



OP-069MR-21

CÓD: 7908403502394

GOIATUBA

*PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIATUBA
ESTADO DE GOIÁS*

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

CONCURSO PÚBLICO Nº 002/2021

Conhecimentos Gerais

1. Temas relevantes de diversas áreas em evidência no mundo e no Brasil na atualidade: ciências físicas e biológicas, desenvolvimento sustentável, ecologia, energia, política, economia, sociedade, cultura, esportes, modalidades esportivas, olimpíadas, parolimpíadas, meio ambiente, tecnologia, educação, segurança, saúde, artes e literatura e suas vinculações históricas, relações internacionais e suas conexões com o contexto histórico. Epidemias	01
2. Vacinação	01
3. Migrações	04
4. Globalização	07
5. Democracia	10
6. Mundo do trabalho na atualidade	11
7. Desastres ambientais no Brasil contemporâneo	12
8. Mobilidade Urbana	35
9. Direitos Humanos	44
10. Atualidades econômicas, políticas e sociais do Estado de Goiás	46
11. História do estado de Goiás: o bandeirantismo e sociedade mineradora. Goiás nos séculos XIX e XX. Geografia de Goiás: regiões goianas. Patrimônio natural, cultural e histórico do estado de Goiás. Sítios arqueológicos em Goiás. Aspectos históricos, geográficos, econômicos e culturais do estado de Goiás	55
12. História, geografia e dados estatísticos do Município de Goiatuba (GO)	87

Língua Portuguesa

1. Leitura, compreensão e interpretação de texto	01
2. Coesão e Coerência Textual	10
3. Gêneros e Tipos textuais	01
4. Linguagem Denotativa e Conotativa	10
5. Pontuação	11
6. Acentuação Gráfica	12
7. Novo acordo ortográfico	13
8. Ocorrência da Crase	14
9. Encontros vocálicos: ditongo, tritongo e hiato	14
10. Divisão silábica. Classificação das palavras quanto ao número de sílabas. Classificação das palavras quanto à posição da sílaba tônica	16
11. Sinônimos, Antônimos, Parônimos e Homônimos	16
12. Figuras de Linguagem	16
13. Ortografia	18
14. Estrutura e Formação de palavras. Uso de substantivos, adjetivos, pronomes, preposições e conjunções	18
15. Tipos de sujeito. Tipos de predicados. Emprego de pessoas, modos e tempos verbais. Classificação das orações	26
16. Concordância nominal e verbal	28
17. Regência nominal e verbal	30
18. Colocação pronominal (próclise, ênclise e mesóclise)	31
19. Gênero, número e grau dos substantivos e adjetivos. Aposto. Vocativo. Conhecimentos de princípios normativos da língua. Transitividade verbal. Verbos regulares e irregulares	18
20. Vozes Verbais: ativa, passiva e reflexiva	25
21. Variedades linguísticas, formalidade e informalidade, formas de tratamento, propriedade lexical e adequação comunicativa	31
22. Emprego dos porquês	32

Conhecimentos sobre o SUS

1. Estrutura do Sistema Único de Saúde: Histórico, legislação fundamental e normas operacionais do sistema, princípios, estrutura administrativa e financeira, responsabilidades dos três níveis Federativos, perspectiva e desafios do sistema.	01
2. O Modelo de assistência no SUS: Níveis de assistência (primário, secundário e terciário), escopo da assistência: promoção da saúde, prevenção, terapêutica e reabilitação, estrutura em rede regionalizada e hierarquizada, responsabilidade sanitária, humanização do cuidado, características e funções da atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família, gestão da assistência e gestão da clínica, organização da rede de urgência e emergência, regulação da assistência, planejamento em saúde pública.	08
3. Pacto pela Saúde.	16
4. Política Nacional de Atenção Básica no SUS.	52
5. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.	73
6. Política Nacional de Humanização.	73
7. Epidemiologia: Epidemiologia no planejamento da assistência: Indicadores de saúde (conceitos, cálculo e interpretação).	78
8. Sistemas de informação do SUS e seu uso no planejamento.	87
9. Epidemiologia das doenças transmissíveis (cadeia causal e mecanismos de prevenção para as principais patologias transmissíveis no país).	93
10. Fundamentos de epidemiologia clínica (principais tipos de estudo e interpretação dos resultados).	96
11. Assistência suplementar. Regulação da assistência suplementar, tendências e perspectivas.	99
12. Constituição Federal 1988 (artigos 196 a 200).	101
13. Legislação: Lei nº 8.080/1990.	104
14. Decreto nº 7.508/2011.	112
15. Portarias de Consolidação do SUS.	115

Conhecimentos Específicos Agente Comunitário de Saúde (ACS)

1. Identificação, acolhimento e acompanhamento do indivíduo e comunidade: criança, adolescente, jovem, adulto, idoso, mulher, homem e grupos vulneráveis.	01
2. Vigilância epidemiológica: prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial.	56
3. Assistência, investigação e monitoramento de doenças e agravos de notificação compulsória – aids, cólera, tuberculose, leishmaniose visceral, dengue, Zika, Chikungunya, febre amarela, malária, doença de chagas, amebíase, tracoma, esquistossomose, sarampo, leptospirose, hantavirose, infecção pelo H1N1 e Corona vírus, tuberculose, hanseníase; agravos causados por animais peçonhentos.	79
4. Vigilância ambiental: saneamento básico; qualidade do ar, da água e dos alimentos para consumo humano. Ciclos dos agentes etiológicos; controle de vetores; desastres.	119
5. Programa Nacional de Imunizações.	125
6. Humanização da Atenção.	131
7. Regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias: Lei nº 11.350/2006; ...	135
8. Lei nº 2.400 de 18/12/2006 do Município de Goiatuba;	141
9. Política Nacional de Vigilância em Saúde .Lei nº 13.595/2018,	141
10. Política Nacional de Atenção Básica.	144

CONHECIMENTOS GERAIS

1. Temas relevantes de diversas áreas em evidência no mundo e no Brasil na atualidade: ciências físicas e biológicas, desenvolvimento sustentável, ecologia, energia, política, economia, sociedade, cultura, esportes, modalidades esportivas, olimpíadas, paralimpíadas, meio ambiente, tecnologia, educação, segurança, saúde, artes e literatura e suas vinculações históricas, relações internacionais e suas conexões com o contexto histórico. Epidemias	01
2. Vacinação.	01
3. Migrações	04
4. Globalização	07
5. Democracia	10
6. Mundo do trabalho na atualidade.	11
7. Desastres ambientais no Brasil contemporâneo	12
8. Mobilidade Urbana.	35
9. Direitos Humanos	44
10. Atualidades econômicas, políticas e sociais do Estado de Goiás	46
11. História do estado de Goiás: o bandeirantismo e sociedade mineradora. Goiás nos séculos XIX e XX. Geografia de Goiás: regiões goianas. Patrimônio natural, cultural e histórico do estado de Goiás. Sítios arqueológicos em Goiás. Aspectos históricos, geográficos, econômicos e culturais do estado de Goiás	55
12. História, geografia e dados estatísticos do Município de Goiatuba (GO).	87

TEMAS RELEVANTES DE DIVERSAS ÁREAS EM EVIDÊNCIA NO MUNDO E NO BRASIL NA ATUALIDADE: CIÊNCIAS FÍSICAS E BIOLÓGICAS, DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL, ECOLOGIA, ENERGIA, POLÍTICA, ECONOMIA, SOCIEDADE, CULTURA, ESPORTES, MODALIDADES ESPORTIVAS, OLIMPÍADAS, PARALIMPÍADAS, MEIO AMBIENTE, TECNOLOGIA, EDUCAÇÃO, SEGURANÇA, SAÚDE, ARTES E LITERATURA E SUAS VINCULAÇÕES HISTÓRICAS, RELAÇÕES INTERNACIONAIS E SUAS CONEXÕES COM O CONTEXTO HISTÓRICO. EPIDEMIAS

A importância do estudo de atualidades

Dentre todas as disciplinas com as quais concurseiros e estudantes de todo o país se preocupam, a de atualidades tem se tornado cada vez mais relevante. Quando pensamos em matemática, língua portuguesa, biologia, entre outras disciplinas, inevitavelmente as colocamos em um patamar mais elevado que outras que nos parecem menos importantes, pois de algum modo nos é ensinado a hierarquizar a relevância de certos conhecimentos desde os tempos de escola.

No, entanto, atualidades é o único tema que insere o indivíduo no estudo do momento presente, seus acontecimentos, eventos e transformações. O conhecimento do mundo em que se vive de modo algum deve ser visto como irrelevante no estudo para concursos, pois permite que o indivíduo vá além do conhecimento técnico e explore novas perspectivas quanto à conhecimento de mundo.

Em sua grande maioria, as questões de atualidades em concursos são sobre fatos e acontecimentos de interesse público, mas podem também apresentar conhecimentos específicos do meio político, social ou econômico, sejam eles sobre música, arte, política, economia, figuras públicas, leis etc. Seja qual for a área, as questões de atualidades auxiliam as bancas a peneirarem os candidatos e selecionarem os melhores preparados não apenas de modo técnico.

Sendo assim, estudar atualidades é o ato de se manter constantemente informado. Os temas de atualidades em concursos são sempre relevantes. É certo que nem todas as notícias que você vê na televisão ou ouve no rádio aparecem nas questões, manter-se informado, porém, sobre as principais notícias de relevância nacional e internacional em pauta é o caminho, pois são debates de extrema recorrência na mídia.

O grande desafio, nos tempos atuais, é separar o joio do trigo. Com o grande fluxo de informações que recebemos diariamente, é preciso filtrar com sabedoria o que de fato se está consumindo. Por diversas vezes, os meios de comunicação (TV, internet, rádio etc.) adaptam o formato jornalístico ou informacional para transmitir outros tipos de informação, como fofocas, vidas de celebridades, futebol, acontecimentos de novelas, que não devem de modo algum serem inseridos como parte do estudo de atualidades. Os interesses pessoais em assuntos deste cunho não são condenáveis de modo algum, mas são triviais quanto ao estudo.

Ainda assim, mesmo que tentemos nos manter atualizados através de revistas e telejornais, o fluxo interminável e ininterrupto de informações veiculados impede que saibamos de fato como estudar. Apostilas e livros de concursos impressos também se tornam rapidamente desatualizados e obsoletos, pois atualidades é uma disciplina que se renova a cada instante.

O mundo da informação está cada vez mais virtual e tecnológico, as sociedades se informam pela internet e as compartilham em velocidades incalculáveis. Pensando nisso, a editora prepara

mensalmente o material de atualidades de mais diversos campos do conhecimento (tecnologia, Brasil, política, ética, meio ambiente, jurisdição etc.) em nosso site.

Lá, o concurseiro encontrará um material completo com ilustrações e imagens, notícias de fontes verificadas e confiáveis, exercícios para retenção do conteúdo aprendido, tudo preparado com muito carinho para seu melhor aproveitamento. Com o material disponibilizado online, você poderá conferir e checar os fatos e fontes de imediato através dos veículos de comunicação virtuais, tornando a ponte entre o estudo desta disciplina tão fluida e a veracidade das informações um caminho certo.

Acesse: <https://www.apostilasopcao.com.br/retificacoes>
Bons estudos!

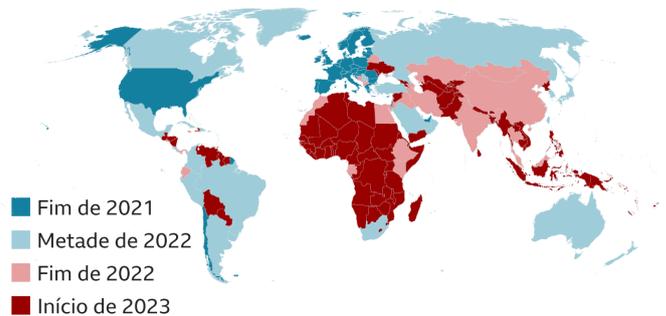
VACINAÇÃO

Quando se trata da vacina contra a covid-19, há uma pergunta que a maioria das pessoas está se fazendo - quando ela vai chegar a todos? Afinal, vacinar o mundo contra o novo coronavírus é uma questão de vida ou morte.

Alguns países definiram metas muito específicas, mas para o restante do mundo a imagem é muito menos clara, pois envolve processos científicos complicados, corporações multinacionais, promessas governamentais conflitantes e uma grande dose de burocracia e regulamentação. Não é nada simples.

Os países mais ricos lideram nas vacinações

Quando os países vão alcançar uma ampla cobertura de vacinação?



Fonte: The Economist Intelligence Unit, 1 Mar 2021



Quando vou receber a vacina?

No Brasil, a vacinação começou no fim de janeiro. Até agora, segundo a plataforma de dados Our World In Data, mais de 10 milhões de doses já foram administradas.

Mas uma grande parcela da população ainda falta ser vacinada.

Foram 5,05 doses por 100 habitantes. Já em Israel, o país com a maior taxa de vacinação do mundo, 106,5. No Chile, o país da América Latina que mais rapidamente tem vacinado sua população, essa taxa é de 32,09.

Em números absolutos, os Estados Unidos são o país que mais administrou doses de vacinas contra a covid-19, cerca de 98,2 milhões até agora.

Especialistas alertam que, em meio ao pior momento da pandemia, a única solução para o Brasil é a adoção de um confinamento mais rígido e a aceleração da vacinação.

Nos últimos dias, o Brasil vem batendo seguidos recordes de mortes diárias e, em muitos Estados, já não há mais leitos UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Eles dizem que o número alto de mortes pode ser explicado, principalmente, pela livre circulação de pessoas e por uma variante (P.1) do coronavírus mais transmissível e que, de acordo com estudos preliminares, causaria reinfecção naqueles que já tiveram a doença.

Em entrevista recente à BBC News Brasil, o biólogo e divulgador científico Átila Iamarino sugeriu que o Brasil deveria fazer “o que o restante do mundo fez: decretar um lockdown mais rígido e correr com a vacinação. Isso é o mínimo”.

Mas, sem uma estratégia a nível federal, acrescentam, esse objetivo dificilmente será cumprido.

“De que adianta um município ou um Estado decretar um confinamento se as pessoas de municípios ou Estados vizinhos continuarem circulando? Isso faz com que a localidade tenha todo o prejuízo econômico e político de confinar sua população, mas sem o sucesso que poderia ter se essa ação fosse coordenada. A falsa impressão é de que o esforço não funciona, quando, na verdade, ele está sendo sabotado a nível federal”, assinalou Iamarino.

“Por isso, digo que temos dois inimigos para enfrentar no Brasil. Um é a nova variante e o outro é a falta de estratégia do governo federal”.

“Como resultado, temos pronta a receita para que mais variantes perigosas surjam”, acrescentou Iamarino.

Confira o programa de distribuição está acontecendo em todo o mundo.

Lugar	Doses por 100 pessoas	Total de doses
Mundo	4,6	359.540.315
Estados Unidos	32,3	107.060.274
China	3,6	52.738.337
Índia	2,2	29.908.038
Reino Unido	38,6	25.781.120
Brasil	5,4	11.422.666
Turquia	13,0	10.992.095
Israel	108,3	9.374.827
Alemanha	10,6	8.863.270
Rússia	5,3	7.698.889
França	11,2	7.292.852
Itália	11,1	6.715.732
Chile	34,5	6.591.788
Emirados Árabes Unidos	66,1	6.540.912
Marrocos	15,4	5.682.508
Indonésia	2,0	5.480.346
Espanha	11,4	5.352.767

Ver menos

São Paulo entrega mais 3,3 milhões de doses da Coronavac ao Ministério da Saúde

O governo do estado de São Paulo entrega nesta segunda-feira (15) o maior lote da vacina Coronavac -- produzida pelo Instituto Butantan em parceria com o laboratório chinês Sinovac Biotech -- ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde. Ao todo, 20,6 milhões de doses já foram repassadas desde o início do acordo de distribuição, firmado em 17 de janeiro.

A remessa enviada nesta segunda-feira é a que contém a maior quantidade do imunizante, são 3,3 milhões de doses da vacina Coronavac prontas para aplicação. O acordo feito entre o estado e a União prevê o envio de 46 milhões de doses até o final de abril.

O mês de março já movimentou 7,1 milhão de doses de vacina em quatro lotes de envio. O Butantan entregou até a metade do mês um número muito maior de imunizante do que no mês de fevereiro, quando 4,85 milhões de doses foram distribuídas para a União.

O Instituto pretende enviar 22,7 milhões de doses ao governo federal até o final do mês para então finalizar a primeira etapa do acordo. Em abril o programa será complementado com as doses restantes necessárias para atingir 46 milhões. Em uma segunda etapa, o Butantan estuda formas de garantir o repasse de mais 54 milhões de doses até agosto deste ano, totalizando 100 milhões de doses.

Para garantir a distribuição de um dos principais imunizantes disponíveis no país, o Instituto Butantan ampliou o seu quadro de funcionários que trabalham no envasamento das vacinas. Segundo os responsáveis pelo órgão, a produção não foi interrompida e segue acelerada para garantir o abastecimento nacional. Em 4 de março foram recebidos 8,2 mil litros de IFA (Insumo Farmacêutico Ativo), o que significa que cerca de 14 milhões de doses foram produzidas.

Calendário de entrega das vacinas até o momento:

17/01 - 6 milhões
 22/01 - 900 mil
 29/01 - 1,8 milhão
 5/02 - 1,1 milhão
 23/02 - 1,2 milhão
 24/02 - 900 mil
 25/02 - 453 mil
 26/02 - 600 mil
 28/02 - 600 mil
 03/03 - 900 mil
 08/03 - 1,7 milhão
 10/03 - 1,2 milhão
 15/03 - 3,3 milhões

Previsão até 30/4 - 46 milhões (total jan - abril)

Fonte: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/15/sao-paulo-entregou-20-6-milhoes-de-doses-da-coronavac-ao-governo-federal>

Itália, Espanha e mais: veja os países que suspenderam o uso da vacina de Oxford

Quinze países da Europa já anunciaram a suspensão do uso da vacina desenvolvida pela farmacêutica AstraZeneca em parceria com a universidade de Oxford contra a Covid-19. A medida foi tomada após a imunização ser relacionada à formação de coágulos sanguíneos, o que é negado pela AstraZeneca.

Portugal foi o último país a entrar nesse grupo que já conta com Espanha, Itália, Alemanha, França, Holanda, Dinamarca, Noruega, Bulgária, Irlanda, Áustria, Estônia, Lituânia, Luxemburgo e Letônia.

Segundo a autoridade nacional de saúde de Portugal, a decisão foi tomada após relatos de aparecimento de coágulos sanguíneos em pessoas vacinadas.

“As autoridades de saúde portuguesas decidiram hoje suspender o uso da vacina AstraZeneca contra a Covid-19 por razões de precaução e saúde pública”, diz o comunicado.

Em uma coletiva de imprensa realizada nesta segunda-feira (15), a ministra da Saúde da Espanha, Carolina Darias, anunciou que a suspensão durará duas semanas no país. A agência reguladora da Itália, a AIFA, também suspendeu o uso da vacina contra Covid-19 de Oxford/AstraZeneca “como precaução”.

“A AIFA decidiu estender a proibição do uso da vacina AstraZeneca Covid-19 em todo o país como medida de precaução e temporariamente, enquanto se aguarda as decisões da EMA. A decisão foi tomada em linha com medidas semelhantes adotadas por outros países europeus”, disse a agência italiana em nota.

Outros países

Mais cedo, França e Alemanha também anunciaram a suspensão do uso da vacina da AstraZeneca, enquanto o Reino Unido disse que continuará usando a vacina.

O ministro da saúde alemão, Jens Spahn, que inicialmente defendia a segurança da vacina, disse que o país suspenderia a aplicação do imunizante por precaução, após relatos de casos de coágulos sanguíneos em pessoas vacinadas na Dinamarca e na Noruega.

Também em entrevista coletiva, o presidente da França, Emmanuel Macron, afirmou que o país suspendeu o uso do imunizante e confirmou que pretende retomar a imunização assim que o conselho do EMA permitir.

Holanda, Dinamarca, Noruega, Bulgária e Irlanda já haviam interrompido o uso do imunizante, na contramão da orientação da EMA, que disse nesta segunda que os benefícios da vacina ultrapassam qualquer potencial risco.

A agência disse que fará uma reunião de emergência nesta quinta-feira (18) para aconselhar sobre “quaisquer ações subsequentes que precisem ser tomadas”.

No domingo (14), o laboratório afirmou que conduziu uma análise com 17 milhões de pessoas vacinadas na União Europeia e no Reino Unido e não encontrou evidências de risco aumentado de trombose ou embolia pulmonar em nenhum grupo de idade, gênero, lote ou nacionalidade.

Ele descobriu que, desses milhões de pessoas, ocorreram 15 eventos de trombose venosa profunda (TVP) e 22 eventos de embolia pulmonar relatados após a vacinação; menor do que o número que seria esperado ocorrer naturalmente dentro desse tamanho de população.

Antes, a Áustria, a Estônia, a Lituânia, Luxemburgo e a Letônia haviam suspendido o uso de um lote específico da vacina da AstraZeneca depois que um vacinado foi diagnosticado com trombose múltipla.

Fonte: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/15/apos-suspeitas-de-coagulos-paises-da-europa-suspendem-uso-da-vacina-de-oxford>

Instituto Butantan prepara 80 mi de doses para reforçar vacinação contra gripe

Em meio à vacinação contra a Covid-19 em todo o país, o Instituto Butantan, em São Paulo, organiza a entrega de outra vacina: a da influenza. Oitenta milhões de doses do imunizante contra o vírus da gripe estão sendo preparadas.

É importante lembrar que quem receber a dose da vacina da gripe não está imune ao coronavírus. Ainda assim, é de extrema importância receber o imunizante porque o organismo fica imune contra os vírus da gripe.

Por conta da pandemia de Covid-19, o Ministério da Saúde dividiu a campanha de vacinação contra a influenza em três fases. A primeira acontecerá em abril, onde os idosos receberão os imunizantes.

A segunda etapa da campanha será voltada àqueles que têm doenças crônicas e algumas categorias profissionais. A terceira e última fase será no restante da população.

Fonte: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/03/16/instituto-butantan-prepara-80-mi-de-doses-para-reforcar-vacina-cao-contra-gripe>

Suspensa em 13 países, Luxemburgo e Suécia interrompem uso da vacina AstraZeneca

Suécia e Luxemburgo se juntaram a uma lista crescente de países que suspenderam o uso da vacina AstraZeneca contra a Covid-19 devido a preocupações com possíveis efeitos colaterais.

O Ministério da Saúde sueco decidiu suspender as vacinações da AstraZeneca enquanto o medicamento é investigado pela Agência Europeia de Medicamentos e seu equivalente sueco, confirmou um assessor de imprensa da pasta.

Nesta terça-feira, (16) Luxemburgo também anunciou que decidiu “suspender temporariamente” a vacinação com a vacina AstraZeneca.

“Esta é uma medida de precaução, enquanto se aguarda o resultado dos testes da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) em uma série de problemas de sangue que ocorreram em pessoas vacinadas com a vacina AstraZeneca”, disse o governo de Luxemburgo em um comunicado.

“A vacina Covid-19 será suspensa em Luxemburgo até que a avaliação do comitê de segurança da EMA (PRAC) seja concluída. A decisão de hoje diz respeito às vacinações iniciais e de acompanhamento. A avaliação da EMA é esperada ainda esta semana”, disse o comunicado.

Orientação anterior da EMA disse que os benefícios da injeção superam quaisquer riscos potenciais e o número de pessoas que desenvolveram coágulos sanguíneos após a vacinação não parece ser maior do que na população em geral.

Veja os países europeus que suspenderam a vacina AstraZeneca como medida de precaução:

- Dinamarca
- Noruega
- Islândia
- Bulgária
- Irlanda
- Países Baixos
- Alemanha
- Itália
- França
- Espanha
- Portugal
- Suécia
- Luxemburgo

Fonte: <https://www.cnnbrasil.com.br/internacional/2021/03/16/suspensa-em-13-paises-vacina-da-astrazeneca-e-descartada-em-luxemburgo-e-suecia>

MIGRAÇÕES

O termo Migração refere-se ao deslocamento de pessoas de um lugar para outro. Migrar é trocar de país, estado, região ou até mesmo de domicílio.

O processo de migrar faz da pessoa um imigrante ou emigrante. Emigrante é o indivíduo que sai de seu local de origem com destino a outro lugar. O imigrante por sua vez, é o indivíduo que entra em um determinado local para viver nele.

Fatores migratórios

Os fluxos migratórios estão associados a diferentes aspectos vivenciados no local de origem do indivíduo e sua expectativa de melhoria no local de destino, sob a influência de fatores de atração e repulsão agindo conjuntamente.

Os fatores de atração estão associados ao potencial que as características que o lugar de destino possui, criando no pensamento das pessoas a ideia que a vida em determinada localidade seria melhor, mais fácil ou de maior qualidade. Boas oportunidades de emprego, estudo e tratamentos de saúde são exemplos de fatores de atração.

Os fatores de repulsão estão associados ao local de origem e são criados a partir de um grupo de acontecimentos ou características dominantes nesta localidade que tornam a vida mais difícil, conduzindo a população à decisão de migrar. Má remuneração, desastres naturais, guerras, fome, perseguição religiosa, étnica e cultural são exemplos de fatores de repulsão.

Tipos de migração

Além de ocorrer por inúmeros motivos, as migrações podem ter diferentes características. A partir dessa premissa, é possível dividir a migração em tipos de acordo com a variável que está sendo analisada.

Há três variáveis para se classificar os tipos de migração:

- O espaço de deslocamento;
- O tempo de permanência do migrante;
- Como se deu a forma de migração.

Considerando o espaço de deslocamento do migrante tem-se:

Migração Internacional

Ocorre quando o migrante se desloca de seu país de origem para outro país.

Migração Interna

Ocorre quando o migrante se desloca dentro do mesmo país. Pode ser subdividida em:

- Migração inter-regional: Quando ocorre deslocamento do migrante de uma região para outra;
- Migração intra-regional: Quando ocorre deslocamento do indivíduo dentro da mesma região.

Considerando o tempo de duração da migração, tem-se:

Migração Permanente

Ocorre quando o indivíduo não tem planos de retornar à região da qual saiu, pelo menos não em curto prazo.

Migração Temporária

Ocorre quando o migrante já sabe que sua estadia no local de destino é temporária e seu retorno é certo e tem data marcada. Esse tipo de migração pode ser subdividida em:

Migração Pendular: Ocorre em um curtíssimo prazo, quando o migrante retorna no mesmo dia para sua residência. Esse tipo de migração costuma ocorrer entre os núcleos urbanos principais e as cidades-dormitório localizadas em torno;

Migração Sazonal: Ocorre em uma época específica do ano. Pode estar atrelada a atividades turísticas ou estudantis, mas a maior parcela está relacionada às atividades agrárias, como a colheita de produtos resultantes do agronegócio.

De acordo com a forma como seu deu a migração, tem-se:

Migração Espontânea

Ocorre quando o migrante planeja, espontaneamente, migrar do seu local de origem para outra região, seja por motivos de diversas naturezas.

Migração Forçada

Quando o migrante ou a população migrante não tem escolha e precisa se mudar para garantir a sobrevivência.

Esse é o caso dos refugiados, pessoas que saíram de seu país de origem por medo de serem perseguidas por motivos de raça, religião, nacionalidade, opinião política ou participação em grupos sociais, e que por isso, não podem retornar para suas casas.

Desafios encontrados pelos migrantes

Ao chegar em seu local de destino, muitas vezes, o migrante terá que passar por diversos desafios para se integrar a uma nova comunidade. Saudade de sua terra e das pessoas queridas, adaptação ao local e cultura novos, costumes distintos e, em muitos casos, uma língua diferente.

Em muitos casos, os migrantes ainda são obrigados a lidar com a hostilidade dos indivíduos que vivem ali. Muitos migrantes sofrem com o racismo, a xenofobia e diversas outras formas de discriminação, principalmente se forem pobres e com baixa qualificação.

Vistos pela sociedade local com desconfiança, os migrantes recebem a culpa por todo o tipo de problema que possa acontecer como: crises econômicas, desemprego e aumento da criminalidade.

Dessa forma, muitas vezes os migrantes são criminalizados e são vítimas do abuso por parte das autoridades locais.

Fonte: <https://querobolsa.com.br/enem/geografia/migracao>

Migrações aumentam produtividade e salários nas economias avançadas

Grandes ondas de imigração aumentam a produção e a produtividade nas economias avançadas no curto e médio prazos, apontando para ganhos dinâmicos significativos para a economia como um todo”, pode ler-se no capítulo quatro das Perspetivas Económicas Mundiais, hoje divulgadas pelo FMI.

Segundo cálculos do FMI, “a produção aumenta cerca de 1% ao quinto ano”, sendo que dois terços deste aumento se devem “ao aumento da produtividade no trabalho”, e o terço restante “ao aumento do emprego”.

Os resultados do FMI “sugerem que os ganhos agregados da imigração materializam-se muito rapidamente, mesmo com fluxos potencialmente disruptivos”, sendo que a “resposta imediata da produtividade no trabalho aponta para a existência de ganhos dinâmicos significativos pela imigração, mesmo no curto prazo”.

Outras das conclusões apontadas no estudo são que “a migração aumenta o PIB mundial, em particular ao aumentar a produtividade”, e que “os rendimentos médios ‘per capita’ [por pessoa] dos nativos aumentam à medida que as suas competências são complementadas com as dos migrantes”.

Segundo o documento, “à medida que os migrantes entram no mercado de trabalho, os nativos vão para outras funções que, em muitos casos, requerem competências linguísticas e comunicativas avançadas, ou a prestação de funções mais complexas”.

“Assim, quando os imigrantes vão para funções que têm pouca oferta, os nativos aumentam as suas competências, gerando a ganhos gerais, para toda a economia, devido à especialização”, complementa o artigo do FMI.

O artigo do FMI assinala também que “as remessas do estrangeiro aumentam o rendimento ‘per capita’ nos países de origem, ajudando a contrariar os potenciais efeitos negativos da emigração”, apesar de os ganhos económicos da imigração para as economias em desenvolvimento “não parecerem produzir ganhos rápidos semelhantes” ao que acontece nas desenvolvidas.

Nas economias desenvolvidas, onde se encontram, por exemplo, as da zona euro (incluindo Portugal), o Reino Unido ou os Estados Unidos, “medidas ativas no mercado de trabalho, gastos em formação e educação para adultos, e políticas direcionadas à integração de migrantes poderiam potenciar os ganhos macroeconómicos da imigração”.

Outra das conclusões do artigo dos economistas da instituição sediada em Washington é que “os fluxos de migração são moldados pela demografia na origem e pelos níveis de rendimentos na origem e no destino”, e que os “conflitos são um importante fator de migração entre economias em desenvolvimento”, cujos “custos são grandes”.

O FMI indica ainda que num cenário base, “a percentagem de migrantes entre 2020 e 2050 é praticamente estável, pouco acima dos 3% da população mundial”, mas a migração de economias em desenvolvimento para economias desenvolvidas “continua a aumentar para cerca de 16% da população total das economias avançadas”, sobretudo devida ao aumento de população nos países de origem.

Num cenário que aborda as alterações climáticas, estas são considerado como um fator de pressões migratórias “modestas”, mas menos evidenciadas na África subsaariana, em que o aumento das temperaturas “tem efeito particularmente negativo nos rendimentos, piorando a ‘armadilha da migração’ [impossibilidade de emigrar por motivos económicos] e reduzindo as pressões de migração extrarregionais”, aumentando as internas.

O FMI aponta ainda à necessidade de “cooperação internacional” para abordar “largas vagas de migração de refugiados, especialmente nas economias em desenvolvimento”, e apela à consideração da “dimensão distributiva” dos fluxos, dado que a imigração “pode afetar, pelo menos temporariamente, alguns grupos” dos países que recebem as pessoas.

Fonte: <https://www.noticiasaoiminuto.com/economia/1512788/migracoes-aumentam-produtividade-e-salarios-nas-economias-avancadas>

Covid-19 deve afetar o futuro das migrações internacionais

A pandemia de Covid-19 trouxe muitas incertezas sobre o futuro próximo. Além das consequências sociais e económicas, muita gente se pergunta se poderá voltar a viajar como antes, já que a difusão do coronavírus ocorreu, justamente, por causa da circulação de pessoas. Contudo, para o embaixador do Brasil na França, ainda que seja um obstáculo temporário, a epidemia não deverá frear o curso da globalização.

LÍNGUA PORTUGUESA

1. Leitura, compreensão e interpretação de texto	01
2. Coesão e Coerência Textual	10
3. Gêneros e Tipos textuais	01
4. Linguagem Denotativa e Conotativa	10
5. Pontuação	11
6. Acentuação Gráfica	12
7. Novo acordo ortográfico	13
8. Ocorrência da Crase	14
9. Encontros vocálicos: ditongo, tritongo e hiato	14
10. Divisão silábica. Classificação das palavras quanto ao número de sílabas. Classificação das palavras quanto à posição da sílaba tônica.	16
11. Sinônimos, Antônimos, Parônimos e Homônimos	16
12. Figuras de Linguagem	16
13. Ortografia	18
14. Estrutura e Formação de palavras. Uso de substantivos, adjetivos, pronomes, preposições e conjunções	18
15. Tipos de sujeito. Tipos de predicados. Emprego de pessoas, modos e tempos verbais. Classificação das orações.	26
16. Concordância nominal e verbal	28
17. Regência nominal e verbal	30
18. Colocação pronominal (próclise, ênclise e mesóclise).	31
19. Gênero, número e grau dos substantivos e adjetivos. Aposto. Vocativo. Conhecimentos de princípios normativos da língua. Transitividade verbal. Verbos regulares e irregulares	18
20. Vozes Verbais: ativa, passiva e reflexiva	25
21. Variedades linguísticas, formalidade e informalidade, formas de tratamento, propriedade lexical e adequação comunicativa	31
22. Emprego dos porquês	32

LEITURA, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS. GÊNEROS E TIPOS TEXTUAIS

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 barrapitada, a gente botou o governador no hospital por três dias.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A forma de argumentação mais empregada na redação acadêmica é o *silogismo*, raciocínio baseado nas regras cartesianas, que contém três proposições: *duas premissas*, maior e menor, e a *conclusão*. As três proposições são encadeadas de tal forma, que a conclusão é deduzida da maior por intermédio da menor. A premissa maior deve ser universal, emprega *todo*, *nenhum*, *pois alguns* não caracteriza a universalidade. Há dois métodos fundamentais de raciocínio: a *dedução* (silogística), que parte do geral para o particular, e a *indução*, que vai do particular para o geral. A expressão formal do método dedutivo é o silogismo. A dedução é o caminho das 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 reconstruiria todo se as partes estivessem organizadas, devidamente combinadas, seguida uma ordem de relações necessárias, funcionais, então, o relógio estaria reconstruído.

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

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

Entre os vários processos de exposição de ideias, a definição é um dos mais importantes, sobretudo no âmbito das ciências. A definição científica ou didática é denotativa, ou seja, atribui às palavras seu sentido usual ou consensual, enquanto a conotativa ou metafórica emprega palavras de sentido figurado. Segundo a lógica tradicional aristotélica, a definição consta de três elementos:

- o termo a ser definido;
- o gênero ou espécie;
- a diferença específica.

O que distingue o termo definido de outros elementos da mesma espécie. Exemplo:

Na frase: O homem é um animal racional classifica-se:



Elemento espécie diferença
a ser definido específica

É muito comum formular definições de maneira defeituosa, por exemplo: *Análise é quando a gente decompõe o todo em partes*. Esse tipo de definição é gramaticalmente incorreto; *quando* é advérbio de tempo, não representa o gênero, a espécie, *a gente* é forma coloquial não adequada à redação acadêmica. Tão importante é saber formular uma definição, que se recorre a Garcia (1973, p.306), para determinar os “requisitos da definição denotativa”. Para ser exata, a definição deve apresentar os seguintes requisitos:

- o termo deve realmente pertencer ao gênero ou classe em que está incluído: “*mesa é um móvel*” (classe em que ‘*mesa*’ está realmente incluída) e não “*mesa é um instrumento ou ferramenta ou instalação*”;

CONHECIMENTOS SOBRE O SUS

1. Estrutura do Sistema Único de Saúde: Histórico, legislação fundamental e normas operacionais do sistema, princípios, estrutura administrativa e financeira, responsabilidades dos três níveis Federativos, perspectiva e desafios do sistema.	01
2. O Modelo de assistência no SUS: Níveis de assistência (primário, secundário e terciário), escopo da assistência: promoção da saúde, prevenção, terapêutica e reabilitação, estrutura em rede regionalizada e hierarquizada, responsabilidade sanitária, humanização do cuidado, características e funções da atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família, gestão da assistência e gestão da clínica, organização da rede de urgência e emergência, regulação da assistência, planejamento em saúde pública.	08
3. Pacto pela Saúde.	16
4. Política Nacional de Atenção Básica no SUS.	52
5. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.	73
6. Política Nacional de Humanização.	73
7. Epidemiologia: Epidemiologia no planejamento da assistência: Indicadores de saúde (conceitos, cálculo e interpretação).	78
8. Sistemas de informação do SUS e seu uso no planejamento.	87
9. Epidemiologia das doenças transmissíveis (cadeia causal e mecanismos de prevenção para as principais patologias transmissíveis no país).	93
10. Fundamentos de epidemiologia clínica (principais tipos de estudo e interpretação dos resultados).	96
11. Assistência suplementar. Regulação da assistência suplementar, tendências e perspectivas.	99
12. Constituição Federal 1988 (artigos 196 a 200).	101
13. Legislação: Lei nº8.080/1990.	104
14. Decreto nº 7.508/2011.	112
15. Portarias de Consolidação do SUS.	115

ESTRUTURA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRICO, LEGISLAÇÃO FUNDAMENTAL E NORMAS OPERACIONAIS DO SISTEMA, PRINCÍPIOS, ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA, RESPONSABILIDADES DOS TRÊS NÍVEIS FEDERATIVOS, PERSPECTIVA E DESAFIOS DO SISTEMA

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

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

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

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

Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

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

Ministério da Saúde

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

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

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

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

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

Conselhos de Saúde

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

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

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

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

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

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

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

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

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

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

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

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

Responsabilidades dos entes que compõem o SUS União

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

Estados e Distrito Federal

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

Municípios

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

História do sistema único de saúde (SUS)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Princípios do SUS

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

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

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

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

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

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

Principais leis

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

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

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

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

Responsabilização Sanitária

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

Responsabilização Macrossanitária

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

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

Responsabilização Microssanitária

É determinante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade. Para isso, as unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adstrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessá-

rios 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 intersectorialidade, com a convocação de outros setores sociais e governamentais para que considerem parâmetros sanitários, ao construir suas políticas públicas específicas, possibilitando a realização de ações conjuntas.

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

Competências municipais na vigilância em saúde

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

Desafios públicos, responsabilidades compartilhadas: A legislação brasileira – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e legislação sanitária, incluindo as Leis n.º 8.080/1990 e 8.142/1990 – estabelece prerrogativas, deveres e obrigações a todos os governantes. A Constituição Federal define os gastos mínimos em saúde, por esfera de governo, e a legislação sanitária, os critérios para as transferências intergovernamentais e alocação de recursos financeiros. Essa vinculação das receitas objetiva preservar condições mínimas e necessárias ao cumprimento das responsabilidades sanitárias e garantir transparência na utilização dos recursos disponíveis. A responsabilização fiscal e sanitária de cada gestor e servidor público deve ser compartilhada por todos os entes e esferas governamentais, resguardando suas características, atribuições e competências.

O desafio primordial dos governos, sobretudo na esfera municipal, é avançar na transformação dos preceitos constitucionais e legais que constituem o SUS em serviços e ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza cotidianamente em cada estabelecimento, equipe e prática sanitária.

É preciso inovar e buscar, coletiva e criativamente, soluções novas para os velhos problemas do nosso sistema de saúde. A construção de espaços de gestão que permitam a discussão e a crítica, em ambiente democrático e plural, é condição essencial para que o SUS seja, cada vez mais, um projeto que defenda e promova a vida.

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

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

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

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

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

Níveis de Gestão do SUS

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

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

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

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pela dicção dos arts. 196 e 198 da CF, podemos afirmar que somente a 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

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)

1. Identificação, acolhimento e acompanhamento do indivíduo e comunidade: criança, adolescente, jovem, adulto, idoso, mulher, homem e grupos vulneráveis.	01
2. Vigilância epidemiológica: prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial.	56
3. Assistência, investigação e monitoramento de doenças e agravos de notificação compulsória – aids, cólera, tuberculose, leishmaniose visceral, dengue, Zika, Chikungunya, febre amarela, malária, doença de chagas, amebíase, tracoma, esquistossomose, sarampo, leptospirose, hantavirose, infecção pelo H1N1 e Corona vírus, tuberculose, hanseníase; agravos causados por animais peçonhentos.	79
4. Vigilância ambiental: saneamento básico; qualidade do ar, da água e dos alimentos para consumo humano. Ciclos dos agentes etiológicos; controle de vetores; desastres.	119
5. Programa Nacional de Imunizações.	125
6. Humanização da Atenção.	131
7. Regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias: Lei nº 11.350/2006; ...	135
8. Lei nº 2.400 de 18/12/2006 do Município de Goiatuba;	141
9. Política Nacional de Vigilância em Saúde .Lei nº 13.595/2018,	141
10. Política Nacional de Atenção Básica.....	144

IDENTIFICAÇÃO, ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO DO INDIVÍDUO E COMUNIDADE: CRIANÇA, ADOLESCENTE, JOVEM, ADULTO, IDOSO, MULHER, HOMEM E GRUPOS VULNERÁVEIS

Saúde da Mulher

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

São as que mais frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade. A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico.

Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social. Dentro da perspectiva de buscar compreender essa imbricação de fatores que condicionam o padrão de saúde da mulher, este documento analisa, sob o enfoque de gênero, os dados epidemiológicos extraídos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e de documentos elaborados por instituições e pessoas que trabalham com esse tema. 10 11 Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres.

Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007

Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes.

Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais.

Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (COSTA, 1999) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à re- 16 17 produção, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991). As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina

Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população. Posteriormente, a literatura vem demonstrar que determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte (OPAS, 2000). Com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher.

As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida.

Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica:

Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas.

Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define 18 19 o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios” (BRASIL, 2001).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2003d).

O nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo. O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Segundo os autores, embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher.

Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual (CORREA; PIOLA, 2002).

Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST:

- fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;
 - ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS. Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde:
 - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;
 - garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;
 - ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;
 - estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes:
 - construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; – qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;
 - organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência; – fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal; – elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo
 - qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
 - apoiar a expansão da rede laboratorial; – garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;
 - melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna
 - Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual:
 - organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;
 - articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids
 - promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.
- Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina:
- prevenir as DST e a infecção pelo HIV/aids entre mulheres;
 - ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e aids. Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina:

– organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama;

- garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia;
- oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/ câncer invasor. Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:

melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS;

– qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; – incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais. Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério:

– ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres no climatério na rede SUS. Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade:

– incluir a abordagem às especificidades da atenção a saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS; – incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS. Promover a atenção à saúde da mulher negra:

– melhorar o registro e produção de dados; – capacitar profissionais de saúde; – implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; – incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde ;

– estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra.

Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade:

– implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal;

– introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde.

Promover a atenção à saúde da mulher indígena:

– ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids nessa população:

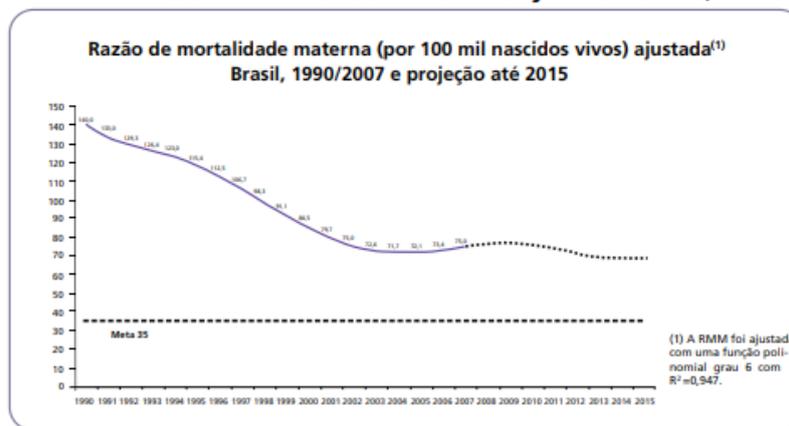
– ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias. Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres:

– promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher, no âmbito do SUS;

Atenção ao Pré natal de Baixo Risco

O Brasil tem registrado redução na mortalidade materna desde 1990. Naquele ano, a razão de mortalidade materna (RMM) corrigida era de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV), enquanto em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil NV, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade. A melhoria na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade), que permite maior registro dos óbitos maternos, possivelmente contribuiu para a estabilidade da RMM observada nos últimos anos da série (gráfico 1).

Gráfico 1 – Razão de mortalidade materna ajustada: Brasil, 1990/2007



Fonte: DASIS/SVS/MS.

Para atingir a meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deverá apresentar RMM igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil NV até 2015, o que corresponde a uma redução de três quartos em relação ao valor estimado para 1990.

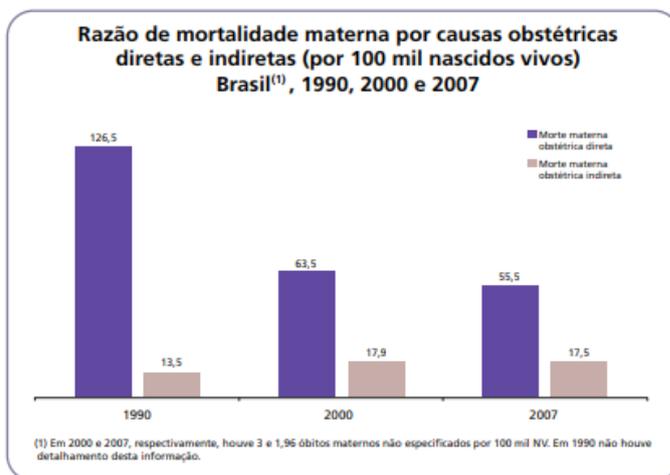
A queda da morte materna se deve fundamentalmente à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas.

As mortes maternas podem ser classificadas como obstétricas diretas ou indiretas. As mortes diretas resultam de complicações surgidas durante a gravidez, o parto ou o puerpério (período de até 42 dias após o parto), decorrentes de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma cadeia de eventos associados a qualquer um desses fatores.

As mortes indiretas decorrem de doenças preexistentes ou que se desenvolveram durante a gestação e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gestação, como problemas circulatórios e respiratórios. A mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56% desde 1990 até 2007, enquanto aquela por causas indiretas aumentou 33%, de 1990 a 2000, e se manteve estável de 2000 a 2007.

O aumento verificado entre 1990 e 2000 foi um reflexo da melhoria nas investigações de óbitos suspeitos de decorrência de causas indiretas. Em 1990, a mortalidade por causas diretas era 9,4 vezes superior à mortalidade por causas indiretas. Esta relação reduziu-se para 3,5 vezes em 2000 e 3,2 vezes em 2007 (gráfico 2)

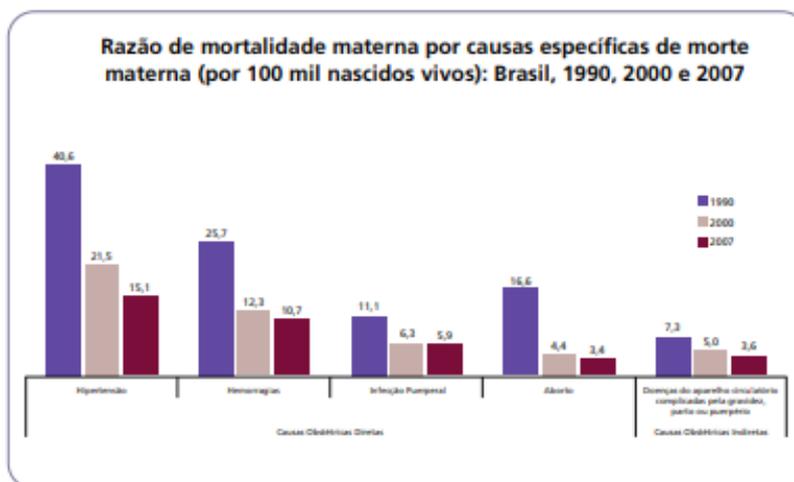
Gráfico 2 – Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas: Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: DASIS/SVS/MS .

Os óbitos maternos por hipertensão foram reduzidos em 62,8%; por hemorragia, 58,4%; por infecções puerperais, 46,8%; por aborto, 79,5%; e por doenças do aparelho circulatório complicadas pela gravidez, pelo parto e pelo puerpério, 50,7% (gráfico 3). Mas ainda é preocupante a proporção de jovens que morrem por causas obstétricas. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), entre 1990 e 2007, a mortalidade materna na adolescência (de 10 a 19 anos) variou entre 13% a 16% do total de óbitos maternos (BRASIL, 2010, p. 93). A gravidez na adolescência constitui um grande desafio para os formuladores e gestores de políticas públicas do País.

Gráfico 3 – Razão de mortalidade materna por causas específicas de morte materna: Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: SIM – CGIAE/DASIS/SVS/MS .

Iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, associadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assim como os impactos da regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos podem estar relacionados aos avanços observados na redução das mortes por causas obstétricas diretas. Contudo, as taxas por causas diretas ainda são elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde. O alcance da meta proposta no âmbito deste Objetivo de Desenvolvimento do Milênio dependerá, assim, da implementação mais efetiva das ações de saúde voltadas para a redução da mortalidade materna no Brasil.

A importância da Assistência ao Pré Natal

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência pré-natal (grau de recomendação B). Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos (grau de recomendação B). Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas (porém, com maior ênfase para o conteúdo de cada uma delas) em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos (grau de recomendação A). Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos (grau de recomendação A). As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo (grau de recomendação D). Não existe alta do pré-natal.

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas.

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.

A atividade de organizar as ações de saúde na Atenção Básica, orientadas pela integralidade do cuidado e em articulação com outros pontos de atenção, impõe a utilização de tecnologias de gestão que permitam integrar o trabalho das equipes das UBS com os profissionais dos demais serviços de saúde, para que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária.

Neste sentido, a integralidade deve ser entendida como a capacidade de: o integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais das equipes de forma a produzir um efeito potencializador para suas ações; o integrar a demanda espontânea e a demanda programada, considerando-se a existência e o acúmulo dos diversos programas nacionais estruturados por diferentes áreas técnicas, e respeitar a demanda imediata da população, componente essencial para a legitimação dessas equipes; o integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos; o ser um espaço de articulação social, a fim de localizar e buscar articular instituições setoriais e extrasetoriais dentro de seu território de atuação. Mesmo antes que a gestante acesse a UBS, a equipe deve iniciar a oferta de ações em saúde referentes à linha de cuidado materno-infantil.

A equipe precisa conhecer ao máximo a população adscrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo.

É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde.

Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal. Neste contexto, as equipes de atenção básica devem se responsabilizar pela população de sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.

Assim, a partir da avaliação da necessidade de cada usuária e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica etc.).

Deve ser garantido às gestantes, conforme a organização locoregional da linha de cuidado materno-infantil. Isso se torna possível por meio da pactuação das formas de referência e contrarreferência entre a Rede de Atenção Básica e as demais redes assistenciais e a partir da garantia de acesso aos equipamentos do sistema de saúde (exames de imagem e laboratoriais, consultas e procedimentos especializados, internação hospitalar, medicamentos, vacinas etc.).

Para cada localidade, então, deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral.

Por exemplo: definição do local onde serão realizados os diversos exames complementares, solicitados conforme avaliação da equipe e de acordo com os protocolos clínicos locais; qual será o hospital de referência para a realização do parto das gestantes dessa localidade e para o encaminhamento das urgências/emergências obstétricas e intercorrências clínicas/obstétricas; onde será realizado o pré-natal de alto risco, entre outros detalhes. Em situações de urgência/emergência, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) pode ser solicitado e deve atender às necessidades das gestantes e dos recém-natos de nossa população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio de centrais de regulação médica. O médico regulador poderá dar um conselho, uma orientação ou até deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e todos os equipamentos de uma UTI, inclusive equipamentos para atendimento ao neonato, a depender da necessidade de cada caso.

Estados e municípios, portanto, necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, garantindo-se os seguintes elementos:

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)

2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.

3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”.

5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.