



CÓD: OP-036JN-22  
7908403516513

# **MANGARATIBA**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MANGARATIBA  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Técnico de Enfermagem

**CONCURSO PÚBLICO 01/2021**

## ***Língua Portuguesa***

1. Leitura, compreensão e interpretação de texto. . . . .	01
2. Vocabulário: sentido denotativo e conotativo, sinonímia, antonímia, homonímia, paronímia e polissemia. . . . .	10
3. Ortografia: emprego das letras, das palavras e da acentuação gráfica. . . . .	10
4. Pontuação: emprego de todos os sinais de pontuação. . . . .	12
5. Classes de palavras: Pronomes - classificação, emprego e colocação pronominal (próclise, ênclise e mesóclise); Verbos - emprego dos modos e tempos, flexões dos verbos irregulares, abundantes e defectivos e vozes verbais; Preposições - relações semânticas estabelecidas pelas preposições e locuções prepositivas; Conjunções - classificação, relações estabelecidas por conjunções, locuções conjuntivas; Substantivos - classificação e flexões; Adjetivos - classificação e flexões. . . . .	13
6. Termos da oração: identificação e classificação.. Processos sintáticos de coordenação e subordinação. Classificação dos períodos e orações. . . . .	20
7. Concordância nominal e verbal. . . . .	22
8. Regência nominal e verbal. . . . .	24
9. Emprego do acento indicativo de crase.. . . .	25

## ***Legislação Municipal***

1. Lei Orgânica Do Município De Mangaratiba/Rj: Dos Princípios Fundamentais. Da Organização Municipal. Da Organização Político-administrativa. Da Divisão Administrativa do Município. Da Competência do Município. Das Vedações. Da Administração Pública. Da Organização dos Poderes.. Do Poder Legislativo. Do Poder Executivo. Dos Atos Municipais. . Dos Bens Municipais. Das Obras e Serviços Municipais. Da Tributação Municipal, Da Receita e Despesa, e Do Orçamento. Dos Tributos Municipais. . Da Receita e da Despesa. . Do Orçamento. Da Ordem Econômica e Financeira e Do Meio Ambiente. Dos Princípios Gerais da Atividade Econômica. Da Política Industrial, Comercial e de Serviços. Dos Transportes.. Da Política Urbana. Da Política Agrária.. Da Política Agrícola. Da Política Pesqueira.. Do Meio Ambiente. Da Ordem Social. Da Seguridade Social. . Da Educação, Da Cultura e Do Desporto. . . . .	01
2. Estatuto Dos Servidores Públicos Do Município De Mangaratiba/Rj: . Do Regime Jurídico Único.. Do Estatuto. Da Nomeação. Do Concurso Público. Da Posse e do Exercício. Da Estabilidade. Da Readaptação. Da Reversão. Do Estágio Probatório.. Da Reintegração. Do Tempo de Serviço. Da Vacância. Da disponibilidade e do Aproveitamento. Da Substituição.. Do Vencimento e da Remuneração. Da Aposentadoria. Das Vantagens. Da Ajuda de Custo.. Das Diárias. Das Gratificações e Adicionais.. Da Gratificação de Função. Da Gratificação Natalina. Dos Adicionais de Insalubridade Periculosidade e Penosidade. Do Adicional por Serviço Extraordinário. Do Adicional Noturno. . Do Abono Familiar. Das Licenças.. Da Licença para Tratamento de Saúde. Da Licença por Acidente em Serviço.. Da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. Da Licença para Serviço Militar. Da Licença para Atividade Política. Da Licença para Tratar de Interesses Particulares. Disposições transitórias. . Da Licença Prêmio. Das Férias. Das Concessões. Do Exercício de Mandato Eletivo. Da Assistência à Saúde. Do Direito à Petição. Dos Deveres. Das Proibições. Da Acumulação. . Das Responsabilidades. Das Penalidades. Do Processo Administrativo. Do Afastamento Preventivo. Do Processo Disciplinar. . Do Inquérito. Do Julgamento. Da Revisão do Processo. Disposições finais. . . . .	36

---

## ***Saúde Pública***

1. A Saúde Pública no Brasil. História das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva;	01
2. Reforma sanitária.	10
3. Fundamentos do SUS. Diretrizes e bases da implantação do SUS.	13
4. Regulamento Técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial).	21
5. Gestão do SUS: Diretrizes para a gestão do SUS; Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação Popular; Responsabilidade Sanitária das instâncias gestoras do SUS; Planejamento e Programação; Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria.	48
6. Política Nacional da Atenção Básica (2011 e 2017). Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde.	52
7. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças.	78
8. Modelos de Atenção à Saúde.	86
9. Constituição da República Federativa do Brasil (art. 196 a 200).	95
10. Redes de Atenção à Saúde.	98
11. Atenção Primária à Saúde.	100
12. Vigilância em Saúde.	103
13. Promoção à Saúde.	108
14. Controle Social: conselhos e conferências municipais de saúde.	121
15. Estratégia de Saúde da Família.	127
16. Determinantes Sociais em Saúde.	138
17. Política Nacional de Humanização.	139
18. Sistemas de Informação em Saúde.	144
19. Doenças de Notificação Compulsória.	148

## ***Conhecimentos Específicos Técnico de Enfermagem***

1. Fundamentos do exercício da Enfermagem.	01
2. Administração em Enfermagem.	03
3. Código de Ética e Deontologia dos profissionais de Enfermagem.	09
4. Sistematização da Assistência de Enfermagem.	15
5. Políticas e Programas Nacionais do SUS (engloba programa nacional de imunizações, DST, hepatites e AIDS, hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes, doenças crônicas).	16
6. Política Nacional de Segurança do Paciente.	64
7. Infecções relacionadas à Assistência à Saúde.	67
8. Saúde do trabalhador em Enfermagem.	71
9. Enfermagem em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Cuidados de Enfermagem ao recém-nato normal e de risco. Pré-natal, parto, puerpério, aborto, agravos por violência sexual.	71
10. Enfermagem em saúde do adulto e do idoso. Cuidados de Enfermagem ao indivíduo com distúrbios clínico e cirúrgico.	132
11. Feridas e curativos.	136
12. Emergência clínica e cirúrgica e assistência de Enfermagem.	139
13. Cuidado ao paciente crítico.	142
14. Ações de Enfermagem na prevenção e controle de infecção hospitalar.	147
15. Biossegurança.	148
16. Processo de esterilização.	151
17. Administração de medicamentos. Noções de Farmacologia.	152
18. Legislação relacionada ao exercício profissional.	160

---

## LEITURA, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

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

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

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

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

### Dicas práticas

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

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

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

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

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

### Tipologia Textual

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

### Tipos textuais

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

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

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

### Gêneros textuais

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

Alguns exemplos de gêneros textuais:

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

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

### ARGUMENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:

*A é igual a B.*

*A é igual a C.*

*Então: C é igual a A.*

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

Outro exemplo:

*Todo ruminante é um mamífero.*

*A vaca é um ruminante.*

*Logo, a vaca é um mamífero.*

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

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

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

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

#### **Tipos de Argumento**

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

#### **Argumento de Autoridade**

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

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

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

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

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

### **Argumento de Quantidade**

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

### **Argumento do Consenso**

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

### **Argumento de Existência**

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

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

### **Argumento quase lógico**

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

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

### **Argumento do Atributo**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE MANGARATIBA/  
RJ: DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS. DA ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL. DA ORGANIZAÇÃO POLÍTICOADMINISTRATIVA. DA DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO. DA COMPETÊNCIA DO MUNICÍPIO. DAS VEDAÇÕES. DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA. DA ORGANIZAÇÃO DOS PODERES. DO PODER LEGISLATIVO. DO PODER EXECUTIVO. DOS ATOS MUNICIPAIS. DOS BENS MUNICIPAIS. DAS OBRAS E SERVIÇOS MUNICIPAIS. DA TRIBUTAÇÃO MUNICIPAL, DA RECEITA E DESPESA, E DO ORÇAMENTO. DOS TRIBUTOS MUNICIPAIS. DA RECEITA E DA DESPESA. DO ORÇAMENTO. DA ORDEM ECONÔMICA E FINANCEIRA E DO MEIO AMBIENTE. DOS PRINCÍPIOS GERAIS DA ATIVIDADE ECONÔMICA. DA POLÍTICA INDUSTRIAL, COMERCIAL E DE SERVIÇOS. DOS TRANSPORTES. DA POLÍTICA URBANA. DA POLÍTICA AGRÁRIA. DA POLÍTICA AGRÍCOLA. DA POLÍTICA PESQUEIRA. DO MEIO AMBIENTE. DA ORDEM SOCIAL. DA SEGURIDADE SOCIAL. DA EDUCAÇÃO, DA CULTURA E DO DESPORTO**

**PREÂMBULO**

Nós, os representantes do povo de Mangaratiba, com as atribuições previstas no artigo 29 e usando dos poderes outorgados pelo parágrafo Único do artigo 11 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição da República Federativa do Brasil votamos e promulgamos a seguinte:

**LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE MANGARATIBA  
TÍTULO I  
DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

Art. 1º – O Município de Mangaratiba é pessoa jurídica de direito público interno, entidade dotada de autonomia política, administrativa e financeira, integrante do Estado do Rio de Janeiro e da união indissolúvel da República Federativa do Brasil.

Parágrafo Único – O Município rege-se por esta Lei Orgânica e pelas Leis que adotar, observados os princípios Constitucionais da República Federativa do Brasil e do Estado do Rio de Janeiro.

Art. 2º – Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos da Constituição Federal, da Constituição Estadual e desta Lei Orgânica.

Art. 3º – São objetivos fundamentais dos cidadãos deste Município e de seus representantes:

I – assegurar a construção de uma sociedade livre, justa e solidária;

II – garantir o desenvolvimento local e regional sem prejuízo da ecologia e do meio ambiente;

III – contribuir para o desenvolvimento Estadual e Nacional;

IV – erradicar a pobreza e marginalização e reduzir as desigualdades sociais na área urbana e na área rural;

V – promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Art. 4º – A soberania popular, que se manifestam quando a todos são asseguradas condições dignas de existência, será exercida:

I – pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto com valor igual para todos;

II – pelo plebiscito;

III – pelo referendo;

IV – pela iniciativa popular do Processo Legislativo.

Art. 5º – Os direitos e deveres individuais e coletivos, na forma prevista na Constituição Federal integram esta Lei Orgânica e devem ser afixados em todas as repartições Públicas do Município, nas escolas, nos hospitais ou em qualquer local de acesso Público, para que todos possam, permanentemente, tomar ciência, exigir o seu cumprimento por parte das autoridades e cumprir, por sua parte, o que cabe a cada cidadão habitante deste Município ou que em seu território transite.

Art. 6º – O Município garantira a plena efetividade dos direitos e garantias individuais e coletivos, observando:

I – ninguém será discriminado, prejudicado ou privilegiado em razão do nascimento, idade, etnia, raça, cor, sexo, estado civil, trabalho rural ou urbano, religião, convicções políticas ou filosóficas, deficiência física ou mental, por ter cumprido pena, nem por qualquer particularidade ou condição;

II – serão proibidas as diferenças salariais para trabalho igual, assim como critérios de admissão e estabilidade profissional discriminatórios por qualquer dos motivos previstos no item I e atendidos as qualificações das profissões estabelecidas em lei.

Art. 7º – A população do Município poderá organizar-se em associações, observadas as disposições da Constituição Federal e do Estado, desta Lei Orgânica, da Legislação aplicável e do

Estatuto próprio, o qual fixara o objetivo da atividade associativa.

Parágrafo Único – Poderão ser criadas associações com os seguintes objetivos, entre outros:

I – proteção, e assistência à criança, ao adolescente, aos desempregados, aos idosos, aos pobres, à mulher, a gestante, aos doentes e aos portadores de deficiência;

II – proteção e desenvolvimento da cultura, das artes do esporte e do lazer;

III – cooperar no planejamento Municipal, especialmente nas áreas da educação e da saúde;

IV – representação dos interesses dos moradores de Bairros e Distritos, de consumidores, de donas-de-casa, de pais de alunos, de professores e de contribuintes.

Art. 8º – Ficam isentas do pagamento de impostos e taxas Municipais as associações comunitárias e organizações sindicais com sede no Município.

**TÍTULO II  
DA ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL  
CAPÍTULO I  
DA ORGANIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA**

Art. 9º – O Município de Mangaratiba, com sede no Distrito que lhe dá o nome, tem como limites geográficos os existentes na data de promulgação desta Lei Orgânica.

Art. 10º – São Poderes do Município, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo e o Executivo.

Art. 11º – São símbolos do Município sua Bandeira seu Hino e seu Brasão, representativos de sua história e cultura.

Parágrafo Único – A Lei poderá estabelecer outros símbolos, dispondo sobre o seu uso no território do Município.

Art. 12º – No exercício de sua autonomia, o Município editará Leis, expedirá Decretos, praticará Atos, adotará medidas pertinentes aos seus interesses, às necessidades da administração e ao bem-estar de seu povo.

Parágrafo Único – O Município poderá celebrar convênios com a União, Estado e outros

Municípios ou respectivos Órgãos da Administração Indireta, inclusive Fundacional, para execução de suas Leis, serviços ou decisões por Servidores Federais, Estaduais ou Municipais.

Art. 13º – Incluem-se entre os bens do Município:

I – os que atualmente lhe pertencem e os que lhe vierem a ser atribuídos;

II – as áreas, nas ilhas oceânicas e costeiras, que estiverem em seu domínio, excluídas as sob domínio da União, do Estado ou de terceiros;

III – os mananciais de águas potáveis localizados em seu território, assegurados como bens naturais, incluindo os de uso comum do povo e aqueles que são parte de Contratos ou convênios com Órgãos Estaduais e Federais; (Revogado pela Emenda nº 02, 11/04/1991)

IV – os atracadouros Públicos.

## CAPÍTULO II

### DA DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO

Art. 14 – O Município de Mangaratiba esta dividido administrativamente em seis Distritos:

I – distrito-sede: Mangaratiba;

II – 2º distrito: Conceição de Jacareí;

III – 3º distrito: Itacuruçá;

IV – 4º distrito: Muriqui;

V – 5º distrito: São João Marcos, e

VI – 6º distrito: Praia Grande.

§ 1º – O 6º distrito é composto das localidades de Praia Grande e Sahy.

§ 2º – Lei Complementar disporá sobre a fixação dos limites dos Distritos criados por esta Lei Orgânica, bem como as do que tiveram suas áreas territoriais alteradas.

Art. 15º – O Distrito é parte integrante do território do Município, com denominação própria, dotado de Órgão de descentralização administrativa, na forma da lei.

Parágrafo Único – É facultada a criação de subdistritos e bairros, representando meras divisões geográficas dos Distritos.

Art. 16º – A criação, supressão ou fusão de Distritos depende de Lei, após consulta plebiscitária às populações diretamente interessadas, observadas a Legislação Estadual específica.

Art. 17º – Na fixação das divisas distritais devem ser observadas as seguintes normas:

I – sempre que possível serão evitadas formas assimétricas, estrangulamentos e alongamentos exagerados;

II – preferência, para a delimitação, às linhas naturais, facilmente identificáveis;

III – na inexistência de linhas naturais, utilização de linha reta, cujos extremos, pontos naturais ou não, sejam facilmente identificáveis;

IV – e vedada à interrupção da continuidade territorial do Município ou do Distrito de origem.

Parágrafo Único – As divisas distritais devem ser descritas trecho a trecho, salvo se para evitar duplicidade, nos trechos que coincidam com os limites Municipais.

Art. 18º – A participação do Município em um a região metropolitana, aglomeração urbana ou microrregião dependerá de prévia aprovação pela Câmara Municipal.

## CAPÍTULO III

### DA COMPETÊNCIA DO MUNICÍPIO

#### SEÇÃO I

#### DA COMPETÊNCIA PRIVADA

Art. 19º – Compete ao Município:

I – legislar sobre assuntos de interesse local;

II – suplementar a Legislação Federal e Estadual, no que couber;

III – elaborar o Orçamento Anual, o Plano Plurianual de Investimento e a Lei de Diretrizes Orçamentárias;

IV – instituir e arrecadar os tributos Municipais, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em Lei;

V – fixar, fiscalizar e cobrar tarifas ou preços Públicos;

VI – criar, organizar e suprimir Distritos, observada a Legislação Estadual;

VII – dispor sobre organização, administração e execução dos serviços Municipais;

VIII – dispor sobre administração, utilização e alienação dos bens Públicos;

IX – instituir o quadro, os planos de carreira e o Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos;

X – organizar e prestar, diretamente ou sob o regime de concessão ou permissão, os serviços Públicos locais, inclusive o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;

XI – manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programa de educação pré-escolar e de ensino fundamental;

XII – instituir, executar e apoiar programas educacionais e culturais que propiciem o pleno desenvolvimento da criança e do adolescente;

XIII – amparar, de modo especial, os idosos e os portadores de deficiência;

XIV – estimular a participação popular na formulação de políticas Públicas e sua ação governamental, estabelecendo programas de incentivo a Projetos de organização comunitária nos campo social e econômico, cooperativas de produção e mutirões;

XV – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviço de atendimento à saúde da população, atendendo prioritariamente à assistência médica e odontológica preventiva, e emergenciais médico-hospitalares de pronto-socorro;

XVI – planejar e controlar o uso, o parcelamento e a ocupação do solo em seu território, especialmente o de sua zona urbana;

XVII – estabelecer normas de edificação, de loteamento, de desmembramento, de arruamento e de zoneamento urbano e rural, bem como as limitações urbanísticas convenientes à ordenação do seu território, observadas as diretrizes da Lei Federal;

XVIII – instituir, planejar e fiscalizar programas de desenvolvimento urbano nas áreas de habitação e saneamento básico, de acordo com as diretrizes estabelecidas na Lei, sem prejuízo do exercício da competência comum correspondente;

XIX – prover sobre a limpeza das vias e logradouros Públicos remoção e destino do lixo domiciliar ou não, bem como de outros detritos e resíduos de qualquer natureza;

XX – conceder licença para localização e funcionamento de estabelecimentos industriais, comerciais, prestadores de serviço e quaisquer outros;

XXI – cassar a licença, a que houver concedido ao estabelecimento cuja atividade venha a se tornar prejudicial à saúde, à higiene, à segurança, ao sossego, aos bons costumes e ao meio ambiente;

XXII – ordenar as atividades urbanas, fixando condições e horários para funcionamento de estabelecimentos industriais, comerciais, de serviços e outros, atendidas as normas da legislação aplicável;

XXIII – organizar e manter os serviços de fiscalização necessários ao exercício do seu poder de polícia administrativa;

XXIV – fiscalizar nos locais de venda, peso, preço, medidas e condições sanitárias dos gêneros alimentícios, observada a Legislação Federal pertinente;

XXV – dispor sobre depósito e venda de animais e mercadorias apreendidos em decorrência de transgressão da Legislação Municipal;

XXVI – dispor sobre registro, guarda, vacinação e captura de animais, com a finalidade precípua de controlar e erradicar moléstias de que possam ser portadores ou transmissores;

XXVII – disciplinar os serviços de carga e descarga, bem como fixar a tonelagem máxima permitida a veículos que circulem em vias Públicas Municipais, inclusive nas vicinais cuja conservação seja de sua competência;

XXVIII – sinalizar as vias urbanas e as estradas Municipais, bem como regulamentar e fiscalizar sua utilização;

XXIX – regulamentar a utilização dos logradouros Públicos e, especialmente nos perímetro urbano, determinar o itinerário e os pontos de parada obrigatória de veículos de transporte coletivo;

XXX – fixar e sinalizar as zonas de silêncio e de trânsito e tráfego em condições especiais;

XXXI – regular as condições de utilização dos bens Públicos de uso comum;

XXII – regular, executar, licenciar, fiscalizar, conceder, permitir ou autorizar, conforme o caso;

a) o serviço de carros de aluguel, inclusive o uso de taxímetro;

b) os serviços funerários e os cemitérios;

c) os serviços de mercados, feiras e matadouros Públicos;

d) os serviços de construção e conservação de estradas, ruas, vias ou caminhos Municipais,

independentemente de serem reconhecidos oficialmente;

e) os serviços de iluminação Pública;

f) a afixação de cartazes e anúncios, bem como a utilização de quaisquer outros meios de publicidade e propaganda, nos locais sujeitos ao Poder de Polícia Municipal;

XXXIII – fixar os locais de estacionamento Público de táxis e demais veículos;

XXXIV – estabelecer servidões administrativas necessárias à realização de seus serviços inclusive a de seus concessionários;

XXXV – adquirir bens, inclusive por meio de desapropriação;

XXXVI – assegurar a expedição de Certidões, quando requeridas às repartições Municipais, para defesa de direitos e esclarecimento de situações.

§ 1º – As competências previstas neste artigo não esgotam o exercício privativo de outras, na forma da Lei, desde que atenda ao peculiar interesse do Município e ao bem estar de sua população e não conflite com a competência Federal e Estadual.

§ 2º – As normas de edificação, de loteamento, desmembramento e arruamento a que se refere o inciso XVII deste artigo deverão exigir reserva de áreas destinadas a:

a) zonas verdes, praças e demais logradouros Públicos.

b) vias de tráfego e de passagem de canalizações Públicas, de esgotos e de águas pluviais;

c) passagem de canalizações Públicas de esgotos e de águas pluviais nos fundos dos lotes, obedecidas às dimensões e demais condições estabelecidas na legislação;

d) faixas de preservação marginais aos rios, córregos, canais e quaisquer cursos d'água.

§ 3º – A Lei Complementar que dispuser sobre a Guarda Municipal, destinada à proteção dos bens, serviços e instalações Municipais, estabelecerá sua organização e competência.

§ 3.º - A Lei Complementar que dispuser sobre a Guarda Municipal, destinada a função de proteção municipal preventiva, estabelecerá sua organização e competência, instituindo conforme a lei, guardas municipais especializadas, de caráter civil, uniformizadas e que façam uso de armas de fogo dentro e fora do serviço. (Redação dada pela Emenda nº 02, 22/06/2021)

§ 4.º - São garantidos aos guardas municipais a capacitação e o respectivo treinamento para a

utilização da arma de fogo, bem como, dos equipamentos de menor potencial ofensivo. (Redação dada pela Emenda nº 02, 22/06/2021)

§ 5.º - A Guarda Municipal deverá emitir carteira de identidade funcional aos seus agentes, com fé pública e validade em todo território nacional, fazendo constar a devida autorização do porte de arma de fogo. (Redação dada pela Emenda nº 02, 22/06/2021)

§ 4º – A política de desenvolvimento urbano, com o objetivo de ordenar as funções sociais da cidade e garantir o bem estar de seus habitantes, deve ser consubstanciada em Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado, nos termos do art. 182, §. 1º. da Constituição Federal.

§ 6.º - A política de desenvolvimento urbano, com o objetivo de ordenar as funções sociais da cidade e garantir o bem estar de seus habitantes, deve ser consubstanciadas em Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado, nos termos do art. 182, § 1.º da Constituição Federal. (Redação dada pela Emenda nº 02, 22/06/2021)

Art. 20 – O Município de Mangaratiba, através de consórcio, poderá organizar e prestar diretamente ou sob regime de concessão ou permissão o serviço de transporte coletivo intermunicipal de caráter essencial, com os Municípios vizinhos da área do Litoral Sul e Zona Oeste, conforme dispuser a Lei, de acordo com o art. 76 da Constituição Estadual.

Art. 21 – Mediante proposição fundamentada de 1/3 (um terço) dos Vereadores, de 5% (cinco por cento) dos eleitores inscritos na jurisdição distrital ou de 3% (três por cento) do total de eleitores do Município, aprovada por maioria qualificada dos membros da Câmara Municipal, será submetida a plebiscito questão de relevante interesse local.

Parágrafo Único – A Lei regulamentará o processo plebiscitário.

## SEÇÃO II DA COMPETÊNCIA COMUM

Art. 22 – É da competência comum do Município, da União e do Estado, na forma prevista em Lei Complementar Federal:

I – zelar pela guarda da Constituição, das Leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio Público;

II – cuidar da saúde e da assistência Pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

III – proteger os documentos, as obras e outros bens de valor histórico e cultural, os monumentos, as paisagens naturais notáveis e os sítios arqueológicos;

IV – impedir a evasão, a destruição e a descaracterização de obras de arte e de outros bens de valor histórico, artístico ou cultural;

V – proporcionar meios de acesso à cultura, à educação e à ciência;

VI – proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas;

VII – preservar as florestas, a fauna e a flora;

VIII – fomentar a produção agropecuária e organizar o abastecimento alimentar;

IX – Promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico;

X – combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos;

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

XII – estabelecer e implantar política de educação para a segurança do trânsito.

## A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL. HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: RETROSPECTIVA

### a- 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 realza. 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 sanitaria 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\regionalização 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 à 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 imponência 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

### Política Nacional de Atenção Básica

Transcorridos 27 anos desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, é possível dizer que, mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Expressas por meio de documentos específicos, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) tiveram papel fundamental nesse processo, permitindo inflexões importantes, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Isso ocorreu de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento que desempenharam papel indutor na sua adoção como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde.

Em setembro de 2017, foi publicada uma nova PNAB3, que suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a

provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF

Este artigo teve como objetivo analisar as alterações nas diretrizes da AB promovidas no texto da PNAB 2017, tomando como parâmetros a PNAB 2011 e os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, na perspectiva de uma APS forte e de uma rede integrada de atenção à saúde no SUS. Os temas analisados foram: a cobertura; a posição relativa da ESF; a configuração das equipes; e a organização dos serviços.

Inicialmente, foram identificados alguns marcos instituintes da AB no Brasil e suas contribuições para a configuração do SUS. Na sequência, procurou-se situar o contexto de formulação dessa nova política e discutir prováveis riscos e retrocessos das alterações propostas para o SUS.

### Apontamentos sobre a trajetória da política de Atenção Básica no Brasil

Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária, referências sustentadas pelas sucessivas políticas.

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas.

Essa priorização teve repercussões concretas, e, em 1998, foi estabelecido o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica, processo que se renovou periodicamente por meio da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da AB no SUS. Desdobrou-se, também, em outros dispositivos de fortalecimento da AB, como, por exemplo, a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), também em 1998, substituindo o Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (Sipacs).

Ainda visando à reorientação do modelo de atenção, foi criado, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do Proesf, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação.

A agenda política de fortalecimento da APS por meio da ESF consolidou-se gradativamente e, em 2006, tornou-se uma das dimensões prioritárias do Pacto pela Vida. Naquele mesmo ano, foi publicada a PNAB, revisada em 2011, buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, ou seja, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordena-

ção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse processo envolveu um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios colocados para a formação de trabalhadores, a organização do processo de trabalho, as interações com a comunidade, a compreensão do território e as relações entre os entes federados.

Segundo Magalhães Júnior e Pinto, há, pelo menos, dois indicadores importantes da centralidade dada à PNAB no âmbito federal das políticas de saúde. São eles: o aumento superior a 100% dos recursos repassados aos municípios para o financiamento da AB, entre 2010 e 2014; e a aplicação de recursos para a qualificação e a ampliação da estrutura das unidades, por meio de um projeto específico, o Requalifica SUS, lançado em 2011.

Também em 2011, foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que incorporou elementos da AMQ e ampliou as vertentes de avaliação, tendo como finalidade a certificação das EqSF. Esse Programa permitiu vincular formas de transferência de recursos do PAB variável aos resultados provenientes da avaliação, constituindo-se em um mecanismo de indução de novas práticas.

Em termos de cobertura, dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS) indicam que a ESF alcançava 58% da população, em outubro de 2017, e sabe-se que essa cobertura chegou a atingir 100% em alguns municípios. Tudo isso mediante novos serviços, modalidades e arranjos de equipes multiprofissionais, com destaque para as equipes ampliadas pela saúde bucal e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Mesmo reconhecendo a persistência de problemas no acesso, na qualidade e na continuidade da atenção, diversos estudos sugerem avanços decorrentes das políticas de APS na redução de internações evitáveis e dos gastos hospitalares, e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira

### **Notas sobre a conjuntura e o texto da Política Nacional de Atenção Básica 2017**

Presenciou-se, recentemente, a reorganização das forças políticas conservadoras no Brasil, o que resultou no impedimento de Dilma Rousseff e na condução do seu vice Michel Temer à Presidência. Ao mesmo tempo, observa-se o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros.

Seguiu-se a aprovação de medidas ditas ‘racionalizantes’, sob a justificativa da necessidade de enfrentar o desequilíbrio fiscal, atribuído ao descontrole das contas públicas decorrentes de ‘políticas paternalistas’, que teriam agravado a crise econômica. A orientação é modificar a destinação dos recursos do fundo público, limitando as políticas sociais, promovendo a redução da dimensão pública do Estado e ampliando a participação do setor privado. Do mesmo modo, opera-se uma ofensiva contra a classe trabalhadora, atingindo conquistas fundamentais, como os direitos trabalhistas e previdenciários. Trata-se de um conjunto de reformas supressoras de direitos sociais, em uma represália sem proporções ainda calculadas, do capital contra o trabalho.

Entre as alterações legislativas que viabilizam esse processo, destaca-se a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS.

Essas medidas incidem sobre uma relação frágil entre o SUS e a sociedade brasileira, e caminham em paralelo ao fortalecimento ideológico do setor privado como alternativa de qualidade para o atendimento das necessidades de saúde. Conforma-se, assim, o

terreno propício para dar prosseguimento à desconstrução do SUS, cujo financiamento jamais alcançou um patamar de suficiência e estabilidade, ao passo que as empresas privadas de planos de saúde sempre foram objeto de fortalecimento, por meio da destinação de incentivos financeiros contínuos.

Nessa conjuntura, as tendências que orientavam a revisão da PNAB 2011 já vinham sendo anunciadas, pelo menos, desde outubro de 2016, quando foi realizado o VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção Básica, cujos indicativos para tal revisão foram publicados em um documento-síntese. Ali, já se apresentava uma perspectiva regressiva, especialmente preocupante, considerando-se a correlação de forças muito desfavorável aos que defendem a saúde como um direito universal.

Desde então, as notícias sobre a revisão da PNAB foram se intensificando, mas sua produção foi pouco divulgada oficialmente e sua discussão manteve-se em espaços restritos, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as reuniões entre os técnicos do MS. Em 27 de julho de 2017, o texto preliminar foi apresentado na CIT e encaminhado para consulta pública por dez dias. Apesar do curto prazo, a consulta recebeu mais de 6 mil contribuições, sem que tenham gerado, entretanto, mudanças expressivas no texto original ou tenham sido divulgados os seus resultados. A nova PNAB foi aprovada em 30 de agosto de 2017, pouco mais de um mês após tornar-se oficialmente pública. Uma característica marcante do texto da nova PNAB é a explicitação de alternativas para a configuração e implementação da AB, traduzindo-se em uma pretensa flexibilidade, sustentada pelo argumento da necessidade de atender especificidades locais regionais.

Supostamente, amplia-se a liberdade de escolha dos gestores do SUS, o que poderia ser visto como positivo por responder às demandas de um processo de descentralização mais efetivo. Entretanto, esse processo só se completaria com a transferência de recursos necessários à autonomia de gestão pelos municípios, e com os mecanismos de controle social e participação popular. A presente análise não valida o raciocínio otimista, justamente porque é fruto de uma leitura informada pela atual conjuntura, que indica limites rigorosos, a partir dos quais essa política e suas possibilidades se realizarão.

Pode-se dizer que o discurso da PNAB se constrói de modo ambivalente, incorporando verbos como sugerir e recomendar, que retiram o caráter indutor e propositivo da política e expressam a desconstrução de um compromisso com a expansão da saúde da família e do sistema público. Entende-se, ainda, que essa estrutura de texto tem o propósito de blindá-lo à crítica, tornando suas proposições de mais fácil assimilação, afinal, a partir do que está escrito, diversas opções seriam possíveis. Esta ambivalência é um recurso que permite omitir escolhas prévias (ideológicas), que parecem determinar o processo de revisão da PNAB no momento político atual. Tais escolhas remetem a uma concepção de Estado afinada com a racionalidade neoliberal, que aponta para o sentido inverso a uma maior presença do Estado, requerida para a continuidade do SUS como projeto e da AB como estratégia principal para a garantia da saúde como direito universal.

Feitas essas considerações mais gerais, apresenta-se a discussão de elementos específicos presentes na nova PNAB, inventariando os riscos potenciais detectados para o SUS e seus princípios.

### **Relativização da cobertura**

Como ressaltado, a universalidade é um princípio estruturante da atenção à saúde no âmbito do SUS, que, aliada à integralidade, tem distinguido a PNAB de conformações simplificadas e focalizantes de APS. Baseadas nesses princípios, as PNAB 2006 e 2011

**FUNDAMENTOS DO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM**

**Semiologia e Semiotécnica**

Na Semiologia estudamos os sinais e sintomas apresentados pelo paciente, de extrema importância para a equipe de saúde para analisar a situação do paciente geral, a avaliação antes da execução do procedimento.

Na Semiotécnica analisamos o procedimento que será feito, qual a técnica deverá ser utilizada para resolver o que foi identificado na semiologia, por exemplo.

A enfermagem se baseia nas informações apresentadas e para estabelecer os cuidados de enfermagem de acordo com a necessidade do paciente para realizar a assistência de Enfermagem, é necessário ter conhecimentos científicos e métodos que definem sua implementação.

Assim, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma forma planejada de prestar cuidados aos pacientes que, gradativamente, vem sendo implantada em diversos serviços de saúde. Os componentes ou etapas dessa sistematização variam de acordo com o método adotado, sendo basicamente composta por levantamento de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial e avaliação. Interligadas, essas ações permitem identificar as necessidades de assistência de saúde do paciente e propor as intervenções que melhor as atendam resalte-se que compete ao enfermeiro a responsabilidade legal pela sistematização;

Contudo, para a obtenção de resultados satisfatórios, toda a equipe de enfermagem deve envolver-se no processo. Na fase inicial, é realizado o levantamento de dados, mediante entrevista e exame físico do paciente. Como resultado, são obtidas importantes informações para a elaboração de um plano assistencial e prescrição de enfermagem, a ser implementada por toda a equipe.

A entrevista - um dos procedimentos iniciais do atendimento - é o recurso utilizado para a obtenção dos dados necessários ao tratamento, tais como o motivo que levou o paciente a buscar ajuda, seus hábitos e práticas de saúde, a história da doença atual, de doenças anteriores, hereditárias, etc. Nesta etapa, as informações consideradas relevantes para a elaboração do plano assistencial de enfermagem e tratamento devem ser registradas no prontuário, tomando-se, evidentemente, os cuidados necessários com as consideradas como sigilosas, visando garantir ao paciente o direito da privacidade.

O exame físico inicial é realizado nos primeiros contatos com o paciente, sendo reavaliado diariamente e, em algumas situações, até várias vezes ao dia. Como sua parte integrante, há a avaliação minuciosa de todas as partes do corpo e a verificação de sinais vitais e outras medidas, como peso e altura, utilizando-se técnicas específicas. Na etapa seguinte, faz-se a análise e interpretação dos dados coletados e se determinam os problemas de saúde do paciente, formulados como diagnóstico de enfermagem.

Através do mesmo são identificadas as necessidades de assistência de enfermagem e a elaboração do plano assistencial de enfermagem.

O plano descreve os cuidados que devem ser dados ao paciente (prescrição de enfermagem) e implementados pela equipe de Durante o exame físico, é imprescindível preservar a privacidade do paciente.

A enfermagem atua com a participação de outros profissionais de saúde, sempre que necessário. Na etapa de avaliação verifica-se a resposta do paciente aos cuidados de enfermagem a ele prestados e as necessidades de modificar ou não o plano inicialmente proposto.

**Lembrando que a SAE é assinada pelo enfermeiro, porém o técnico e auxiliar de enfermagem participam amplamente do processo.**

A opção por aprofundar a causalção das doenças na visão popular justifica-se pelo fato de que essas explicações concentram elementos de grande importância dos diferentes sistemas médicos. Foster chega a dizer que as noções etiológicas definem a natureza de todo o sistema médico (1976: 773-778). Sem apoiar tal reducionismo, reconhecemos que através da compreensão da causalção, podemos entender muitas atitudes e práticas desses grupos, relativas ao fenômeno saúde-doença.

A proposta de estudar o campo da Causalidade nos coloca frente a uma das questões polêmicas no interior da chamada sociologia médica. Trata-se da classificação dicotômica da origem natural e sobrenatural das doenças. É dito frequentemente como tese que os povos primitivos, os camponeses e, por extensão, as "camadas populares urbano-marginais" explicam através do sobrenatural, em contraposição aos conceitos da história natural das doenças próprios da medicina biomédica.

Essa teoria preconceituosa parte de uma visão evolutiva da sociedade em que o "Primitivo" é considerado "atrasado" e, no caso, o atraso seria uma concepção "supersticiosa" dos acontecimentos ligados à vida e à morte. O moderno, o mais evoluído, "científico" seria a concepção da doença como algo que acontece apenas no plano físico, aloja-se num órgão e assim deve ser tratado. O conceito da doença se assemelharia à avaria num aparelho, num relógio humano e, ao médico, como um bom mecânico, caberia a reparação.

Ora, sabemos que nem de um lado nem de outro a realidade acontece dessa forma linear e dicotômica. O tema que aqui tratamos revela-nos facetas muito mais complexas da realidade. A visão popular da etiologia das doenças não é monolítica. O grupo social que pesquisamos possui, ao contrário, uma concepção pluralística da saúde-doença, integrando explicações de causalção natural, emocional, sobrenatural e ecológica.

Dentre os trabalhos sobre o tema, o estudo de Ngokwey é o que melhor se coaduna aos pontos de vista que defendemos aqui. Segundo este autor, em lugar de ser dominado por considerações sobrenaturais, o sistema etiológico desses grupos das classes trabalhadoras é ecologicamente orientado, sendo o componente sobrenatural um dos seus aspectos, dentre outros. Ele sustenta a tese, com a qual concordamos, de que o conhecimento etiológico se relaciona com o conceito de cultura popular que é holístico e ecológico, englobando todas as dimensões da vida em sociedade (vida material, organização social e ideologia). As condições materiais da existência no tempo e no espaço são o contexto de produção das explicações etiológicas, da prática médica e da cura. Portanto, as "teorias populares" desenvolvem-se a partir das experiências da vida e se reorganizam constantemente no contato com a prática, tanto da medicina "oficial" como de todos os sistemas alternativos.

É nosso intuito descer ao âmago dessa questão antropológica que lida com assuntos fundamentais para o ser humano, quais sejam a vida e a morte. De um lado temos que incluir o tema do sistema etiológico como fragmentação da visão de mundo total desses segmentos sociais, mas dentro do princípio de que a parte contém o todo e o todo contém a parte, embora essas totalidades sejam ainda parciais. Noutras palavras, a concepção que buscamos entender possui uma especificidade *de classe*, marcada pela história e pela condição social dos que a produzem. (Goldmann: 1967)

De outro lado, a visão de mundo dos diversos segmentos da classe trabalhadora se integra ainda que de forma contraditória à cosmovisão da sociedade dominante. (Marx: 1984, 72; Weber: 1969, 41-80; Verret: 1972, 12). Desta forma a concepção de saúde-doença dos segmentos da classe trabalhadora ultrapassa os limites de classe e se solidariza com as angústias, os medos, os sofrimentos e as questões filosóficas que preocupam o ser humano de nosso tempo. Mais ainda, ela tem raízes no passado e na essência se encontra com problemas formulados por povos primitivos, por diferentes culturas e por variados grupos sociais. Noutras palavras, a noção de etiologia ultrapassa o campo estrito da biomedicina no espaço e no tempo e atinge também o universo de considerações antropológicas e metafísicas. É dentro desse referencial que conduzimos a presente reflexão.

### A CAUSAÇÃO DAS DOENÇAS

O sistema etiológico do grupo de famílias pesquisadas se assemelha ao que foi encontrado por Ngokwey (1988) entre a população de Feira de Santana na Bahia. Ele inclui e integra vários domínios de causação:

- a) natural;
- b) psicossocial;
- c) sócio-econômico;
- d) sobrenatural.

Esses quatro níveis de explicação apresentam-se com dimensões distintas, vinculadas, intercambiantes e não contraditórias. Eles se unificam na visão da doença como a ação patogênica de elementos de ruptura das relações do indivíduo com a natureza e com seu grupo social. Se em última instância Deus é considerado por esse grupo quem dirige a vida e é nele que encontram a fonte da harmonia, a existência terrena é o palco da dor e da cura: nesse sentido a doença cumpre um papel questionador, integrador e de reequilíbrio: seu conceito é holístico.

*Causação Natural* Trata-se da interligação entre os fenômenos da natureza e a saúde, explicação amplamente encontrada no grupo pesquisado: as mudanças do tempo são responsabilizadas por nervosismo; dores no corpo; recrudescimento de males crônicos, gripes e resfriados; o frio é apontado como causador de gripes, resfriados e bronquites; o calor excessivo é explicação para a inchação das pernas, opressão no coração; os ventos são ditos como provocadores de mal-estar e de muitas doenças. Dentre todos os elementos da natureza a lua protagoniza o campo das explicações: seus ciclos facilmente são relacionados com ocorrências ou agravamentos nas condições de saúde. Asma, epilepsia, cólicas, problemas nervosos e mentais são alguns dos fenômenos para os quais o ciclo lunar é tomado como explicação.

Vejamos alguns exemplos dessa vinculação das doenças com os elementos da natureza:

*“Eu me sinto mal todo mês quando chega a época da lua, quando está para chegar a menstruação sinto muita dor na perna, no cóccix, nas cadeiras, dor de cabeça, insônia. A lua mexe muito com meus nervos.”*

*“Tenho muita dor na coluna, que me vem com a lua.”*

*“O pessoal diz que essa coceira que deu na gente vem do vento. É um andaço que anda com o vento.”*

*“Minha perna incha e dói por causa do calor. Mas essa doença minha eu peguei porque trabalhava num lugar muito frio e úmido.”*

A relação com o meio ambiente (a água, o ar, o vento, a terra, o clima) como explicação para o aparecimento das doenças, não se sobrepuja, nas falas dos informantes à sua relação positiva com a natureza. Tomar sol, aguentar chuvas, respirar ar puro, vida ao ar livre, são apresentados como fatores de saúde e longevidade. Pelo contrário, é o desrespeito através da intervenção desordenada do homem na natureza, um dos núcleos das explicações para muitos males:

—a poluição do ar é reconhecida como causadora de alergias, bronquites e coceiras;

—o “micróbio que entra e fura a veia” e a verminose “nascem” com a água parada, o lixo, as valas negras que recortam os locais de moradia.

O desequilíbrio na comida e na bebida é outra fonte de representação das causas de doenças. Há comidas “pesadas” que causam má digestão; há comidas “reimosas” proibidas para determinadas categorias de pessoas como grávidas e mulheres amamentando. Há comidas que não devem ser misturadas como manga com leite, peixe e carne. Há comidas que fazem bem, trazem saúde porque têm “substância” como carne, leite, ovos, feijão. Outras, “só enchem barriga” como arroz, angu, biscoito.

Das bebidas, o álcool é dito, de forma relevante como causador de doenças: do fígado, da cabeça, de inchação nas pernas. Sempre vinculado a problemas emocionais ou mentais, o alcoolismo é uma das causas mais atribuídas pelas famílias aos males de saúde no seu meio.

Algumas doenças estão associadas ao ciclo da vida: são consideradas normais. Dentre elas entram o reumatismo, a pressão alta, as doenças do coração para os idosos. A coqueluche, o sarampo, a catapora são males que as crianças têm que enfrentar.

### *Causação Sócio-econômica*

São aquelas referidas às condições materiais de existência: o salário, a moradia, o tipo de trabalho, as relações sociais (próximas e com a sociedade mais ampla), o saneamento básico e ressaltamos o funcionamento do sistema de saúde.

Se no primeiro item, o desequilíbrio na comida é apresentado como causador de doenças, nessa etapa são as *dificuldades da alimentação* que se ressaltam: “*falta alimentação, a criança não come direito. O pior mesmo da doença é a falta de condição da gente: daí dá muita diarreia.*”

*“o que a gente mais vê é criança fraca, anêmica, porque o problema de saúde aqui é fome mesmo.”*

As relações com a *moradia* e com o *saneamento* também são enfatizadas:

*“eu tinha um problema muito grande de alergia e reumatismo, aterrou a casa e passou.” “as crianças não têm saúde por causa do lugar onde a gente vive: tem rato, tem lixo, falta esgoto”. “meu problema de asma é muita umidade desta casa, mas pra onde eu vou?”*

*“sabe o que acontece aqui? as crianças adoecem por causa do esgoto na rua, a contaminação da água, da fossa estourada, da falta de alimentação.”*

Embora com menor frequência, o tipo de trabalho é também assinalado como fator patogênico:

*“meu marido tem epilepsia causada por acidente de trabalho. Trabalhava em obra e caiu um tijolo na cabeça dele, ele ficou fraco da ideia, tem tonteira” “eu tenho varizes hemorrágicas de trabalhar em pé na fábrica de sardinha.”*

*“eu tenho um problema de estômago que a médica não acha o motivo. Ela acha que é de nervoso. Eu acho que é pó que eu respiro muito naquela metalúrgica.”*

As condições gerais de existência são responsabilizadas de forma muito peculiar pelo “nervoso da vida”. Essa doença inespecífica, e meio vaga, ganha de todas as outras nos depoimentos de homens e mulheres. Gerador de outros males, associado a uma série de sintomas, síntese de uma quantidade enorme de queixas, o “nervoso da vida” revela particularmente um sentimento de opressão e de dificuldade insana para levar adiante o projeto familiar, todo ele construído sobre a sobrevivência do dia-a-dia. O futuro é configurado quase sempre dentro de um plano transcendental - não por ignorância, mas pelas condições objetivas da vida - “a Deus pertence”, “Deus é quem sabe”.

Em algumas famílias em estado de miséria absoluta, o “nervoso da vida” se apresenta em forma de apatia, deboche e silêncio. As doenças não são explicadas, elas se mostram: são um desequilíbrio global que as pessoas não conseguem ou não sentem necessidade de verbalizar.

É importante mencionar, na causalização sócio econômica apontada pelos entrevistados, sua relação com o sistema biomédico. Ainda quando, em primeira instância, a doença é explicada por outros fatores, a intervenção dos serviços de saúde é ressaltada por muitos, como provocadora de outras enfermidades e responsável por mortes ou lesões irreparáveis nos membros do grupo. Os exemplos referentes a esse tópico são muito fortes:

*“Eu fui ter nenê e como eu estava passando muito mal, o médico me abriu e tirou a criança. Acho que ele pensou que eu ia morrer, então ele só me alinhavou. Fui prá casa, passei mal três meses e tive que voltar para o hospital e só aí o outro médico me costurou direito.”*

*“Eu tenho essa quantidade de caroço na pele que coça muito. Foi provocado por uma anestesia que eu tomei quando fui operado.”*

*“Remédio de médico é danado pra provocar problema na gente.”*

*“Eu cortei essa perna por causa de uma diabete, mas depois outros médicos me disseram que eu não precisava cortar. Perdi minha perna por erro médico.” “Esses dois filhos meus estavam com uma febre danada. Eu levei pro hospital, o médico passou um remédio e eles incharam todo. Era remédio errado.”*

Um dos informantes traduz o sentimento que perpassa os depoimentos de muitos outros: *os médicos agora não sabem de nada, não dão atenção, por isso os remédios deles não dão resultado.* Essa fala crítica sobre o sistema revela também, do ponto de vista antropológico, um dos pontos de estrangulamento da medicina oficial tal qual é praticada: a descrença da população. É Lévy-Strauss quem nos chama atenção sobre o assunto, falando sobre a eficácia dos tratamentos xamanísticos. Segundo ele, a condição de cura está no seguinte axioma: “a eficácia da magia implica na crença em magia”. Isso se efetiva em três níveis complementares: a) a crença do feitiço na eficácia de suas técnicas; b) a crença do doente no poder mágico; c) a fé e as expectativas do grupo que agem como um campo gravitacional no interior do qual se dão as relações entre o cliente e o curandeiro. (L. Strauss: 1963, 168).

Ora, esses princípios antropológicos nos quais se assenta a medicina tradicional, *mutatis mutandi*, regem também as relações entre a biomedicina e a população. Para quem defende os princípios rígidos do “cientificismo” acadêmico, basta lembrar todas as polêmicas que envolvem o uso dos medicamentos e seus efeitos controversos. O chamado “efeito placeboé uma prova de que a tese de Lévy-Strauss continua válida em relação à medicina moderna. (Simonton et alii: 1988, 31s).

A descrença que flui da fala de muitas famílias nas suas relações com o sistema médico é fruto de um lado, de uma experiência prática em que se sentem anônimas, impotentes e discriminadas. Ela é também construída nas diferenças de concepção sobre saúde-doença. Enquanto para os médicos saúde-doença são, acima de tudo, fenômenos físicos, para esse segmento da população, saúde-doença são *relações* que se expressam no corpo mas que o ultrapassam indiscutivelmente:

*“Uma coisa”, diz uma das mães entrevistadas, eu não consigo entender. Meu filho foi internado com desidratação e no atestado de óbito dele tinha outras três doenças. Não morreu do que foi internado. Ele ficou no hospital e não me deixaram ficar lá. Eu chegava, ele estava tristonho, com os pezinhos frios, as mãozinhas geladas. Eu falava com as enfermeiras, elas diziam que não tinha problema. Acabou ele morrendo... Eu morro de medo de hospital, é lugar que se vai pra morrer. A gente vê lá é o abandono e a solidão.”*

Esse depoimento pungente nos dá a dimensão do hiato que a população encontra entre os serviços de saúde e sua cultura. Não se trata apenas de se proporcionar um bom atendimento no sentido da qualidade do diagnóstico e do tratamento, nem também de melhorar as condições humanas no atendimento. A questão atinge um nível maior de profundidade que é a abrangência da visão de mundo.

Ao analisarmos essas críticas, ocorre-nos uma pergunta oportuna: se a população desconfia dos serviços, por que estão sempre cheios nossos serviços ambulatoriais e de pronto atendimento? A resposta a essa questão pode contemplar várias alternativas. A primeira delas é de que o sistema biomédico, para todos os efeitos e para todas as classes é o padrão dominante. Ele cria seus mecanismos de aproximação, de propaganda e de imposição.

Segundo Boltanski (1984) toda a sua história nada mais é que a construção de uma legitimação. A segunda, é de que a população reconhece também a eficácia da medicina oficial para muitos casos referentes aos desequilíbrios da saúde e teima em usufruir desse saber socialmente construído e tão desigualmente apropriado. Mas, como já dissemos noutro artigo (Minayo, 1987), os segmentos da classe trabalhadora combinam a seu modo as diferentes fontes de tratamento que lhe são acessíveis. A medicina oficial é uma dentre outras, que ela usa e legitima mas não de forma incondicional.

Fonte: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1988000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003)

## ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM

### A enfermagem e a administração

Nos últimos anos a enfermagem tem evoluído consideravelmente, muito disso deve-se a sua prática profissional e do desenvolvimento técnico-científico. A práxis da enfermagem tem contribuído para o desenvolvimento pessoal e profissional, o que faz necessário a contribuição de outras ciências, como a administração pra a expansão do seu conhecimento e qualificação profissional (SOUZA, 2006). A enfermagem, por ser um conjunto de ciências, ciências humanas e ciências sociais, tem buscado na administração a utilização de um método científico que possa tornar seu trabalho racional (SANTOS, 2004). Os estudos realizados na área da administração retratam o papel clássico e histórico do administrador o de alguém responsável pelo trabalho dos outros, papel este que fica evidente no trabalho da enfermagem, que consiste em orientar, dirigir e controlar o esforço de um grupo para um objetivo em comum (SILVA, 1993).