



CÓD: OP-008JL-21  
7908403507337

# FUNSAÚDE-CE

*FUNDAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ*

Psicólogo- Área Hospitalar

**EDITAL N° 01, DE 24 DE JUNHO DE 2021**

## **Língua Portuguesa**

1. Elementos De Construção Do Texto E Seu Sentido: Gênero Do Texto (Literário E Não Literário, Narrativo, Descritivo E Argumentativo); Interpretação E Organização Interna . . . . .	01
2. Semântica: Sentido E Emprego Dos Vocábulo; Campos Semânticos . . . . .	10
3. Emprego De Tempos E Modos Dos Verbos Na Língua Portuguesa.morfologia: Reconhecimento, Emprego E Sentido Das Classes Gramaticais; Processos De Formação De Palavras; Mecanismos De Flexão Dos Nomes E Verbos . . . . .	11
4. Sintaxe: Frase, Oração E Período; Termos Da Oração; Processos De Coordenação E Subordinação . . . . .	18
5. Concordância Nominal E Verbal . . . . .	20
6. Transitividade E Regência De Nomes E Verbos. . . . .	22
7. Padrões Gerais De Colocação Pronominal Na Língua Portuguesa . . . . .	23
8. Mecanismos De Coesão Textual . . . . .	23
9. Ortografia . . . . .	24
10. Acentuação Gráfica. . . . .	25
11. Emprego Do Sinal Indicativo De Crase . . . . .	25
12. Pontuação . . . . .	26
13. Estilística: Figuras De Linguagem . . . . .	27
14. Reescritura De Frases: Substituição, Deslocamento, Paralelismo. . . . .	29
15. Variação Linguística: Norma Padrão . . . . .	30

## **Raciocínio Lógico**

1. Proposições, Conectivos, Equivalências Lógicas, Quantificadores E Predicados. Conjuntos E Suas Operações, Diagramas. Estrutura Lógica De Relações Arbitrárias Entre Pessoas, Lugares, Objetos Ou Eventos Fictícios; Dedução De Novas Informações Das Relações Fornecidas E Avaliação Das Condições Usadas Para Estabelecer A Estrutura Das Relações. Compreensão E Análise Da Lógica De Uma Situação, Utilizando As Funções Intelectuais: Raciocínio Verbal, Raciocínio Matemático, Raciocínio Sequencial, Reconhecimento De Padrões, Orientação Espacial E Temporal, Formação De Conceitos, Discriminação De Elementos . . . . .	01
2. Números Inteiros, Racionais E Reais E Suas Operações. . . . .	25
3. Porcentagem . . . . .	35
4. Proporcionalidade Direta E Inversa . . . . .	37
5. Medidas De Comprimento, Área, Volume, Massa E Tempo . . . . .	38
6. Compreensão De Dados Apresentados Em Gráficos E Tabelas. Noções De Estatística: Média, Moda, Mediana E Desvio Padrão . . . . .	40
7. Problemas De Lógica E Raciocínio. . . . .	44
8. Problemas De Contagem E Noções De Probabilidade . . . . .	45
9. Geometria Básica: Ângulos, Triângulos, Polígonos, Distâncias, Proporcionalidade, Perímetro E Área . . . . .	51

## **Atualidades**

1. Meio ambiente e sociedade: problemas, políticas públicas, organizações não governamentais, aspectos locais e aspectos globais. . . . .	01
2. Descobertas e inovações científicas na atualidade e seus impactos na sociedade contemporânea. . . . .	10
3. Mundo Contemporâneo: elementos de política internacional e brasileira; cultura internacional . . . . .	16
4. Cultura brasileira (música, literatura, artes, arquitetura, rádio, cinema, teatro, jornais, revistas e televisão) . . . . .	33
5. Elementos de economia internacional contemporânea . . . . .	37
6. Panorama da economia brasileira. . . . .	44
7. Ética e cidadania. . . . .	50
8. Relações humanas no trabalho. . . . .	56

## **Legislação**

1. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes, estrutura e organização; políticas de saúde. Estrutura e funcionamento das instituições e suas relações com os serviços de saúde . . . . .	01
2. Níveis progressivos de assistência à saúde . . . . .	07
3. Políticas públicas do SUS para gestão de recursos físicos, financeiros, materiais e humanos . . . . .	08
4. Sistema de planejamento do SUS: estratégico e normativo . . . . .	16
5. Direitos dos usuários do SUS . . . . .	26
6. Participação e controle social . . . . .	32
7. Ações e programas do SUS. . . . .	34
8. Legislação básica do SUS . . . . .	36
9. Política Nacional de Humanização. . . . .	38

## **Conhecimentos Específicos Psicólogo - Área Hospitalar**

1. Política de Saúde Mental: reforma psiquiátrica no Brasil. Nova lógica assistencial em saúde mental: superação do modelo asilar. . . . .	01
2. Processo de trabalho nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. . . . .	03
3. Reabilitação psicossocial. Rede de serviços de proteção e atenção. . . . .	05
4. Clínica da subjetividade, compreensão do sofrimento psíquico, interdisciplinaridade. . . . .	08
5. Garantia dos direitos de cidadania aos portadores de sofrimento psíquico. . . . .	09
6. Urgência e emergência em saúde mental: atenção à crise e aos serviços psicossociais. . . . .	10
7. Inserção dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no contexto político de redemocratização do país e nas lutas pela revisão dos marcos conceituais das formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental. Bases legais de sustentação para o credenciamento e financiamento dos CAPS pelo SUS. . . . .	27
8. Características e estratégias de atuação dos CAPS, residências terapêuticas, projeto terapêutico singular, acolhimento, clínica ampliada e matriciamento. Projeto terapêutico singular, apoio matricial, clínica ampliada. . . . .	35
9. Visitas domiciliares e outras formas de busca do paciente. . . . .	43
10. Os modelos de atenção. . . . .	44
11. Desafios para o fortalecimento da psicologia no SUS: a produção referente à formação e à inserção profissional. . . . .	45
12. NASF e ESF. . . . .	48
13. O papel do psicólogo na articulação entre Saúde e Assistência Social. . . . .	60
14. Fundamentos da psicopatologia geral. . . . .	62
15. Teorias e técnicas psicoterápicas. Teorias psicológicas e técnicas psicoterapêuticas. . . . .	63
16. Teorias da personalidade. . . . .	63
17. Assistência integral às pessoas em situação de risco: violência contra a criança, adolescente, mulher, idoso e família. . . . .	64
18. Desenvolvimento humano e suas fases. . . . .	79
19. Envelhecimento e subjetividade. . . . .	117
20. Teoria das neuroses, psicoses, perversões e seus desdobramentos. Clínica das neuroses e das psicoses. Álcool, tabagismo, crack, outras drogas e redução de danos. . . . .	118
21. Psicodiagnóstico. . . . .	133
22. Fundamentos das intervenções grupais. Grupo operativo: conceito, fenômenos do grupo, singularidades das relações grupais, enquadramento, metodologia, intervenções e manejo. . . . .	134
23. Psicodinâmica do trabalho. Psicologia na saúde do trabalhador. . . . .	135
24. Elaboração de parecer e laudo psicológico. Elaboração e registro de documentos psicológicos. . . . .	135

## **Conteúdo Digital Complementar e Exclusivo**

### **Legislação**

1. Constituição Federal de 1988 - Título VIII - artigo 194 a 200 . . . . .	01
2. Lei nº 8.142/90 (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências) . . . . .	03
3. Lei nº 8.080/90 (dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências) . . . . .	05
4. RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 (dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os Serviços de Saúde) . . . . .	13
5. Resolução CNS nº 553/2017 (dispõe sobre a carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde) . . . . .	17
6. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 (institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências) . . . . .	21

*Prezado Candidato, para estudar o conteúdo digital complementar e exclusivo,  
acesse: <https://www.apostilasopcao.com.br/retificacoes>*

---

## LÍNGUA PORTUGUESA

---

1. Elementos De Construção Do Texto E Seu Sentido: Gênero Do Texto (Literário E Não Literário, Narrativo, Descritivo E Argumentativo); Interpretação E Organização Interna. . . . .	01
2. Semântica: Sentido E Emprego Dos Vocábulo; Campos Semânticos . . . . .	10
3. Emprego De Tempos E Modos Dos Verbos Na Língua Portuguesa.morfologia: Reconhecimento, Emprego E Sentido Das Classes Gramaticais; Processos De Formação De Palavras; Mecanismos De Flexão Dos Nomes E Verbos . . . . .	11
4. Sintaxe: Frase, Oração E Período; Termos Da Oração; Processos De Coordenação E Subordinação . . . . .	18
5. Concordância Nominal E Verbal . . . . .	20
6. Transitividade E Regência De Nomes E Verbos. . . . .	22
7. Padrões Gerais De Colocação Pronominal Na Língua Portuguesa . . . . .	23
8. Mecanismos De Coesão Textual . . . . .	23
9. Ortografia . . . . .	24
10. Acentuação Gráfica. . . . .	25
11. Emprego Do Sinal Indicativo De Crase . . . . .	25
12. Pontuação . . . . .	26
13. Estilística: Figuras De Linguagem . . . . .	27
14. Reescritura De Frases: Substituição, Deslocamento, Paralelismo. . . . .	29
15. Variação Linguística: Norma Padrão . . . . .	30

**ELEMENTOS DE CONSTRUÇÃO DO TEXTO E SEU SENTIDO: GÊNERO DO TEXTO (LITERÁRIO E NÃO LITERÁRIO, NARRATIVO, DESCRITIVO E ARGUMENTATIVO); INTERPRETAÇÃO E ORGANIZAÇÃO INTERNA**

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:

<b>TEXTO NARRATIVO</b>	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
<b>TEXTO DISSERTATIVO ARGUMENTATIVO</b>	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.
<b>TEXTO EXPOSITIVO</b>	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.
<b>TEXTO DESCRITIVO</b>	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.
<b>TEXTO INJUNTIVO</b>	Oferece instruções, com o objetivo de orientar o leitor. Sua maior característica são os verbos no modo imperativo.

#### Gêneros textuais

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

Alguns exemplos de gêneros textuais:

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

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

## ARGUMENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:

*A é igual a B.*

*A é igual a C.*

*Então: C é igual a A.*

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

Outro exemplo:

*Todo ruminante é um mamífero.*

*A vaca é um ruminante.*

*Logo, a vaca é um mamífero.*

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

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

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

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

**Tipos de Argumento**

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

**Argumento de Autoridade**

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

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

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

**Alex José Periscinoto.**

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

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

### **Argumento de Quantidade**

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

### **Argumento do Consenso**

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

### **Argumento de Existência**

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

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

### **Argumento quase lógico**

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

Um texto coerente do ponto de vista lógico é mais facilmente aceito do que um texto incoerente. Vários são os defeitos que concorrem para desqualificar o texto do ponto de vista lógico: fugir do tema proposto, cair em contradição, tirar conclusões

que não se fundamentam nos dados apresentados, ilustrar afirmações gerais com fatos inadequados, narrar um fato e dele extrair generalizações indevidas.

### **Argumento do Atributo**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Uso sem delimitação adequada de palavra de sentido tão amplo, que serve de argumento para um ponto de vista e seu contrário. São noções confusas, como paz, que, paradoxalmente,

te, 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 apresadas ou infundadas. A “simples inspeção” é a ausência de análise ou análise superficial dos fatos, que leva a pronunciamentos subjetivos, baseados nos sentimentos não ditados pela razão.

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

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

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

---

## RACIOCÍNIO LÓGICO

---

1. Proposições, Conectivos, Equivalências Lógicas, Quantificadores E Predicados. Conjuntos E Suas Operações, Diagramas. Estrutura Lógica De Relações Arbitrárias Entre Pessoas, Lugares, Objetos Ou Eventos Fictícios; Dedução De Novas Informações Das Relações Fornecidas E Avaliação Das Condições Usadas Para Estabelecer A Estrutura daquelas Relações. Compreensão E Análise Da Lógica De Uma Situação, Utilizando As Funções Intelectuais: Raciocínio Verbal, Raciocínio Matemático, Raciocínio Sequencial, Reconhecimento De Padrões, Orientação Espacial E Temporal, Formação De Conceitos, Discriminação De Elementos . . . . .	01
2. Números Inteiros, Racionais E Reais E Suas Operações. . . . .	25
3. Porcentagem . . . . .	35
4. Proporcionalidade Direta E Inversa . . . . .	37
5. Medidas De Comprimento, Área, Volume, Massa E Tempo . . . . .	38
6. Compreensão De Dados Apresentados Em Gráficos E Tabelas. Noções De Estatística: Média, Moda, Mediana E Desvio Padrão . . . . .	40
7. Problemas De Lógica E Raciocínio. . . . .	44
8. Problemas De Contagem E Noções De Probabilidade . . . . .	45
9. Geometria Básica: Ângulos, Triângulos, Polígonos, Distâncias, Proporcionalidade, Perímetro E Área . . . . .	51

**PROPOSIÇÕES, CONECTIVOS, EQUIVALÊNCIAS LÓGICAS, QUANTIFICADORES E PREDICADOS. CONJUNTOS E SUAS OPERAÇÕES, DIAGRAMAS. ESTRUTURA LÓGICA DE RELAÇÕES ARBITRÁRIAS ENTRE PESSOAS, LUGARES, OBJETOS OU EVENTOS FICTÍCIOS; DEDUÇÃO DE NOVAS INFORMAÇÕES DAS RELAÇÕES FORNECIDAS E AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES USADAS PARA ESTABELECEER A ESTRUTURA DAQUELAS RELAÇÕES. COMPREENSÃO E ANÁLISE DA LÓGICA DE UMA SITUAÇÃO, UTILIZANDO AS FUNÇÕES INTELECTUAIS: RACIOCÍNIO VERBAL, RACIOCÍNIO MATEMÁTICO, RACIOCÍNIO SEQUENCIAL, RECONHECIMENTO DE PADRÕES, ORIENTAÇÃO ESPACIAL E TEMPORAL, FORMAÇÃO DE CONCEITOS, DISCRIMINAÇÃO DE ELEMENTOS**

### RACIOCÍNIO LÓGICO MATEMÁTICO

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

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

### RACIOCÍNIO LÓGICO DEDUTIVO

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

### ORIENTAÇÕES ESPACIAL E TEMPORAL

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

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

- Lógica sequencial
- Calendários

### RACIOCÍNIO VERBAL

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

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

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

- A – Verdadeiro (A afirmação é uma consequência lógica das informações ou opiniões contidas no trecho)
- B – Falso (A afirmação é logicamente falsa, consideradas as informações ou opiniões contidas no trecho)
- C – Impossível dizer (Impossível determinar se a afirmação é verdadeira ou falsa sem mais informações)

### ESTRUTURAS LÓGICAS

Precisamos antes de tudo compreender o que são proposições. Chama-se proposição toda sentença declarativa à qual podemos atribuir um dos valores lógicos: verdadeiro ou falso, nunca ambos. Trata-se, portanto, de uma sentença fechada.

Elas podem ser:

• **Sentença aberta:** quando não se pode atribuir um valor lógico verdadeiro ou falso para ela (ou valorar a proposição!), portanto, não é considerada frase lógica. São consideradas sentenças abertas:

- Frases interrogativas: Quando será prova? - Estudou ontem? – Fez Sol ontem?
- Frases exclamativas: Gol! – Que maravilhoso!
- Frase imperativas: Estude e leia com atenção. – Desligue a televisão.

- Frases sem sentido lógico (expressões vagas, paradoxais, ambíguas, ...): “esta frase é falsa” (expressão paradoxal) – O cachorro do meu vizinho morreu (expressão ambígua) –  $2 + 5 + 1$

• **Sentença fechada:** quando a proposição admitir um ÚNICO valor lógico, seja ele verdadeiro ou falso, nesse caso, será considerada uma frase, proposição ou sentença lógica.

**Proposições simples e compostas**

• **Proposições simples** (ou atômicas): aquela que **NÃO** contém nenhuma outra proposição como parte integrante de si mesma. As proposições simples são designadas pelas letras latinas minúsculas p,q,r, s..., chamadas letras proposicionais.

• **Proposições compostas** (ou moleculares ou estruturas lógicas): aquela formada pela combinação de duas ou mais proposições simples. As proposições compostas são designadas pelas letras latinas maiúsculas P,Q,R, R..., também chamadas letras proposicionais.

**ATENÇÃO:** TODAS as **proposições compostas são formadas por duas proposições simples.**

**Proposições Compostas – Conectivos**

As proposições compostas são formadas por proposições simples ligadas por conectivos, aos quais formam um valor lógico, que podemos vê na tabela a seguir:

OPERAÇÃO	CONECTIVO	ESTRUTURA LÓGICA	TABELA VERDADE															
Negação	~	Não p	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>~p</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> </tr> </table>	p	~p	V	F	F	V									
p	~p																	
V	F																	
F	V																	
Conjunção	^	p e q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p ^ q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p ^ q	V	V	V	V	F	F	F	V	F	F	F	F
p	q	p ^ q																
V	V	V																
V	F	F																
F	V	F																
F	F	F																
Disjunção Inclusiva	v	p ou q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p v q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p v q	V	V	V	V	F	V	F	V	V	F	F	F
p	q	p v q																
V	V	V																
V	F	V																
F	V	V																
F	F	F																
Disjunção Exclusiva	∨	Ou p ou q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p ∨ q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p ∨ q	V	V	F	V	F	V	F	V	V	F	F	F
p	q	p ∨ q																
V	V	F																
V	F	V																
F	V	V																
F	F	F																
Condicional	→	Se p então q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p → q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> </table>	p	q	p → q	V	V	V	V	F	F	F	V	V	F	F	V
p	q	p → q																
V	V	V																
V	F	F																
F	V	V																
F	F	V																

RACIOCÍNIO LÓGICO

Bicondicional	$\leftrightarrow$	p se e somente se q	p	q	$p \leftrightarrow q$
			V	V	V
			V	F	F
			F	V	F
			F	F	V

Em síntese temos a tabela verdade das proposições que facilitará na resolução de diversas questões

p	q	Disjunção $p \vee q$	Conjunção $p \wedge q$	Condicional $p \rightarrow q$	Bicondicional $p \leftrightarrow q$
V	V	V	V	V	V
V	F	V	F	F	F
F	V	V	F	V	F
F	F	F	F	V	V

Exemplo:

(MEC – CONHECIMENTOS BÁSICOS PARA OS POSTOS 9,10,11 E 16 – CESPE)

	P	Q	R
①	V	V	V
②	F	V	V
③	V	F	V
④	F	F	V
⑤	V	V	F
⑥	F	V	F
⑦	V	F	F
⑧	F	F	F

A figura acima apresenta as colunas iniciais de uma tabela-verdade, em que P, Q e R representam proposições lógicas, e V e F correspondem, respectivamente, aos valores lógicos verdadeiro e falso.

Com base nessas informações e utilizando os conectivos lógicos usuais, julgue o item subsecutivo.

A última coluna da tabela-verdade referente à proposição lógica  $P \vee (Q \leftrightarrow R)$  quando representada na posição horizontal é igual a

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
$P \vee (Q \leftrightarrow R)$	V	V	V	F	V	F	V	V

- ( ) Certo
- ( ) Errado

Resolução:

$P \vee (Q \leftrightarrow R)$ , montando a tabela verdade temos:

R	Q	P	[ P	v	(Q	$\leftrightarrow$	R) ]
V	V	V	V	V	V	V	V
V	V	F	F	V	V	V	V
V	F	V	V	V	F	F	V

## RACIOCÍNIO LÓGICO

V	F	F	F	F	F	F	V
F	V	V	V	V	V	F	F
F	V	F	F	F	V	F	F
F	F	V	V	V	F	V	F
F	F	F	F	V	F	V	F

Resposta: Certo

### Proposição

Conjunto de palavras ou símbolos que expressam um pensamento ou uma ideia de sentido completo. Elas transmitem pensamentos, isto é, afirmam fatos ou exprimem juízos que formamos a respeito de determinados conceitos ou entes.

### Valores lógicos

São os valores atribuídos as proposições, podendo ser uma **verdade**, se a proposição é verdadeira (V), e uma **falsidade**, se a proposição é falsa (F). Designamos as letras V e F para abreviarmos os valores lógicos verdade e falsidade respectivamente.

Com isso temos alguns axiomas da lógica:

– **PRINCÍPIO DA NÃO CONTRADIÇÃO**: uma proposição não pode ser verdadeira E falsa ao mesmo tempo.

– **PRINCÍPIO DO TERCEIRO EXCLUÍDO**: toda proposição OU é verdadeira OU é falsa, verificamos sempre um desses casos, NUNCA existindo um terceiro caso.

“Toda proposição tem um, e somente um, dos valores, que são: V ou F.”

### Classificação de uma proposição

Elas podem ser:

• **Sentença aberta**: quando não se pode atribuir um valor lógico verdadeiro ou falso para ela (ou valorar a proposição!), portanto, não é considerada frase lógica. São consideradas sentenças abertas:

– Frases interrogativas: Quando será prova? – Estudou ontem? – Fez Sol ontem?

– Frases exclamativas: Gol! – Que maravilhoso!

– Frase imperativas: Estude e leia com atenção. – Desligue a televisão.

– Frases sem sentido lógico (expressões vagas, paradoxais, ambíguas, ...): “esta frase é falsa” (expressão paradoxal) – O cachorro do meu vizinho morreu (expressão ambígua) –  $2 + 5 + 1$

• **Sentença fechada**: quando a proposição admitir um ÚNICO valor lógico, seja ele verdadeiro ou falso, nesse caso, será considerada uma frase, proposição ou sentença lógica.

### Proposições simples e compostas

• **Proposições simples** (ou atômicas): aquela que **NÃO** contém nenhuma outra proposição como parte integrante de si mesma. As proposições simples são designadas pelas letras latinas minúsculas p,q,r, s..., chamadas letras proposicionais.

*Exemplos*

r: Thiago é careca.

s: Pedro é professor.

• **Proposições compostas** (ou moleculares ou estruturas lógicas): aquela formada pela combinação de duas ou mais proposições simples. As proposições compostas são designadas pelas letras latinas maiúsculas P,Q,R, R..., também chamadas letras proposicionais.

*Exemplo*

P: Thiago é careca e Pedro é professor.

ATENÇÃO: TODAS as **proposições compostas são formadas por duas proposições simples.**

### Exemplos:

1. (CESPE/UNB) Na lista de frases apresentadas a seguir:

– “A frase dentro destas aspas é uma mentira.”

– A expressão  $x + y$  é positiva.

– O valor de  $\sqrt{4} + 3 = 7$ .

– Pelé marcou dez gols para a seleção brasileira.

– O que é isto?

Há exatamente:

- (A) uma proposição;
- (B) duas proposições;
- (C) três proposições;
- (D) quatro proposições;
- (E) todas são proposições.

**Resolução:**

Analisemos cada alternativa:

(A) “A frase dentro destas aspas é uma mentira”, não podemos atribuir valores lógicos a ela, logo não é uma sentença lógica.

(B) A expressão  $x + y$  é positiva, não temos como atribuir valores lógicos, logo não é sentença lógica.

(C) O valor de  $\sqrt{4} + 3 = 7$ ; é uma sentença lógica pois podemos atribuir valores lógicos, independente do resultado que tenhamos

(D) Pelé marcou dez gols para a seleção brasileira, também podemos atribuir valores lógicos (não estamos considerando a quantidade certa de gols, apenas se podemos atribuir um valor de V ou F a sentença).

(E) O que é isto? - como vemos não podemos atribuir valores lógicos por se tratar de uma frase interrogativa.

**Resposta: B.**

**Conectivos (conectores lógicos)**

Para compôr novas proposições, definidas como composta, a partir de outras proposições simples, usam-se os conectivos. São eles:

OPERAÇÃO	CONECTIVO	ESTRUTURA LÓGICA	TABELA VERDADE															
Negação	~	Não p	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>~p</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> </tr> </table>	p	~p	V	F	F	V									
p	~p																	
V	F																	
F	V																	
Conjunção	^	p e q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p ^ q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p ^ q	V	V	V	V	F	F	F	V	F	F	F	F
p	q	p ^ q																
V	V	V																
V	F	F																
F	V	F																
F	F	F																
Disjunção Inclusiva	v	p ou q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p v q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p v q	V	V	V	V	F	V	F	V	V	F	F	F
p	q	p v q																
V	V	V																
V	F	V																
F	V	V																
F	F	F																
Disjunção Exclusiva	v̄	Ou p ou q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p v̄ q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p v̄ q	V	V	F	V	F	V	F	V	V	F	F	F
p	q	p v̄ q																
V	V	F																
V	F	V																
F	V	V																
F	F	F																

---

## ATUALIDADES

---

1. Meio ambiente e sociedade: problemas, políticas públicas, organizações não governamentais, aspectos locais e aspectos globais. ....	01
2. Descobertas e inovações científicas na atualidade e seus impactos na sociedade contemporânea. ....	10
3. Mundo Contemporâneo: elementos de política internacional e brasileira; cultura internacional ....	16
4. Cultura brasileira (música, literatura, artes, arquitetura, rádio, cinema, teatro, jornais, revistas e televisão) ....	33
5. Elementos de economia internacional contemporânea ....	37
6. Panorama da economia brasileira. ....	44
7. Ética e cidadania. ....	50
8. Relações humanas no trabalho. ....	56

---

## MEIO AMBIENTE E SOCIEDADE: PROBLEMAS, POLÍTICAS PÚBLICAS, ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS, ASPECTOS LOCAIS E ASPECTOS GLOBAIS

### A QUESTÃO AMBIENTAL

Antes de mais nada é bom lembrar que só podemos entender a questão ambiental, aqui no Brasil, na forma da onda da globalização neoliberal que vem promovendo uma total perda da soberania nacional sobre a gestão dos seus recursos naturais, coibindo assim a alternativa de projetos de desenvolvimento sustentáveis, aprofundando as desigualdades sociais, dilapidando os recursos naturais, excluindo em grande parte a população do mercado de trabalho, sem que participe dos frutos propiciados pelo avanço da ciência e tecnologia.

Quanto a esta questão, não confundir, por exemplo, efeito estufa, (natural, conceito da Física) com efeito de estufa (aquele provocado pela ação do homem, conceito da geografia). Lembre-se: a última grande conferência sobre o clima, se deu em Kioto, Japão, no ano de 1997, sendo que este ano houve mais um encontro em Bohn no qual ficou claro que alguns países não estão cumprindo suas resoluções. Dois resistentes foram a Austrália e o Japão. O Governo Bush neoliberal de direita não ratificou o acordo de Kioto mesmo sendo os EUA responsáveis pela emissão de ¼ dos “gases de estufa” do globo. Um capítulo polêmico deste encontro, foi a emissão dos gases de estufa, cujas quantidades devem ser reduzidas ao nível de quinze anos atrás.

Os Americanos são 100 milhões de carros. Cada americano consome energia para: 3 suíços, 4 italianos, 160 tanzanianos e 1100 ruandeses. Utilizam 40% dos recursos renováveis do globo sendo que suas fontes de energia são baseadas em combustíveis fósseis: Carvão, Petróleo e Gás Natural.

A questão ambiental é uma questão global, sendo necessária uma ação conjunta de todos os países do globo. As energias carbonadas, petróleo e carvão, principalmente, as queimadas\*, os gases emitidos pelas fábricas, são causas básicas do efeito de estufa, ilha de calor, chuva ácida e inversão térmica, problemas sério dos tempos atuais e que reforçam uma de nossas principais contradições. Ela reside no fato de não coadunarmos desenvolvimento científico e questão ambiental. Lembre-se de que, no Brasil, estamos conhecendo sérios retrocessos na legislação ambiental. Os principais são poder reflorestar com eucalipteros e o projeto de desmatamento da amazônia em fase de discussão. O projeto da bancada ruralista prevê redução da área de preservação dos atuais 80% para 20% na Amazônia e de 35% para 20% no Cerrado Amazônico.

Na quarta conferência mundial sobre o clima, chegou-se a conclusão de que a temperatura da terra deve elevar-se mais 5 graus até 2100. Os gases de estufa proveniente da queima combustíveis fósseis, em especial o petróleo e carvão, faz nossa necessidade de fontes alternativas como a solar, a eólica, a das marés, a dos géiseres ou a de biomassa, que são as fontes da revolução técnico científica. A agenda 21 é uma plano ambicioso que prevê a implantação de um programa de desenvolvimento sustentável para todo o globo para o século XXI. Nela os países X se comprometem destinar 0,7% dos seus PIBs para aplicação neste programa. Por enquanto só mandaram as fábricas que mais poluem. Há uma proposta de crescimento zero não aceita pelos países periféricos uma vez que teriam que estagnar o seu processo de industrialização.

Nas regiões de fronteira agrícola, ou em países de industrialização recente, tais como os tigrinhos asiáticos, é muito comum o uso de queimadas para limpar campos. Estas se dão nos meses mais secos do ano, em áreas de pastagens ou queima de coivaras, casando acidentes em rodovias, com mortes de pessoas, animais, e sérios problemas respiratórios em cidades circundadas por canaviais, num dos casos mais alarmantes de poluição atmosférica.

A escravidão de menores e de armazém é uma constante nas áreas de carvoaria, como as denunciadas na região Centro Oeste e Norte do Brasil.

Neste sentido, são também graves as denúncias feitas a China dentro da OMC, já que este país é um paraíso proletário e um dos principais acusados de Dunning Social. Não se esqueça da escravidão de mulheres no mundo muçulmano e da venda de mulheres chinesas (Cidadania).

### Aquecimento Global

Iceberg passa pela costa da Nova Zelândia em função do aquecimento global.

Estudos e alertas de especialistas sobre os efeitos nefastos do aquecimento global no futuro do planeta chamaram a atenção da população para o problema em 2006. Ambientalistas e pesquisadores defendem que as ações contra a mudança climática devem ser imediatas para evitar um verdadeiro “desastre” para a economia mundial, que poderia sofrer decréscimo de até 20% na produção em 50 anos por culpa da alta das temperaturas do planeta.

- » Mudança climática ameaça alimentação dos humanos
- » Derretimento de geleiras indica aquecimento global
- » Europa vive o outono mais quente dos últimos séculos
- » Mudança climática causa extinção de mamíferos
- » Planeta pode entrar em colapso em 50 anos, diz estudo
- » Al Gore tenta salvar a Terra em filme

Essa é a advertência do relatório preparado pelo economista Nicholas Stern, que convocou os governos de todo o mundo a fixar um preço para as emissões de CO2 mediante o pagamento de impostos. O relatório adverte que, com uma alta das temperaturas de 3°C a 4°C, o aumento do nível dos mares transformará centenas de milhões de pessoas em vítimas de inundações a cada ano.

As áreas litorâneas do sudeste da Ásia, sobretudo Bangladesh e Vietnã, assim como as pequenas ilhas do Caribe e do Pacífico terão que ser protegidas do mar. Grandes cidades como Tóquio, Londres, Nova York ou Cairo também ficarão expostas ao risco de inundações.

O lançamento do documentário Uma Verdade Inconveniente, protagonizado pelo ex-vice-presidente dos Estados Unidos Al Gore, ajudou a dar voz para o problema em 2006. Al Gore, que visitou o Brasil, defende que a adoção de medidas contra a emissão de gases efeito estufa é mais uma questão “ética” e “moral” do que política.

### Convenção da ONU

Diversos locais declarados patrimônio da humanidade podem estar ameaçados pelas conseqüências da mudança climática global, segundo o atlas apresentado em Nairóbi na Convenção das Nações Unidas sobre Mudança Climática, que reuniu durante duas semanas 5 mil participantes.

A reunião da ONU, além de trazer dados novos sobre as consequências climáticas, teve o objetivo de dar prosseguimento ao Protocolo de Kyoto, o acordo mundial fechado em 2005 que prevê cortes na emissão de gases estufa até 2012. O encontro acertou que as negociações para levar adiante e ampliar Kyoto deveriam acontecer em 2008 e alguns delegados criticaram a falta de uma ação firme para combater o aquecimento da Terra.

Apesar dos esforços para conter o avanço dos danos ambientais, o ritmo das emissões de carbono no mundo mais que duplicou entre 2000 e 2005, de acordo com levantamento publicado pela rede mundial sobre o tema, a Global Carbon Project. As emissões vinham crescendo a menos de 1% anualmente até o ano 2000, mas aumentaram a uma taxa de 2,5% ao ano. Segundo a organização, a aceleração se deve sobretudo ao aumento do uso de carvão e à falta de ganhos na eficiência do uso da energia.

### Alimentação

A mudança climática também põe em risco a comida dos seres humanos e torna ainda mais difícil o desafio de alimentar a crescente população mundial, de acordo com a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO).

Um novo estudo sobre os oceanos sugeriu que o fitoplâncton - o primeiro elo na cadeia alimentar marítima - será fortemente afetado pelo aquecimento climático. A pesca nos trópicos e nas médias latitudes pode ser severamente afetada pela perda destes microorganismos como resultado de águas mais quentes, acrescenta o artigo do botânico Michael Behrenfeld, da Universidade Estadual do Oregon (EUA).

O acelerado derretimento das geleiras foi apontado como um fato que mostra o imediatismo do problema. "No passado as geleiras do norte mostravam um padrão que não correspondia aos modelos de mudança climática (provocada pelo aquecimento global), poderiam até mesmo ser usadas como um argumento contra o aquecimento global. Mas agora, dados dos últimos anos mostram uma mudança que se encaixa perfeitamente bem com os modelos de mudança climática", disse o professor de glaciologia Per Holmlund, da Universidade de Estocolmo.

Se o aquecimento global prosseguir, o gelo do Ártico poderá derreter totalmente até 2080, alertou um grupo de cientistas europeus. "Se a situação evoluir como prevêem os físicos, os campos de gelo do Oceano Ártico desaparecerão completamente até 2080", disse Eberhard Fahrbach, do Instituto Alfred Wegner (AWI), membro do grupo Damocles de pesquisas sobre o Ártico europeu.

### Calor

A Europa viveu um dos verões mais quentes da sua história, com ondas de calor por todo o continente. A Europa teve também o outono mais quente em décadas, até mesmo séculos, o que põe em risco o início da temporada de esportes de inverno nos Alpes. Na Holanda, o Instituto Real de Meteorologia informou que este outono foi o mais quente do país em 300 anos, com uma temperatura média de 13,5°C.

### ÁGUA

A água potável será um dos recursos mais caros (custo benefício) do século XXI. Sendo assim, os rios internacionais são, cada vez mais geoestratégicos, motivando conflitos entre os países envolvidos. Um grande exemplo é a questão do Nilo, ou ainda, as nascentes do rio Jordão, palco das disputas entre árabes e judeus, no Oriente Médio. Nestas regiões, água é, relativamente, mais

importante que o petróleo. No Centro Oeste do Brasil, a calagem de solo causa eutrofização de mananciais, constituindo-se em um grave impacto sobre recursos hídricos. Não falta água por falta de chuvas. A grande causa da escassez é o mau uso dos solos agrícolas e urbanos por compactação pelo uso de máquinas e pastoreio ou ainda pela impermeabilidade de área urbana. Fala-se em taxar todo e qualquer uso de água. É necessário racionalizar o uso da água e, em caso extremo, seu racionamento. Quarenta municípios goianos já apresentam problemas crônicos com abastecimento de água. No município de Bom Jesus de Goiás os pivôs de irrigação chegaram a ser paralisados por ordem do ministério público. Todas as grandes cidades do mundo já se ressentem deste recurso, em especial as megacidades dos países periféricos, serão palcos, mais e mais, de disputas por rios que as abastecem e de grandes epidemias. O Nilo e o Níger são dois bons exemplos destas disputas. O Brasil embora tendo a maior reserva de água disponível do globo apresenta regiões em estresse hídrico, menos de 2000 metros cúbicos de água por habitante por ano. Este é o caso de muitas áreas do Nordeste.

### ENERGIA

O século XIX foi da máquina a vapor, um motor a combustão externa. O século XX foi do motor a combustão interna. Já o século XXI será da célula de combustível que promete divorciar o automóvel da poluição. Quanto a nossa crise energética, tanto a Petrobrás quanto o setor energético e tudo o que é público no Brasil passaram a sofrer as consequências do projeto neoliberal. A receita do FMI foi retirar dinheiro das estatais para equilibrar as contas públicas. O resultado foi que não só a Petrobrás como todo o setor energético sofreram com tais medidas resultando em graves "Acidentes Ecológicos", ameaças, ou até mesmo, apagões. Agora dois setores geoestratégicos estão prontos para serem privatizados. Outros setores como saúde, transporte e educação também estão sucateados. Desta forma os meios de comunicação de massa imperam em suas opiniões. "Achamos" que tudo no Brasil deve ser privatizado.

Quanto as fontes de energia, temos que analisá-las em termos de disponibilidade, viabilidade, extração, transporte, armazenamento, distribuição, poluente ou limpa, renovável ou esgotável. Assim, no caso do Brasil, as fontes alternativas, (biomassa, eólica ou solar) assumem uma importância fundamental por ser um país tropical. A energia solar é considerada a fonte energética do século XXI. Na década de 70, houve o fortalecimento da OPEP e OPAEP, (países produtores de petróleo) em reação às sete irmãs (empresas que controlam a distribuição do petróleo no globo e estão em processo de fusões). No mundo, como um todo, os países buscaram as fontes alternativas como forma de se prevenir ante as crises do petróleo. Lembre-se do programa Proálcool, da tentativa ineficaz das nucleares que Fernando Henrique acabou por quase desativar. É bom lembrar dos erros de projetos, como a represa de Balbina no Amazonas, causando sérios problemas ao meio ambiente. Por estes fatores, a década de 70 é considerada a "década da crise energética", além, é claro, da variável social, com baixos salários e repressão militar duríssima. Lembrar da Operação Condor dos militares latino-americanos que trabalharam em conjunto na repressão as forças revolucionárias. Já a década de 80 foi considerada a "década da destruição e perda" com problemas ambientais sérios, dentre eles o acidente com o Césio em Goiânia.

Associe fontes de energia ao tipo de transporte adotado em cada país.

Desta forma, fica mais fácil entender quais países são mais velozes na produção, como os tigres ou tigrinhos asiáticos, e porque países como o Brasil, Índia, China, Indonésia e Rússia são considerados "países baleias", por serem grandes e lentos. O modelo de transporte rodoviário é o mais caro.

O ferroviário é muito viável para o Brasil. Lembre-se da Norte-Sul que vai interligar Belém (PA) a Senador Canêdo e começou, este ano, suas obras em

Anápolis.

A hidrovia é, sem dúvida, o transporte mais barato, em termos de custo benefício. Recentemente, num total desrespeito a legislação ambiental, barcaças de grande calado resolveram, a revelia, tentar abrir uma hidrovia no rio Araguaia. Seria o Araguaia adequado para se fazer uma Hidrovia? Não se esqueça das voçorocas neste rio.

Todo país para atrair investimentos dentro da novíssima divisão internacional do trabalho, deve ser viável, o que significa trabalhar em Just In Time, tendo que possuir boa infra-estrutura. Será que o Brasil em crise energética irá atrair investimentos?. De que adianta ter minérios se não se pode extraí-lo a menor custo? Minério tem muito pouco valor agregado. Jamais houve vantagem comparativa para países que produzem matérias primas. O gaseoduto virá da Bolívia chegando até Goiás, contudo, toda obra deve pautar-se em Eia-Rima confiável. A instalação de várias Empresas, como a perdigão em Rio Verde, (Detroitização) podem causar sérios impactos ambientais. Alguns bem visíveis, são os impactos na represa de Corumbá, com a matança de toneladas de peixes. Serra da Mesa, (agora Cana Brava e Peixe também no rio Tocantins) a represa do Yang Tsé Kiang na China.

Preste atenção nas negociações para venda da Celg e das construções da ETA e da ETE em Goiânia, que envolvem a preservação do rio Meia Ponte e sua recuperação, em 50 anos, tendo como modelo o Tâmisia. O uso bélico da energia nuclear constitui-se num dos graves problemas atuais. Os TNPs devem ser revistos por todos os países. É lógico, (nascentes do rio Ganges e Indu) países como o Paquistão e a Índia, que disputam a Kashimira, fazem vista grossa as sanções da ONU, onde fica, bem visível o colonialismo do Grupo dos 7 mais a Rússia, sobre os países emergentes. Estes países estão desenvolvendo, mais e mais, armas biológicas (motivo das sanções da OMC ao Iraque). Estas são consideradas bombas atômicas dos países pobres. Será que o Taleban irá conseguir armas Atômicas?

#### Políticas Públicas

É desnecessário registrar mais uma vez a perversidade dos históricos indicadores de concentração da renda e de patrimônio no Brasil, eles são gritantes demais em nosso dia-adia.

Mas é preciso alertar: todos estão perfeitamente preservados nos últimos três anos, por força da impotência das medidas sociais, políticas e econômicas do Governo Lula.

A análise sobre a atuação do atual governo diante das tarefas impostas pela pobreza e desigualdade social pode ser, desde a partida, melhor compreendida se lembrarmos a advertência de Otavio Ianni sobre as contradições dos processos revolucionários brasileiros:

“como não há ruptura definitiva com o passado, a cada passo este se reapresenta na cena histórica e cobra o seu preço”

O que ele nos lembra é que qualquer processo político efetivamente comprometido com as causas populares deve enfrentar, sem acanhamento ou tolerância, o projeto conservador dominante em nossa história, fatalmente imobilizador das energias transformadoras e democráticas. É, portanto, um libelo contra a dinâmica de conciliação com as elites que sempre predominou nos momentos de disputa com os sistemas de privilégios sobre os quais nossa economia capitalista dependente se ergueu.

Do ponto de vista das políticas públicas, ou dos direitos sociais que elas materializam, a verdadeira tarefa histórica que se impunha ao Governo Lula era romper com as modificações restritivas no espaço público da proteção social, sob forte impacto das políticas neoliberais. Caberiam, então, ações decisivas para se garantir o amplo financiamento público para as políticas sociais, que suplantasse a lógica da restrição orçamentária.

Haveria de se superar de vez a lógica financista, que subordina as decisões em termos de direitos sociais à disponibilidade de caixa, finalmente conhecidas após as decisões de cúpula a respeito das taxas de juros, superávit fiscal, câmbio, política tributária, enfim, quando os grandes números do fundo público já estão comprometidos com as elites de sempre.

Porém, seguem inalteradas as limitações ao processo de expansão das garantias coletivas na esfera dos direitos sociais, que mais do que nunca se mostram imprescindíveis para subverter as históricas estruturas de poder político e econômico próprio das sociedades latino-americanas, uma vez que estas, e especialmente a brasileira, se estabeleceram sobre IANNI, Otávio (1996), A ideia de Brasil moderno, São Paulo: Brasiliense, p.267. padrões extremamente injustos e assimétricos de usufruto da riqueza coletivamente construída e de processos cada vez mais excludentes de acesso ao trabalho digno.

Não é a toa que o atual governo jamais pautou o debate público sobre as propostas de superação da pobreza com o combate da riqueza acumulada privada e abusivamente, como se esperava em termos de reforma tributária e fiscal, cujas iniciativas pontuais permanecem valorizando a renúncia fiscal dos setores agro-exportadores, parasitas da cadeia produtiva do grande latifúndio.

Mas nenhuma destas limitações e contradições pode ser remetida ao plano da fatalidade. Todos os constrangimentos concretos decorrem de opções estratégicas, racionalmente adotadas pelo Presidente Lula e sua equipe, quando se constata o aprofundamento do modelo econômico neoliberal com sua lógica recessiva e, em direção complementar, a destinação significativas de recursos públicos para os serviços das dívidas internas ou externas.

Devemos reconhecer que a articulação orgânica das medidas de políticas públicas redistributivistas, com investimentos importantes nas áreas da saúde, educação, assistência social, previdência, segurança alimentar, geração de emprego e renda, agricultura familiar e reforma agrária pode ser altamente emancipadora quando estas políticas públicas são asseguradas em escala de massas, com a mobilização efetiva a população para o exercício cotidiano da participação política protagônica.

Diferentemente do esperado, não se constatou no governo Lula o compromisso real com um amplo e consistente sistema de atenção e proteção no âmbito das necessidades humanas sociais, que contemplasse a contribuição decisiva de todas as áreas sociais, educacionais e político-culturais, combinadas com as outras medidas complementares de garantia do exercício do protagonismo da população e da emancipação dos indivíduos e grupos sociais.

Nesta pátria desimportante, o quadro social de profunda desigualdade e de extrema pobreza das maiorias segue o mesmo: desemprego, fragilização da capacidade socializadora das redes familiares, falta de perspectivas para a juventude e abandono na velhice; trabalho infantil, exploração e abuso sexual de crianças e adolescentes, crescimento das condutas.

POCHAMAMM, Marcio demonstra que as transferências ao setor financeiro, como pagamento aos detentores dos títulos da dívida pública, alcançaram a seguinte tendência: anualmente o governo Cardoso destinou R\$ 71,4 bilhões; Sarney remeteu R\$ 65, 5 bilhões, e finalmente o Governo Lula R\$ 60, 8 bilhões. Cf. Plutocra-

cia do capital financeiro, disponível em: <<http://agenciartamaior.uol.com.br/agencia.asp?coluna=boletim&id=1251>, consultado em 05/01/2006. violentas e práticas econômicas que lucram com a criminalidade e a toxicodependência, penúria sócio-cultural, empobrecimento político dos processos artísticos populares, a degradação ambiental, morte por doenças curáveis, fome.

A proposta mais incentivada pelo governo Lula denomina-se Programa Fome-Zero, que consiste, segundo documentos oficiais, “numa estratégia impulsionada pelo governo federal, para assegurar o direito humano à alimentação adequada, priorizando as pessoas com dificuldades, de acesso aos alimentos. Tal estratégia se insere na promoção da segurança alimentar e nutricional e contribui para a erradicação da extrema pobreza e a conquista da cidadania da população mais vulnerável à fome”. Nenhuma proposta poderia ser menos ambiciosa. Com toda propaganda veiculada não se verifica no Programa Fome Zero algo que é essencial para o povo brasileiro: a garantia do direito social, cuja ação do Estado reconheça o vínculo de classe, contribuindo para sedimentar uma noção fecunda e radical de democracia popular, ao mesmo tempo libertária e igualitária.

Como o passado que não quer passar, o que é perene no destino dos atuais programas englobados sob a insígnia do Fome Zero é a trágica visão elitista de sempre, na qual o povo - a população sub-empregada e super-explorada - permanece como um indesejável “resíduo social”, para o qual qualquer ajuda basta e qualquer apoio serve. Não é por outra razão que as ações principais consistem no Programa BolsaFamília, na construção de cisternas no semi-árido nordestino e uma ou outra ação pontual em termos de segurança alimentar.

Nada que se assemelhe a uma potente articulação política e social que seja capaz de enfrentar o mesmo pensamento conservador que naturaliza a pobreza e condena as iniciativas de investimento público no campo dos direitos sociais. Em termos de alocação orçamentária não é desprezível o redirecionamento de recursos para as ações de transferência de renda socioassistenciais como o Bolsa Família. Pela primeira vez, famílias miseráveis encontram alguma medida de proteção social que seja não-contributiva.

Mas os limites são muitos: os valores das prestações são muito pequenos, os critérios de acesso altamente rigorosos e excludentes e a sua implementação não se faz acompanhada ainda de um forte aparato político-pedagógico de emancipação política, educacional e cultural para os pais e os jovens.

Ao contrário, as ações ainda permanecem sob o império da despolitização, operada, mais uma vez, pela perda de vínculo de classe destas políticas públicas com as disputas históricas ao fundo público. No que se oculta tais vínculos, ou seja, não se combate a destinação dos recursos públicos ao velho sistema de privilégios e assegura sua alocação para as ações de redução das desigualdades sociais, tudo permanece como nos modelos atuais, uma ação política governamental ambígua, que oscila entre o apelo eleitoreiro e uma versão ainda estigmatizadora da pobreza.

Adotar o caminho salvacionista do Fome Zero pode ser um grande giro, mas de 360°.

A proliferação das propostas neste campo do combate à pobreza sem enfrentar suas causas - as estratégias macroeconômicas que promovem a super-acumulação capitalista-rentista e do seu equivalente, a crescente pauperização do povo - reproduz a submissão e a docilidade que parecem condenar à mesmice os governos de centro-esquerda, tais como o Governo Lula.

Tão grave quanto o pequeno investimento financeiro é constatar que as ações do Governo Lula se organizam precariamente, em nome de uma solidariedade sem sujeitos e sem projetos, reeditando os mecanismos de dominação e de subalternização políticas,

no que empreendem o velho paralelismo nas franjas dos sistemas públicos de proteção social. Não se interrompeu a tendência neoliberal de desconstrução da idéia-força do direito social, conquistado na luta dos trabalhadores pelo acesso ao excedente, que deveria ser potencializado pelas estratégias organizativas populares e pelas medidas de fortalecimento subjetivo e político e de pertencimento a um projeto coletivo de classe, desta vez - como um governo de esquerda deve honrar - radicalmente democrático, portanto, revolucionário e anticapitalista.

Assim, já que o Fome Zero não é direito social nem projeto de classe é mais uma vez favor, benesse, ação abnegada, doação, enfim, a repavimentação dos percursos que pretendem comprimir o espaço público, transfigurá-lo em oposição ao projeto popular e democrático. O tema da pobreza, sufocado da sua dimensão estrutural, permanece confinado como um problema da esfera do consumo e da estrutura familiar, por esta razão as medidas são tão tímidas. Por mais que a pobreza seja aguda e na medida em que é uma questão explosiva, o melhor mesmo é esterilizá-la, sobrepondo ações diversas e pulverizadas, que não atacam a raiz do problema. O risco de se atuar na lógica do ajustamento de comportamentos individuais não é pequeno, haja vista o esforço em empreender e divulgar as chamadas condicionalidades para que as famílias tenham acesso aos benefícios.

Nos sombrios tempos de capitulação política do atual governo, com a conhecida naturalização do estado de desigualdades, não é de se estranhar que a principal medida do governo Lula na área da previdência social tenha sido concluir a contrarreforma do Governo FHC no que diz respeito aos direitos dos servidores públicos, instituindo a cobrança de contribuição também aos aposentados e o fim do regime jurídico único para os novos concursados, ou seja, promovendo o cancelamento do direito à aposentadoria integral, recém conquistada em 1988.

Empreendeu-se algo pavorosamente cínico, se considerarmos que nestes anos todos o Partido dos Trabalhadores - partido do presidente Lula - foi uma trincheira no parlamento contra tal medida, e que boa parte dos votos obtidos pelo Presidente Lula era fruto também deste compromisso, rapidamente esquecido. Mais abusivo ainda, se lembrarmos que a base social sindical do PT, era fortemente apoiada no funcionalismo público e que o impacto nas contas da previdência social seria, como é, inexpressivo. No fundo esta ação serviu apenas para provar às elites e à opinião pública conservadora que o governo dos trabalhadores poderia cortar na própria carne, atacando direitos consagrados, ao invés de encaminhar a luta pela sua extensão para o conjunto dos trabalhadores do setor privado.

Boicotes explícitos ao Sistema Único de Saúde permanecem, assustadoramente, sob o governo Lula. A definição do percentual de recursos financeiros federais, previstos na Constituição Federal para o SUS, permanece descumprida pela política econômica. Na comparação internacional nossos atuais 3,2% do PIB, destinados à saúde, representam porcentagem menor do que da Bolívia, Colômbia, África do Sul, Rússia, Venezuela, Uruguai, Argentina (cerca de 5,12%), Cuba (6,25%), EEUU (6,2%) Japão, Inglaterra, Austrália, Portugal, Itália, Canadá, França, Alemanha (8,1%).

O sub-financiamento do SUS revela-se como uma medida concreta a impossibilitar a oferta de serviços públicos, gratuitos e com qualidade, como reza a Constituição, e conforme as necessidades da população. Como um direito social altamente valorizado no mercado privado, já que a saúde é uma necessidade humana vital, a disputa com o setor lucrativo não ingressou na agenda de prioridades do governo Lula, onde interesses e pressões de mercado dos produtores de equipamentos, de medicamentos, de tecnologias e de prestadores de serviços e corporações poderosas mantêm-se intactos.

O quadro de desfinanciamento da saúde pública gera o inevitável: intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos pronto-socorros e consultórios de especialidades, precarização da atenção básica preventiva e o predomínio de intervenções tardias, com suas doenças preveníveis não prevenidas, com doenças agravadas não atendidas precocemente, mortes evitáveis não evitadas, e expansão da saúde privada, via planos de saúde para classe média.

Como se não bastasse toda esta herança intocada, o governo Lula aprofunda a crise, no que atua contra a regulamentação da Emenda Constitucional 29, que garante a vinculação de percentuais mínimos para aplicação orçamentária na política de saúde. Os valores são expressivos, cerca de R\$ 2,3 bilhões representa a diferença acumulada pelo não cumprimento por parte do governo federal da EC. 29 nos anos de 2001 a 2005, porém só no governo Lula este déficit acumula a cifra de R\$1.832.000,00.

Se os direitos sociais devem ser universais e a proteção social que estes suscitam deve ser pública e gratuita, ou seja, desmercadorizada, como explicar que na área de Educação a medida de maior impacto tenha se restringido ao Programa Universidade para Todos que nada mais é do que organizar ampliando o abusivo recurso da renúncia fiscal dos encargos previdenciários, no esforço de subvencionar o setor privado das universidades em troca de ampliação de vagas por fora do sistema público e gratuito?

Após três anos de governo, ainda hoje o Governo Lula não foi capaz de enfrentar uma grave lacuna na regulamentação da LDB, que é o desfinanciamento da educação infantil.

Mesmo sendo um direito absolutamente vital para as classes populares, no que garantiria creche pública para todas as crianças até seis anos de idade, somente por meio de uma longa e penosa luta, travada pelos movimentos sociais, é que o governo Lula se manifestou - através de iniciativa legislativa ainda não aprovada - com a possibilidade de assumir parte no cofinanciamento desta área, uma vez que os municípios e estados, diante da omissão do governo federal, têm feito o mesmo: rejeitado um direito vital e universal à educação às crianças pequenas, mantendo o ciclo de pobreza nos seus níveis imorais de hoje.

Um marcador valioso para dimensionar os insignificantes esforços na direção da transformação do desmonte das políticas públicas pode ser obtido com a análise do financiamento federal dos gastos sociais em comparação com os grandes números do orçamento público, como condensado nos dados abaixo, em relação ao ano de 2004:

Por fim, cabe ressaltar que o governo Lula de fato realizou modificações importantes, sobretudo quando comparado aos feitos desastrosos do Governo anterior.

Porém, isto não elide o fato de que a timidez e o contínuo no conteúdo, na forma e no alcance das políticas sociais em nada asseguram qualquer alteração na composição das estruturas de poder político e econômico, imprescindíveis à recomposição das estruturas públicas de proteção social, com clareza de propósitos universalistas, para além dos alegados problemas de caixa.

Uma razão de Estado comprometida com as maiorias populares participando efetivamente, não só da produção, mas em especial do usufruto da riqueza socialmente produzida e também da socialização do poder político-decisório, constitui-se como arranjo institucional possível, desejável e absolutamente imprescindível para a democracia radicalmente igualitária. Infelizmente o governo Lula, desde seu primeiro dia, abriu mão desta histórica realização.

## Organizações Não Governamentais

As organizações não-governamentais desempenham um papel fundamental na modelagem e implementação da democracia participativa. A credibilidade delas repousa sobre o papel responsável e construtivo que desempenham na sociedade. As organizações formais e informais, bem como os movimentos populares, devem ser reconhecidos como parceiros na implementação da Agenda 21. A natureza do papel independente desempenhado pelas organizações não-governamentais exige uma participação genuína; portanto, a independência é um atributo essencial dessas organizações e constitui condição prévia para a participação genuína.

Um dos principais desafios que a comunidade mundial enfrenta na busca da substituição dos padrões de desenvolvimento insustentável por um desenvolvimento ambientalmente saudável e sustentável é a necessidade de estimular o sentimento de que se persegue um objetivo comum em nome de todos os setores da sociedade. As chances de forjar um tal sentimento dependerão da disposição de todos os setores de participar de uma autêntica parceria social e diálogo, reconhecendo, ao mesmo tempo, a independência dos papéis, responsabilidades e aptidões especiais de cada um.

As organizações não-governamentais, inclusive as organizações sem fins lucrativos que representam os grupos de que se ocupa esta seção da Agenda 21, possuem uma variedade de experiência, conhecimento especializado e capacidade firmemente estabelecidos nos campos que serão de particular importância para a implementação e o exame de um desenvolvimento sustentável, ambientalmente saudável e socialmente responsável, tal como o previsto em toda a Agenda 21. Portanto, a comunidade das organizações não governamentais oferece uma rede mundial que deve ser utilizada, capacitada e fortalecida para apoiar os esforços de realização desses objetivos comuns.

Para assegurar que a contribuição potencial das organizações não governamentais se materialize em sua totalidade, deve-se promover a máxima comunicação e cooperação possível entre elas e as organizações internacionais e os Governos nacionais e locais dentro das instituições encarregadas e programas delineados para executar a Agenda 21. Será preciso também que as organizações não-governamentais fomentem a cooperação e comunicação entre elas para reforçar sua eficácia como atores na implementação do desenvolvimento sustentável.

## Objetivos

A sociedade, os Governos e os organismos internacionais devem desenvolver mecanismos para permitir que as organizações não-governamentais desempenhem seu papel de parceiras com responsabilidade e eficácia no processo de desenvolvimento sustentável e ambientalmente saudável.

Para fortalecer o papel de parceiras das organizações não-governamentais, o sistema das Nações Unidas e os Governos devem iniciar, em consulta com as organizações não-governamentais, um processo de exame dos procedimentos e mecanismos formais para a participação dessas organizações em todos os níveis, da formulação de políticas e tomada de decisões à implementação.

Até 1995, deve-se estabelecer um diálogo mutuamente produtivo no plano nacional entre todos os Governos e as organizações não-governamentais e suas redes auto-organizadas para reconhecer e fortalecer seus respectivos papéis na implementação do desenvolvimento ambientalmente saudável e sustentável.

---

## LEGISLAÇÃO

---

1.	Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes, estrutura e organização; políticas de saúde. Estrutura e funcionamento das instituições e suas relações com os serviços de saúde . . . . .	01
2.	Níveis progressivos de assistência à saúde . . . . .	07
3.	Políticas públicas do SUS para gestão de recursos físicos, financeiros, materiais e humanos . . . . .	08
4.	Sistema de planejamento do SUS: estratégico e normativo . . . . .	16
5.	Direitos dos usuários do SUS . . . . .	26
6.	Participação e controle social . . . . .	32
7.	Ações e programas do SUS. . . . .	34
8.	Legislação básica do SUS . . . . .	36
9.	Política Nacional de Humanização. . . . .	38

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO; POLÍTICAS DE SAÚDE. ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES E SUAS RELAÇÕES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**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, Inato 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 nº 8.080/1990. Os principais são:

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

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

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

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

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

### Principais leis

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

**Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080/1990:** Regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

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

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

### Responsabilização Sanitária

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

**Responsabilização Macrossanitária**

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

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

**Responsabilização Microssanitária**

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

**Instâncias de Pactuação**

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

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

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

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

**Descentralização**

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

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

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

**Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal**

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

**Sistemas de informações ajudam a planejar a saúde:** O SUS opera e/ou disponibiliza um conjunto de sistemas de informações estratégicas para que os gestores avaliem e fundamentem o pla-

nejamento e a tomada de decisões, abrangendo: indicadores de saúde; informações de assistência à saúde no SUS (internações hospitalares, produção ambulatorial, imunização e atenção básica); rede assistencial (hospitalar e ambulatorial); morbidade por local de internação e residência dos atendidos pelo SUS; estatísticas vitais (mortalidade e nascidos vivos); recursos financeiros, informações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Caminha-se rumo à integração dos diversos sistemas informatizados de base nacional, que podem ser acessados no *site* do Datasus. Nesse processo, a implantação do Cartão Nacional de Saúde tem papel central. Cabe aos prefeitos conhecer e monitorar esse conjunto de informações essenciais à gestão da saúde do seu município.

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

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

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

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

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

**Saúde da Família:** é a saúde mais perto do cidadão. É parte da estratégia de estruturação eleita pelo Ministério da Saúde para reorganização da atenção básica no País, com recursos financeiros específicos para o seu custeio. Cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo agora contar com profissional de saúde bucal) que se responsabiliza pela situação de saúde de determinada área, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Essa população deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como

resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive. Os profissionais é que devem ir até suas casas, porque o objetivo principal da Saúde da Família é justamente aproximar as equipes das comunidades e estabelecer entre elas vínculos sólidos.

A saúde municipal precisa ser integral. O município é responsável pela saúde de sua população integralmente, ou seja, deve garantir que ela tenha acessos à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos.

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

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

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

#### **Competências municipais na vigilância em saúde**

Compete aos gestores municipais, entre outras atribuições, as atividades de notificação e busca ativa de doenças compulsórias, surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e de nascidos vivos; garantia a exames laboratoriais para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória; monitoramento da qualidade da água para o consumo humano; coordenação e execução das ações de vacinação de rotina e especiais (campanhas e vacinações de bloqueio); vigilância epidemiológica; monitoramento da mortalidade infantil e materna; execução das ações básicas de vigilância sanitária

ria; gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal; coordenação, execução e divulgação das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal; participação no financiamento das ações de vigilância em saúde e capacitação de recursos.

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

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

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

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

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

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

### Níveis de Gestão do SUS

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

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

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

### SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pela dicção dos arts. 196 e 198 da CF, podemos afirmar que somente 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 condicionam e interferem com a saúde individual e coletiva. Isso seria um arrematado absurdo e deveríamos ter um super Ministério e super Secretarias da Saúde responsáveis por toda política social e econômica protetivas da saúde.

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

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

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

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

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

São objetivos do SUS:

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

---

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS  
PSICÓLOGO - ÁREA HOSPITALAR

---

1. Política de Saúde Mental: reforma psiquiátrica no Brasil. Nova lógica assistencial em saúde mental: superação do modelo asilar. . . . .	01
2. Processo de trabalho nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. . . . .	03
3. Reabilitação psicossocial. Rede de serviços de proteção e atenção. . . . .	05
4. Clínica da subjetividade, compreensão do sofrimento psíquico, interdisciplinaridade. . . . .	08
5. Garantia dos direitos de cidadania aos portadores de sofrimento psíquico. . . . .	09
6. Urgência e emergência em saúde mental: atenção à crise e aos serviços psicossociais. . . . .	10
7. Inserção dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no contexto político de redemocratização do país e nas lutas pela revisão dos marcos conceituais das formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental. Bases legais de sustentação para o credenciamento e financiamento dos CAPS pelo SUS. . . . .	27
8. Características e estratégias de atuação dos CAPS, residências terapêuticas, projeto terapêutico singular, acolhimento, clínica ampliada e matriciamento. Projeto terapêutico singular, apoio matricial, clínica ampliada. . . . .	35
9. Visitas domiciliares e outras formas de busca do paciente. . . . .	43
10. Os modelos de atenção. . . . .	44
11. Desafios para o fortalecimento da psicologia no SUS: a produção referente à formação e à inserção profissional. . . . .	45
12. NASF e ESF. . . . .	48
13. O papel do psicólogo na articulação entre Saúde e Assistência Social. . . . .	60
14. Fundamentos da psicopatologia geral. . . . .	62
15. Teorias e técnicas psicoterápicas. Teorias psicológicas e técnicas psicoterapêuticas. . . . .	63
16. Teorias da personalidade. . . . .	63
17. Assistência integral às pessoas em situação de risco: violência contra a criança, adolescente, mulher, idoso e família. . . . .	64
18. Desenvolvimento humano e suas fases. . . . .	79
19. Envelhecimento e subjetividade. . . . .	117
20. Teoria das neuroses, psicoses, perversões e seus desdobramentos. Clínica das neuroses e das psicoses. Álcool, tabagismo, crack, outras drogas e redução de danos. . . . .	118
21. Psicodiagnóstico. . . . .	133
22. Fundamentos das intervenções grupais. Grupo operativo: conceito, fenômenos do grupo, singularidades das relações grupais, enquadramento, metodologia, intervenções e manejo. . . . .	134
23. Psicodinâmica do trabalho. Psicologia na saúde do trabalhador. . . . .	135
24. Elaboração de parecer e laudo psicológico. Elaboração e registro de documentos psicológicos. . . . .	135

---

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL. NOVA LÓGICA ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL: SUPERAÇÃO DO MODELO ASILAR**

**A reforma psiquiátrica**

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deve ser entendida como um processo político e social complexo. Na década de 70 são registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população.

É nesse contexto, no fim da década citada, que surge pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Estes constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

No Rio de Janeiro, em 1978, eclode o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e coloca em xeque a política psiquiátrica exercida no país. A questão psiquiátrica é colocada em pauta, em vista disto, tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário. A Reforma busca coletivamente construir uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil deve ser entendida como um processo político e social complexo, tendo em vista, ser o mesmo uma combinação de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. (BRASIL, 2005). O movimento pela Reforma Psiquiátrica tem início no Brasil no final dos anos setenta. Este movimento tinha como bandeira a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O que implicava na superação do modelo anterior, o qual não mais satisfazia a sociedade.

O processo da Reforma Psiquiátrica divide-se em duas fases: a primeira de 1978 a 1991 compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, de 1992 aos dias atuais destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extrahospitalares.

O modelo mais adotado para conter a loucura foi o asilo. Brito apud Mesquita (2008:3) informa que no Brasil a instituição da psiquiatria encontra-se relacionado à vinda da Família Real Portuguesa em 1808. Foi nesta época que foram construídos os primeiros asilos que funcionavam como depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, removendo-os da sociedade, com o objetivo de colocar ordem na urbanização, disciplinando a sociedade e sendo, dessa forma, compatível ao desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX.

BRITTO apud MESQUITA (2008:3) nos explica:

*Com o relevante crescimento da população, a Cidade passou a se deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisão ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá, os alienados recebiam um "tratamento" diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica, expostos ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos. Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude de tratamento terapêutico, mas, sim, de salvaguardar a ordem pública.*

A psiquiatria nasce, no Brasil com o desígnio de resguardar a população contra os exageros da loucura, ou seja, não havia finalidade em buscar uma cura para aqueles acometidos de transtornos mentais, mais sim, excluí-los do seio da sociedade para que esta não se sentisse amofinada. ROCHA (1989, p.13) 9. Portanto, a questão principal era o isolamento dos doentes mentais e não com um tratamento. É o Hospício D. Pedro II que, em 1852, passa a internar os doentes mentais e a tirá-los do convívio em sociedade.

(ROCHA 1989:15) 10. Este mesmo autor enfatiza que *"é a psiquiatria que cria espaço próprio para o enclausuramento do louco – capaz de dominá-lo e submetê-lo."* Estes lugares de clausura eram os hospitais psiquiátricos também denominados asilos, hospícios e manicômios.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, começa a surgir o modelo manicomial brasileiro, principalmente os manicômios privados. Nos anos 60, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passa a utilizar os serviços psiquiátricos do setor privado. Dessa forma, cria-se uma *"indústria para o enfrentamento da loucura"* (Amarante, 1995:13).

O modelo asilar ou hospitalocêntrico continua predominante até o final do primeiro meado do século XX. Até que em 1961, o médico italiano Franco Baságli assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, na Itália. No campo das relações entre a coletividade e a insanidade, ele assumia uma atitude crítica para com a psiquiatria clássica e hospitalar, por esta se centrar no princípio do isolamento do alienado. Ele defendia, ao contrário, que o doente mental voltasse a viver com sua família. Sua atitude inicial foi aperfeiçoar a qualidade de hospedaria e o cuidado técnico aos internos no hospital em que dirigia. Essas normas e o pensamento de Franco Baságli influenciam, entre outros, o Brasil, fazendo ressurgir diversas discussões que tratavam da desinstitucionalização do portador de sofrimento mental e da humanização do tratamento a essas pessoas, com o objetivo de promover a re-inserção social.

**A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Na década de 70 são registradas várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental em relação à política de privatização da assistência psiquiátrica por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população. É nesse contexto, que no fim da década citada, que surge a questão da reforma psiquiátrica no Brasil. Pequenos núcleos estaduais, principalmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais constituem o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). No Rio de Janeiro, em 1978, eclode o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e coloca em xeque a política psiquiátrica exercida no país. A questão psiquiátrica é colocada em pauta: *"... tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário"*. (Rotelli et al, 1992: 48).

Na década de 80, ocorrem vários encontros, preparatórios para a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que ocorreu em 1987 os quais recomendam a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica. No final de 1987 realiza-se o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, SP, no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial e é construído o lema **„por uma sociedade sem manicômios“**. Nesse congresso amplia-se o sentido político-conceitual acerca do antimanicomial.

AMARANTES (1995:82) explica:

*Enfim, a nova etapa (...) consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídicopolítica. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional...*

No ano de 1989, um ano após a criação do SUS – Sistema Único de Saúde – dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG).

O qual propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos hospícios no país. Porém, cabe enfatizar que é somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é aprovada no país. A concordância, no entanto, é uma emenda do Projeto de Lei original, que traz alterações importantes no texto normativo.

Assim, a Lei Federal 10.216/2001 redireciona o amparo em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, no entanto, não estabelece estruturas claras para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a publicação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois mesmo antes de sua aprovação, suas consequências já eram visíveis por meio de diferentes ações, tais como a de criação das SRTs e de programas, tal como “**De volta pra casa**”. Novas modalidades para o tratamento do usuário de saúde mental foram postas em prática.

A Luta Antimanicomial possibilitou o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização da loucura. Podemos destacar aqui o surgimento de relevantes serviços de atendimentos Extra-Hospitalares oriundos da Reforma Psiquiátrica: Núcleo de Atenção Psico-social (NAPS); Centro de Atendimento Psico-social (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura.

A Lei Paulo Delgado foi criticada, sobretudo por proprietários de hospitais e clínicas privadas conveniadas ao SUS, nas quais se localizavam a maior parte dos leitos para o atendimento dos doentes mentais. Em 1985, Segundo dados do Ministério da Saúde. 80% dos leitos psiquiátricos eram contratados enquanto somente 20% eram internações na rede pública. (BRASIL, 2005).

TENÓRIO (2002:38) aponta para dois grandes marcos da década de 80, no que tange à Reforma Psiquiátrica: a inauguração do primeiro CAPS na Cidade de São Paulo e a Intervenção Pública na Casa de Saúde Anchieta (Santos-SP) a qual funcionava com 145% de ocupação (290 leitos com 470 internados). O internamento asilar não representava a exclusiva perspectiva para esta classe da população a qual tinha seus direitos cerceados, impedida de ir e vir, em internações infundáveis onde os usuários em diversos casos perdiam suas referências com familiares e grupos afetivos. Efetivando-se acima de tudo em perda da autonomia destes.

A Reforma destaca-se então enquanto um movimento com a finalidade de intervir no então modelo vigente, buscando o fim da mercantilização da loucura para assim poder “[...] *construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. [...]*” (BRASIL, 2005, P.2). Em 1990, o Brasil torna-se signatário da Declaração de Caracas a qual propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica.

A Reforma ficou também conhecida como o Movimento de Luta Antimanicomial, tendo como meta a desinstitucionalização do manicômio, compreendida como um conjunto de transformações de prática, saberes, valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações inter-pessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. A Reforma destaca-se então enquanto um movimento com a finalidade de intervir no então modelo vigente, buscando o fim da mercantilização da loucura para assim poder construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.<sup>1</sup>

Saúde mental, no modelo de atenção psicossocial, é considerada uma área que se insere na ideia de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de “construcionismo” e de “reflexividade”. Assim, a área da saúde mental constitui uma complexa rede de saberes que envolve a psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise, a filosofia, a fisiologia, a antropologia, a sociologia, a história e a geografia (Amarante, 2011).

A transição paradigmática na saúde mental acompanha a transformação na saúde pública, na medida em que supera o modelo asilar biomédico que é centrado na doença e no qual o médico é a figura de poder, detentor máximo da verdade, neutralidade e distanciamento de seu “objeto de cuidado”.

Da mesma maneira, no cenário internacional, Mezzina (2005) aponta a mudança paradigmática na saúde mental como uma “ruptura revolucionária”, que vai do modelo médico-biológico para um olhar ampliado, que inclui aspectos psicossociais do sujeito a ser cuidado. Propõe-se a ruptura com as instituições totais e a organização de serviços humanos, inseridos nas comunidades, que consideram o paciente como sujeito e não como objeto.

Segundo Costa-Rosa (2000), o paradigma psicossocial se pauta em quatro parâmetros fundamentais:

- implicação subjetiva do usuário, pressupondo a superação do modo de relação sujeito-objeto, característico do modelo biomédico e das disciplinas especializadas que se pautam pelas ciências positivistas;
- horizontalização das relações intrainstitucionais, tanto entre as esferas do poder decisório, de origem política, e as esferas do poder de coordenação, de natureza mais operativa, como também das relações especificamente interprofissionais;
- integralidade das ações no território que preconiza o posicionamento da instituição como espaço de interlocução, como instância de “suposto saber” e, ao fazer dela um espaço de intensa porosidade em relação ao território, praticamente subverte a própria natureza da instituição como dispositivo. A natureza da instituição como organização fica modificada e o local de execução de suas práticas se desloca do antigo interior da instituição para tomar o próprio território como referência;
- superação da ética da adaptação, ao propor suas ações na perspectiva de uma ética de duplo eixo que considera, por um lado, a relação sujeito-desejo e, por outro, a dimensão carecimento-ideais, firmando a meta da produção de subjetividade singularizada, tanto nas relações imediatas com o usuário propriamente dito quanto nas relações com toda a população do território (Costa-Rosa, 2000).

<sup>1</sup> Fonte: [www.abep.nepo.unicamp.br](http://www.abep.nepo.unicamp.br) - Por José Ferreira De Mesquita/Maria Salet Ferreira Novellino/Maria Tavares Cavalcanti

Assim, o paradigma psicossocial situa a saúde mental no campo da saúde coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos biopsicossociais complexos, que demandam uma abordagem interdisciplinar e intersetorial, com ações inseridas em uma diversidade de dispositivos comunitários e territorializados de atenção e de cuidado (Yasui & Costa-Rosa, 2008).

No nível das práticas, isso implica na mudança de concepções sobre o que é tratar/cuidar, partindo da busca de controlar sintomas e comportamentos, da fragmentação do paciente e da distância entre este e o profissional, chegando à busca de compreensão do sofrimento da pessoa e suas necessidades concretas, incluindo as psicológicas e altamente subjetivas, colocando a pessoa como centro, sendo vista e considerada em suas dimensões biopsicossociais, baseando-se no princípio da singularização, ou seja, no reconhecimento e consideração de sua história, de suas condições de vida e de sua subjetividade únicas no momento assistencial (Costa, 2004). Nessa direção, para que a transição paradigmática proposta se efetive de fato, faz-se necessária a participação de diversos atores sociais, e um dos atores fundamentais nesse processo é o profissional de saúde mental, que está na “linha de frente” do cotidiano assistencial.

#### **PROCESSO DE TRABALHO NOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS AO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

O serviço substitutivo é um dispositivo de atenção em saúde mental que significa, entre outras coisas, a possibilidade de se cuidar do portador de sofrimento mental sem retirá-lo totalmente de seu meio, bem como a facilidade maior do mesmo no acesso ao hospital psiquiátrico, principalmente a partir do momento em que este passou a ser a porta de entrada para internações hospitalares. Portanto, o serviço e o hospital fazem parte de um sistema cuja finalidade é a assistência ao portador de sofrimento mental.

Entretanto, o hospital desejar manter-se na mesma posição que teve ao longo dos anos anteriores à década de 1990 é desconhecer essa possibilidade, essa facilidade e o próprio sistema instalado no município. Fica evidente que a relação do hospital com o serviço substitutivo revela-se “colada” à terapêutica proposta por ele aos portadores de sofrimento mental, ou seja, o serviço pode fazer parte da possibilidade de sua abordagem terapêutica bem como o hospital pode fazer parte da abordagem terapêutica do serviço substitutivo. No entanto, Basaglia (1985) fez a seguinte observação:

A situação (a possibilidade de uma abordagem terapêutica do doente mental) se revela intimamente ligada e dependente do sistema, onde toda relação está rigidamente determinada por leis econômicas. Ou seja, não é a ideologia médica que estabelece ou induz um ou outro tipo de abordagem, mas, antes, o sistema socio-econômico é que determina as modalidades adotadas em níveis diversos (1985, p. 105).

A partir desse ponto, podemos entender porque o serviço aberto estabelece uma relação de desconfiança com o hospital. As determinações históricas de fundação desse serviço são feitas em outras bases: elas se deram a partir do questionamento do papel dos hospitais psiquiátricos, de suas sustentações teóricas e da necessária mudança de postura do poder público em relação a eles. Isso ocorreu porque os movimentos sociais que geraram as propostas da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica deram ao Estado

brasileiro (seja no municipal, estadual ou federal) e aos serviços instalados por ele a função, dentre outras, de prover, para o portador de sofrimento mental, uma assistência extra-hospitalar e de ser o controlador e avaliador dos hospitais psiquiátricos (MS, 2004).

Nos parágrafos anteriores, trabalhamos com a noção de sistema sem discutir o problema da continuidade de tratamento na cidade, continuidade significando, aqui, o que é feito com o usuário após sua passagem pelo hospital psiquiátrico ou após sua passagem pelo serviço substitutivo. Na perspectiva assistencial, quem complementa quem, nesse sistema? O serviço complementa o hospital ou vice-versa? Obviamente, os dois serviços têm posições antagônicas em relação a essa questão, já que eles disputam poder.

Mas por que estamos falando de complementariedade do tratamento, complementariedade de serviços? Há algumas razões. Entre elas, parece-nos que a mais importante é o fator de cronicidade da doença. Considerar esse fator faz com que entendamos que a possibilidade de tratamento de um portador de sofrimento mental vai além de um serviço e além de um único ato terapêutico. Cuidar de um portador de sofrimento mental supõe a hipótese de que, a partir do primeiro ato terapêutico, ele sempre retorne para receber outro e mais outros.

Há uma persistência da cronicidade, o que faz com que apenas esses dois serviços não sejam suficientes para combatê-la. Como seria possível supor o cuidado integral de um portador de sofrimento mental através de dois únicos serviços, com seus espaços bem delimitados e com uma interação difícil em função, por exemplo, da disputa de poder e das dificuldades de gestão? A questão da continuidade de tratamento traz, ao centro da discussão, o tema do seu objetivo. A que nos prestamos ao introduzir o portador de saúde mental numa rede de cuidados do SUS? O que os instrumentos de tratar nos oferecem para que eles possam caminhar nessa rede ou nesse sistema?

A outra razão seria a da própria organização do sistema. A organização formal da rede de saúde mental da cidade tem o seguinte fluxo para o paciente: ela supõe um crescente nível de complexidade assistencial do centro de saúde até o hospital psiquiátrico, passando pelo serviço substitutivo. É uma organização de fácil entendimento, contudo, de difícil implementação, pois sabemos que ela não esgota as necessidades de recursos para atender o portador de sofrimento mental.

Além disso, ela é de difícil gestão. Uma organização de saúde que contemple serviços hierarquizados necessita de uma gestão muito refinada e competente, que permita e facilite o fluxo dos pacientes dentro dela. A pergunta “Quem complementa quem?”, encontrada nas entrevistas, denuncia falhas na gestão bem como uma possível obscuridade quanto aos papéis dos serviços e da política que se quer implementar. Claro está que os serviços não são passivos em relação a essa problemática, especialmente o hospital psiquiátrico, conforme demonstrado anteriormente, em função de cada vez mais adotar práticas do serviço substitutivo em seus procedimentos terapêuticos.

A discussão sobre a continuidade do tratamento impõe-nos a relativização dessa pergunta. Ora, se pensarmos com a cabeça do serviço substitutivo, o complemento é o hospital psiquiátrico, mas, se pensarmos com a cabeça do hospital, o complemento é o serviço. Contudo, para os familiares dos portadores de sofrimento mental, após a internação, o que importa é o serviço aberto continuar o tratamento do hospital psiquiátrico, mantendo o paciente

com o mesmo medicamento e com as mesmas ações terapêuticas. Essa postura dos familiares pode não estar em consonância com a postura dos usuários, mas oferece-nos um fragmento de avaliação do serviço substitutivo e indica-nos que os familiares estão falando mais da capacidade resolutive do serviço substitutivo no tocante à remissão de sintomas e quem sabe até de adequação do usuário ao padrão normal de comportamento. Bertolote (1995, p.154) afirmou que o “mais importante, para os usuários, é a qualidade dos serviços prestados, respeito aos seus direitos, a melhoria da qualidade de suas vidas e não apenas o local onde os cuidados são prestados”. Para Ornelas (2001, p. 61), após tentar cuidar de seus familiares sozinho e ter muito sofrimento com essa tentativa, aceitar o hospital psiquiátrico significava a aceitação de um lugar “onde, pelo menos, havia algum profissional oferecendo alguma forma de tratamento e, principalmente, dividindo o cuidado.” Assim, fica evidente que, aos familiares, importa a resolutividade dos serviços, ainda que essa resolutividade não vá além do reconhecimento da divisão do sofrimento com outras pessoas, estejam os usuários onde estiverem.

Logicamente, as questões colocadas pelos familiares mostram-nos que a referência e a contra-referência interserviços não deve ser tomada meramente do ponto de vista objetivo da gestão. Há que reconhecer a necessidade de estudarmos os aspectos da aceitabilidade de um serviço de saúde mental, mas estudos conseqüentes, supomos, só podem ser feitos se considerarmos a palavra dos recebedores dos cuidados oferecidos pelos dispositivos em saúde mental, ou seja, os familiares e os portadores de sofrimento mental. Essa discussão remete-nos à necessidade imperativa levantada por Basaglia (1985) de colocarmos o conhecimento, os serviços e, no caso em tela, o sistema hierarquizado de saúde mental em suspenso para fazer aparecer, nas discussões, o sujeito de que se cuida.

Um quarto aspecto sobre o estudo da convivência entre os serviços é o do papel dos profissionais nessa relação. Os profissionais têm um papel relevante no processo de reforma psiquiátrica e, portanto, numa reforma como a brasileira, que vem sendo feita sem a necessária prescindência do hospital psiquiátrico, eles têm um importante papel na relação entre o serviço substitutivo e o hospital psiquiátrico.

Nas entrevistas, a influência dos profissionais sobre os familiares na avaliação dos serviços, a relação que cada profissional tem com o serviço em que trabalha bem como as histórias particulares de cada profissional com o serviço aberto ou com o hospital psiquiátrico são importantes na descrição da relação entre os serviços. As entrevistas nos mostram que há uma tendência dos profissionais a fazerem uma ‘confusão’ entre suas relações pessoais e a relação entre os serviços, no sentido de que disputas particulares no município por espaço e poder sejam levadas e utilizadas por eles nos serviços como se fossem disputas pelo projeto político local. Inversamente, há também a prática de se tomarem as diretrizes da política como questões pessoais, o que tem, como conseqüência, um acirramento nas dificuldades da relação entre os dois serviços.

Essas posições dos profissionais sobre os serviços denunciam as dificuldades para os profissionais participarem da reforma onde estiverem, no hospital psiquiátrico ou no serviço aberto. A reforma psiquiátrica é um empreendimento de muito custo pessoal e profissional. Para Desviat (1999, p. 80):

O fechamento dos hospitais psiquiátricos se converteu em um empreendimento árduo e arriscado, política e profissionalmente, para aqueles que assumem essa responsabilidade, não apenas pe-

las dificuldades técnicas e pela tremenda mobilização de recursos humanos e materiais que ele pressupõe, mas também, acima de tudo, pela oposição trabalhista e sindical fundamentada na possível diminuição de empregos, pelo medo da mudança e da perda do papel e do poder pelos profissionais, nisso se incluindo médicos e psicólogos [...]. A partir do que vimos, aqui, sobre o processo de reforma na cidade, cuja meta de superação do hospital psiquiátrico está colocada como uma possibilidade, pode-se perceber que as preocupações de Desviat (1999) sobre as situações a que são submetidos os profissionais são pertinentes à realidade local. Basta lembrarmos que, segundo um dos entrevistados, uma das estratégias do hospital psiquiátrico local para enfrentar a reforma psiquiátrica, a passeata contra a instalação da porta de entrada no serviço aberto, foi executada pelos seus trabalhadores.

Gostaríamos de acrescentar mais uma observação sobre a participação dos profissionais na relação entre os serviços. O fato é que mudanças na assistência puseram o saber do hospital psiquiátrico em suspeita, seja pelo questionamento dos efeitos que a dominação prescrita pela psiquiatria aos portadores de sofrimento mental tem sobre os trabalhadores de saúde mental, não lhes oferecendo saídas mais autônomas no cuidado com o portador de sofrimento mental (Basaglia, 1985, p. 103), seja pelos efeitos da reforma sanitária, que supõe a autonomia e a participação dos usuários no controle e na gestão do SUS. A reforma psiquiátrica e o SUS apontam uma saída para a relação tumultuada entre os profissionais dos dois serviços: a consideração de um sistema que pressuponha a submissão dos dois serviços a uma gestão única e a necessária participação dos usuários na construção de parâmetros para a assistência, atuando como intermediadores de relações entre aqueles que deles devem cuidar. Vasconcelos (2001) apresenta essa proposta quando afirma, a partir da defesa do princípio da participação popular no SUS, a necessidade de participação dos usuários na gestão do sistema.

Na parte final dos resultados apresentados, os entrevistados discutiram o futuro da relação entre os dois serviços. A primeira perspectiva desse futuro é a da aceitação, pelo hospital, das normas de hierarquização dos serviços, sendo destinado a ele o nível terciário da assistência. Essa postura supõe a hierarquização dos serviços por níveis de complexidade e deve ser operacionalizada através da referência e contra-referência entre o hospital psiquiátrico e o serviço substitutivo (conforme é proposto hoje, mas não é realizado). Essa forma de organização de serviços é derivada da leitura feita por setores da reforma sanitária que colocam na gestão do sistema a ênfase na sua hierarquização assistencial.

Essa forma de organização de serviços pode ser razoável, mas não corresponde à realidade cotidiana do trabalho em saúde mental. Os serviços substitutivos, notadamente os CAPSs (Centros de Atenção Psicossocial), não se diferenciam do hospital psiquiátrico quanto à gravidade dos casos ou procedimentos estabelecidos. Um caso de um portador de sofrimento mental que é atendido no hospital é passível de ser cuidado numa estrutura como a do serviço substitutivo. Toda a tecnologia é a mesma, só não o são: a disponibilidade de horário para o acolhimento do portador de sofrimento mental (o serviço aberto não funciona diuturnamente) e o objetivo do tratamento. Essa indiferenciação, construída ao longo desses anos da reforma psiquiátrica, aponta uma forma muito consistente de flexibilização da oferta de assistência em saúde mental, com consideração de parcerias intersetoriais no cuidado ao usuário e a utilização de todos os recursos da saúde como locais de provável assistência em saúde mental. Isso tem sido feito nos centros de convivência, nos hospitais gerais, nos PSFs (Programas de Saúde da Família), nos centros de saúde, nos espaços das ONGs (organizações

não governamentais), nos grupos de auto-ajuda, etc. Resta cuidar dos enfrentamentos de poder e adequação do hospital psiquiátrico a normas de gestão, caso a definição do modelo se mantenha como é hoje, hierarquizado com o hospital na função de retaguarda para o serviço substitutivo.

fonte: <http://pepsic.bvsalud.org/>

## REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL. REDE DE SERVIÇOS DE PROTEÇÃO E ATENÇÃO

### A saúde mental

A Política Nacional de Saúde Mental é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Abrange a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo etc, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas.

O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se e quando necessárias, conforme cada caso. Os indivíduos em situações de crise podem ser atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial, formada por várias unidades com finalidades distintas, de forma integral e gratuita, pela rede pública de saúde.

Além das ações assistenciais, o Ministério da Saúde também atua ativamente na prevenção de problemas relacionados a saúde mental e dependência química, implementando, por exemplo, iniciativas para prevenção do suicídio, por meio de convênio firmado com o Centro de Valorização da Vida (CVV), que permitiu a ligação gratuita em todo o país.

**ATENÇÃO:** O CVV – Centro de Valorização da Vida realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo, por telefone, email, chat e voip 24 horas todos os dias. A ligação para o CVV em parceria com o SUS, por meio do número 188, é gratuita a partir de qualquer linha telefônica fixa ou celular. Também é possível acessar [www.cvv.org.br](http://www.cvv.org.br) para chat.

### **Estrutura de atendimento - Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

As diretrizes e estratégias de atuação na área de assistência à saúde mental no Brasil envolvem o Governo Federal, Estados e Municípios. Os principais atendimentos em saúde mental são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que existem no país, onde o usuário recebe atendimento próximo da família com assistência multiprofissional e cuidado terapêutico conforme o quadro de saúde de cada paciente. Nesses locais também há possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é formada pelos seguintes pontos de atenção:

#### **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

São pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituído por equipe multiprofissional

que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São substitutivos ao modelo asilar, ou seja, aqueles em que os pacientes deveriam morar (manicômios).

#### **Modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**

**CAPS I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

**CAPS II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

**CAPS i:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

**CAPS ad Álcool e Drogas:** Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

**CAPS III:** Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

**CAPS ad III Álcool e Drogas:** Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

**ATENÇÃO:** Se o município não possuir nenhum CAPS, o atendimento de saúde mental é feito pela Atenção Básica, principal porta de entrada para o SUS, por meio das Unidades Básicas de Saúde ou Postos de Saúde.

#### **Urgência e emergência: SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24h e pronto socorro**

São serviços para o atendimento de urgências e emergências rápidas, responsáveis, cada um em seu âmbito de atuação, pela classificação de risco e tratamento das pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em situações de urgência e emergência, ou seja, em momentos de crise forte.

#### **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)**

São moradias ou casas destinadas a cuidar de pacientes com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares. Além disso, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) também podem acolher pacientes com transtornos mentais que estejam em situação de vulnerabilidade pessoal e social, como, por exemplo, moradores de rua.

#### **Unidades de Acolhimento (UA)**

Oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24h/dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência nessas unidades é de até seis meses.