



CÓD: OP-011NV-21
7908403514038

SES-RS
SECRETARIA DA SAÚDE
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Pedagogo

EDITAL DE ABERTURA N° 15/2021

Língua Portuguesa

1. Ortografia - Sistema Oficial (Emprego De Letras, Acentuação, Hífen, Divisão Silábica). - Relações Entre Sons E Letras, Pronúncia E Grafia	01
2. Morfologia - Estrutura E Formação De Palavras. Classes De Palavras. Flexão Nominal Da Língua Portuguesa: Padrões Regulares E Formas Irregulares. Flexão Verbal Da Língua Portuguesa: Padrões Regulares E Formas Irregulares	03
3. Morfossintaxe E Sintaxe - A Oração E Seus Termos. - Emprego Das Classes De Palavras. Sintaxe De Colocação Das Palavras. - O Período E Sua Construção. Período Simples E Período Composto. Coordenação: Processos, Formas E Sentidos. Subordinação: Processos, Formas E Sentidos	10
4. Regência Nominal E Verbal Da Língua Portuguesa.	13
5. Uso Da Crase	14
6. Concordância Nominal E Verbal Da Língua Portuguesa.	14
7. Equivalência Entre Estruturas; Transformação De Estruturas	16
8. Discurso Direto, Indireto E Indireto Livre	17
9. Pontuação: Sinais, Seus Empregos E Seus Efeitos De Sentido.	20
10. Semântica - Significação De Palavras E Expressões. Relações Semânticas Entre Palavras E Expressões (Sinonímia, Antonímia, Hiponímia, Homonímia, Polissemia). - Conotação E Denotação; Sentido Figurado, Sentido Literal. - Relações Semânticas, Lógicas E Enunciativas Entre Frases. - Valores Semânticos Das Classes De Palavras	21
11. Valores Dos Tempos, Modos E Vozes Verbais	21
12. Efeitos De Sentido Da Ordem De Expressões Na Oração E No Período	21
13. Variedades De Linguagem, Tipos E Gêneros Textuais, Adequação De Linguagem	21
14. Elementos De Sentido Do Texto: Coerência E Progressão Semântica Do Texto; Relações Contextuais Entre Segmentos De Um Texto; Informações Explícitas, Inferências Válidas, Pressupostos E Implícitos Na Leitura Do Texto	23
15. Leitura, Análise E Interpretação De Texto. elementos De Estruturação Do Texto: Recursos De Coesão; Função Referencial De Pronomes; Uso De Nexos Para Estabelecer Relações Entre Segmentos Do Texto; Segmentação Do Texto Em Parágrafos E Sua Organização Temática. - Interpretação Do Texto: Identificação Do Sentido Global De Um Texto; Identificação De Seus Principais Tópicos E De Suas Relações (Estrutura Argumentativa); Síntese Do Texto; Adaptação E Reestruturação Do Texto Para Novos Fins Retóricos	25

Governança e Gestão do Sistema Único de Saúde - Sus

1. Participação e Controle Social;	01
2. História e evolução das políticas de saúde no Brasil;	03
3. Missão e competência da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul	25
4. Políticas de Saúde no Brasil	25
5. Redes de atenção à saúde;	25
6. Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS;	26
7. Sistema Único de Saúde (SUS): evolução, princípios e diretrizes;	38
8. Controle Social e Participação Social no Sistema Único de Saúde – SUS;	45
9. Gestão e planejamento; financiamento; gestão da saúde nos Estados; Processo de planejamento no Sistema Único de Saúde – SUS;	45
10. Governança regional das redes de atenção à saúde;	61
11. Inovação na atenção ambulatorial especializada;	61
12. A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde;	61
13. Judicialização da saúde;	61
14. Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020 a 2028;	63
15. Plano Estadual de Saúde 20/23;	63
16. A regulação no SUS;	63
17. Educação permanente em saúde;	64
18. Monitoramento e avaliação	73
19. Indicadores de saúde;	74
20. Sistemas de informação do Sistema Único de Saúde – SUS;	76
21. Gestão do trabalho em saúde.	83

Informática

1. Conhecimentos do Sistema Operacional Microsoft Windows 7 ou superior;	01
2. Conhecimentos sobre discos virtuais Google Drive e Microsoft OneDrive;	08
3. Conhecimentos sobre editores de textos (Google Docs e Word 365 para Web) em ambientes virtuais;	09
4. Conhecimentos sobre serviços de planilhas Online (Google Planilhas e Excel 365 para Web)	18

Conhecimentos Específicos Pedagogo

1. Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva.	01
2. Educação e Sociologia Educacional.	06
3. Elementos do trabalho docente: planejamento e didática.	18
4. Teorias contemporâneas do desenvolvimento e aprendizagem.	45
5. Avaliação: concepções e práticas.	96
6. Pedagogia e o papel do pedagogo diante das realidades contemporâneas.	104
7. Competência projetual e analítica da relação escola-sociedade.	108
8. Autonomia, participação e protagonismo social.	120
9. Processo Educativo e Educação Permanente em Saúde.	121
10. Pedagogia Hospitalar: princípios, políticas e práticas.	121
11. Saúde Pública: aspectos sociais.	122
12. Diretrizes e Bases da Educação Nacional.	124
13. Projetos pedagógicos: elaboração, coordenação e supervisão.	139
14. Corpo, Movimento e Psicomotricidade.	141
15. Tendências Pedagógicas: pressupostos gerais.	143
16. Qualificação e capacitação das equipes dos diversos componentes de atenção à saúde, com incorporação de conteúdo específicos, comuns e afins, nos processos formativos e nas estratégias de educação permanente.	146
17. Aspectos éticos e humanísticos, na relação médico-paciente e no trabalho em equipe multidisciplinar.	158
18. Aprendizagem de adultos	163

Conteúdo Digital

Legislação do Sus

1. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, artigos 5º e 6º e 196 a 200	01
2. Lei Federal nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	03
3. Lei Federal nº 8.142/1990. 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	12
4. Lei Complementar Federal nº 141/ 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde	13
5. Decreto Federal nº 7.508/2011. Regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	19
6. Constituição do Estado do Rio Grande do Sul, de 03 de outubro de 1989, artigos 241 a 246.	22
7. Portaria de Consolidação nº 1 de 02 de junho de 2021, Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde, dispõe sobre a Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde	23
8. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro, dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde	42
9. Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017, Ministério da Saúde / Gabinete do Ministro, dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde	71

Direito Público

1. Constituição da República Federativa do Brasil (1988): Art. 1º ao art. 135; art. 145 ao art. 168; art. 193 ao art. 204	01
2. Lei Complementar Estadual/RS nº 10.098, de 03 de fevereiro de 1994 - Estatuto e Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Cíveis do Estado do Rio Grande do Sul	01
3. Lei Federal nº 8.429, de 02 de junho de 1992, que dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional, e dá outras providências	26
4. Lei Federal nº 12.846, de 1º de agosto de 2013, que dispõe sobre a responsabilização administrativa e civil de pessoas jurídicas pela prática de atos contra a administração pública, nacional ou estrangeira, e dá outras providências.	34
5. Lei Complementar Federal nº 101, de 04 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, e dá outras providências.	38
6. Lei Federal nº 10.520, de 17 de julho de 2002, que institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências.	53
7. Decreto Estadual/RS nº 45.746, de 14 de julho de 2008, que institui, no âmbito da Administração Pública Direta e Indireta do Estado do Rio Grande do Sul, o Código de Conduta da Alta Administração, o Código de Ética dos Servidores Públicos Cíveis do Poder Executivo Estadual, cria a Comissão de Ética Pública, e dá outras providências	54
8. Lei Federal nº 14.133, de 1º de abril de 2021 - Lei de Licitações e Contratos Administrativos	57
9. Lei Complementar Estadual/RS nº 15.595, de 19 de janeiro de 2021, que altera a lei nº 14.733, de 15 de setembro de 2015, que dispõe sobre a estrutura administrativa e diretrizes do Poder Executivo do Estado do Rio Grande do Sul, e dá outras providências.	95
10. Lei Estadual/RS nº 13.417, de 05 de abril de 2010, que dispõe sobre a reestruturação do Quadro de Funcionários da Saúde Pública, estabelece normas gerais de enquadramento, institui nova tabela de vencimentos, e dá outras providências	104
11. Lei Estadual/RS nº 15.612, de 06 de maio de 2021, que dispõe sobre o processo administrativo do Estado do Rio Grande do Sul	110
12. Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, e dá outras providências	117
13. Decreto Estadual/RS nº 55.718, de 12 de janeiro de 2021, que dispõe sobre a estrutura básica da Secretária da Saúde	139
14. Lei Complementar Federal nº 131, de 27 de maio de 2009, que altera e acrescenta dispositivos à Lei Complementar Federal nº 101/2000.	140
15. Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)	141
16. Lei Federal nº 11.340, de 07 de agosto de 2006, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, e dá outras providências.	153
17. Lei Federal nº 12.288, de 20 de julho de 2010 - Estatuto da Igualdade Racial	158
18. Lei Estadual/RS nº 13.694, de 19 de janeiro de 2011 - Estatuto Estadual da Igualdade Racial	164

Atenção

- Para estudar o Conteúdo Digital Complementar e Exclusivo acesse sua “Área do Cliente” em nosso site.

<https://www.apostilasopcao.com.br/errata-retificacao>

ORTOGRAFIA - SISTEMA OFICIAL (EMPREGO DE LETRAS, ACENTUAÇÃO, HÍFEN, DIVISÃO SILÁBICA). - RELAÇÕES ENTRE SONS E LETRAS, PRONÚNCIA E GRAFIA

A ortografia oficial diz respeito às regras gramaticais referentes à escrita correta das palavras. Para melhor entendê-las, é preciso analisar caso a caso. Lembre-se de que a melhor maneira de memorizar a ortografia correta de uma língua é por meio da leitura, que também faz aumentar o vocabulário do leitor.

Neste capítulo serão abordadas regras para dúvidas frequentes entre os falantes do português. No entanto, é importante ressaltar que existem inúmeras exceções para essas regras, portanto, fique atento!

Alfabeto

O primeiro passo para compreender a ortografia oficial é conhecer o alfabeto (os sinais gráficos e seus sons). No português, o alfabeto se constitui 26 letras, divididas entre **vogais** (a, e, i, o, u) e **consoantes** (restante das letras).

Com o Novo Acordo Ortográfico, as consoantes **K**, **W** e **Y** foram reintroduzidas ao alfabeto oficial da língua portuguesa, de modo que elas são usadas apenas em duas ocorrências: **transcrição de nomes próprios** e **abreviaturas e símbolos de uso internacional**.

Uso do “X”

Algumas dicas são relevantes para saber o momento de usar o X no lugar do CH:

- Depois das sílabas iniciais “me” e “en” (ex: mexerica; enxergar)
- Depois de ditongos (ex: caixa)
- Palavras de origem indígena ou africana (ex: abacaxi; orixá)

Uso do “S” ou “Z”

Algumas regras do uso do “S” com som de “Z” podem ser observadas:

- Depois de ditongos (ex: coisa)
- Em palavras derivadas cuja palavra primitiva já se usa o “S” (ex: casa > casinha)
- Nos sufixos “ês” e “esa”, ao indicarem nacionalidade, título ou origem. (ex: portuguesa)
- Nos sufixos formadores de adjetivos “ense”, “oso” e “osa” (ex: populoso)

Uso do “S”, “SS”, “Ç”

- “S” costuma aparecer entre uma vogal e uma consoante (ex: diversão)
- “SS” costuma aparecer entre duas vogais (ex: processo)
- “Ç” costuma aparecer em palavras estrangeiras que passaram pelo processo de aportuguesamento (ex: muçarela)

Os diferentes porquês

POR QUE	Usado para fazer perguntas. Pode ser substituído por “por qual motivo”
PORQUE	Usado em respostas e explicações. Pode ser substituído por “pois”
POR QUÊ	O “que” é acentuado quando aparece como a última palavra da frase, antes da pontuação final (interrogação, exclamação, ponto final)
PORQUÊ	É um substantivo, portanto costuma vir acompanhado de um artigo, numeral, adjetivo ou pronome

Parônimos e homônimos

As palavras **parônimas** são aquelas que possuem grafia e pronúncia semelhantes, porém com significados distintos.

Ex: *cumprimento* (saudação) X *comprimento* (extensão); *tráfego* (trânsito) X *tráfico* (comércio ilegal).

Já as palavras **homônimas** são aquelas que possuem a mesma grafia e pronúncia, porém têm significados diferentes. **Ex:** *rio* (verbo “rir”) X *rio* (curso d’água); *manga* (blusa) X *manga* (fruta).

A acentuação é uma das principais questões relacionadas à Ortografia Oficial, que merece um capítulo a parte. Os acentos utilizados no português são: **acento agudo** (´); **acento grave** (`); **acento circunflexo** (^); **cedilha** (ç) e **til** (~).

Depois da reforma do Acordo Ortográfico, a **trema** foi excluída, de modo que ela só é utilizada na grafia de nomes e suas derivações (ex: Müller, mülleriano).

Esses são sinais gráficos que servem para modificar o som de alguma letra, sendo importantes para marcar a sonoridade e a intensidade das sílabas, e para diferenciar palavras que possuem a escrita semelhante.

A sílaba mais intensa da palavra é denominada **sílaba tônica**. A palavra pode ser classificada a partir da localização da sílaba tônica, como mostrado abaixo:

- **OXÍTONA:** a última sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: café)
- **PAROXÍTONA:** a penúltima sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: automóvel)
- **PROPAROXÍTONA:** a antepenúltima sílaba da palavra é a mais intensa. (Ex: lâmpada)

As demais sílabas, pronunciadas de maneira mais sutil, são denominadas **sílabas átonas**.

Regras fundamentais

CLASSIFICAÇÃO	REGRAS	EXEMPLOS
OXÍTONAS	<ul style="list-style-type: none"> terminadas em A, E, O, EM, seguidas ou não do plural seguidas de -LO, -LA, -LOS, -LAS 	cipó(s), pé(s), armazém respeitá-la, compô-lo, comprometê-los
PAROXÍTONAS	<ul style="list-style-type: none"> terminadas em I, IS, US, UM, UNS, L, N, X, PS, Ã, ÃS, ÃO, ÃOS ditongo oral, crescente ou decrescente, seguido ou não do plural (OBS: Os ditongos “EI” e “OI” perderam o acento com o Novo Acordo Ortográfico)	táxi, lápis, vírus, fórum, cadáver, tórax, bíceps, ímã, órfão, órgãos, água, mágoa, pônei, ideia, geleia, paranoico, heroico
PROPAROXÍTONAS	<ul style="list-style-type: none"> todas são acentuadas 	cólica, analítico, jurídico, hipérbole, último, álibi

Regras especiais

REGRA	EXEMPLOS
Acentua-se quando “I” e “U” tônicos formarem hiato com a vogal anterior, acompanhados ou não de “S”, desde que não sejam seguidos por “NH” OBS: Não serão mais acentuados “I” e “U” tônicos formando hiato quando vierem depois de ditongo	saída, faísca, baú, país feiura, Bocaiuva, Sauipe
Acentua-se a 3ª pessoa do plural do presente do indicativo dos verbos “TER” e “VIR” e seus compostos	têm, obtêm, contêm, vêm
Não são acentuados hiatos “OO” e “EE”	leem, voo, enjoo
Não são acentuadas palavras homógrafas OBS: A forma verbal “PÔDE” é uma exceção	pelo, pera, para

Muitas pessoas acham que fonética e fonologia são sinônimos. Mas, embora as duas pertençam a uma mesma área de estudo, elas são diferentes.

Fonética

Segundo o dicionário Houaiss, *fonética* “é o estudo dos sons da fala de uma língua”. O que isso significa? A fonética é um ramo da Linguística que se dedica a analisar os sons de modo físico-articulador. Ou seja, ela se preocupa com o movimento dos lábios, a vibração das cordas vocais, a articulação e outros movimentos físicos, mas não tem interesse em saber do conteúdo daquilo que é falado. A fonética utiliza o Alfabeto Fonético Internacional para representar cada som.

Sintetizando: a fonética estuda o movimento físico (da boca, lábios...) que cada som faz, desconsiderando o significado desses sons.

Fonologia

A fonologia também é um ramo de estudo da Linguística, mas ela se preocupa em analisar a organização e a classificação dos sons, separando-os em unidades significativas. É responsabilidade da fonologia, também, cuidar de aspectos relativos à divisão silábica, à acentuação de palavras, à ortografia e à pronúncia.

Sintetizando: a fonologia estuda os sons, preocupando-se com o significado de cada um e não só com sua estrutura física.

Bom, agora que sabemos que fonética e fonologia são coisas diferentes, precisamos de entender o que é fonema e letra.

Fonema: os fonemas são as menores unidades sonoras da fala. Atenção: estamos falando de menores unidades de som, não de sílabas. Observe a diferença: na palavra pato a primeira sílaba é pa-. Porém, o primeiro som é pê (P) e o segundo som é a (A).

Letra: as letras são as menores unidades gráfica de uma palavra.

Sintetizando: na palavra pato, pa- é a primeira sílaba; pê é o primeiro som; e P é a primeira letra.

Agora que já sabemos todas essas diferenciações, vamos entender melhor o que é e como se compõe uma sílaba.

Sílaba: A sílaba é um fonema ou conjunto de fonemas que emitido em um só impulso de voz e que tem como base uma vogal. A sílabas são classificadas de dois modos:

Classificação quanto ao número de sílabas:

As palavras podem ser:

- Monossílabas: as que têm uma só sílaba (pé, pá, mão, boi, luz, é...)
- Dissílabas: as que têm duas sílabas (café, leite, noites, caí, bota, água...)
- Trissílabas: as que têm três sílabas (caneta, cabeça, saúde, circuito, boneca...)
- Polissílabas: as que têm quatro ou mais sílabas (casamento, jesuíta, irresponsabilidade, paralelepípedo...)

Classificação quanto à tonicidade

As palavras podem ser:

- **Oxítonas:** quando a sílaba tônica é a última (ca-**fé**, ma-ra-cu-**já**, ra-**paz**, u-ru-**bu**...)
- **Paroxítonas:** quando a sílaba tônica é a penúltima (**me**-sa, sa-bo-**ne**-te, **ré**-gua...)
- **Proparoxítonas:** quando a sílaba tônica é a antepenúltima (**sá**-ba-do, **tô**-ni-ca, his-**tó**-ri-co...)

Lembre-se que:

Tônica: a sílaba mais forte da palavra, que tem autonomia fonética.

Átona: a sílaba mais fraca da palavra, que não tem autonomia fonética.

Na palavra *telefone*: te-, le-, ne- são sílabas átonas, pois são mais fracas, enquanto que fo- é a sílaba tônica, já que é a pronunciada com mais força.

Agora que já sabemos essas classificações básicas, precisamos entender melhor como se dá a divisão silábica das palavras.

Divisão silábica

A divisão silábica é feita pela silabação das palavras, ou seja, pela pronúncia. Sempre que for escrever, use o hífen para separar uma sílaba da outra. Algumas regras devem ser seguidas neste processo:

Não se separa:

- **Ditongo:** encontro de uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (cau-le, gai-o-la, ba-lei-a...)
- **Tritongo:** encontro de uma semivogal, uma vogal e uma semivogal na mesma sílaba (Pa-ra-guai, quais-quer, a-ve-ri-guou...)
- **Dígrafo:** quando duas letras emitem um único som na palavra. Não separamos os dígrafos ch, lh, nh, gu e qu (fa-**cha**-da, co-**lhei**-ta, fro-**nha**, pe-**guei**...)
- **Encontros consonantais inseparáveis:** re-**cla**-mar, psi-**có**-lo-go, pa-**trão**...)

Deve-se separar:

- **Hiatos:** vogais que se encontram, mas estão em sílabas vizinhas (sa-**ú**-de, Sa-**a**-ra, ví-**a**-mos...)
- Os **dígrafos** rr, ss, sc, e xc (car-**ro**, pás-**sa**-ro, pis-**ci**-na, ex-**ce**-ção...)
- **Encontros consonantais separáveis:** in-**fec**-ção, mag-**nó**-lia, rit-**mo**...)

MORFOLOGIA - ESTRUTURA E FORMAÇÃO DE PALAVRAS. CLASSES DE PALAVRAS. FLEXÃO NOMINAL DA LÍNGUA PORTUGUESA: PADRÕES REGULARES E FORMAS IRREGULARES. FLEXÃO VERBAL DA LÍNGUA PORTUGUESA: PADRÕES REGULARES E FORMAS IRREGULARES

Classes de Palavras

Para entender sobre a estrutura das funções sintáticas, é preciso conhecer as classes de palavras, também conhecidas por classes morfológicas. A gramática tradicional pressupõe 10 classes gramaticais de palavras, sendo elas: adjetivo, advérbio, artigo, conjunção, interjeição, numeral, pronome, preposição, substantivo e verbo.

Veja, a seguir, as características principais de cada uma delas.

CLASSE	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
ADJETIVO	Expressar características, qualidades ou estado dos seres Sofre variação em número, gênero e grau	Menina <i>inteligente</i> ... Roupa <i>azul-marinho</i> ... Brincadeira <i>de criança</i> ... Povo <i>brasileiro</i> ...
ADVÉRBIO	Indica circunstância em que ocorre o fato verbal Não sofre variação	A ajuda chegou <i>tarde</i> . A mulher trabalha <i>muito</i> . Ele dirigia <i>mal</i> .
ARTIGO	Determina os substantivos (de modo definido ou indefinido) Varia em gênero e número	A galinha botou <i>um</i> ovo. <i>Uma</i> menina deixou <i>a</i> mochila no ônibus.
CONJUNÇÃO	Liga ideias e sentenças (conhecida também como conectivos) Não sofre variação	Não gosto de refrigerante <i>nem</i> de pizza. Eu vou para a praia <i>ou</i> para a cachoeira?
INTERJEIÇÃO	Exprime reações emotivas e sentimentos Não sofre variação	<i>Ah!</i> Que calor... Escapei por pouco, <i>ufa!</i>

NUMERAL	Atribui quantidade e indica posição em alguma sequência Varia em gênero e número	Gostei muito do <i>primeiro</i> dia de aula. <i>Três</i> é a <i>metade</i> de <i>seis</i> .
PRONOME	Acompanha, substitui ou faz referência ao substantivo Varia em gênero e número	Posso <i>ajudar</i> , senhora? <i>Ela me</i> ajudou muito com o <i>meu</i> trabalho. <i>Esta</i> é a casa <i>onde</i> eu moro. <i>Que</i> dia é hoje?
PREPOSIÇÃO	Relaciona dois termos de uma mesma oração Não sofre variação	Espero <i>por</i> você essa noite. Lucas gosta <i>de</i> tocar violão.
SUBSTANTIVO	Nomeia objetos, pessoas, animais, alimentos, lugares etc. Flexionam em gênero, número e grau.	A <i>menina</i> jogou sua <i>boneca</i> no <i>rio</i> . A <i>matilha</i> tinha muita <i>coragem</i> .
VERBO	Indica ação, estado ou fenômenos da natureza Sofre variação de acordo com suas flexões de modo, tempo, número, pessoa e voz. Verbos não significativos são chamados verbos de ligação	Ana se <i>exercita</i> pela manhã. Todos <i>parecem</i> meio bobos. <i>Chove</i> muito em Manaus. A cidade é muito bonita quando vista do alto.

Substantivo

Tipos de substantivos

Os substantivos podem ter diferentes classificações, de acordo com os conceitos apresentados abaixo:

- **Comum:** usado para nomear seres e objetos generalizados. *Ex: mulher; gato; cidade...*
- **Próprio:** geralmente escrito com letra maiúscula, serve para especificar e particularizar. *Ex: Maria; Garfield; Belo Horizonte...*
- **Coletivo:** é um nome no singular que expressa ideia de plural, para designar grupos e conjuntos de seres ou objetos de uma mesma espécie. *Ex: matilha; enxame; cardume...*
- **Concreto:** nomeia algo que existe de modo independente de outro ser (objetos, pessoas, animais, lugares etc.). *Ex: menina; cachorro; praça...*
- **Abstrato:** depende de um ser concreto para existir, designando sentimentos, estados, qualidades, ações etc. *Ex: saudade; sede; imaginação...*
- **Primitivo:** substantivo que dá origem a outras palavras. *Ex: livro; água; noite...*
- **Derivado:** formado a partir de outra(s) palavra(s). *Ex: pedreiro; livraria; noturno...*
- **Simples:** nomes formados por apenas uma palavra (um radical). *Ex: casa; pessoa; cheiro...*
- **Composto:** nomes formados por mais de uma palavra (mais de um radical). *Ex: passatempo; guarda-roupa; girassol...*

Flexão de gênero

Na língua portuguesa, todo substantivo é flexionado em um dos dois gêneros possíveis: **feminino** e **masculino**.

O **substantivo biforme** é aquele que flexiona entre masculino e feminino, mudando a desinência de gênero, isto é, geralmente o final da palavra sendo **-o** ou **-a**, respectivamente (*Ex: menino / menina*). Há, ainda, os que se diferenciam por meio da pronúncia / acentuação (*Ex: avô / avó*), e aqueles em que há ausência ou presença de desinência (*Ex: irmão / irmã; cantor / cantora*).

O **substantivo uniforme** é aquele que possui apenas uma forma, independente do gênero, podendo ser diferenciados quanto ao gênero a partir da flexão de gênero no artigo ou adjetivo que o acompanha (*Ex: a cadeira / o poste*). Pode ser classificado em **epiceno** (refere-se aos animais), **sobrecomum** (refere-se a pessoas) e **comum de dois gêneros** (identificado por meio do artigo).

É preciso ficar atento à **mudança semântica** que ocorre com alguns substantivos quando usados no masculino ou no feminino, trazendo alguma especificidade em relação a ele. No exemplo *o fruto X a fruta* temos significados diferentes: o primeiro diz respeito ao órgão que protege a semente dos alimentos, enquanto o segundo é o termo popular para um tipo específico de fruto.

Flexão de número

No português, é possível que o substantivo esteja no **singular**, usado para designar apenas uma única coisa, pessoa, lugar (*Ex: bola; escada; casa*) ou no **plural**, usado para designar maiores quantidades (*Ex: bolas; escadas; casas*) — sendo este último representado, geralmente, com o acréscimo da letra **S** ao final da palavra.

Há, também, casos em que o substantivo não se altera, de modo que o plural ou singular devem estar marcados a partir do contexto, pelo uso do artigo adequado (*Ex: o lápis / os lápis*).

Variação de grau

Usada para marcar diferença na grandeza de um determinado substantivo, a variação de grau pode ser classificada em **aumentativo** e **diminutivo**.

Quando acompanhados de um substantivo que indica grandeza ou pequenez, é considerado **analítico** (*Ex: menino grande / menino pequeno*).

Quando acrescentados sufixos indicadores de aumento ou diminuição, é considerado **sintético** (*Ex: menino / menininho*).

Novo Acordo Ortográfico

De acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, as **letras maiúsculas** devem ser usadas em nomes próprios de pessoas, lugares (cidades, estados, países, rios), animais, acidentes geográficos, instituições, entidades, nomes astronômicos, de festas e festividades, em títulos de periódicos e em siglas, símbolos ou abreviaturas.

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Participação e Controle Social no SUS

Os movimentos sociais ocorridos durante a década de 80 na busca por um Estado democrático aos serviços de saúde impulsionaram a modificação do modelo vigente de controle social da época que culminou com a criação do SUS a partir da Constituição Federativa de 1988.

O objetivo deste texto é realizar uma análise deste modelo de participação popular e controle social no SUS, bem como favorecer reflexões aos atores envolvidos neste cenário, através de uma pesquisa narrativa baseada em publicações relevantes produzidas no Brasil nos últimos 11 anos.

É insuficiente o controle social estar apenas na lei, é preciso que este aconteça na prática. Entretanto, a sociedade civil, ainda não ocupa de forma efetiva esses espaços de participação.

O processo de criação do SUS teve início a partir das definições legais estabelecidas pela nova Constituição Federal do Brasil de 1988, sendo consolidado e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde (LOA), nº 8080/90 e nº 8.142/90, sendo estabelecidas nestas as diretrizes e normas que direcionam o novo sistema de saúde, bem como aspectos relacionados a sua organização e funcionamento, critérios de repasses para os estados e municípios além de disciplinar o controle social no SUS em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde (FINKELMAN, 2002; FARIA, 2003; SOUZA, 2003).

O SUS nos trouxe a ampliação da assistência à saúde para a coletividade, possibilitando, com isso, um novo olhar às ações, serviços e práticas assistenciais. Sendo estas norteadas pelos princípios e diretrizes: Universalidade de acesso aos serviços de saúde; Integralidade da assistência; Equidade; Descentralização Político-administrativa; Participação da comunidade; regionalização e hierarquização (REIS, 2003). A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde.

No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado (ARANTES et al., 2007). Nesse contexto, enfatiza-se a institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde, através da garantia da participação no planejamento do enfrentamento dos problemas prioritizados, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada (BRASIL, 2006).

Sendo o SUS a primeira política pública no Brasil a adotar constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, esta não somente reitera o exercício do controle social sob as práticas de saúde, mas também evidencia a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados em seu arcabouço jurídico, além dos reconhecidos pela Lei Orgânica de saúde de nº 8.142/90, os conselhos e as conferências de saúde. Destaca, ainda, as audiências públicas e outros mecanismos de audiência da sociedade, de usuários e de trabalhadores sociais (CONASS, 2003; BARBOSA, 2009; COSSETIN, 2010).

Ademais, a Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 estabelece em seu art. 12 a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Entretanto, é a Lei n.º

8.142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS. Legitimando assim os interesses da população no exercício do controle social (BRASIL, 2009).

Essa perspectiva é considerada uma das formas mais avançadas de democracia, pois determina uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da saúde das comunidades.

Amiúde, as condições necessárias para que se promova a democratização da gestão pública em saúde se debruça com a discussão em torno do controle social em saúde.

O presente estudo tem como objetivo realizar uma análise do modelo vigente de participação popular e controle social no SUS e ainda elucidar questões que permitirão entender melhor a participação e o controle social, bem como favorecer algumas reflexões a todos os atores envolvidos no cenário do SUS.

Participação e Controle Social

Após um longo período no qual a população viveu sob um estado ditatorial, com a centralização das decisões, o tecnicismo e o autoritarismo, durante a década de 1980 ocorreu uma abertura democrática que reconhece a necessidade de revisão do modelo de saúde vigente na época, com propostas discutidas em ampliar a participação popular nas decisões e descentralizar a gestão pública em saúde, com vistas a aproximar as decisões do Estado ao cotidiano dos cidadãos brasileiros (DALLARI, 2000; SCHNEIDER et al., 2009; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Nessa perspectiva, a dimensão histórica adquire relevância essencial para a compreensão do controle social, o que pode provocar reações contraditórias. De fato, o controle social foi historicamente exercido pelo Estado sobre a sociedade durante muitos anos, na época da ditadura militar.

É oportuno destacar que a ênfase ao controle social que aqui será dada refere-se às ações que os cidadãos exercem para monitorar, fiscalizar, avaliar, interferir na gestão estatal e não o inverso. Pois, como vimos, também denominam-se controle social as ações do Estado para controlar a sociedade, que se dá por meio da legislação, do aparato institucional ou mesmo por meio da força.

A organização e mobilização popular realizada na década de 80, do século XX, em prol de um Estado democrático e garantidor do acesso universal aos direitos a saúde, coloca em evidência a possibilidade de inversão do controle social. Surge, então, a perspectiva de um controle da sociedade civil sobre o Estado, sendo incorporada pela nova Constituição Federal de 1988 juntamente com a criação do SUS (CONASS, 2003).

A participação popular na gestão da saúde é prevista pela Constituição Federal de 1998, em seu artigo 198, que trata das diretrizes do SUS: descentralização, integralidade e a participação da comunidade. Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema, com o intuito de torná-lo mais adequado a atender às necessidades da população brasileira (BRASIL, 2006; WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006; OLIVEIRA, 2003).

A discussão com ênfase dada ao controle social na nova Constituição se expressa em novas diretrizes para a efetivação deste por meio de instrumentos normativos e da criação legal de espaços institucionais que garantem a participação da sociedade civil organizada na fiscalização direta do executivo nas três esferas de governo. Na atualidade, muitas expressões são utilizadas corriqueiramente para caracterizar a participação popular na gestão pública de saúde, a que consta em nossa Carta Magna e o termo 'participação da comunidade na saúde'. Porém, iremos utilizar aqui o termo mais

comum em nosso meio: 'controle social'. Sendo o controle social uma importante ferramenta de democratização das organizações, busca-se adotar uma série de práticas que efetivem a participação da sociedade na gestão (GUIZARDI et al., 2004).

Embora o termo controle social seja o mais utilizado, consideramos que se trata de um reducionismo, uma vez que este não traduz a amplitude do direito assegurado pela nova Constituição Federal de 1988, que permite não só o controle e a fiscalização permanente da aplicação de recursos públicos. Este também se manifesta através da ação, onde cidadãos e políticos têm um papel social a desempenhar através da execução de suas funções, ou ainda através da proposição, onde cidadãos participam da formulação de políticas, intervindo em decisões e orientando a Administração Pública quanto às melhores medidas a serem adotadas com objetivo de atender aos legítimos interesses públicos (NOGUEIRA, 2004; BRASIL, 2011b; MENEZES, 2010).

Fonte: <http://cebes.org.br/2013/05/participacao-popular-e-o-controle-social-como-diretriz-do-sus-uma-revisao-narrativa/>

Estratégias operacionais e metodológicas para o controle social

Recomenda-se que o processo de educação permanente para o controle social no SUS ocorra de forma descentralizada, respeitando as específicas cidades e condições locais a fim de que possa ter maior efetividade.

Considerando que os membros do Conselho de Saúde renovam-se periodicamente e outros sujeitos sociais alternam-se em suas representações, e o fato de estarem sempre surgindo novas demandas oriundas das mudanças conjunturais, torna-se necessário que o processo de educação permanente para o controle social esteja em constante construção e atualização.

A operacionalização do processo de educação permanente para o controle social no SUS deve considerar a seleção, preparação do material e a identificação de sujeitos sociais que tenham condições de transmitir informações e possam atuar como facilitadores e incentivadores das discussões sobre os temas a serem tratados. Para isso é importante:

- identificar as parcerias a serem envolvidas, como: universidades, núcleos de saúde, escolas de saúde pública, técnicos e especialistas autônomos ou ligados a instituições, entidades dos segmentos sociais representados nos Conselhos, Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e outras organizações da sociedade que atuem na área de saúde. Na identificação e articulações das parcerias, deve ser clara a atribuição dos conselhos, conselheiros e parceiros;

- realizar as atividades de educação permanente para os conselheiros e os demais sujeitos sociais de acordo com a realidade local, garantindo uma carga horária que possibilite a participação e a ampla discussão dos temas, democratização das informações e a utilização de técnicas pedagógicas para o controle social que facilitem a construção dos conteúdos teóricos e, também, a interação do grupo. Sugere-se que as atividades de educação permanente para o controle social no SUS sejam enfocadas em dois níveis: um geral, garantindo a representação de todos os segmentos, e outro específico, que poderá ser estruturado e oferecido de acordo com o interesse ou a necessidade dos segmentos que compõem os Conselhos de Saúde e os demais órgãos da sociedade.

Para promover o alcance dos objetivos do processo de educação permanente para o controle social no SUS, recomenda-se a utilização de metodologias que busquem a construção coletiva de conhecimentos, baseada na experiência do grupo, levando-se em consideração o conhecimento como prática concreta e real dos sujeitos a partir de suas vivências e histórias. Metodologias essas que ultrapassem as velhas formas autoritárias de lidar com a aprendizagem e muitas vezes utilizadas como, por exemplo, a da comunicação unilateral, que transforma o indivíduo num mero receptor de teorias e conteúdos.

Recomenda-se, também, a utilização de dinâmicas que propiciem um ambiente de troca de experiências, de reflexões pertinentes à atuação dos Conselheiros de Saúde e dos sujeitos sociais e de técnicas que favoreçam a sua participação e integração, como, por exemplo, reuniões de grupo, plenárias, estudos dirigidos, seminários, oficinas, todos envolvendo debates.

A 12.ª Conferência Nacional de Saúde (CONFERÊNCIA..., 2005) recomendou a realização de ações para educação permanente e propôs que as atividades do Conselheiro de Saúde fossem consideradas de relevância pública. Essa proposição foi contemplada na Resolução n.º 333/2003 (BRASIL, 2003c), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, que garante ao Conselheiro de Saúde a dispensa, sem prejuízo, do seu trabalho, para participar das reuniões, eventos, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

Assim, o processo proposto, especialmente, no que diz respeito aos Conselhos de Saúde deve dar conta da intensa renovação de Conselheiros de Saúde, que ocorre em razão do final dos mandatos, ou por decisão da instituição ou entidade de substituir o seu representante. Isto requer, no mínimo, a oferta de material básico informativo, uma capacitação inicial promovida pelo Conselho de Saúde e a garantia de mecanismos que disponibilizem informações aos novos Conselheiros.

Sugestões de material de apoio:

- Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas (ONU);
- Declaração dos Direitos da Criança e Adolescente (Unicef);
- Declaração de Otawa, Declaração de Bogotá e outras;
- Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2003) – Capítulo da Ordem Social;
 - Leis Federais: 8.080/90 (BRASIL, 1990a), 8.142/90 (BRASIL, 1990b), 8.689/93 (BRASIL, 1993), 9.656/98 (BRASIL, 1998) e respectivas Medidas Provisórias;
 - Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde;
 - Normas Operacionais do SUS;
 - Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho (NOB/ RH – SUS), 2005 (BRASIL, 2005), Diretrizes e Competências da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissões Intergestoras Bipartites (CIBs) e das Condições de Gestão dos Estados e Municípios;
 - Constituição do Estado e Leis Orgânicas do Estado, do Distrito Federal e Município;
 - Seleção de Deliberações do Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselho Municipal de Saúde (CMS) e pactuações das Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite;
 - Resoluções e deliberações do Conselho de Saúde relacionadas à Gestão em Saúde: Plano de Saúde, Financiamento, Normas, Direção e Execução, Planejamento – que compreende programação, orçamento, acompanhamento e avaliação;
 - Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 333/2003 (BRASIL, 2003c), Resolução n.º 322/2003 (BRASIL, 2003b), Resolução n.º 196/96 (BRASIL, 1996) e outras correspondentes com mesmo mérito, e deliberações no campo do controle social – formulação de estratégias e controle da execução pelos Conselhos de Saúde e pela sociedade.

A definição dos conteúdos básicos de educação permanente para o controle social no SUS deve ser objeto de deliberação pelos plenários dos Conselhos de Saúde nas suas respectivas esferas governamentais.

Recomenda-se que, para esse processo, seja prevista a criação de instrumentos de acompanhamento e avaliação dos resultados das atividades

Responsabilidades

Esferas governamentais

Compete ao Estado, nas três esferas do governo:

a) Oferecer todas as condições necessárias para que o processo de educação permanente para o controle social ocorra, garantindo o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde e a realização das ações para a educação permanente e controle social dos demais sujeitos sociais.

b) Promover o apoio à produção de materiais didáticos destinados às atividades de educação permanente para o controle social no SUS, ao desenvolvimento e utilização de métodos, técnicas e fomento à pesquisa que contribuam para esse processo.

Ministério da Saúde

a) Incentivar e apoiar, inclusive nos aspectos financeiros e técnicos, as instâncias estaduais, municipais e do Distrito Federal para o processo de elaboração e execução da política de educação permanente para o controle social no SUS;

b) Manter disponível e atualizado o acervo de referências sobre saúde e oferecer material informativo básico e audiovisual que propicie a veiculação de temas de interesse geral em saúde, tais como: legislação, orçamento, direitos em saúde, modelo assistencial, modelo de gestão e outros.

HISTÓRIA E EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Evolução Histórica da Saúde Pública e das políticas de saúde no Brasil

As políticas públicas de saúde no Brasil têm sofrido modificações ao longo dos anos, e tais mudanças historicamente têm sido pelo menos aparentemente para adequarem-se aos contextos políticos, econômicos e sociais. Somente com a chegada da família real, em 1808, é que algumas normas sanitárias foram impostas para os portos, numa tentativa de impedir a entrada de doenças contagiosas que pudessem colocar em risco a integridade da saúde da realeza. Em 1822, com a Independência do Brasil, algumas políticas de saúde foram implantadas, tais políticas eram referentes ao controle dos portos e atribuía às províncias quaisquer decisões sobre tais questões.

Somente com a Proclamação da República, em 1889, é que as práticas de saúde em nível nacional tiveram início. Oswaldo Cruz e Carlos Chagas que estiveram à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), implementaram um modelo sanitista visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando-se responsável pelos serviços sanitários e de profilaxia no país, respectivamente.

O Estado brasileiro teve sua primeira intervenção em 1923, com a Lei Elói Chaves, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que asseguravam aos trabalhadores e empresas assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. Foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) passando a abranger uma quantidade maior de trabalhadores(3). Conforme refere Figueiredo; Tonini (2007), ao extinguir os IAPs, em

1967, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) foi implantado, atendendo, também, trabalhadores rurais por meio do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e trabalhadores com carteira assinada através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Somente no final da década de 80 deixou de exigir carteira de trabalho para atendimentos em hospitais, tornando a saúde menos excludente e mais universal.

Na década de 70 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária que tinha como objetivo conquistar a democracia para mudar o sistema de saúde. O conceito saúde – doença bem como o processo de trabalho e a determinação social da doença foram rediscutidos(4). No final da década de 80 o quadro social e político no país era diferente, onde o movimento de redemocratização expandia-se pelos estados brasileiros e a oposição ganhava força no Congresso Nacional. Dentro desse contexto ocorria, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que tinha como presidente Sérgio Arouca e que, pela primeira vez, foi verdadeiramente popular refletindo o momento pelo qual o país passava. O grande marco da VIII Conferência Nacional de Saúde foi a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), que posteriormente tornou-se Sistema Único de Saúde (SUS) além de ter consolidado as ideias da Reforma Sanitária.

A saúde ganhou espaço a partir de então com a Constituição Federal de 1988 (CF\88) que criou o SUS rompendo, dessa forma, com o antigo modelo de saúde que era dominado pelo sistema previdenciário. A saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Os princípios e diretrizes estabelecidos foram: descentralização, integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização.

O SUS foi regulamentado em 1990, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS), a Lei Nº 8.080 e a Lei Nº 8.142 onde se deu destaque para a construção de um modelo de atenção fundamentado na epidemiologia, controle social, descentralização e regionalização com base municipal. A primeira LOS regulamenta o SUS em todo o país definindo seus princípios e diretrizes, que contemplam a universalidade, a integralidade da assistência, equidade, descentralização e a participação da comunidade. Estabelece condições para o norteamo do gerenciamento e sobre as condições para a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de saúde. A segunda regulamenta a participação da sociedade na formulação das políticas de saúde, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos através do Fundo Nacional de Saúde, que faria o repasse de forma regular e automática para cada esfera.

As Normas Operacionais Básicas (NOB's) foram instituídas para nortear a operacionalização do sistema, sendo a mais importante a NOB\SUS 01-96, pois a partir dela o município tornou-se o principal responsável por atender às necessidades do cidadão com requisitos de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, onde o Município passou a ser responsável, dentre outras, pela elaboração da programação municipal dos serviços básicos de saúde bem como pelos serviços de referência ambulatorial especializada e hospitalar; executar ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica, de média e alta complexidade; manter os sistemas de cadastros atualizados e avaliar o impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população e do meio ambiente.

A União passou a normalizar e financiar e os Municípios a executar as ações. Criou a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que tinha como objetivo alocar recursos de assistência à saúde nos estados e municípios, como forma de universalizar o acesso da população a todo tipo de assistência nos três níveis de complexidade. Também foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), que alterou o financiamento das ações básicas, tornando necessário uma avaliação da aplicação dos recursos e impactos.

A NOAS – SUS 01\2001 transformou o modelo vigente de gestão em Gestão Plena da Atenção Básica – Ampliada (GPAB-A), ampliando o debate sobre a municipalização egionalização e instituindo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que estabeleceu as diretrizes para uma assistência regionalizada, organizada, de forma que o território estadual foi dividido em regiões e microrregiões de saúde tendo como base critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, a oferta de serviços e a acessibilidade que a população tem aos mesmos, bem como o diagnóstico dos problemas de saúde mais frequentes e das prioridades de intervenção. E o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que define as prioridades e estabelece as estratégias no que se refere a investimentos dos recursos de modo que seja prestada assistência em todos os níveis de complexidade.

Em 2006 com o Pacto pela Saúde, foram extintas essas formas de habilitação, através da Portaria Nº 399\2006 passando a vigorar o Termo de Compromisso e Gestão (TCG) que contemplava atribuições dos entes federados bem como os indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos. Nas suas três dimensões, Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Gestão do SUS, foram estabelecidas no primeiro seis prioridades representando o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, que são: Saúde do Idoso; Controle do câncer de colo do útero e da mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.

Em 2008 a Portaria do MS Nº 325\08 criou mais cinco prioridades no Pacto pela Vida passando a totalizar onze prioridades. **As cinco prioridades estabelecidas foram:** Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; Saúde do Homem. O Pacto em Defesa do SUS expressa os compromissos entre os gestores com a consolidação do processo da Reforma Sanitária Brasileira e o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades dos entes federados para o fortalecimento da gestão em seus eixos de ação.

Já em 2011 com o Decreto Nº 7.508\2011 o TCG foi substituído pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tendo como objetivo a organização e a integração das ações e serviços de saúde, sob responsabilidade dos entes federativos com a finalidade de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde a partir da definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, desempenho, recursos financeiros. Reconhece a atenção básica como porta de entrada do sistema e como eixo principal das Redes de Atenção a Saúde (RAS) que constitui um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com o intuito de garantir a integralidade tendo como porta de entrada para tais ações a atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto e a partir destes partem as referências para serviços de atenção ambulatorial e hospitalar especializado.

Por fim, o SUS representa o maior projeto de inclusão social no Brasil, proporcionando aos que antes eram excluídos pelo sistema garantia de assistência à saúde. Entretanto a despeito da mesma imponente do projeto gigantescas dificuldades são encontradas em sua implementação relacionadas ao financiamento, regulação incipiente, precárias condições de trabalho falhas na descentralização. Necessitando de um fortalecimento no que se refere à regulação da assistência a saúde no país que apesar dos avanços obtidos com a descentralização explícita problemas como leitos insuficientes para atender a demanda da população que necessita de atendimentos, principalmente de média e alta complexidade, que em sua maioria estão sob o poder do setor privado complementar e filantrópico

Políticas de saúde no SUS

Política Nacional de Atenção Básica

Breve contextualização histórica

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido pensada, internacionalmente, desde o início do século XX, com destaque para o seu desenho no relatório Dawson de 1922, materializando- -a na figura do médico geral, no contexto de uma rede territorial de serviços nucleada a partir dos centros primários, com autoridade sanitária regional. Esta formulação serviu de base para a construção do Serviço Nacional de Saúde inglês, importante referência de sistema público e universal de saúde.

A conferência internacional de Alma Ata, no final dos anos 1970, influenciada pelo cenário político econômico dos países e pelos custos do setor saúde, incorporou elementos dessas experiências, propondo os cuidados primários em saúde como elemento central para mudanças no setor saúde e na vida social.

Uma importante formulação concebeu a APS a partir da ideia de atributos, destacando-se: o primeiro contato, a abordagem integral, a continuidade e longitudinalidade, a coordenação, a abordagem familiar e comunitária, referindo-se ao grau de busca da APS pelas pessoas, ao grau de vinculação e relacionamento entre APS e pessoas sob seus cuidados, à capacidade resolutiva e ao poder para coordenar casos e fluxos assistenciais.

Diferentes países do mundo têm APS no seu sistema de saúde. O ideário de Alma Ata é frequentemente destacado como marco fundamental para a APS, com traduções e incorporações heterogêneas nos países, ora como APS seletiva, ora como APS ampliada, com forte influência de organismos internacionais.

APS no Brasil

As primeiras experiências de APS no Brasil datam da primeira metade do século XX. Desde 1990, com base na nova ordem social definida na Constituição de 1988, que assumiu a saúde como direito de cidadania e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária. Nesse período, o esforço de construção de um novo modelo assistencial se materializou, na APS, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), do Programa de Saúde da Família (PSF), em um contexto e conjuntura política e econômica desfavoráveis a políticas universalistas. A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) uma certa fusão do Pacs com o PSF. Inicialmente com caráter seletivo, as Equipes de Saúde da Família (EqSF) tiveram crescimento marcante em cidades pequenas e em regiões mais pobres, expandindo-se com maior força para os grandes centros nos anos 2000.

A introdução dos Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável na década de 1990, operados por meio de repasse financeiro fundo a fundo, facilitou a implantação da ESF e superou a lógica de financiamento por convênio e produção (procedimentos), tendo caráter relativamente redistributivo e tipo de repasse mais global por meio do PAB Fixo (per capita) e do PAB-Variável (por adesão a componentes da ESF).

Com evolução progressiva ao longo dos anos, em 2017, havia 42.467 EqSF implantadas no Brasil, cobrindo uma população estimada de 131.349.487 pessoas ou 63.73%. Há evidências de impactos da APS no Brasil, com destaque para a mortalidade infantil. A APS no Brasil conta com a particularidade de ter em suas equipes o

Agente Comunitário de Saúde (ACS) como membro de uma equipe multiprofissional. Diversos estudos abordam a singularidade do ACS na experiência brasileira e a importância do seu trabalho, sobretudo em áreas mais pobres.

No Brasil, além de formulações internacionais, também têm sido agregadas outras perspectivas, conceitos e diretrizes – a APS é também chamada de Atenção Básica (AB), como signifiicante de resistência à APS seletiva. Neste artigo, tais termos serão utilizados como equivalentes. Nas formulações do Pacs e do PSF, tanto a vigilância em saúde como as práticas de promoção à saúde (incluindo a intersetorialidade) e prevenção de doenças tiveram centralidade, com pouca relevância dada às práticas clínicas, subsumidas por ações programáticas em saúde com destacada normatividade. Destacam-se no Brasil, também, as noções de acolhimento, vínculo e adscrição de clientela, territorialização e responsabilidade sanitária, trabalho em equipe multiprofissional, as ações individuais e coletivas e a retaguarda do apoio matricial. Salientam-se as características de porta de entrada preferencial da APS, centro de comunicação e base de ordenamento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Edições da PNAB e a revisão atual

A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) oficial data de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. Em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, foi publicada a primeira edição da PNAB. Esta ampliou o escopo e a concepção da AB ao incorporar os atributos da atenção primária à saúde abrangente, reconheceu a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da AB. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modalidades segundo o modelo de organização predominante – UBS com ou sem ESF.

Os anos 2000 estiveram fortemente marcados pela expansão da ESF nos grandes centros urbanos, pela incorporação e ampliação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). A despeito disso, importantes nós críticos persistiram, tais como a infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial e a dificuldade de atração de profissionais médicos.

Em 2011, iniciou-se um movimento de mudança da PNAB, em boa parte baseado no enfrentamento desses nós críticos. De fato, podemos reconhecer na PNAB de 2011, no Requalifica UBS (reformas, ampliações, construções e informatização), no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM) expressões desse esforço. Nesse período também foi criado o e-SUS AB, incluindo a oferta de prontuário eletrônico gratuito para os municípios, e foram alteradas normativas visando à sua ampliação e ao aprimoramento. Destaca-se ainda a criação de diferentes modalidades de equipes (consultórios na rua, ribeirinhas e fluviais, por exemplo). Suportando tais iniciativas, observou-se incremento no orçamento federal da AB, notadamente no PAB Variável e em recursos de investimento. O PMM (no seu componente provimento), por exemplo, possibilitou maior permanência dos médicos nas EqSF em áreas de maior vulnerabilização social, bem como o crescimento da cobertura da ESF, em um processo de disputa com a categoria médica e que provocou debates na sociedade, para além do SUS e da saúde coletiva. Em 2013, havia 34.724 EqSF implantadas no Brasil, passando a 40.162 EqSF em 2015, com esta velocidade de crescimento do número de equipes provavelmente se devendo ao PMM. Essas iniciativas, no entanto, não foram suficientes para o enfrentamento do subfinanciamento, da precarização das relações de trabalho, da formação profissional, da integração da AB com os demais componentes das redes de atenção, entre outros, em parte pelo tempo de sua implantação, em parte por seus limites.

É sabido que houve aumento da carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos e, no caso da AB, a baixa participação do ente estadual. A isso se somam reivindicações dos gestores municipais por mais autonomia, apoio financeiro e provimento de médicos, em parte, contempladas, no âmbito da AB, com as mudanças na PNAB a partir de 2011. Ainda assim, há evidências que apontam que a maior parte da responsabilidade pelo custeio das EqSF tem se concentrado nos municípios.

Os anos 2014 e 2015, por sua vez, foram marcados pelo início de grave crise política e econômica no País, com impacto sobre o SUS. No plano da AB, destaca-se também a aprovação, em 2014, da lei federal com definição de piso salarial e obrigatoriedade de contratação apenas por vínculos diretos, para os ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), recaindo mais fortemente sobre os municípios, em virtude da responsabilidade pela contratação de profissionais. Em 2016, ganha destaque na agenda nacional a revisão da PNAB, precedida por uma portaria que facultava a presença de ACS nas equipes e incorporação de mais técnicos de enfermagem, em pouco tempo revogada diante das repercussões políticas. Houve também mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017, encaminhando-se para o fim dos seis blocos de financiamento do SUS (um deles da AB) e para a adoção de dois grandes blocos, de custeio e investimento. Além disso, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 9520 em 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação. Nesse período, o então ministro da saúde adotou o discurso de eficiência econômica, defendeu a criação de planos privados populares de saúde, bem como a desregulação do setor de saúde suplementar. Em meio a esse cenário e diante de muitos protestos, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do SUS, em 2017, uma mudança instituindo uma nova PNAB.

O que muda com a nova PNAB

Até o processo de reformulação, a Atenção Básica (AB) era orientada pela política aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e publicada em 2012, tendo na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB. Para Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (ISC/UFBA), coordenadora do eixo de Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde do OAPS, a principal mudança com a nova portaria está justamente na possibilidade de financiamento federal de outras modalidades de atenção básica. “É contraditório com o próprio texto da nova portaria que afirma a ‘prioridade’ para a Estratégia Saúde da Família. Prioridade significa financiamento diferenciado para garantia de equipe em tempo integral na unidade de saúde, o que facilita a construção de vínculo entre profissionais e os usuários. Isso é muito importante para médicos/as, enfermeiros/as e dentistas”, avalia.

A pesquisadora apontou as principais fragilidades do novo texto da política, que classificou como “ambíguo”. Entre os problemas identificados está a integração do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com o dos Agentes de Endemias, que não são obrigatórios nas equipes de Saúde da Família, o que pode levar ao aumento das atribuições dos ACS, sem redução da média de famílias sob sua responsabilidade; a falta de determinação na portaria do número de ACS por equipe – “na crise de financiamento que vivemos, o mínimo tende a ser o máximo”; a definição de atribuições de “regulação” de filas para consultas e exames especializados de usuários/as da AB ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf); e ainda a não obrigatoriedade da presença de profissionais de saúde bucal na composição das equipes de Atenção Básica.

CONHECIMENTOS DO SISTEMA OPERACIONAL MICROSOFT WINDOWS 7 OU SUPERIOR

O Windows 7 é um dos sistemas operacionais mais populares desenvolvido pela Microsoft¹.

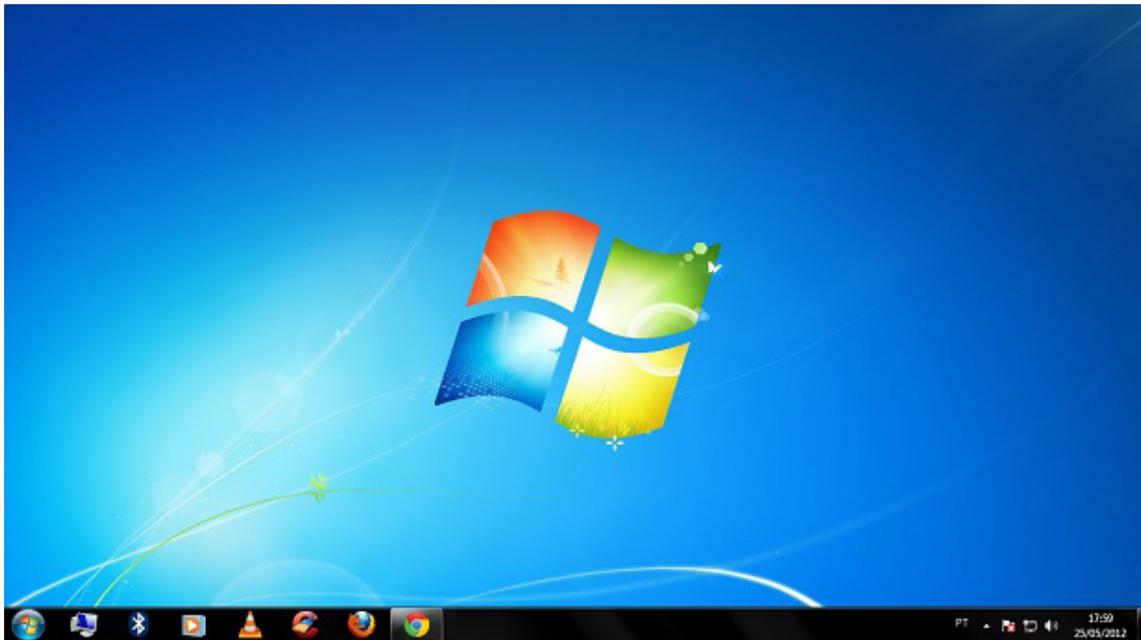
Visualmente o Windows 7 é semelhante ao seu antecessor, o Windows Vista, porém a interface é muito mais rica e intuitiva.

É Sistema Operacional multitarefa e para múltiplos usuários. O novo sistema operacional da Microsoft trouxe, além dos recursos do Windows 7, muitos recursos que tornam a utilização do computador mais amigável.

Algumas características não mudam, inclusive porque os elementos que constroem a interface são os mesmos.

Edições do Windows 7

- Windows 7 Starter;
- Windows 7 Home Premium;
- Windows 7 Professional;
- Windows 7 Ultimate.

Área de Trabalho

Área de Trabalho do Windows 7.²

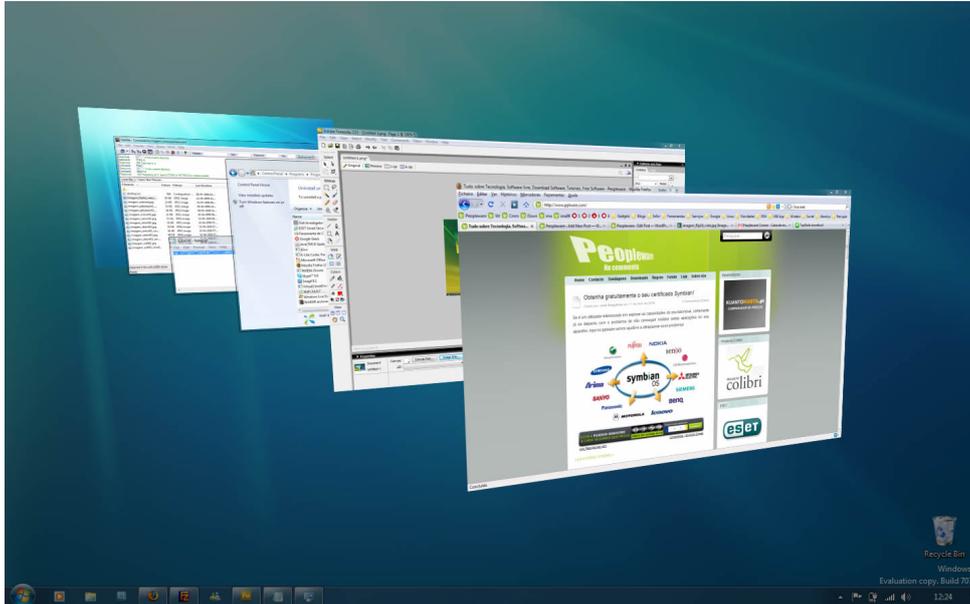
A Área de trabalho é composta pela maior parte de sua tela, em que ficam dispostos alguns ícones. Uma das novidades do Windows 7 é a interface mais limpa, com menos ícones e maior ênfase às imagens do plano de fundo da tela. Com isso você desfruta uma área de trabalho suave. A barra de tarefas que fica na parte inferior também sofreu mudanças significativas.

¹ <https://estudioaulas.com.br/img/ArquivosCurso/materialDemo/AulaDemo-4147.pdf>

² Fonte: <https://www.techtudo.com.br/dicas-e-tutoriais/noticia/2012/05/como-ocultar-lixeria-da-area-de-trabalho-do-windows.html>

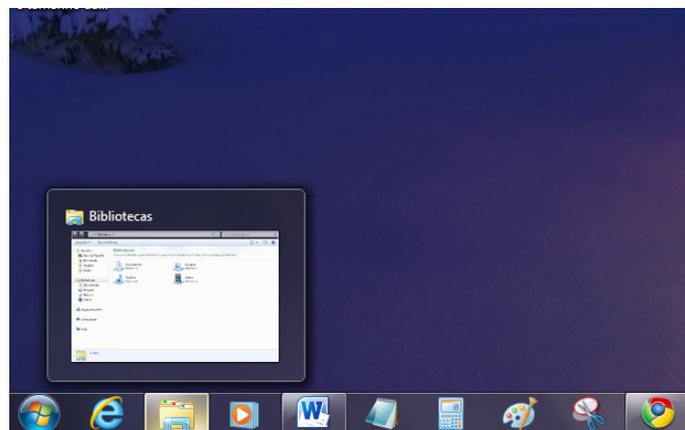
Barra de tarefas

– Avisar quais são os aplicativos em uso, pois é mostrado um retângulo pequeno com a descrição do(s) aplicativo(s) que está(ão) ativo(s) no momento, mesmo que algumas estejam minimizadas ou ocultas sob outra janela, permitindo assim, alternar entre estas janelas ou entre programas.



Alternar entre janelas.³

- A barra de tarefas também possui o menu Iniciar, barra de inicialização rápida e a área de notificação, onde você verá o relógio.
- É organizada, consolidando os botões quando há muitos acumulados, ou seja, são agrupados automaticamente em um único botão.
- Outra característica muito interessante é a pré-visualização das janelas ao passar a seta do mouse sobre os botões na barra de tarefas.



Pré-visualização de janela.⁴

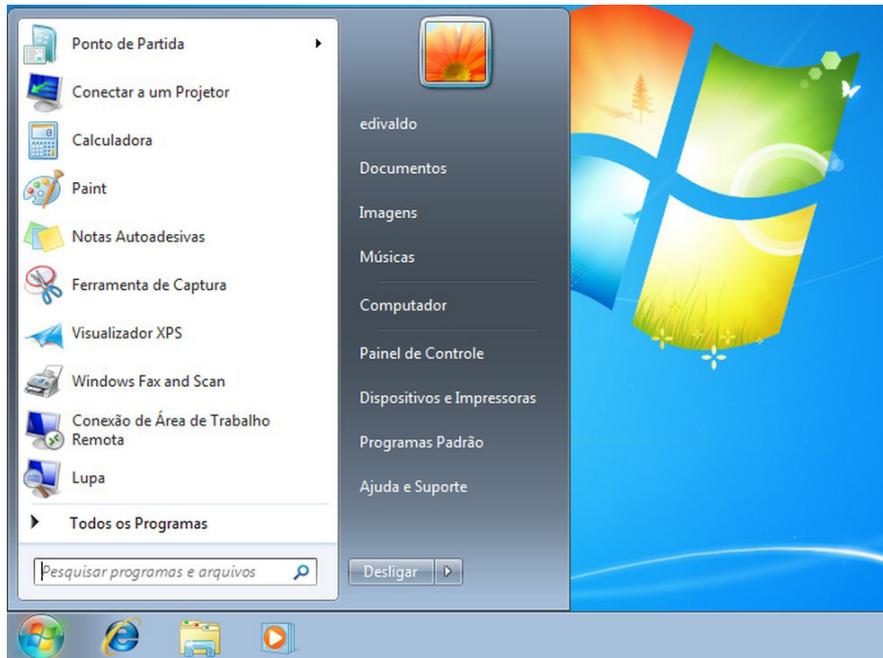
³ Fonte: <https://pplware.sapo.pt/tutoriais/windows-7-flip-3d>

⁴ Fonte: <https://www.techtudo.com.br/dicas-e-tutoriais/noticia/2010/12/como-aumentar-o-tamanho-das-miniaturas-da-taskbar-do-windows-7.html>

Botão Iniciar



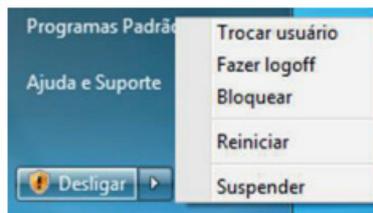
*Botão Iniciar*⁵O botão Iniciar é o principal elemento da Barra de Tarefas. Ele dá acesso ao Menu Iniciar, de onde se podem acessar outros menus que, por sua vez, acionam programas do Windows. Ao ser acionado, o botão Iniciar mostra um menu vertical com várias opções.



*Menu Iniciar.*⁶

Desligando o computador

O novo conjunto de comandos permite Desligar o computador, Bloquear o computador, Fazer Logoff, Trocar Usuário, Reiniciar, Suspender ou Hibernar.



Ícones

Representação gráfica de um arquivo, pasta ou programa. Você pode adicionar ícones na área de trabalho, assim como pode excluir. Alguns ícones são padrões do Windows: Computador, Painel de Controle, Rede, Lixeira e a Pasta do usuário.

Windows Explorer

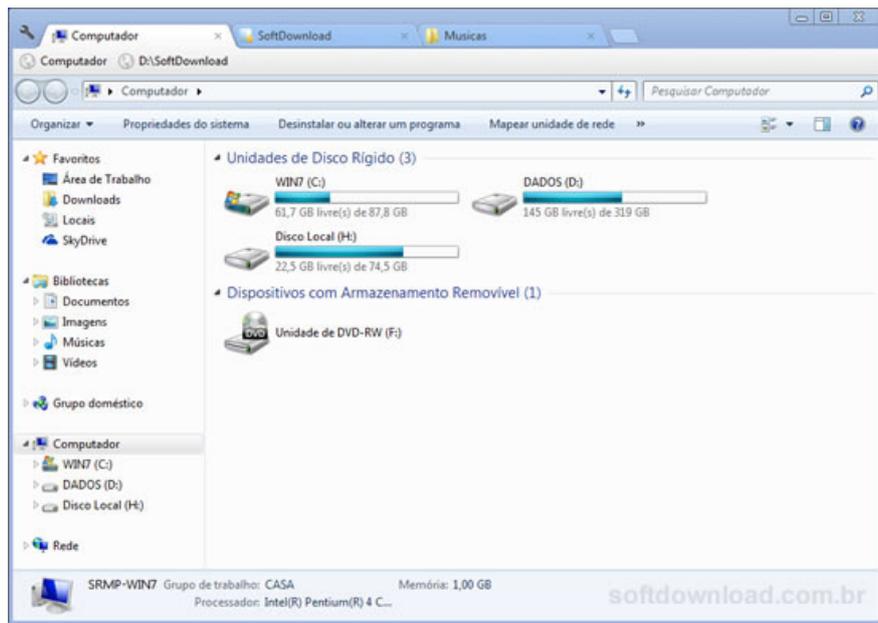
No computador, para que tudo fique organizado, existe o Windows Explorer. Ele é um programa que já vem instalado com o Windows e pode ser aberto através do Botão Iniciar ou do seu ícone na barra de tarefas.

Este é um dos principais utilitários encontrados no Windows 7. Permite ao usuário enxergar de forma interessante a divisão organizada do disco (em pastas e arquivos), criar outras pastas, movê-las, copiá-las e até mesmo apagá-las.

Com relação aos arquivos, permite protegê-los, copiá-los e movê-los entre pastas e/ou unidades de disco, inclusive apagá-los e também renomeá-los. Em suma, é este o programa que disponibiliza ao usuário a possibilidade de gerenciar todos os seus dados gravados.

⁵ Fonte: <https://br.ign.com/tech/47262/news/suporte-oficial-ao-windows-vista-acaba-em-11-de-abril>

⁶ Fonte: <https://www.techtudo.com.br/dicas-e-tutoriais/2019/04/como-deixar-a-interface-do-windows-10-parecida-com-o-windows-7.ghml>



Uma das novidades do Windows 7 são as Bibliotecas. Por padrão já consta uma na qual você pode armazenar todos os seus arquivos e documentos pessoais/trabalho, bem como arquivos de músicas, imagens e vídeos. Também é possível criar outra biblioteca para que você organize da forma como desejar.



Bibliotecas no Windows 7.⁸

Aplicativos de Windows 7

O Windows 7 inclui muitos programas e acessórios úteis. São ferramentas para edição de texto, criação de imagens, jogos, ferramentas para melhorar o desempenho do computador, calculadora e etc.

A pasta Acessórios é acessível dando-se um clique no botão Iniciar na Barra de tarefas, escolhendo a opção Todos os Programas e no submenu, que aparece, escolha Acessórios.

⁷ Fonte: <https://www.softdownload.com.br/adicione-guias-windows-explorer-clover-2.html>

⁸ Fonte: <https://www.tecmundo.com.br/musica/3612-dicas-do-windows-7-aprenda-a-usar-o-recurso-bibliotecas.htm>

**EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO
INCLUSIVA**

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007.

Introdução

O movimento mundial pela educação inclusiva é uma ação política, cultural, social e pedagógica, desencadeada em defesa do direito de todos os alunos de estarem juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação. A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola.

Ao reconhecer que as dificuldades enfrentadas nos sistemas de ensino evidenciam a necessidade de confrontar as práticas discriminatórias e criar alternativas para superá-las, a educação inclusiva assume espaço central no debate acerca da sociedade contemporânea e do papel da escola na superação da lógica da exclusão. A partir dos referenciais para a construção de sistemas educacionais inclusivos, a organização de escolas e classes especiais passa a ser repensada, implicando uma mudança estrutural e cultural da escola para que todos os alunos tenham suas especificidades atendidas.

Nesta perspectiva, o Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial apresenta a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, que acompanha os avanços do conhecimento e das lutas sociais, visando constituir políticas públicas promotoras de uma educação de qualidade para todos os alunos.

Marcos históricos e normativos

A escola historicamente se caracterizou pela visão da educação que delimita a escolarização como privilégio de um grupo, uma exclusão que foi legitimada nas políticas e práticas educacionais reprodutoras da ordem social. A partir do processo de democratização da escola, evidencia-se o paradoxo inclusão/exclusão quando os sistemas de ensino universalizam o acesso, mas continuam excluindo indivíduos e grupos considerados fora dos padrões homogeneizadores da escola. Assim, sob formas distintas, a exclusão tem apresentado características comuns nos processos de segregação e integração, que pressupõem a seleção, naturalizando o fracasso escolar.

A partir da visão dos direitos humanos e do conceito de cidadania fundamentado no reconhecimento das diferenças e na participação dos sujeitos, decorre uma identificação dos mecanismos e processos de hierarquização que operam na regulação e produção das desigualdades. Essa problematização explícita os processos normativos de distinção dos alunos em razão de características intelectuais, físicas, culturais, sociais e linguísticas, entre outras, estruturantes do modelo tradicional de educação escolar.

A educação especial se organizou tradicionalmente como atendimento educacional especializado substitutivo ao ensino comum, evidenciando diferentes compreensões, terminologias e modalidades que levaram à criação de instituições especializadas, escolas especiais e classes especiais. Essa organização, fundamentada no conceito de normalidade/anormalidade, determina formas de atendimento clínico-terapêuticos fortemente ancorados nos testes psicométricos que, por meio de diagnósticos, definem as práticas escolares para os alunos com deficiência.

No Brasil, o atendimento às pessoas com deficiência teve início na época do Império, com a criação de duas instituições: o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, em 1854, atual Instituto Benjamin Constant – IBC, e o Instituto dos Surdos Mudos, em 1857, hoje denominado Instituto Nacional da Educação dos Surdos – INES, ambos no Rio de Janeiro.

No início do século XX é fundado o Instituto Pestalozzi (1926), instituição especializada no atendimento às pessoas com deficiência mental; em 1954, é fundada a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE; e, em 1945, é criado o primeiro atendimento educacional especializado às pessoas com superdotação na Sociedade Pestalozzi, por Helena Antipoff.

Em 1961, o atendimento educacional às pessoas com deficiência passa a ser fundamentado pelas disposições da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBEN, Lei nº 4.024/61, que aponta o direito dos “excepcionais” à educação, preferencialmente dentro do sistema geral de ensino.

A Lei nº 5.692/71, que altera a LDBEN de 1961, ao definir “tratamento especial” para os alunos com “deficiências físicas, mentais, os que se encontram em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados”, não promove a organização de um sistema de ensino capaz de atender às necessidades educacionais especiais e acaba reforçando o encaminhamento dos alunos para as classes e escolas especiais.

Em 1973, o MEC cria o Centro Nacional de Educação Especial – CENESP, responsável pela gerência da educação especial no Brasil, que, sob a égide integracionista, impulsionou ações educacionais voltadas às pessoas com deficiência e às pessoas com superdotação, mas ainda configuradas por campanhas assistenciais e iniciativas isoladas do Estado.

Nesse período, não se efetiva uma política pública de acesso universal à educação, permanecendo a concepção de “políticas especiais” para tratar da educação de alunos com deficiência. No que se refere aos alunos com superdotação, apesar do acesso ao ensino regular, não é organizado um atendimento especializado que considere as suas singularidades de aprendizagem.

A Constituição Federal de 1988 traz como um dos seus objetivos fundamentais “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art.3º, inciso IV). Define, no artigo 205, a educação como um direito de todos, garantindo o pleno desenvolvimento da pessoa, o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho. No seu artigo 206, inciso I, estabelece a “igualdade de condições de acesso e permanência na escola” como um dos princípios para o ensino e garante, como dever do Estado, a oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (art. 208).

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº 8.069/90, no artigo 55, reforça os dispositivos legais supracitados ao determinar que “os pais ou responsáveis têm a obrigação de matricular seus filhos ou pupilos na rede regular de ensino”. Também nessa década, documentos como a Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) e a Declaração de Salamanca (1994) passam a influenciar a formulação das políticas públicas da educação inclusiva.

Em 1994, é publicada a Política Nacional de Educação Especial, orientando o processo de “integração instrucional” que condiciona o acesso às classes comuns do ensino regular àqueles que “(...) possuem condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares programadas do ensino comum, no mesmo ritmo que os alunos ditos normais” (p.19). Ao reafirmar os pressupostos construídos a partir de padrões homogêneos de participação e aprendizagem, a Política não provoca uma reformulação das práticas educacionais de maneira que sejam valorizados os diferentes potenciais de aprendizagem no ensino comum, mas mantendo a responsabilidade da educação desses alunos exclusivamente no âmbito da educação especial.

A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96, no artigo 59, preconiza que os sistemas de ensino devem assegurar aos alunos currículo, métodos, recursos e organização específicos para atender às suas necessidades; assegura a terminabilidade específica àqueles que não atingiram o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências; e assegura a aceleração de estudos aos superdotados para conclusão do programa escolar. Também define, dentre as normas para a organização da educação básica, a “possibilidade de avanço nos cursos e nas séries mediante verificação do aprendizado” (art. 24, inciso V) e “[...] oportunidades educacionais apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos e exames” (art. 37).

Em 1999, o Decreto nº 3.298, que regulamenta a Lei nº 7.853/89, ao dispor sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, define a educação especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da educação especial ao ensino regular.

Acompanhando o processo de mudança, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, Resolução CNE/CEB nº 2/2001, no artigo 2º, determinam que:

“Os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos.”

As Diretrizes ampliam o caráter da educação especial para realizar o atendimento educacional especializado complementar ou suplementar à escolarização, porém, ao admitir a possibilidade de substituir o ensino regular, não potencializam a adoção de uma política de educação inclusiva na rede pública de ensino, prevista no seu artigo 2º.

O Plano Nacional de Educação – PNE, Lei nº 10.172/2001, destaca que “o grande avanço que a década da educação deveria produzir seria a construção de uma escola inclusiva que garanta o atendimento à diversidade humana”. Ao estabelecer objetivos e metas para que os sistemas de ensino favoreçam o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos, aponta um déficit referente à oferta de matrículas para alunos com deficiência nas classes comuns do ensino regular, à formação docente, à acessibilidade física e ao atendimento educacional especializado.

A Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956/2001, afirma que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que as demais pessoas, definindo como discriminação com base na deficiência toda diferenciação ou exclusão que possa impedir ou anular o exercício dos direitos humanos e de suas liberdades fundamentais. Este Decreto tem importante repercussão na educação, exigindo uma reinterpretção da educação especial, compreendida no contexto da diferenciação, adotado para promover a eliminação das barreiras que impedem o acesso à escolarização.

Na perspectiva da educação inclusiva, a Resolução CNE/CP nº 1/2002, que estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, define que as instituições de ensino superior devem prever, em sua organização curricular, formação docente voltada para a atenção à diversidade e que contemple conhecimentos sobre as especificidades dos alunos com necessidades educacionais especiais.

A Lei nº 10.436/02 reconhece a Língua Brasileira de Sinais – Libras como meio legal de comunicação e expressão, determinando que sejam garantidas formas institucionalizadas de apoiar seu uso e difusão, bem como a inclusão da disciplina de Libras como parte integrante do currículo nos cursos de formação de professores e de fonoaudiologia.

A Portaria nº 2.678/02 do MEC aprova diretrizes e normas para o uso, o ensino, a produção e a difusão do sistema Braille em todas as modalidades de ensino, compreendendo o projeto da Grafia Braille para a Língua Portuguesa e a recomendação para o seu uso em todo o território nacional.

Em 2003, é implementado pelo MEC o Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade, com vistas a apoiar a transformação dos sistemas de ensino em sistemas educacionais inclusivos, promovendo um amplo processo de formação de gestores e educadores nos municípios brasileiros para a garantia do direito de acesso de todos à escolarização, à oferta do atendimento educacional especializado e à garantia da acessibilidade.

Em 2004, o Ministério Público Federal publica o documento O Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular, com o objetivo de disseminar os conceitos e diretrizes mundiais para a inclusão, reafirmando o direito e os benefícios da escolarização de alunos com e sem deficiência nas turmas comuns do ensino regular.

Impulsionando a inclusão educacional e social, o Decreto nº 5.296/04 regulamentou as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00, estabelecendo normas e critérios para a promoção da acessibilidade às pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida. Nesse contexto, o Programa Brasil Acessível, do Ministério das Cidades, é desenvolvido com o objetivo de promover a acessibilidade urbana e apoiar ações que garantam o acesso universal aos espaços públicos.

O Decreto nº 5.626/05, que regulamenta a Lei nº 10.436/2002, visando ao acesso à escola dos alunos surdos, dispõe sobre a inclusão da Libras como disciplina curricular, a formação e a certificação de professor, instrutor e tradutor/intérprete de Libras, o ensino da Língua Portuguesa como segunda língua para alunos surdos e a organização da educação bilíngue no ensino regular.

Em 2005, com a implantação dos Núcleos de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação – NAAH/S em todos os estados e no Distrito Federal, são organizados centros de referência na área das altas habilidades/superdotação para o atendimento educacional especializado, para a orientação às famílias e a formação continuada dos professores, constituindo a organização da política de educação inclusiva de forma a garantir esse atendimento aos alunos da rede pública de ensino.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela ONU em 2006 e da qual o Brasil é signatário, estabelece que os Estados-Partes devem assegurar um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social compatível com a meta da plena participação e inclusão, adotando medidas para garantir que:

a) As pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional geral sob alegação de deficiência e que as crianças com deficiência não sejam excluídas do ensino fundamental gratuito e compulsório, sob alegação de deficiência;

b) As pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino fundamental inclusivo, de qualidade e gratuito, em igualdade de condições com as demais pessoas na comunidade em que vivem (Art.24).

Neste mesmo ano, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, os Ministérios da Educação e da Justiça, juntamente com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, lançam o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos, que objetiva, dentre as suas ações, contemplar, no currículo da educação básica, temáticas relativas às pessoas com deficiência e desenvolver ações afirmativas que possibilitem acesso e permanência na educação superior.

Em 2007, é lançado o Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE, reafirmado pela Agenda Social, tendo como eixos a formação de professores para a educação especial, a implantação de salas de recursos multifuncionais, a acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares, acesso e a permanência das pessoas com deficiência na educação superior e o monitoramento do acesso à escola dos favorecidos pelo Benefício de Prestação Continuada – BPC.

No documento do MEC, Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas é reafirmada a visão que busca superar a oposição entre educação regular e educação especial.

Contrariando a concepção sistêmica da transversalidade da educação especial nos diferentes níveis, etapas e modalidades de ensino, a educação não se estruturou na perspectiva da inclusão e do atendimento às necessidades educacionais especiais, limitando, o cumprimento do princípio constitucional que prevê a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola e a continuidade nos níveis mais elevados de ensino (2007, p. 09).

Para a implementação do PDE é publicado o Decreto nº 6.094/2007, que estabelece nas diretrizes do Compromisso Todos pela Educação, a garantia do acesso e permanência no ensino regular e o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos, fortalecendo seu ingresso nas escolas públicas.

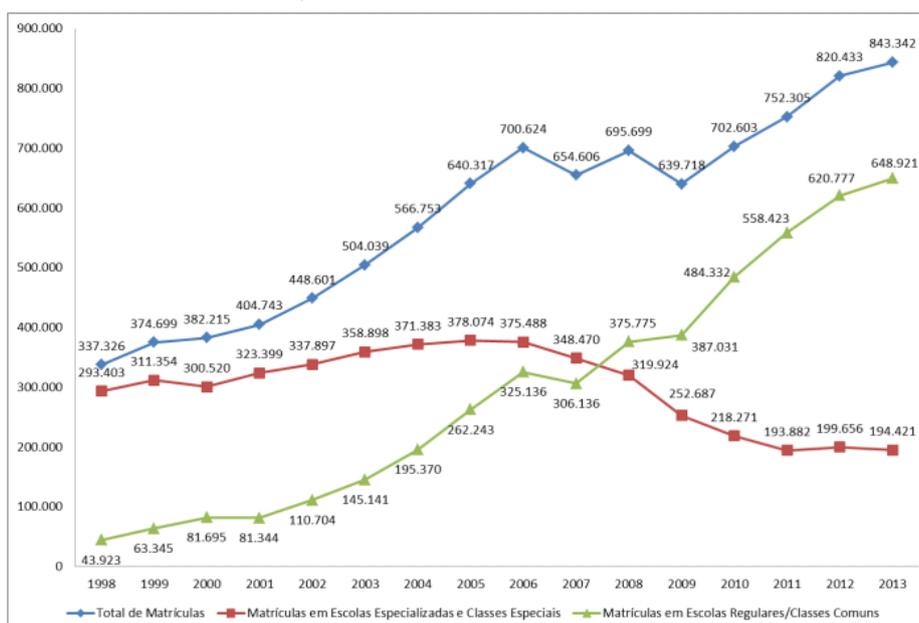
Diagnóstico da Educação Especial

O Censo Escolar/MEC/INEP, realizado anualmente em todas as escolas de educação básica, possibilita o acompanhamento dos indicadores da educação especial: acesso à educação básica, matrícula na rede pública, ingresso nas classes comuns, oferta do atendimento educacional especializado, acessibilidade nos prédios escolares, municípios com matrícula de alunos com necessidades educacionais especiais, escolas com acesso ao ensino regular e formação docente para o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos.

Para compor esses indicadores no âmbito da educação especial, o Censo Escolar/MEC/INEP coleta dados referentes ao número geral de matrículas; à oferta da matrícula nas escolas públicas, escolas privadas e privadas sem fins lucrativos; às matrículas em classes especiais, escola especial e classes comuns de ensino regular; ao número de alunos do ensino regular com atendimento educacional especializado; às matrículas, conforme tipos de deficiência, transtornos do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação; à infraestrutura das escolas quanto à acessibilidade arquitetônica, à sala de recursos ou aos equipamentos específicos; e à formação dos professores que atuam no atendimento educacional especializado.

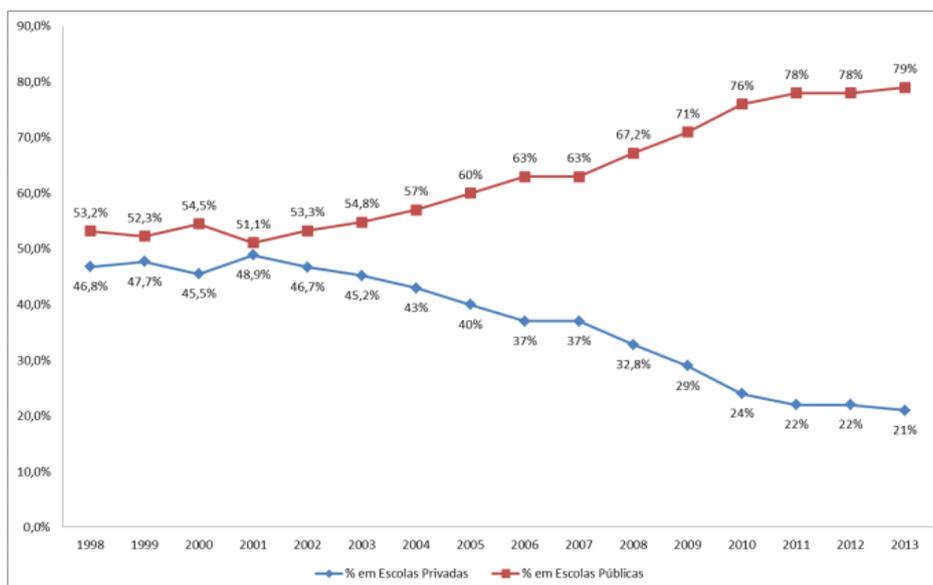
A partir de 2004, são efetivadas mudanças no instrumento de pesquisa do Censo, que passa a registrar a série ou ciclo escolar dos alunos identificados no campo da educação especial, possibilitando monitorar o percurso escolar. Em 2007, o formulário impresso do Censo Escolar foi transformado em um sistema de informações on-line, o Censo Web, que qualifica o processo de manipulação e tratamento das informações, permite atualização dos dados dentro do mesmo ano escolar, bem como possibilita o cruzamento com outros bancos de dados, tais como os das áreas de saúde, assistência e previdência social. Também são realizadas alterações que ampliam o universo da pesquisa, agregando informações individualizadas dos alunos, das turmas, dos professores e da escola.

Com relação aos dados da educação especial, o Censo Escolar registra uma evolução nas matrículas, de 337.326 em 1998 para 700.624 em 2006, expressando um crescimento de 107%. No que se refere ao ingresso em classes comuns do ensino regular, verifica-se um crescimento de 640%, passando de 43.923 alunos em 1998 para 325.316 em 2006.



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS PEDAGOGO

Quanto à distribuição dessas matrículas nas esferas pública e privada, em 1998 registra-se 179.364 (53,2%) alunos na rede pública e 157.962 (46,8%) nas escolas privadas, principalmente em instituições especializadas filantrópicas. Com o desenvolvimento das ações e políticas de educação inclusiva nesse período, evidencia-se um crescimento de 146% das matrículas nas escolas públicas, que alcançaram 441.155 (63%) alunos em 2006.



Com relação à distribuição das matrículas por etapa de ensino em 2006: 112.988 (16%) estão na educação infantil, 466.155 (66,5%) no ensino fundamental, 14.150 (2%) no ensino médio, 58.420 (8,3%) na educação de jovens e adultos, e 48.911 (6,3%) na educação profissional. No âmbito da educação infantil, há uma concentração de matrículas nas escolas e classes especiais, com o registro de 89.083 alunos, enquanto apenas 24.005 estão matriculados em turmas comuns.

O Censo da Educação Especial na educação superior registra que, entre 2003 e 2005, o número de alunos passou de 5.078 para 11.999 alunos, representando um crescimento de 136%. A evolução das ações referentes à educação especial nos últimos anos é expressa no crescimento de 81% do número de municípios com matrículas, que em 1998 registra 2.738 municípios (49,7%) e, em 2006 alcança 4.953 municípios (89%).

Aponta também o aumento do número de escolas com matrícula, que em 1998 registra apenas 6.557 escolas e, em 2006 passa a registrar 54.412, representando um crescimento de 730%. Das escolas com matrícula em 2006, 2.724 são escolas especiais, 4.325 são escolas comuns com classe especial e 50.259 são escolas de ensino regular com matrículas nas turmas comuns.

O indicador de acessibilidade arquitetônica em prédios escolares, em 1998, aponta que 14% dos 6.557 estabelecimentos de ensino com matrícula de alunos com necessidades educacionais especiais possuíam sanitários com acessibilidade.

Em 2006, das 54.412 escolas com matrículas de alunos atendidos pela educação especial, 23,3% possuíam sanitários com acessibilidade e 16,3% registraram ter dependências e vias adequadas (dado não coletado em 1998). No âmbito geral das escolas de educação básica, o índice de acessibilidade dos prédios, em 2006, é de apenas 12%.

Com relação à formação inicial dos professores que atuam na educação especial, o Censo de 1998, indica que 3,2% possui ensino fundamental, 51% ensino médio e 45,7% ensino superior. Em 2006, dos 54.625 professores nessa função, 0,62% registram ensino fundamental, 24% ensino médio e 75,2% ensino superior. Nesse mesmo ano, 77,8% desses professores, declararam ter curso específico nessa área de conhecimento.

Objetivo da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva tem como objetivo o acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares, orientando os sistemas de ensino para promover respostas às necessidades educacionais especiais, garantindo:

- Transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior;
- Atendimento educacional especializado;
- Continuidade da escolarização nos níveis mais elevados do ensino;
- Formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar;
- Participação da família e da comunidade;
- Acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários e equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; e
- Articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.

Alunos atendidos pela Educação Especial

Por muito tempo perdurou o entendimento de que a educação especial, organizada de forma paralela à educação comum, seria a forma mais apropriada para o atendimento de alunos que apresentavam deficiência ou que não se adequassem à estrutura rígida dos sistemas de ensino.

Essa concepção exerceu impacto duradouro na história da educação especial, resultando em práticas que enfatizavam os aspectos relacionados à deficiência, em contraposição à sua dimensão pedagógica. O desenvolvimento de estudos no campo da educação e dos direitos humanos vêm modificando os conceitos, as legislações, as práticas educacionais e de gestão, indicando a necessidade de se promover uma reestruturação das escolas de ensino regular e da educação especial.

Em 1994, a Declaração de Salamanca proclama que as escolas regulares com orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias e que alunos com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, tendo como princípio orientador que “as escolas deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras”.

O conceito de necessidades educacionais especiais, que passa a ser amplamente disseminado a partir dessa Declaração, ressalta a interação das características individuais dos alunos com o ambiente educacional e social. No entanto, mesmo com uma perspectiva conceitual que aponte para a organização de sistemas educacionais inclusivos, que garanta o acesso de todos os alunos e os apoios necessários para sua participação e aprendizagem, as políticas implementadas pelos sistemas de ensino não alcançaram esse objetivo.

Na perspectiva da educação inclusiva, a educação especial passa a integrar a proposta pedagógica da escola regular, promovendo o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Nestes casos e outros, que implicam em transtornos funcionais específicos, a educação especial atua de forma articulada com o ensino comum, orientando para o atendimento às necessidades educacionais especiais desses alunos.

A educação especial direciona suas ações para o atendimento às especificidades desses alunos no processo educacional e, no âmbito de uma atuação mais ampla na escola, orienta a organização de redes de apoio, a formação continuada, a identificação de recursos, serviços e o desenvolvimento de práticas colaborativas.

Os estudos mais recentes no campo da educação especial enfatizam que as definições e uso de classificações devem ser contextualizados, não se esgotando na mera especificação ou categorização atribuída a um quadro de deficiência, transtorno, distúrbio, síndrome ou aptidão. Considera-se que as pessoas se modificam continuamente, transformando o contexto no qual se inserem. Esse dinamismo exige uma atuação pedagógica voltada para alterar a situação de exclusão, reforçando a importância dos ambientes heterogêneos para a promoção da aprendizagem de todos os alunos.

A partir dessa conceituação, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade.

Os alunos com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil. Alunos com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes, além de apresentar grande criatividade, envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse.

Diretrizes da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva

A educação especial é uma modalidade de ensino que perpassa todos os níveis, etapas e modalidades, realiza o atendimento educacional especializado, disponibiliza os recursos e serviços e orienta quanto a sua utilização no processo de ensino e aprendizagem nas turmas comuns do ensino regular.

O atendimento educacional especializado tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas. As atividades desenvolvidas no atendimento educacional especializado diferenciam-se daquelas realizadas na sala de aula comum, não sendo substitutivas à escolarização. Esse atendimento complementa e/ou suplementa a formação dos alunos com vistas à autonomia e independência na escola e fora dela.

Dentre as atividades de atendimento educacional especializado são disponibilizados programas de enriquecimento curricular, o ensino de linguagens e códigos específicos de comunicação e sinalização e tecnologia assistiva. Ao longo de todo o processo de escolarização esse atendimento deve estar articulado com a proposta pedagógica do ensino comum. O atendimento educacional especializado é acompanhado por meio de instrumentos que possibilitem monitoramento e avaliação da oferta realizada nas escolas da rede pública e nos centros de atendimento educacional especializados públicos ou conveniados.

O acesso à educação tem início na educação infantil, na qual se desenvolvem as bases necessárias para a construção do conhecimento e desenvolvimento global do aluno. Nessa etapa, o lúdico, o acesso às formas diferenciadas de comunicação, a riqueza de estímulos nos aspectos físicos, emocionais, cognitivos, psicomotores e sociais e a convivência com as diferenças favorecem as relações interpessoais, o respeito e a valorização da criança.

Do nascimento aos três anos, o atendimento educacional especializado se expressa por meio de serviços de estimulação precoce, que objetivam otimizar o processo de desenvolvimento e aprendizagem em interface com os serviços de saúde e assistência social. Em todas as etapas e modalidades da educação básica, o atendimento educacional especializado é organizado para apoiar o desenvolvimento dos alunos, constituindo oferta obrigatória dos sistemas de ensino. Deve ser realizado no turno inverso ao da classe comum, na própria escola ou centro especializado que realize esse serviço educacional.

Desse modo, na modalidade de educação de jovens e adultos e educação profissional, as ações da educação especial possibilitam a ampliação de oportunidades de escolarização, formação para ingresso no mundo do trabalho e efetiva participação social.

A interface da educação especial na educação indígena, do campo e quilombola deve assegurar que os recursos, serviços e atendimento educacional especializado estejam presentes nos projetos pedagógicos construídos com base nas diferenças socioculturais desses grupos.