***A APOSTILA PREPARATÓRIA É ELABORADA ANTES DA
PUBLICAÇÃO DO EDITAL OFICIAL COM BASE NO EDITAL
ANTERIOR, PARA QUE O ALUNO ANTECIPE SEUS ESTUDOS.***

Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos. Tipologia textual	01
2. Ortografia	10
3. Acentuação gráfica	10
4. Emprego do sinal indicativo de crase	11
5. Formação, classe e emprego de palavras	12
6. Pontuação	19
7. Concordância nominal e verbal	20
8. Colocação pronominal	22
9. Regência nominal e verbal	22
10. Equivalência e transformação de estruturas	23
11. Sintaxe da oração e do período. Paralelismo sintático	23
12. Relações de sinonímia e antonímia	26

Raciocínio Lógico

1. Operações, propriedades e aplicações (soma, subtração, multiplicação, divisão, potenciação e radiciação)	01
2. Princípios de contagem e probabilidade. Arranjos e permutações. Combinações	14
3. Conjuntos numéricos (números naturais, inteiros, racionais e reais) e operações com conjuntos	17
4. Razões e proporções (grandezas diretamente proporcionais, grandezas inversamente proporcionais)	19
5. Porcentagem	20
6. Regras de três simples e compostas	22
7. Equações e inequações	23
8. Sistemas de medidas. Volumes	26
9. Compreensão de estruturas lógicas	28
10. Lógica de argumentação (analogias, inferências, deduções e conclusões)	35
11. Diagramas lógicos	39

Sistema Único De Saúde (SUS)

1. Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios, diretrizes e arcabouço legal.	01
2. Controle Social no SUS.	08
3. Resolução no 453/ 2012, do Conselho Nacional de Saúde.	10
4. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.	13
5. Constituição Federal, artigos de 194 a 200.	13
6. Lei Orgânica da Saúde – Lei no 8.080/1990	15
7. Lei no 8.142/1990.	23
8. Decreto Presidencial no 7.508/2011.	25
9. Determinantes Sociais da Saúde.	29
10. Sistemas de Informação em Saúde	29

Legislação Aplicada Aos Servidores Do Governo Do Distrito Federal

1. Lei Orgânica do Distrito Federal e alterações posteriores.	01
2. Lei Complementar no 840, de 23 de dezembro de 2011 (dispõe sobre o regime jurídicos dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais).	53

Atualidades

1. Realidade étnica, social, histórica, geográfica, cultura, política e econômica do Distrito Federal e da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE).	01
---	----

Conhecimentos Específicos

Enfermeiro Obstetra

1. Processo de enfermagem.	01
2. Sistematização da Assistência em Enfermagem.	01
3. Biossegurança, prevenção e controle de riscos ocupacionais e de infecções hospitalares.	01
4. Administração em Enfermagem.	01
5. Dimensionamento de profissionais de enfermagem.	02
6. Fisiologia da gestação, parto e puerpério.	02
7. Farmacologia aplicada ao ciclo gravídico puerperal.	04
8. Assistência de Enfermagem no climatério, menopausa e esterilidade.	04
9. Assistência à saúde materna e perinatal baseada em evidências científicas.	04
10. Assistência de enfermagem ao pré-parto, parto e puerpério.	05
11. Intercorrências patológicas na gestação, parto e puerpério (hemorragias pós-parto e síndromes hemorrágicas na gestação, síndromes hipertensivas).	05
12. Processos infecciosos na gestação (trato urinário, vulvo-vaginites, infecções congênitas: sífilis, HIV, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose).	06
13. Reanimação neonatal.	07
14. Exames pré-natal de rotina avaliação e conduta.	07
15. Práticas de atenção ao risco obstétrico e neonatal baseadas em evidências científicas: assistência perinatal e morbimortalidade materna.	08
16. Assistência às urgências e emergências gerais, obstétricas e neonatais.	08
17. Assistência ao recém-nascido em sala de parto.	09
18. Alojamento conjunto espaço de cuidado e educação.	10
19. Incentivo ao aleitamento materno e do vínculo mãe-bebê.	10
20. Cuidados de enfermagem em triagem neonatal.	10
21. Método Canguru.	11
22. Assistência de enfermagem relacionada ao manuseio de hemocomponentes e hemoderivados.	11
23. Educação em saúde: educação popular em saúde e sua aplicação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde materno-infantil.	12
24. Conhecimentos relacionados ao Banco de Leite Humano.	12
25. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes/MS/2012.	12
26. Assistência à mulher em situação de abortamento e violência. Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento/MS/2011.	14
27. Assistência à mulher no planejamento familiar: Lei no 9.263/1996, que regulamenta o Planejamento Familiar.	15
28. Programa Nacional de Imunizações.	16
29. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).	16
30. Políticas públicas para a promoção da saúde materna e perinatal no Brasil: diretrizes nacionais para a assistência ao pré-natal e ao puerpério e as doenças sexualmente transmissíveis.	17
31. Legislação específica para a enfermagem em obstetrícia e técnicas obstétricas e relacionadas ao recém-nascido.	18
32. Requisitos técnicos de funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.	22
33. Rede Cegonha e publicações relacionadas: Lei no 11.108/2005	23
34. Lei no 11.634/2007.	23
35. Portaria GM/MS no 1.459/2011	23
36. Portaria GM/MS no 930/2012.	28
37. Portaria GM/MS no 1.020/2013	34
38. Portaria SAS/MS no 371/2014.	41
39. Portaria GM/MS no 11/2015).	43

1. Compreensão e compreensão de textos. Tipologia textual	01
2. Ortografia	10
3. Acentuação gráfica	10
4. Emprego do sinal indicativo de crase	11
5. Formação, classe e emprego de palavras	12
6. Pontuação	19
7. Concordância nominal e verbal	20
8. Colocação pronominal	22
9. Regência nominal e verbal	22
10. Equivalência e transformação de estruturas	23
11. Sintaxe da oração e do período. Paralelismo sintático	23
12. Relações de sinonímia e antonímia	26

COMPREENSÃO E INTELECÇÃO DE TEXTOS. TIPOLOGIA TEXTUAL

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 descaído, 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 consequências, 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 e 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 reconstrui-

ria 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 decomposição 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.

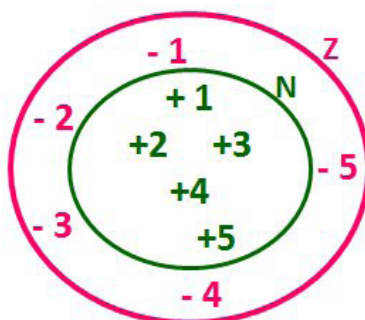
RACIOCÍNIO LÓGICO

1. Operações, propriedades e aplicações (soma, subtração, multiplicação, divisão, potenciação e radiciação)	01
2. Princípios de contagem e probabilidade. Arranjos e permutações. Combinações	14
3. Conjuntos numéricos (números naturais, inteiros, racionais e reais) e operações com conjuntos	17
4. Razões e proporções (grandezas diretamente proporcionais, grandezas inversamente proporcionais	19
5. Porcentagem	20
6. Regras de três simples e compostas	22
7. Equações e inequações	23
8. Sistemas de medidas. Volumes	26
9. Compreensão de estruturas lógicas	28
10. Lógica de argumentação (analogias, inferências, deduções e conclusões)	35
11. Diagramas lógicos	39

OPERAÇÕES, PROPRIEDADES E APLICAÇÕES (SOMA, SUBTRAÇÃO, MULTIPLICAÇÃO, DIVISÃO, POTENCIAÇÃO E RADICIAÇÃO)

Conjunto dos números inteiros - z

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



$N \subset Z$ (N está contido em Z)

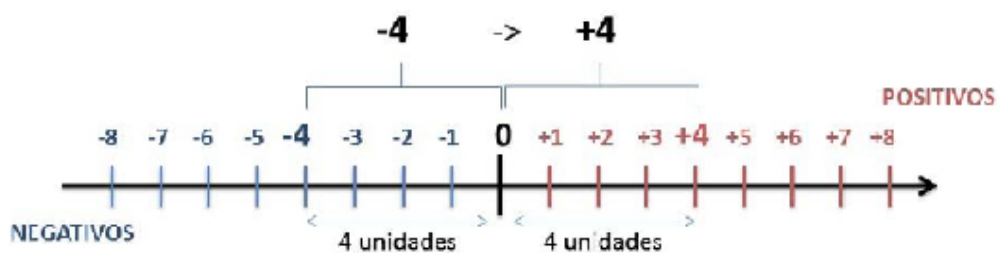
Subconjuntos:

SÍMBOLO	REPRESENTAÇÃO	DESCRIÇÃO
*	Z^*	Conjunto dos números inteiros não nulos
+	Z_+	Conjunto dos números inteiros não negativos
* e +	Z^*_+	Conjunto dos números inteiros positivos
-	Z_-	Conjunto dos números inteiros não positivos
* e -	Z^*_-	Conjunto dos números inteiros negativos

Observamos nos números inteiros algumas características:

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

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



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

Operações

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

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

• **Subtração:** empregamos quando precisamos tirar uma quantidade de outra quantidade; temos duas quantidades e queremos saber quanto uma delas tem a mais que a outra; temos duas quantidades e queremos saber quanto falta a uma delas para atingir a outra. A subtração é a operação inversa da adição. O sinal sempre será do maior número.

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

Exemplo:

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

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

Resolução:

$50 - 20 = 30$ atitudes negativas

$20 \cdot 4 = 80$

$30 \cdot (-1) = -30$

$80 - 30 = 50$

Resposta: A

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

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

ATENÇÃO:

1) No conjunto $\mathbb{Z}$, a divisão não é comutativa, não é associativa e não tem a propriedade da existência do elemento neutro.

2) Não existe divisão por zero.

3) Zero dividido por qualquer número inteiro, diferente de zero, é zero, pois o produto de qualquer número inteiro por zero é igual a zero.

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

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

Exemplo:

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

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

Resolução:

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

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

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

$36 : 3 = 12$ livros de 3 cm

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

Resposta: D

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

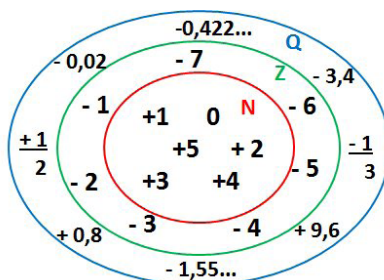
- Toda potência de **base positiva** é um número **inteiro positivo**.
- Toda potência de **base negativa** e **expoente par** é um número **inteiro positivo**.
- Toda potência de **base negativa** e **expoente ímpar** é um número **inteiro negativo**.

Propriedades da Potenciação

- 1) Produtos de Potências com bases iguais: Conserva-se a base e somam-se os expoentes. $(-a)^3 \cdot (-a)^6 = (-a)^{3+6} = (-a)^9$
- 2) Quocientes de Potências com bases iguais: Conserva-se a base e subtraem-se os expoentes. $(-a)^8 : (-a)^6 = (-a)^{8-6} = (-a)^2$
- 3) Potência de Potência: Conserva-se a base e multiplicam-se os expoentes. $[(-a)^5]^2 = (-a)^{5 \cdot 2} = (-a)^{10}$
- 4) Potência de expoente 1: É sempre igual à base. $(-a)^1 = -a$ e $(+a)^1 = +a$
- 5) Potência de expoente zero e base diferente de zero: É igual a 1. $(+a)^0 = 1$ e $(-b)^0 = 1$

Conjunto dos números racionais – Q

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



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

Subconjuntos:

SÍMBOLO	REPRESENTAÇÃO	DESCRIÇÃO
*	Q^*	Conjunto dos números racionais não nulos
+	Q_+	Conjunto dos números racionais não negativos
* e +	Q^*_+	Conjunto dos números racionais positivos
-	Q_-	Conjunto dos números racionais não positivos
* e -	Q^*_-	Conjunto dos números racionais negativos

Representação decimal

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

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

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

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

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

Representação Fracionária

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

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

$$0,035 = 35/1000$$

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

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

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

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

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

a)

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

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

Parte não periódica com 2 algarismos
Período com 1 algarismo
2 algarismos zeros
1 algarismo 9

Simplificando

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

b)

Números que não se repetem e período

6,37777... = $\frac{637 - 63}{90} = \frac{574}{90}$

Números que não se repetem

Período igual a 7
1 algarismo -> 1 nove

1 algarismo que não se repete depois da vírgula -> 1 zero

$6\frac{34}{90} \rightarrow$ temos uma fração mista, transformando - a $\rightarrow (6.90 + 34) = 574$, logo : $\frac{574}{90}$

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

Exemplo:

(PREF. NITERÓI) Simplificando a expressão abaixo

Obtém-se $\frac{1,3333... + \frac{3}{2}}{1,5 + \frac{4}{3}}$:

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

Resolução:

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

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

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

Resposta: B

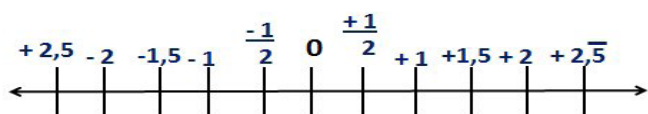
Caraterísticas dos números racionais

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

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

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

Representação geométrica



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

Operações

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

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

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

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

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

Exemplo:

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

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

Resolução:

Somando português e matemática:

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

O que resta gosta de ciências:

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

Resposta: B

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

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

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

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

1. Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios, diretrizes e arcabouço legal..	01
2. Controle Social no SUS.	08
3. Resolução no 453/ 2012, do Conselho Nacional de Saúde.	10
4. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.	13
5. Constituição Federal, artigos de 194 a 200.	13
6. Lei Orgânica da Saúde – Lei no 8.080/1990	15
7. Lei no 8.142/1990.	23
8. Decreto Presidencial no 7.508/2011.	25
9. Determinantes Sociais da Saúde.	29
10. Sistemas de Informação em Saúde	29

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCABOUÇO LEGAL

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

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

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

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

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

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

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

Princípios do SUS

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

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

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

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

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

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

Principais leis

Constituição Federal de 1988: Estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Determina ao Poder Público sua “regulamentação, fiscalização e controle”, que as ações e os serviços 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 nº 8.080/1990: Regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

Lei nº 8.142/1990: Dispõe sobre o papel e a participação das comunidades na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências.

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

Responsabilização Sanitária

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

Responsabilização Macrossanitária

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

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

Responsabilização Microssanitária

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

Instâncias de Pactuação

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

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

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

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

Descentralização

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

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

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

Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal

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

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

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES
DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

1.	Lei Orgânica do Distrito Federal e alterações posteriores	01
2.	Lei Complementar no 840, de 23 de dezembro de 2011 (dispõe sobre o regime jurídicos dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais).	53

**LEI ORGÂNICA DO DISTRITO FEDERAL E ALTERAÇÕES
POSTERIORES**

LEI ORGÂNICA DO DISTRITO FEDERAL

**TÍTULO I
DOS FUNDAMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DOS PODERES E DO
DISTRITO FEDERAL**

Art. 1º O Distrito Federal, no pleno exercício de sua autonomia política, administrativa e financeira, observador os princípios constitucionais, reger-se-á por esta Lei Orgânica.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos da Constituição Federal e desta Lei Orgânica.

Art. 2º O Distrito Federal integra a união indissolúvel da República Federativa do Brasil e tem como valores fundamentais:

- I - a preservação de sua autonomia como unidade federativa;
- II - a plena cidadania;
- III - a dignidade da pessoa humana;
- IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
- V - o pluralismo político.

NOVA REDAÇÃO DADA AO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 2º PELA EMENDA À LODF Nº 65/2013 – DODF DE 11/09/13.

Parágrafo único. Ninguém será discriminado ou prejudicado em razão de nascimento, idade, etnia, raça, cor, sexo, características genéticas, estado civil, trabalho rural ou urbano, religião, convicções políticas ou filosóficas, orientação sexual, deficiência física, imunológica, sensorial ou mental, por ter cumprido pena, nem por qualquer particularidade ou condição, observada a Constituição Federal.

Art. 3º São objetivos prioritários do Distrito Federal:

- I - garantir e promover os direitos humanos assegurados na Constituição Federal e na Declaração Universal dos Direitos Humanos;
- II - assegurar ao cidadão o exercício dos direitos de iniciativa que lhe couberem, relativos ao controle da legalidade e legitimidade dos atos do Poder Público e da eficácia dos serviços públicos;
- III - preservar os interesses gerais e coletivos;
- IV - promover o bem de todos;
- V - proporcionar aos seus habitantes condições de vida compatíveis com a dignidade humana, a justiça social e o bem comum;
- VI - dar prioridade ao atendimento das demandas da sociedade nas áreas de educação, saúde, trabalho, transporte, segurança pública, moradia, saneamento básico, lazer e assistência social;
- VII - garantir a prestação de assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;
- VIII - preservar sua identidade, adequando as exigências do desenvolvimento à preservação de sua memória, tradição e peculiaridades;

IX - valorizar e desenvolver a cultura local, de modo a contribuir para a cultura brasileira.

INCLUÍDO O INCISO X – PELA EMENDA A LEI ORGÂNICA Nº 06, DE 14 DE OUTUBRO DE 1996, PUBLICADA NO DODF, DE 22.10.96

X - assegurar, por parte do poder público, a proteção individualizada à vida e à integridade física e psicológica das vítimas e testemunhas de infrações penais e de seus respectivos familiares.

INCLUÍDO PELA - EMENDA A LEI ORGÂNICA Nº 12, DE 12 DE DEZEMBRO DE 1996, PUBLICADA NO DODF DE 19.12.96

XI - zelar pelo conjunto urbanístico de Brasília, tombado sob a inscrição nº 532 do Livro do Tombo Histórico, respeitadas as definições e critérios constantes do Decreto nº 10.829, de 2 de outubro de 1987, e da Portaria nº 314, de 8 de outubro de 1992, do então Instituto Brasileiro do Patrimônio Cultural - IBPC, hoje Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN.

ACRESCENTADO O INCISO XII AO ART. 3º PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 73, DE 23/04/14 – DODF DE 25/04/14.

XII – promover, proteger e defender os direitos da criança, do adolescente e do jovem.

ACRESCENTADO O INCISO XIII AO ART. 3º PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 103, DE 06/12/17 – DODF DE 11/12/17.

XIII - valorizar a vida e adotar políticas públicas de saúde, de assistência e de educação preventivas do suicídio.

ACRESCENTADO O INCISO XIV AO ART. 3º PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 115, DE 08/10/19 – DODF DE 11/10/19.

XIV - promover a inclusão digital, o direito de acesso à Internet, o exercício da cidadania em meios digitais e a prestação de serviços públicos por múltiplos canais de acesso.

Art. 4º É assegurado o exercício do direito de petição ou representação, independentemente de pagamento de taxas ou emolumentos, ou de garantia de instância.

Art. 5º A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos e, nos termos da lei, mediante:

- I - plebiscito;
- II - referendo;
- III - iniciativa popular.

**TÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL**

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 6º Brasília, Capital da República Federativa do Brasil, é a sede do governo do Distrito Federal.

Art. 7º São símbolos do Distrito Federal a bandeira, o hino e o brasão.

Parágrafo único. A lei poderá estabelecer outros símbolos e dispor sobre seu uso no território do Distrito Federal.

Art. 8º O território do Distrito Federal compreende o espaço físico geográfico que se encontra sob seu domínio e jurisdição.

Art. 9º O Distrito Federal, na execução de seu programa de desenvolvimento econômico-social, buscará a integração com a região do entorno do Distrito Federal.

**CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRITO FEDERAL**

Art. 10. O Distrito Federal organiza-se em Regiões Administrativas, com vistas à descentralização administrativa, à utilização racional de recursos para o desenvolvimento sócio-econômico e à melhoria da qualidade de vida.

§ 1º A lei disporá sobre a participação popular no processo de escolha do Administrador Regional.

§ 2º A remuneração dos Administradores Regionais não poderá ser superior à fixada para os Secretários de Governo do Distrito Federal.

FICA ACRESCENTADO O § 3º AO ART. 10 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 60, DE 2011 – DODF DE 26/12/11.

§ 3º A proibição de que trata o art. 19, § 8º, aplica-se à nomeação de administrador regional.

NOTA: FICA SUBSTITUÍDA A EXPRESSÃO “SECRETÁRIO DE GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL” POR “SECRETÁRIO DE ESTADO DO DISTRITO FEDERAL”, CONFORME EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 44 DE 29/11/05 – DODF DE 09/12/05.

Art. 11. As Administrações Regionais integram a estrutura administrativa do Distrito Federal.

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Art. 12. Cada Região Administrativa do Distrito Federal terá um Conselho de Representantes Comunitários, com funções consultivas e fiscalizadoras, na forma da lei.

Art. 13. A criação ou extinção de Regiões Administrativas ocorrerá mediante lei aprovada pela maioria absoluta dos Deputados Distritais.

ACRESCENTADO O PARÁGRAFO ÚNICO AO ART. 13 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 83, DE 20/08/14 – DODF DE 25/08/14.

Parágrafo único. Com a criação de nova região administrativa, fica criado, automaticamente, conselho tutelar para a respectiva região.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL

Art. 14. Ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios, cabendo-lhe exercer, em seu território, todas as competências que não lhe sejam vedadas pela Constituição Federal.

SEÇÃO I DA COMPETÊNCIA PRIVATIVA

Art. 15. Compete privativamente ao Distrito Federal:

I - organizar seu Governo e Administração;

II - criar, organizar ou extinguir Regiões Administrativas, de acordo com a legislação vigente;

III - instituir e arrecadar tributos, observada a competência cumulativa do Distrito Federal;

IV - fixar, fiscalizar e cobrar tarifas e preços públicos de sua competência;

V - dispor sobre a administração, utilização, aquisição e alienação dos bens públicos;

VI - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;

VII - manter, com a cooperação técnica e financeira da União, programas de educação, prioritariamente de ensino fundamental e pré-escolar;

VIII - celebrar e firmar ajustes, consórcios, convênios, acordos e decisões administrativas com a União, Estados e Municípios, para execução de suas leis e serviços;

IX - elaborar e executar o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO X DO ART. 15 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 49, DE 17/10/07 – DODF 22/10/07.

X — elaborar e executar o Plano Diretor de Ordenamento Territorial, a Lei de Uso e Ocupação do Solo e Planos de Desenvolvimento Local, para promover adequado ordenamento territorial, integrado aos valores ambientais, mediante planejamento e controle do uso, parcelamento e ocupação do solo urbano;

XI - autorizar, conceder ou permitir, bem como regular, licenciar e fiscalizar os serviços de veículos de aluguel;

XII - dispor sobre criação, transformação e extinção de cargos, empregos e funções públicas;

XIII - dispor sobre a organização do quadro de seus servidores; instituição de planos de carreira, na administração direta, autarquias e fundações públicas do Distrito Federal; remuneração e regime jurídico único dos servidores;

XIV - exercer o poder de polícia administrativa;

XV - licenciar estabelecimento industrial, comercial, prestador de serviços e similar ou cassar o alvará de licença dos que se tornarem danosos ao meio ambiente, à saúde, ao bem-estar da população ou que infringirem dispositivos legais;

XVI - regulamentar e fiscalizar o comércio ambulante, inclusive o de papéis e de outros resíduos recicláveis;

XVII - dispor sobre a limpeza de logradouros públicos, remoção e destino do lixo domiciliar e de outros resíduos;

XVIII - dispor sobre serviços funerários e administração dos cemitérios;

XIX - dispor sobre apreensão, depósito e destino de animais e mercadorias apreendidas em decorrência de transgressão da legislação local;

XX - disciplinar e fiscalizar, no âmbito de sua competência, competições esportivas, espetáculos, diversões públicas e eventos de natureza semelhante, realizados em locais de acesso público;

XXI - dispor sobre a utilização de vias e logradouros públicos;

XXII - disciplinar o trânsito local, sinalizando as vias urbanas e estradas do Distrito Federal;

XXIII - exercer inspeção e fiscalização sanitária, de postura ambiental, tributária, de segurança pública e do trabalho, relativamente ao funcionamento de estabelecimento comercial, industrial, prestador de serviços e similar, no âmbito de sua competência, respeitada a legislação federal;

XXIV - adquirir bens, inclusive por meio de desapropriação, por necessidade, utilidade pública ou interesse social, nos termos da legislação em vigor;

XXV - licenciar a construção de qualquer obra;

XXVI - interditar edificações em ruína, em condições de insalubridade e as que apresentem as irregularidades previstas na legislação específica, bem como fazer demolir construções que ameacem a segurança individual ou coletiva;

XXVII - dispor sobre publicidade externa, em especial sobre exibição de cartazes, anúncios e quaisquer outros meios de publicidade ou propaganda, em logradouros públicos, em locais de acesso público ou destes visíveis.

SEÇÃO II DA COMPETÊNCIA COMUM

Art. 16. É competência do Distrito Federal, em comum com a União:

I - zelar pela guarda da Constituição Federal, desta Lei Orgânica, das leis e das instituições democráticas;

II - conservar o patrimônio público;

III - proteger documentos e outros bens de valor histórico e cultural, monumentos, paisagens naturais notáveis e sítios arqueológicos, bem como impedir sua evasão, destruição e descaracterização;

IV - proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas;

V - preservar a fauna, a flora e o cerrado;

VI - proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação e à ciência;

VII - prestar serviços de assistência à saúde da população e de proteção e garantia a pessoas portadoras de deficiência com a cooperação técnica e financeira da União;

VIII - combater as causas da pobreza, a subnutrição e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos segmentos desfavorecidos;

IX - fomentar a produção agropecuária e organizar o abastecimento alimentar;

X - promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico;

XI - registrar, acompanhar e fiscalizar as concessões de direitos de pesquisa e exploração de recursos hídricos e minerais em seu território;

XII - estabelecer e implantar política para a segurança do trânsito.

ACRESCENTADO O PARÁGRAFO ÚNICO AO ART. 16 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

Parágrafo único. Lei complementar deve fixar norma para a cooperação entre a União e o Distrito Federal, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e o bem-estar no âmbito do território do Distrito Federal.

SEÇÃO III DA COMPETÊNCIA CONCORRENTE

Art. 17. Compete ao Distrito Federal, concorrentemente com a União, legislar sobre:

I - direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico;

II - orçamento;

III - junta comercial;

IV - custas de serviços forenses;

V - produção e consumo;

VI - cerrado, caça, pesca, fauna, conservação da natureza, defesa do solo e dos recursos naturais, proteção do meio ambiente e controle da poluição;

VII - proteção do patrimônio histórico, cultural, artístico, paisagístico e turístico;

VIII - responsabilidade por danos ao meio ambiente, ao consumidor e a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, arqueológico, turístico e paisagístico;

IX - educação, cultura, ensino e desporto;

X - previdência social, proteção e defesa da saúde;

XI - assistência jurídica nos termos da legislação em vigor;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XI DO ART. 17 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XI – defensoria pública e assistência jurídica nos termos da legislação em vigor;

XII - proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XII DO ART. 17 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XII – proteção e integração social das pessoas com deficiência;

XIII - proteção à infância e à juventude;

XIV - manutenção da ordem e segurança internas;

XV - procedimentos em matéria processual;

XVI - organização, garantias, direitos e deveres da polícia civil.

§ 1º O Distrito Federal, no exercício de sua competência suplementar, observará as normas gerais estabelecidas pela União.

§ 2º Inexistindo lei federal sobre normas gerais, o Distrito Federal exercerá competência legislativa plena, para atender suas peculiaridades.

§ 3º A superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia de lei local, no que lhe for contrário.

CAPÍTULO IV DAS VEDAÇÕES

Art. 18. É vedado ao Distrito Federal:

I - estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público;

II - recusar fé aos documentos públicos;

III - subvencionar ou auxiliar, de qualquer modo, com recursos públicos, quer pela imprensa, rádio, televisão, serviço de alto-falante ou qualquer outro meio de comunicação, propaganda político-partidária ou com fins estranhos à administração pública;

IV - doar bens imóveis de seu patrimônio ou constituir sobre eles ônus real, bem como conceder isenções fiscais ou remissões de dívidas, sem expressa autorização da Câmara Legislativa, sob pena de nulidade do ato.

CAPÍTULO V DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

NOVA REDAÇÃO DADA AO CAPUT DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 106, DE 13/12/2017 – DODF DE 19/12/2017.

Art. 19. A Administração Pública direta e indireta de qualquer dos poderes do Distrito Federal obedece aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, razoabilidade, motivação, participação popular, transparência, eficiência e interesse público, e também ao seguinte

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO I DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

I – os cargos, os empregos e as funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da legislação;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO II DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

II – a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado, em lei, de livre nomeação e exoneração;

III - o prazo de validade do concurso público será de até dois anos, prorrogável uma vez, por igual período;

IV - durante o prazo improrrogável previsto no edital de convocação, o aprovado em concurso público de provas ou de provas e títulos será convocado com prioridade sobre novos concursados, para assumir cargo ou emprego na carreira;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO V DO ARTIGO 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 50, DE 17/10/07 – DODF DE 22/10/07.

NOTA: VIDE LEI Nº 4.858, DE 29/06/12 – DODF DE 02/07/12 QUE REGULAMENTA ESTE INCISO V DESTE ARTIGO 19.

V - as funções de confiança, exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e pelo menos cinquenta por cento dos cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos e condições previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento;

VI - REVOGADO O INCISO VI DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

VII - a lei reservará percentual de cargos e empregos públicos para portadores de deficiência, garantindo as adaptações necessárias a sua participação em concursos públicos, bem como definirá critérios de sua admissão;

VIII - a lei estabelecerá os casos de contratação de pessoal por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO IX DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

IX – a remuneração dos servidores públicos e o subsídio de que trata o art. 33, § 5º, somente podem ser fixados ou alterados por lei específica, observada a iniciativa privativa em cada caso, assegurada revisão geral anual, sempre na mesma data e sem distinção de índices;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO X DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 46, DE 11/07/06 – DODF 14/07/06.

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES
DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

X – para fins do disposto no art. 37, XI, da Constituição da República Federativa do Brasil, fica estabelecido que a remuneração e o subsídio dos ocupantes de cargos, funções e empregos públicos, dos membros de qualquer dos Poderes e dos demais agentes políticos do Distrito Federal, bem como os proventos de aposentadorias e pensões, não poderão exceder o subsídio mensal, em espécie, dos Desembargadores do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, na forma da lei, não se aplicando o disposto neste inciso aos subsídios dos Deputados Distritais;

NOTA: FICA SUBSTITUÍDA A EXPRESSÃO “SECRETÁRIO DE GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL” POR “SECRETÁRIO DE ESTADO DO DISTRITO FEDERAL”, CONFORME EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 44 DE 29/11/05 – DODF DE 09/12/05.

XI - os vencimentos dos cargos do Poder Legislativo não poderão ser superiores aos pagos pelo Poder Executivo;

NOTA: VIDE LEI Nº 3.894, DE 12/07/06 – DODF DE 13/07/06, QUE FIXA TETO DE REMUNERAÇÃO NO ÂMBITO DO DISTRITO FEDERAL.

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XII DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XII – é vedada a vinculação ou equiparação de quaisquer espécies remuneratórias para o efeito de remuneração de pessoal do serviço público;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XIII DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XIII – os acréscimos pecuniários percebidos por servidor público não são computados nem acumulados para fins de concessão de acréscimos ulteriores;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XIV DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XIV – o subsídio e os vencimentos dos ocupantes de cargos e empregos públicos são irredutíveis, ressalvado o disposto:

a) nos incisos X e XIII deste artigo e no art. 125, V;

b) nos arts. 39, § 4º, 150, II, 153, III, e 153, § 2º, I, da Constituição Federal;

NOVA REDAÇÃO DADA AO CAPUT DO INCISO XV DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XV – é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto quando houver compatibilidade de horários e observado, em qualquer caso, o disposto no inciso X:

a) a de dois cargos de professor;

b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico;

NOVA REDAÇÃO DADA À ALÍNEA “C” DO INCISO XV DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 78/2014 – DODF DE 06/05/2014.

c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XVI DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XVI – a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo Poder Público;

XVII - a administração fazendária e seus agentes fiscais, aos quais compete exercer privativamente a fiscalização de tributos do Distrito Federal, terão, em suas áreas de competência e jurisdição, precedência sobre os demais setores administrativos, na forma da lei;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XVIII DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XVIII – somente por lei específica pode ser:

a) criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo a lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação;

b) transformada, fundida, cindida, incorporada, privatizada ou extinta entidade de que trata a alínea a;

XIX - depende de autorização legislativa, em cada caso, a criação de subsidiárias das entidades mencionadas no inciso anterior, assim como a participação de qualquer delas em empresa privada;

XX - ressalvada a legislação federal aplicável, ao servidor público do Distrito Federal é proibido substituir, sob qualquer pretexto, trabalhadores de empresas privadas em greve;

XXI - todo agente público, qualquer que seja sua categoria ou a natureza do cargo, emprego, função, é obrigatório a declarar seus bens na posse, exoneração ou aposentadoria;

XXII - lei disporá sobre cargos que exijam exame psicotécnico para ingresso e acompanhamento psicológico para progressão funcional.

INCLUÍDO O INCISO XXIII PELA - EMENDA A LEI ORGÂNICA Nº 21, DE 12/12/97 - PUBLICADA NO DODF DE 26.12.97

XXIII - aos integrantes da carreira de Fiscalização e Inspeção é garantida a independência funcional no exercício de suas atribuições, exigido nível superior de escolaridade para ingresso na carreira.

§ 1º É direito do agente público, entre outros, o acesso à profissionalização e ao treinamento como estímulo à produtividade e à eficiência.

§ 2º A lei estabelecerá a punição do servidor público que descumprir os preceitos estabelecidos neste artigo.

INCLUÍDO O § 3º - EMENDA A LEI ORGÂNICA Nº 04, DE 15/03/96 - PUBLICADA NO DODF DE 25.03.96

§ 3º São obrigados a fazer declaração pública anual de seus bens, sem prejuízo do disposto no art. 97, os seguintes agentes públicos:

I - Governador;

II - Vice-Governador;

III - Secretários de Governo;

NOTA: FICA SUBSTITUÍDA A EXPRESSÃO “SECRETÁRIO DE GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL” POR “SECRETÁRIO DE ESTADO DO DISTRITO FEDERAL”, CONFORME EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 44 DE 29/11/05 – DODF DE 09/12/05.

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO IV DO § 3º DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

IV – diretores de empresas públicas, sociedades de economia mista, autarquias e fundações;

V - Administradores Regionais;

VI - Procurador-Geral do Distrito Federal

VII - Conselheiros do Tribunal de Contas do Distrito Federal;

VIII - Deputados Distritais.

ACRESCENTADO O INCISO IX AO § 3º DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

IX – Defensor Público-Geral do Distrito Federal.

FICA ACRESCENTADO O § 4º AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 46, DE 11/07/06 – DODF 14/07/06.

§ 4º Para efeito do limite remuneratório de que trata o inciso XI, não serão computadas as parcelas de caráter indenizatório previstas em lei.

FICA ACRESCENTADO O § 5º AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 46, DE 11/07/06 – DODF 14/07/06.

NOVA REDAÇÃO DADA AO § 5º DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 99, DE 17/05/17 – DODF DE 25/05/17. EFEITOS A PARTIR DE 23/08/2017.

§ 5º Aplica-se o disposto no inciso X a todas as empresas públicas e às sociedades de economia mista distritais, e suas subsidiárias.

FICA ACRESCENTADO O § 6º AO ARTIGO 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 50, DE 17/10/07 – DODF DE 22/10/07.

§ 6º Do percentual definido no inciso V deste artigo excluem-se os cargos em comissão dos gabinetes parlamentares e lideranças partidárias da Câmara Legislativa do Distrito Federal.

ACRESCENTADO O § 7º PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 59, DE 24/12/10 – DODF DE 13/1/11.

§ 7º Para a privatização ou extinção de empresa pública ou sociedade de economia mista a que se refere o inciso XVIII deste artigo, a lei específica dependerá de aprovação por dois terços dos membros da Câmara Legislativa.

ACRESCENTADOS OS INCISOS I E II AO § 7º DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 92, DE 16/09/15 – DODF DE 21/09/15.

I - A privatização de empresa pública ou sociedade de economia mista, de que trata o inciso XVIII deste artigo, condicionada à autorização legislativa nos termos deste parágrafo, depende de manifestação favorável da população, sob a forma de referendo;

II - a lei que autorizar a privatização, mediante alienação de ações de empresa pública e sociedade de economia mista, estabelecerá a exigência de cumprimento pelo adquirente de metas de qualidade do serviço de atendimento aos objetivos sociais inspiradores da constituição da entidade.

FICA ACRESCENTADO O § 8º AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 60, DE 2011 – DODF DE 26/12/11.

NOVA REDAÇÃO DADA AO §8º DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 113, DE 17/07/19 – DODF DE 26/07/19.

§ 8º É proibida a designação para função de confiança ou a nomeação para emprego ou cargo em comissão, incluídos os de natureza especial, de pessoa condenada, em decisão transitada em julgado ou proferida por órgão judicial colegiado, desde a condenação até o transcurso do prazo de 8 anos após o cumprimento da pena, salvo se sobrevier decisão judicial pela absolvição do réu ou pela extinção da punibilidade, por:

I - ato tipificado como causa de inelegibilidade prevista na legislação eleitoral;

II - prática de crimes previstos na Lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente;

III - prática de crimes previstos na Lei federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso;

IV - prática de crimes previstos na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha.

FICA ACRESCENTADO O §9º AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 67, DE 2013 – DODF DE 04/11/13.

§ 9º Fica vedada a nomeação de cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, da autoridade nomeante ou de servidor da mesma pessoa jurídica investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento, para o exercício de cargo em comissão ou de confiança ou, ainda, de função gratificada, na administração pública direta e indireta em qualquer dos Poderes do Distrito Federal, compreendido na vedação o ajuste mediante designações recíprocas.

FICA ACRESCENTADO O §10º AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 67, DE 2013 – DODF DE 04/11/13.

§ 10. A vedação de que trata o § 9º não se aplica aos ocupantes de cargo efetivo da carreira em cuja estrutura esteja o cargo em comissão ou a função gratificada ocupada.

ACRESCENTADO O §11 AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

§ 11. A apuração do percentual de que trata o inciso V é feita em relação ao somatório dos cargos em comissão providos na administração direta, autárquica e fundacional de cada Poder.

ACRESCENTADO O §12 AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

§ 12. A lei deve dispor sobre os requisitos e as restrições ao ocupante de cargo ou emprego da administração direta e indireta que possibilite o acesso a informações privilegiadas.

ACRESCENTADO O §13 AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

§ 13. A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração pública pode ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o Poder Público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou a entidade, cabendo à lei dispor sobre:

I – prazo de duração do contrato;

II – controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;

III – remuneração do pessoal.

ACRESCENTADO O §14 AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

§ 14. É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da Constituição Federal com a remuneração ou subsídio de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Lei Orgânica, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados, em lei, de livre nomeação e exoneração.

Art. 20. As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado, prestadoras de serviços públicos, responderão pelos danos que seus agentes, nesta qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

Art. 21. É vedado discriminar ou prejudicar qualquer pessoa pelo fato de haver litigado ou estar litigando contra os órgãos públicos do Distrito Federal, nas esferas administrativa ou judicial.

Parágrafo único. As pessoas físicas ou jurídicas que se considerarem prejudicadas poderão requerer revisão dos atos que derem causa a eventuais prejuízos.

Art. 22. Os atos da administração pública de qualquer dos Poderes do Distrito Federal, além de obedecer aos princípios constitucionais aplicados à administração pública, devem observar também o seguinte:

I - os atos administrativos são públicos, salvo quando a lei, no interesse da administração, impuser sigilo;

NOTA: VIDE LEI Nº 3.276, DE 31/12/03 – DODF 06/01/04, QUE REGULAMENTA ESTE INCISO I DO ART. 22.

II - a administração é obrigada a fornecer certidão ou cópia autenticada de atos, contratos e convênios administrativos a qualquer interessado, no prazo máximo de trinta dias, sob pena de responsabilidade de autoridade competente ou servidor que negar ou retardar a expedição;

NOTA: VIDE LEI Nº 3.276, DE 31/12/03 – DODF 06/01/04, QUE REGULAMENTA ESTE INCISO II DO ART. 22.

III - é garantida a gratuidade da expedição da cédula de identidade pessoal;

NOVA REDAÇÃO - EMENDA A LEI ORGÂNICA Nº 19, DE 04 DE SETEMBRO DE 1997, PUBLICADA NO DODF DE 24.09.97

III - é garantida a gratuidade da expedição da primeira via da cédula de identidade pessoal;

IV - no processo administrativo, qualquer que seja o objeto ou procedimento, observar-se-ão, entre outros requisitos de validade, o contraditório, a ampla defesa e o despacho ou decisão motivados;

V - a publicidade dos atos, programas, obras, serviços e as campanhas dos órgãos e entidades da administração pública, ainda que não custeada diretamente pelo erário, obedecerá ao seguinte: ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, dela não podendo constar símbolos, expressões, nomes ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos; ser suspensa noventa dias antes das eleições, ressalvadas aquelas essenciais ao interesse público.

ACRESCENTADO O INCISO VI AO ART. 22 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

1. Realidade étnica, social, histórica, geográfica, cultura, política e econômica do Distrito Federal e da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE).....01

REALIDADE ÉTNICA, SOCIAL, HISTÓRICA, GEOGRÁFICA, CULTURA, POLÍTICA E ECONÔMICA DO DISTRITO FEDERAL E DA REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL (RIDE).

Visão histórica

A capital do Brasil foi primeiramente Salvador, depois se tornou o Rio de Janeiro e atualmente é Brasília no planalto central. A ideia de levar a capital para o planalto central, porém ocorreu bem antes da fundação de Brasília. Abaixo relatamos um quadro histórico sobre os fatos relevantes.

1761	Marques de Pombal menciona levar a capital para interior do país usando como justificativa a segurança nacional, visto ficar interiorizada longe da costa marítima.
1789	Na inconfidência mineira manifestou-se o desejo de interiorizar a capital levando-a para a cidade de Ouro Preto.
1823	Foi criado o congresso nacional. O deputado José de Bonifácio defendia veementemente a interiorização da capital. Neste mesmo ano José Bonifácio propõe o nome de “Brasília” para a nova capital.
1891	Foi promulgada a 1ª constituição republicana. Esta constituição determinou a transferência, a demarcação e reserva de uma área de 14.400 Km ² no planalto central para a fixação da capital do Brasil, oficializando assim a construção de Brasília.
1882	Foi encaminhada para o Planalto Central a Missão Crul que era uma missão exploradora do planalto central do Brasil com o objetivo de fazer um estudo técnico. A missão Crul estudou e demarcou a área para a futura construção da capital.
1922	Pedra Fundamental (Simplesmente um símbolo para anunciar que será construída a capital).
1946	Foi encaminhada outra missão exploradora denominada Missão Poli Coelho para atualizar os dados, visto que 1ª missão foi no século passado.
1956 - 1960	No governo do presidente JK a capital é transferida após sua construção parcial.

Fatos relevantes sobre JK referentes a construção da capital

1954 — Morte de Getúlio Vargas

1955 — Eleição de Juscelino Kubitschek (JK)

Após ser eleito JK aplicou o seu plano político que continha dois pilares, conforme a imagem abaixo:

Plano político de Juscelino Kubitschek (JK)	
PILAR POLÍTICO	PILAR ECONÔMICO
Defender a constituição	Lema para desenvolvimento: 50 anos em 5
Defender a democracia	Plano de 30 metas para o desenvolvimento
	Lançamento da Meta síntese (Construção de Brasília)

Dentro deste contexto foi lançada então a **Meta Síntese** que tratava da construção e transferência da capital para a Brasília.

Construção e interiorização da capital

Na construção da capital no interior do Brasil ocorreram migrações internas principalmente de nordestinos e isto resultou num crescimento desordenado na região.

Os seguintes fatores estavam envolvidos:

- 1 — Segurança nacional
- 2 — Interiorização do povoamento
- 3 — Integração nacional
- 4 — Interiorização do desenvolvimento (pecuária e agricultura)

A região do Distrito Federal e os arredores foram protagonistas dos fatos citados acima causando um grande impacto social e econômico.

Neste cenário JK colocou o seu plano de desenvolvimento e metas estabelecidas por meio da construção de rodovias, abertura para entrada de indústrias automobilísticas, etc. Esse foi um período marcado pelo grande desenvolvimento do Brasil em todos os aspectos.

Outros Fatos relevantes sobre a construção de Brasília

- Os trabalhadores na construção de Brasília eram conhecidos como “Candangos”;
- Participação da empresa pública NOVACAP na construção de Brasília;
- Os nomes chaves responsáveis pela construção de Brasília foram: Juscelino Kubitschek (Presidente do Brasil), Oscar Niemeyer (Projeto arquitetônico), Lúcio Costa (Projeto Urbanístico) e Israel Pinheiro (político e empresário).

Realocação populacional

Como foi relatado, Brasília foi construída por trabalhadores (candangos) vindos de outras regiões do Brasil (principalmente nordeste). Estes trabalhadores fixaram residência na região, portanto era necessário realoca-los, liberando assim a área construída do DF para a função política-administrativa.

Dentro deste contexto esta população foi alocada na periferia, nascendo então as Cidades Satélites, que inicialmente eram cinco núcleos habitacionais: Planaltina, Brazilândia, Taguatinga, Núcleo Bandeirante e Candangolândia.

Todos esses acontecimentos se deram antes da inauguração de Brasília, mas até hoje o governo do Distrito Federal adota uma política habitacional e urbana. Esta postura tem como objetivo preservar o plano piloto original da construção de Brasília com sua função política-administrativa.

Dentro deste cenário migratório, os municípios do entorno de Goiás e Minas Gerais também foram alvos da migração de contingentes populacionais, desta forma o DF e estes municípios ficaram com relações estabelecidas e dependentes um do outro.

Criação da RIDE-DF (Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno)

Ride na verdade é uma legislação que visa regulamentar aspectos jurídicos e administrativos desta realidade concreta de dependência social, espacial, econômica, cultural e política entre as partes, neste caso do DF e os municípios do entorno.

Vamos ver a imagem abaixo para solidificar o conceito de RIDE.

R	I	D	E
Região	Integrada (Conjunta)	Desenvolvimento	

Fatos relevantes sobre RIDE

- A RIDE-DF é a Rede Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno;
- A RIDE-DF é formada pelo DF + alguns municípios de Goiás e outros de Minas Gerais;
- As áreas de atuação da RIDE são: Transporte, saneamento básico, infraestrutura, saúde, segurança educação;
- Os municípios que pertencem a RIDE possuem prioridades na captação de recursos da UNIÃO;
- A legislação da RIDE foi criada em 1998 pela lei complementar No 94;
- A legislação da RIDE foi alterada em junho 2018 pela lei complementar 163 sancionada pelo presidente Michel Temer;
- Em 1998 a RIDE era formada pelo DF + 19 municípios de Goiás 2 de Minas Gerais;
- Após a alteração da lei em 2018 temos o DF + 29 municípios de Goiás 4 de Minas Gerais;
- Os 4 municípios de MG que fazem parte da RIDE são: Cabeceira Grande, Arinos, Buritis e Unaí, sendo que Cabeceira Grande e Arinos são inclusões recentes na RIDE;
- Existem outras RIDE pelo Brasil regulamentadas pela legislação;
- Há 3 RIDEs no BRASIL (1ª-DF e Entorno, 2ª Teresina e Timom, 3ª Juazeiro e Petrolina);
- A RIDE objeto do nosso estudo é a RIDE-DF e entorno;
- RIDE é diferente de Região Metropolitana.

Diferença entre RIDE e Região Metropolitana, segundo o quadro abaixo:

RIDE	REGIÃO METROPOLITANA
LEI FEDERAL	LEI ESTADUAL
2 OU MAIS UNIDADES FEDERATIVAS	TODOS OS MUNICIPIOS DO ESTADO

Geografia e política regional

O Distrito Federal possui a **área** de 5.801,9 km² e está localizado na região Centro-Oeste. As regiões limítrofes do DF são Planaltina de Goiás (Norte), Formosa (Nordeste e Leste), Minas gerais (Leste), Cristalina e Luziânia (Sul), Santo Antônio do Descoberto (Oeste e Sudoeste), Corumbá de Goiás (Oeste) e Padre Bernardo (Noroeste).

Abaixo relatamos um quadro de resumo geográfico e político-regional

Relevo	Planalto
Vegetação	Cerrado
Clima	Tropical
Horário	3 horas em relação a Greenwich (Inglaterra)
Rios Principais	Preto, Paranoá, São Bartolomeu e Santo Antônio do Descoberto
Governo do DF	Governador e câmara legislativa com 24 deputados

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
ENFERMEIRO OBSTETRA**

1. Processo de enfermagem.	01
2. Sistematização da Assistência em Enfermagem.	01
3. Biossegurança, prevenção e controle de riscos ocupacionais e de infecções hospitalares.	01
4. Administração em Enfermagem.	01
5. Dimensionamento de profissionais de enfermagem.	02
6. Fisiologia da gestação, parto e puerpério.	02
7. Farmacologia aplicada ao ciclo gravídico puerperal.	04
8. Assistência de Enfermagem no climatério, menopausa e esterilidade.	04
9. Assistência à saúde materna e perinatal baseada em evidências científicas.	04
10. Assistência de enfermagem ao pré-parto, parto e puerpério.	05
11. Intercorrências patológicas na gestação, parto e puerpério (hemorragias pós-parto e síndromes hemorrágicas na gestação, síndromes hipertensivas).	05
12. Processos infecciosos na gestação (trato urinário, vulvo-vaginites, infecções congênitas: sífilis, HIV, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose).	06
13. Reanimação neonatal.	07
14. Exames pré-natal de rotina avaliação e conduta.	07
15. Práticas de atenção ao risco obstétrico e neonatal baseadas em evidências científicas: assistência perinatal e morbimortalidade materna.	08
16. Assistência às urgências e emergências gerais, obstétricas e neonatais.	08
17. Assistência ao recém-nascido em sala de parto.	09
18. Alojamento conjunto espaço de cuidado e educação.	10
19. Incentivo ao aleitamento materno e do vínculo mãe-bebê.	10
20. Cuidados de enfermagem em triagem neonatal.	10
21. Método Canguru.	11
22. Assistência de enfermagem relacionada ao manuseio de hemocomponentes e hemoderivados.	11
23. Educação em saúde: educação popular em saúde e sua aplicação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde materno-infantil.	12
24. Conhecimentos relacionados ao Banco de Leite Humano.	12
25. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes/MS/2012.	12
26. Assistência à mulher em situação de abortamento e violência. Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento/MS/2011.	14
27. Assistência à mulher no planejamento familiar: Lei no 9.263/1996, que regulamenta o Planejamento Familiar.	15
28. Programa Nacional de Imunizações.	16
29. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).	16
30. Políticas públicas para a promoção da saúde materna e perinatal no Brasil: diretrizes nacionais para a assistência ao pré-natal e ao puerpério e as doenças sexualmente transmissíveis.	17
31. Legislação específica para a enfermagem em obstetrícia e técnicas obstétricas e relacionadas ao recém-nascido.	18
32. Requisitos técnicos de funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.	22
33. Rede Cegonha e publicações relacionadas: Lei no 11.108/2005	23
34. Lei no 11.634/2007.	23
35. Portaria GM/MS no 1.459/2011	23
36. Portaria GM/MS no 930/2012.	28
37. Portaria GM/MS no 1.020/2013	34
38. Portaria SAS/MS no 371/2014.	41
39. Portaria GM/MS no 11/2015).	43

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Definição: sistema racional de operação e planejamento do acolhimento em enfermagem. O PE orienta o reconhecimento dos potenciais ou reais problemas e urgências de saúde de um indivíduo (ou até mesmo de uma família ou comunidade), possibilitando que as intervenções sejam realizadas conforme as necessidades identificadas, definidas pela equipe de enfermagem e pela condição do paciente.

Objetivo: garantir que as deficiências do enfermo sejam sanadas na sua integralidade

Legislação: COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), conforme resolução nº 358/2009, artigo 2º.

Etapas do Processo de Enfermagem

I. Coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem: visa ao estabelecimento dos mais importantes pontos de constatação de qualquer provável diagnóstico, por meio da coleta apurada e íntegra dos dados constantes no histórico do paciente.

II. Diagnóstico de enfermagem: é o momento de interpretar e concluir as informações obtidas na primeira etapa; trabalho com os diagnósticos suspeitos e eventual descarte de acordo com a evolução sintomática. Deve-se considerar probabilidades de piora do estado de saúde do paciente ou até mesmo de risco de morte.

III. Planejamento: é a fase da previsão de resultados, na qual deve-se estabelecer uma estratégia de condutas ou intervenções de enfermagem que a serem realizadas em atenção às reações do indivíduo, família ou comunidade em uma determinada altura do ciclo saúde e doença, verificadas na fase anterior do PE.

IV. Implementação do processo ou assistência de enfermagem: é a etapa em que se coloca em prática as condutas e/ou intervenções definidas anteriormente.

V. Avaliação do processo de enfermagem: processo decidido, ordenado e regular de:

a) identificação de mudanças nas reações do indivíduo, família ou comunidade, em uma determinada altura do ciclo saúde e doença, para constatar se as condutas ou intervenções de enfermagem obtiveram o efeito previsto;

b) análise da necessidade de adequações ou mudanças nos estágios da assistência de enfermagem.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM

Definição: sistema elaborado com base na atuação do profissional de enfermagem do enfermeiro para qualificar o controle e a atenção no processo de enfermagem.

Diferenciação entre SAE e PE: enquanto o PE consiste em um mecanismo estabelecido conforme princípio científico, com objetivo de integrar racionalidade no cuidado, resumindo-se às cinco etapas vistas no tópico anterior, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um conceito mais amplo, abrangendo toda a organização integral do setor (expediente profissional quanto às técnicas, equipe e instrumentos), viabilizando a efetivação do Processo de Enfermagem.

BIOSSEGURANÇA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE RISCOS OCUPACIONAIS E DE INFECÇÕES HOSPITALARES

Infecção hospitalar (IH): perigo de contaminações relacionadas a distintas variantes epidemiológicas; possui três classificações: infecção por agente, infecção por hospedeiro e infecção por atividade ocupacional.

IH para o profissional de saúde: na interação com o ambiente de atuação, os profissionais da área de saúde estão constantemente expostos aos mais diversos agentes patógenos causadores de doenças.

IH para o paciente: todo e quaisquer tipos adquiridos após a sua chegada ao estabelecimento de saúde ou mesmo posteriormente sua dispensa.

Biossegurança: conjunto de medidas que constitui a biossegurança, visando à garantia de segurança nas atuações e intervenções.

Principais infecções com HIV (aids), HBV (hepatite B) e HCV (hepatite C): esses tipos contaminação devem levar em conta o risco de aquisição trabalhista sempre que se comprovar que houve contato direto com elemento infectante; sorologia negativa do trabalhador, feita com no máximo 15 dias pós a ocorrência; verificação de soro conversão no decorrer da assistência; inexistência de outros causadores de risco para a contaminação com o agente.

Medidas de controle e prevenção de infecções hospitalares (IH): usos de máscaras, avental, luvas, touca, óculos ou protetor facial; vacinação; ações diversas (programa periódico de vacinas) previstas e relatadas em documentações como o PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional) da unidade de saúde; isolamentos, instrução das famílias, acompanhantes e pessoas da assistência.

Principais cuidados em casos de exposição: cavidades com as áreas expostas devem ser imediatas; em caso de exposição percutânea, lavar abundantemente a área com água e sabão e aplicar solução antisséptica, como álcool a 70%, álcool a 70%, clorexidina ou PVP-1; após exposição em mucosas (respingos em olhos, nariz, boca e genitália), lavar abundantemente com água ou soro fisiológico; levar ao conhecimento do superior direto.

Riscos biológicos: sucedem-se por meio de micro-organismos que, ao entrar em contato com o ser humano, podem causar diversas doenças; são identificados por meio de análise da qualidade e do ambiente.

Principais riscos biológicos: vírus, fungos, bactérias, parasitas, protozoários, bacilos.

Classificação dos riscos biológicos: formas de propagação, virulência, patogenicidade, disponibilidades de tratamento e ações profiláticas eficientes, e, finalmente endemidade.

ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM

Definição: estruturação de um plano de ação e na associação de vários setores. Administração e liderança são atribuições elementares para eficiência na atuação do profissional de enfermagem, assim, além da função assistencialista, o enfermeiro exerce a prática da liderança em suas tarefas, acumulando responsabilidades administrativas.

Objetivos: assistir o paciente da melhor forma possível e de modo integral; elaborar rotinas e melhorar a experiência do paciente

Processo administrativo: é o instrumento por meio do qual se concretiza a Administração em Enfermagem. Esse processo é composto pelas práticas administrativas:

• **Planejamento:** é a principal função do processo administrativo e abrange definição de objetivos, resoluções e elaboração de planos. Na enfermagem, os principais métodos aplicados são: planejamento normativo ou tradicional e planejamento estratégico situacional (PES).

• **Organização:** disponibilização de recursos humanos e materiais, organograma e estrutura organizacional. A estrutura organizacional dos Serviços de Enfermagem (SE), deve considerar: seus objetivos e filosofia; a multiplicidade e o volume das tarefas desempenhadas; os mecanismos acessíveis; os atributos desejáveis da estrutura organizacional.

• **Direção:** liderança, instrução, ordenação, motivação e comunicação (incumbências interpessoais).

• **Controle:** empreendimento de medidas corretivas e de prevenção, acompanhamento dos processos, para verificar se o objetivo traçado está sendo cumprido.

DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Definição: metodologia sistemática cujo objetivo é prever o volume e a qualidade por divisão (técnicos de enfermagem e enfermeiros) demandada para suprir as exigências do cuidado em enfermagem do paciente.

Amparo legal: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; Fundamentação Legal do Exercício Profissional, Lei nº 5.905/73, Resolução COFEN nº 543/2017.

Componentes fundamentais:

a) serviço de enfermagem = equivalência de profissionais de enfermagem com formação superior e de nível médio e os padrões de avaliação da qualidade do atendimento e os índices de absenteísmo.

b) serviço de saúde = estruturas física e organizacional, porte, missão, política de colaboradores, tipos de programas e atividades, complexidade dos serviços, tecnologias acessíveis, entre outros aspectos institucionais, além das exigências e projetos prescritos pelo Ministério da Saúde.

c) paciente = Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), que se baseia no nível de dependência em relação ao pessoal de enfermagem e na vivência sociocultural.

Sistema de Classificação de Pacientes (SCP): método utilizado para Unidades Assistenciais Ininterruptas/Internação (UAI) e cujas categorias são, basicamente:

• paciente de cuidados mínimos (PCM)= paciente com estabilidade clínica e assistencial, com autossuficiência no que diz respeito aos cuidados essenciais.

• paciente de cuidados intermediários (PCI)= paciente com estabilidade clínica e assistencial, com nível médio de dependência da equipe de enfermagem para o auxílio das necessidades essenciais.

• paciente de cuidados de alta dependência (PCAD)= paciente em condição crônica, envolvendo o cuidado paliativo, com estabilidade clínica, todavia, com dependência integral dos cuidados da equipe de enfermagem para o auxílio das suas necessidades essenciais.

• paciente de cuidados semi-intensivos (PCSI)= paciente susceptível a instabilidade das funcionalidades básicas, com potencial de recuperação, que não apresenta iminente risco de morte, exigindo cuidados permanentes e especializados de natureza clínica e de enfermagem.

• paciente de cuidados intensivos (PCIt)= paciente em estado grave, porém, com expectativa de recuperação, que apresenta iminente risco de morte, susceptível à instabilidade das funcionalidades básicas, exigindo cuidados permanentes e especializados de natureza clínica e de enfermagem.

Cálculo do dimensionamento de pessoal: para as 24 horas de cada unidade de internação (UI), considera-se, além do SCP, as seguintes circunstâncias:

I. a proporção paciente e profissionais nos distintos períodos de atividade:

- cuidado mínimo: para cada 6 pacientes, 1 profissional de enfermagem

- cuidado intermediário: para cada 4 pacientes, 1 profissional de enfermagem

- cuidado de alta dependência e semi-intensivo: para 2,4, 1 profissional de enfermagem

- cuidado intensivo: para 1,33, 1 profissional de enfermagem

II. as horas de enfermagem, durante as 24 horas, por paciente:

- cuidado mínimo: 4 horas de enfermagem

- cuidado intermediário: 6 horas de enfermagem

- cuidado de alta dependência: 10 horas de enfermagem

- cuidado semi-intensivo: 10 horas de enfermagem

- cuidado intensivo: 18 horas de enfermagem

III. a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem, deve observar:

- cuidados mínimo e intermediário: 33% de enfermeiros e os demais, técnicos

- cuidado de alta dependência: 36% de enfermeiros e os demais, técnicos

- cuidado semi-intensivos: 42% de enfermeiros e os demais, técnicos

- cuidado intensivo: 52% de enfermeiros e os demais, técnicos

FISIOLOGIA DA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

Fisiologia da gestação: a maioria das modificações sofridas pelos sistemas e órgãos maternos durante a gestação tendem a retroceder posteriormente ao parto. Em comparação às gestações únicas, os casos de gestações múltiplas apresentam, normalmente, transformações são mais intensas.

Modificações no sistema renal= essas mudanças seguem junto às modificações do sistema cardiovascular, sendo:

- aumento da TFG: a taxa de filtração glomerular eleva-se de 30 a 50%, com auge entre as 16ª e 24ª semanas, reduzindo, ligeiramente, após esse período.

- aumento do fluxo plasmático renal.

- dilatação profunda dos ureteres: provocada pelos efeitos dos hormônios (progesterona, principalmente) e pela oclusão provocada pela pressão do útero dilatado nos ureteres (o que pode levar à hidronefrose). No pós-parto, pode levar até 12 semanas para que o sistema coletor urinário se recupere por completo.

- modificações na postura corporal também afetam a atividade renal

Sistema cardiovascular

- aumento do débito cardíaco: é principal modificação fisiológica da gestação; a partir da 6ª semana, o débito cardíaco se agrava cerca de 30 a 50%, atingindo pico entre as 16ª e 28ª semanas, e permanecendo nessa faixa até a 30ª semana. Em geral, o DC vai se atenuando levemente desde esse período, até o momento do parto.

- queda da pressão arterial: ocorre durante o 2º trimestre, sendo que a pressão de pulso se eleva.
- redução da resistência vascular sistêmica
- aumento da frequência de sopros funcionais e intensificação dos sons cardíacos
- presença de extrassístoles ventriculares e atriais.

Sistema gastrointestinal = conforme a gestação vai se desenvolvendo, ocorre a constipação, pois o útero aumentado comprime as porções inferiores do cólon e o reto. Outros dos principais efeitos são:

- redução do movimento gastrointestinal: provocado pelos elevados índices hormonais (progesterona) que debilitam a musculatura lisa.
- regularidade de eructações e pirose: decorrente do refluxo gastroesofágico e do esvaziamento gástrico.
- redução na produção de ácido clorídrico (HCl): o que reduz o risco de aparecimento de úlcera péptica durante a gestação e atenua a gravidade caso haja úlceras preexistentes.

Problemas hepatobiliares = o transporte de bile e a função hepática são sutilmente afetados pela gestação, causando um leve aumento de ocorrência de enfermidades na vesícula biliar. Os exames da atividade hepática normalmente são normais, porém, os níveis de fosfatase alcalina elevam progressivamente no 3º trimestre, podendo atingir valores 2 ou 3 vezes maiores durante o parto. Todavia, esse aumento não é decorrente da disfunção hepática, e, sim, da produção placentária da enzima.

Sistema hematológico = a anemia é a principal alteração hematológica durante a gestação; verifica-se o aumento de plasma, em cerca de 40% a 50%, e, equivalentemente, redução da massa eritrocitária, em torno de 20% a 30%. Como consequência da anemia gestacional, ocorre a hemodiluição.

Sistema respiratório = na gestação, ocorre aumento de 5% a 10% da capacidade inspiratória, com pico entre as 22ª e 24ª semanas. Há redução na resistência pulmonar, porém, a complacência pulmonar não apresenta modificações. Essas condições se dão por dois fatores principais:

- aumento do volume uterino: há os descolamentos da grade torácica (laterais e acima) e do diafragma, por cerca de 4cm acima. A atividade do diafragma torna-se maior, provocando também o aumento da quantidade de ar que entra e sai
- progesterona: a ação desse hormônio sobre o núcleo respiratório é responsável pela hiperventilação materna, um mecanismo defensor que evita que o feto esteja vulnerável a altos graus de dióxido de carbono

Sistema endócrino = a placenta gera hormônios que alteram a função de grande parte das glândulas endócrinas, pois a maioria desses hormônios em parte porque a placenta produz hormônios e porque a maioria desses hormônios transita sob a condição de proteínas ligadoras e tais proteínas se intensificam na gestação. Em síntese, a placenta produz:

- subunidade da gonadotropina coriônica humana (beta-hCG), um hormônio que previne a ovulação
- CRH, que estimula a produção materna de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), responsável pela produção de corticoides e pela produção placentária de progesterona, o que motiva a causa resistência insulínica e aumento da necessidade de insulina, do mesmo modo que o estresse gestacional, provavelmente, a elevação dos índices de lactogênio placentário humano. Por isso, grande parte das mulheres acometidas por diabetes gestacional adquirem outros tipos outras formas mais comuns do diabetes

- MSH (hormônio melanotrófico), que estimula o aumento da pigmentação da pele no período gestacional
- um hormônio semelhante ao TSH (estimulador da tireoide), que provoca o aumento de vascularização e hiperplasia

Sistema dermatológico = as elevações dos níveis de MSH, progesterona e estrogênio favorecem alterações pigmentares, que abrangem:

- escurecimento de axilas, genitais e aréola mamária
- linea nigra (faixa escurecida que surge na região média inferior do abdômen)
- melasma, também conhecida como máscara gravídica, manifesta-se por meio de manchas de pigmentação castanha que envolvem as proeminências malares e a testa

Fisiologia do parto: o trabalho de parto engloba as muitas evoluções corporais que se sucedem no decorrer da gestação, conduzindo à dilatação do colo uterino e à expulsão da criança para o ambiente externo. Os sinais iniciais são as contrações do útero, que vão se tornando cada vez mais intensas e frequentes. As contrações provocam as expulsões de bebê e placenta, e ocorrem por intermédio do hormônio chamado ocitocina. Em geral, o processo todo é segmentado em 4 períodos específicos:

- primeiro período: é a fase do encurtamento, ou apagamento, e da dilatação uterina, e se subdivide em duas partes: 1) fase latente: momentos iniciais do parto, que prossegue lentamente, tendo seu termo quando a dilatação do colo atinge 3cm; 2) fase ativa, que tem seu início quando dilatação do colo atinge 4cm, tendo seu termo com a dilatação total.
- segundo período: é o momento conhecido como “expulsivo”, por se tratar da fase da expulsão do bebê. Tem seu início com a dilatação total do útero.
- terceiro período: tem seu início logo após a completa expulsão da criança, e finaliza com a expulsão das membranas e descolamento e expulsão da placenta.
- quarto período: período de estabilização da mãe, portanto, dura entre 1 e 2 horas, tempo em que a mulher estará em observação, afim de constatar incidência hemorrágica.

Fisiologia do puerpério: o quadro inicial pós-parto exige repouso, pois, a puérpera encontra-se em estado de relaxamento, exaustão e possível sonolência. Outros aspectos dessa fisiologia estão relacionados abaixo:

- a) Leve aumento da temperatura axilar: ocorre nas primeiras 24 horas, porém, não atinge, necessariamente, índices febris ou de provável infecção - todavia, precisa ser observado, pois há a remota possibilidade de infecção puerperal, um processo altamente mórbido.
- b) Aumento do sistema cardiovascular: no período de uma hora após o parto, ocorre um crescimento do volume circulante, manifestado pela presença de sopro sistólico de hiperfluxo.
- c) Restabelecimento do padrão respiratório: ocorre também na primeira hora do pós-parto; o diafragma retoma algumas funções que estavam antes restritas pelo crescimento do abdômen.
- d) Descompressão do estômago e retorno das vísceras abdominais à sua condição original, e, conseqüentemente, esvaziamento gástrico.
- e) Agravamento das hemorroidas já presentes e dificuldade para o esvaziamento do intestino, por conta dos esforços empenhados no processo de expulsão. Se o parto foi cesariana, o quadro é de maior gravidade, devido ao íleo parálítico, provocado pelo manuseio do cômico abdominal.
- f) Traumas na uretra, causando retenção urinária e sensação de incômodo à micção.

- g) Aumento do volume urinário, devido à redistribuição dos líquidos corporais.
- h) Leucocitose, aumento na quantidade de plaquetas e do o nível de fibrinogênio.
- i) Queda de cabelos, ressecamento da pele e melhora no aspecto das estrias.
- j) Instabilidade emocional e alterações de humor. Crises de intensa apatia ou sintomas de psicose puerperal devem ser constatados previamente.
- k) Restabelecimento do endométrio, a partir do 25º dia pós-parto.
- l) A vagina apresenta edemas, além de atrofiamento e congestão, que permanecem até o 25º dia de puerpério.

FARMACOLOGIA APLICADA AO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

Regra geral: as puérperas, especialmente as que amamentam, precisam preservar-se do uso de quaisquer fármacos. Todavia, se o tratamento com drogas for indispensável, é importante considerar os fatores essenciais para decidir a respeito do uso de drogas para a mãe, segundo as ponderações relacionadas:

- a prescrição de determinada droga deve considerar a existência de comprovado benefício na circunstância para a qual se indica.
- optar por fármacos com menor potencial de excreção no leite materno.
- optar por drogas já autorizadas para uso em lactantes e recém-nascidos.
- optar pela terapia local (tópica), no lugar do tratamento parenteral ou oral, sempre que for viável
- planejar os horários de uso da droga pela mãe, prevenindo que o auge da droga no leite materno e no sangue coincida com os horários de amamentação.
- sempre que possível, optar por ministrações que contenham apenas uma droga.
- estudar a probabilidade de ministrar o fármaco diretamente na corrente sanguínea da lactante, se apresentar algum risco para a criança (ex.: tratamentos anticonvulsivos).
- instruir a mãe para que se observe a criança, a fim de verificar prováveis efeitos colaterais, como hábitos de sono, distúrbios gastrointestinais, alterações do padrão alimentar e tônus muscular.
- instruir a nutriz para separar seu leite antecipadamente e armazenar em congelador, para alimentar a criança, caso haja suspensão temporária, de acordo com as recomendações dos bancos de leite humano.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO, MENOPAUSA E ESTERILIDADE

I. DEFINIÇÕES

Climatério: transição da fase reprodutiva da mulher (menopausa) para a fase não reprodutiva (senilidade ou senescência). Ocorre entre os 40 e os 65 anos de idade, e é dividido em períodos:

- pré-menopausa: normalmente, tem início aos 40 anos, com a redução da fertilidade e ciclo menstrual inalterado
- perimenopausa: tem seu início dois anos antes da última menstruação prolonga-se por até um ano após, com modificações no sistema endócrino e ciclos menstruais irregulares

- pós-menopausa: inicia-se um ano depois da última menstruação e subdivide-se em:

- 1) precoce: acontece com até 5 anos do último período menstrual;
- 2) tardia: ocorre com mais de 5 anos

Menopausa: caracteriza-se pelo último ciclo menstrual da mulher e a pós-menopausa. Normalmente, dura dois anos.

Esterilidade: é a improdutividade, a incapacidade do homem ou da mulher de gerar espermatozoides ou óvulos (gametas) ou zigotos (junção de óvulos e espermatozoides) viáveis.

O papel do enfermeiro:

- estar munido e atualizado quando às informações sobre a saúde da mulher
- atuar como agente transformador, ocupando-se com a educação para a saúde
- promover abordagem interdisciplinar no atendimento à mulher climatérica, pois esse período é marcado por transformações não só fisiológicas, mas também culturais, sociais e relações familiares
- atenção humanizada
- promover ações educativas, que abranjam atenção à saúde, como troca de experiências, estímulo à autoestima e autovalorização da mulher climatérica, por meio do acesso às informações em assistência holística
- auxiliar a mulher climatérica na construção de um futuro de qualidade e poder de decisão sobre a fase que se enfrenta, diante de escolhas feitas a partir de conhecimentos de cunho social, e, principalmente, de ter acesso aos saberes científicos a respeito de sua condição
- buscar reduzir os impactos gerados pelo processo do climatério, repleto de incontáveis mudanças e instabilidades físicas e psicológicas

ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA E PERINATAL BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Definição: adotar evidências científicas no âmbito da saúde materna e perinatal implica na utilização dos melhores estudos sobre a eficiência e segurança de terapias, procedimentos, exames e demais intervenções.

Objetivos: auxiliar nas resoluções desse tipo de assistência e melhorar a experiência da mulher, bem como de sua família, no processo gestacional, no trabalho de parto e no período puerperal.

Dentre as principais resoluções desse método, estão:

- qualidade da assistência direcionada para as necessidades básicas da mulher, o que implica na mudança cultural dos serviços de saúde
- presenças de obstetras enfermeiras obstetras corroboram na formação de uma rede eficiente de cuidados
- qualificação, autonomia e reconhecimento dos profissionais
- a mulher deve ter sua participação em todo o processo garantida, bem como poder exercer sua autonomia de modo compartilhado, levando a um maior e melhor controle social, além das perspectivas no gênero e na discriminação
- qualidade da assistência direcionada para as necessidades básicas da mulher, o que implica na mudança cultural dos serviços de saúde
- ambiente cômodo e acolhedor, o que implica modificação da estrutura dos serviços de saúde

- observância à fisiologia do processo, o que implica na evolução da atividade profissional
- Lei (Lei nº 11.108/2005), que determina que a paciente conte com um acompanhante à sua escolha, para o momento do parto

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO

PRÉ-PARTO

- I. Encaminhamento da gestante ao CPN: assim que a paciente internada entra em trabalho de parto, os enfermeiros fazem a sua transferência para a central de parto normal.
- II. A paciente toma conhecimento, por parte dos enfermeiros, de toda a dinâmica e funcionamento do setor.
- III. Monitoramento das condições da paciente:
 - 1) realização da manobra de Leopold, que indica a posição do feto;
 - 2) ausculta dos batimentos cardíacos da criança;
 - 3) medição da dinâmica do útero (quantidade e duração das contrações no intervalo de dez minutos);
 - 4) toque vaginal e exame da bacia da paciente, a cada duas horas, para constatar se há passagem suficiente para o bebê;
 - 5) verificação dos sinais vitais da paciente: temperatura, aferição da pressão arterial, temperatura, quantidade de inspirações por minuto e batimentos cardíacos.

IV. Aplicação das boas práticas obstétricas, que são medidas de atenuação das dores, devidamente recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde: oferecimento de água e outros líquidos, como chá morno e suco; exercício em bola suíça para relaxamento; banho morno em pulverização nas posições sentada ou em pé; minimização da intensidade da luz no ambiente; musicoterapia conforme preferência da parturiente; massagens relaxantes na linha coluna cervical e na região da pelve; exercícios de deambulação e agachamento.

V. Cumprimento da lei do acompanhante (Lei nº 11.108/2005), que determina a permissão de um acompanhante à escolha da paciente.

VI. O Ministério da Saúde publicou, em 2011, a portaria nº 1.459, que instaurou no SUS (Sistema Único de Saúde) a Rede Cegonha, que aborda a aplicação das boas práticas obstétricas, instituindo uma cadeia de cuidados humanizados para a mulher, que começa no planejamento reprodutivo e a acompanha até o pós-parto.

PARTO

I. A parturiente pode optar pela posição que considera mais cômoda (quarto apoio, cócoras, decúbito dorsal, decúbito lateral esquerdo ou no banho de aspersão com água morna).

II. Instruções: a equipe de enfermagem auxilia o residente nas instruções quanto às diferentes posições e também orienta como e onde empenhar força sempre que sentir os involuntários empuxos.

III. Mecanismos subjacentes ao tratamento da dor: na dilatação e na expulsão do bebê, o nível da dor vivenciada pela parturiente difere do limite de dor de cada uma, e está condicionado a diversos fatores, como temperamento, psique, cultura e quaisquer possíveis distúrbios dentro da sanidade.

IV. Humanização: consiste em promover o respeito e o atendimento das necessidades da parturiente de forma particular, consentindo com sua cultura religiosa, suas dimensões psicológicas e, especialmente, suas particularidades de natureza fisiológica, incrementando o serviço com práticas de redução de incômodos físico e emocional, transmitindo confiança e proteção.

PÓS-PARTO

I. Primeiro contato: após verificado se o recém-nascido goza de boa vitalidade, a enfermeira preceptora do setor e o residente promovem o toque pele a pele entre mãe e filho.

II. Aleitamento: deve ser providenciado na primeira hora de vida.

III. Cordão umbilical: recomenda-se que o cordão tenha parado de pulsar, para somente assim oferecer ao acompanhante a honra de rompê-lo com a tesoura.

IV. Finalização da assistência: proceder o secundamento da placenta e a revisão do cabal de parto, além da sutura de alguma eventual laceração.

V. Assistência imediata do recém-nascido: na primeira hora de vida, realizar as devidas medições e demais procedimentos adequados.

VI. Assistência à puérpera: nas duas primeiras horas do pós-parto, realizar a monitoração dos sinais vitais, auxílio caso haja quaisquer sintomas de formação de coágulos e possíveis hemorragias.

INTERCORRÊNCIAS PATOLÓGICAS NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO (HEMORRAGIAS PÓS-PARTO E SÍNDROMES HEMORRÁGICAS NA GESTAÇÃO, SÍNDROMES HIPERTENSIVAS)

HEMORRAGIAS PÓS-PARTO

Principais causas:

- restos de placenta
- distúrbio hemorrágico
- perda do tônus nos músculos do útero

Principais sintomas:

- sangramento vaginal ininterrupto
- queda na pressão arterial
- desmaio
- aceleração cardíaca
- palidez

Tratamento:

- Medicação
- Massagem uterina
- remoção de tecidos da placenta (casos raros)
- Transfusão de sangue (casos raros)
- Histerectomia (casos raros)

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS NA GESTAÇÃO

Primeira metade da gestação

• abortamento: interrupção da gestação até a 20ª/22ª semana e com embrião de peso inferior a 500g. Causas: apesar de haver muitos motivos, na maioria das vezes, a causa é indeterminada. Diagnóstico: ultrassonografia e clínico. Assistência: testes sorológicos e de HIV; exames para especificação sanguínea; administração de imunoglobulina anti-D.

• gestação ectópica: desenvolvimento do conceito fora da cavidade do útero (o óvulo fertilizado pode implantar-se no colo uterino ou na cavidade abdominal ou do ovário). Sintomas: hipotensão arterial, torpor, palidez, taquicardia, agitação e choque. Causas: DIPA (doença inflamatória pélvica); DIU; > 35 anos; antecedente de