



CÓD: OP-039JN-22  
7908403516537

# MANGARATIBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANGARATIBA  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Enfermeiro

CONCURSO PÚBLICO 01/2021

## **Língua Portuguesa**

1. Leitura, compreensão e interpretação de texto. . . . .	01
2. Homonímia, sinonímia, antonímia e paronímia. Denotação e conotação. . . . .	10
3. Ortografia oficial. Acentuação gráfica. Emprego de letras. Emprego do hífen. . . . .	10
4. Uso e função das diferentes classes gramaticais: substantivo, adjetivo, artigo, numeral, pronome, advérbio, interjeição, verbo, preposição e conjunção. Pronome: classificação, emprego, colocação e formas de tratamento. Advérbio, preposição e conjunção: emprego e valor semântico. Flexão verbal: emprego e valor semântico de tempos, modos e vozes verbais, correlação entre tempos verbais	12
5. Análise sintática. Relações sintáticas e semânticas entre termos, orações e segmentos de texto. Termos oracionais. . . . .	19
6. Concordância nominal e concordância verbal. . . . .	22
7. Regência nominal e regência verbal. . . . .	24
8. Ocorrência de crase. . . . .	25
9. Figuras de sintaxe. Uso e sentido das figuras de palavra e de pensamento. . . . .	25
10. Colocação de termos na oração. . . . .	27
11. Equivalência e transformação de estruturas sintático-semânticas. . . . .	27
12. Reescrita de frases. . . . .	27
13. Emprego dos sinais de pontuação. . . . .	29

## **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***

### ***Enfermeiro***

1. Fundamentos da prática de Enfermagem: bases teóricas do cuidado de enfermagem; sinais vitais; avaliação de saúde e exame físico; sistematização da Assistência de Enfermagem.....	01
2. Prevenção e controle de infecção.....	29
3. Administração de medicamentos e preparo de soluções.....	36
4. integridade da pele e cuidados de feridas.....	45
5. Enfermagem na Atenção Primária em Saúde.....	59
6. Conhecimentos e princípios que fundamentam a Estratégia de Saúde da Família.....	61
7. Conceitos básicos de epidemiologia.....	64
8. Indicadores de saúde.....	70
9. Metas de desenvolvimento do milênio.....	72
10. Educação em saúde.....	73
11. Vigilância em saúde.....	73
12. Sistemas de Informação em saúde.....	78
13. Doenças e agravos não transmissíveis.....	83
14. Doenças transmissíveis.....	85
15. Enfermagem em psiquiatria; saúde mental; política nacional de saúde mental.....	93
16. Exercício profissional de enfermagem: história da enfermagem, legislação aplicada à enfermagem.....	105
17. Ética e bioética.....	113
18. Programa Nacional de Imunização.....	120
19. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.....	132
20. Lei Orgânica da Saúde.....	139
21. Saúde do trabalhador.....	147
22. Biossegurança.....	152
23. Saúde do adulto.....	159
24. Saúde da mulher.....	173
25. Saúde do homem.....	193
26. Saúde da criança.....	200
27. Saúde do adolescente e do jovem.....	214
28. Saúde do idoso.....	218
29. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde.....	228
30. Pessoas com necessidades especiais.....	229
31. Política Nacional de Humanização.....	232
32. Ações de enfermagem na Atenção Básica: Diabetes, Hipertensão Arterial.....	237
33. Prevenção de Câncer de Mama e Cérvico-Uterino.....	243

---

## 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, deseja que o que diz seja admitido como verdadeiro. Em síntese, tem a intenção de convencer, ou seja, tem o desejo de que o ouvinte creia no que o texto diz e faça o que ele propõe.

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

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

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

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

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

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

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:

*A é igual a B.*

*A é igual a C.*

*Então: C é igual a A.*

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

Outro exemplo:

*Todo ruminante é um mamífero.*

*A vaca é um ruminante.*

*Logo, a vaca é um mamífero.*

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

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

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

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

**Tipos de Argumento**

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

**Argumento de Autoridade**

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

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

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

**Alex José Periscinoto.**

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

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

**Argumento de Quantidade**

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

**Argumento do Consenso**

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

**Argumento de Existência**

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

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

**Argumento quase lógico**

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

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

**Argumento do Atributo**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**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 sanitarista 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.

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 DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM: BASES TEÓRICAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM; SINAIS VITAIS; AVALIAÇÃO DE SAÚDE E EXAME FÍSICO; SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**Fundamentos de Enfermagem**

A assistência da Enfermagem baseia-se em 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 - ressalte-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 enfermagem, 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.

**O hospital, a assistência de enfermagem e a prevenção da infecção**

O termo hospital origina-se do latim *hospitium*, que quer dizer local onde se hospedam pessoas, em referência a estabelecimentos fundados pelo clero, a partir do século IV dC, cuja finalidade era prover cuidados a doentes e oferecer abrigo a viajantes e peregrinos.

Segundo o Ministério da Saúde, hospital é definido como estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação a uma determinada clientela, ou de não-internação, no caso de ambulatório ou outros serviços.

Para se avaliar a necessidade de serviços e leitos hospitalares numa dada região faz-se necessário considerar fatores como a estrutura e nível de organização de saúde existente, número de habitantes e frequência e distribuição de doenças, além de outros eventos relacionados à saúde. Por exemplo, é possível que numa região com grande população de jovens haja carência de leitos de maternidade onde ocorre maior número de nascimentos. Em outra, onde haja maior incidência de doenças crônico-degenerativas, a necessidade talvez seja a de expandir leitos de clínica médica.

De acordo com a especialidade existente, o hospital pode ser classificado como geral, destinado a prestar assistência nas quatro especialidades médicas básicas, ou especializado, destinado a prestar assistência em uma especialidade, como, por exemplo, maternidade, ortopedia, entre outras.

Um outro critério utilizado para a classificação de hospitais é o seu número de leitos ou capacidade instalada: são considerados como de pequeno porte aqueles com até 50 leitos; de médio porte, de 51 a 150 leitos; de grande porte, de 151 a 500 leitos; e de porte especial, acima de 500 leitos.

Conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de saúde em uma dada região geográfica - desde as unidades básicas até os hospitais de maior complexidade - devem estar integrados, constituindo um sistema hierarquizado e organizado de acordo com os níveis de atenção à saúde. Um sistema assim constituído disponibiliza atendimento integral à população, mediante ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

As unidades básicas de saúde (integradas ou não ao Programa Saúde da Família) devem funcionar como porta de entrada para o sistema, reservando-se o atendimento hospitalar para os casos mais complexos - que, de fato, necessitam de tratamento em regime de internação.

De maneira geral, o hospital secundário oferece alto grau de resoluibilidade para grande parte dos casos, sendo poucos os que acabam necessitando de encaminhamento para um hospital terciário. O sistema de saúde vigente no Brasil agrega todos os serviços públicos das esferas federal, estadual e municipal e os serviços privados, credenciados por contrato ou convênio. Na área hospitalar, 80% dos estabelecimentos que prestam serviços ao SUS são privados e recebem reembolso pelas ações realizadas, ao contrário da atenção ambulatorial, onde 75% da assistência provém de hospitais públicos.

Na reorganização do sistema de saúde proposto pelo SUS o hospital deixa de ser a porta de entrada do atendimento para se constituir em unidade de referência dos ambulatórios e unidades básicas de saúde. O hospital privado pode ter caráter beneficente, filantrópico, com ou sem fins lucrativos. No beneficente, os recursos são originários de contribuições e doações particulares para a prestação de serviços a seus associados - integralmente aplicados na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos sociais. O hospital filantrópico reserva serviços gratuitos para a população carente, respeitando a legislação em vigor. Em ambos, os membros da diretoria não recebem remuneração.

Para que o paciente receba todos os cuidados de que necessita durante sua internação hospitalar, faz-se necessário que tenha à sua disposição uma equipe de profissionais competentes e diversos serviços integrados - Corpo Clínico, equipe de enfermagem, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço Social, etc., caracterizando uma extensa divisão técnica de trabalho.

Para alcançar os objetivos da instituição, o trabalho das equipes, de todas as áreas, necessita estar em sintonia, haja vista que uma das características do processo de produção hospitalar é a in-



terdependência. Uma outra característica é a quantidade e diversidade de procedimentos diariamente realizados para prover assistência ao paciente, cuja maioria segue normas rígidas no sentido de proporcionar segurança máxima contra a entrada de agentes biológicos nocivos ao mesmo.

O ambiente hospitalar é considerado um local de trabalho insalubre, onde os profissionais e os próprios pacientes internados estão expostos a agressões de diversas naturezas, seja por agentes físicos, como radiações originárias de equipamentos radiológicos e elementos radioativos, seja por agentes químicos, como medicamentos e soluções, ou ainda por agentes biológicos, representados por microrganismos.

No hospital concentram-se os hospedeiros mais susceptíveis, os doentes e os microrganismos mais resistentes. O volume e a diversidade de antibióticos utilizados provocam alterações importantes nos microrganismos, dando origem a cepas multirresistentes, normalmente inexistentes na comunidade. A contaminação de pacientes durante a realização de um procedimento ou por intermédio de artigos hospitalares pode provocar infecções graves e de difícil tratamento. Procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, como diálise peritoneal, hemodiálise, inserção de cateteres e drenos, uso de drogas imunossupressoras, são fatores que contribuem para a ocorrência de infecção.

Ao dar entrada no hospital, o paciente já pode estar com uma infecção, ou pode vir a adquiri-la durante seu período de internação. Seguindo-se a classificação descrita na Portaria no 2.616/98, do Ministério da Saúde, podemos afirmar que o primeiro caso representa uma infecção comunitária; o segundo, uma infecção hospitalar que pode ter como fontes a equipe de saúde, o próprio paciente, os artigos hospitalares e o ambiente.

Visando evitar a ocorrência de infecção hospitalar, a equipe deve realizar os devidos cuidados no tocante à sua prevenção e controle, principalmente relacionada à lavagem das mãos, pois os microrganismos são facilmente levados de um paciente a outro ou do profissional para o paciente, podendo causar a infecção cruzada.

#### **Atendendo o paciente no hospital**

O paciente procura o hospital por sua própria vontade (necessidade) ou da família, e a internação ocorre por indicação médica ou, nos casos de doença mental ou infectocontagiosa, por processo legal instaurado.

A internação é a admissão do paciente para ocupar um leito hospitalar, por período igual ou maior que 24 horas. Para ele, isto significa a interrupção do curso normal de vida e a convivência temporária com pessoas estranhas e em ambiente não-familiar. Para a maioria das pessoas, este fato representa desequilíbrio financeiro, isolamento social, perda de privacidade e individualidade, sensação de insegurança, medo e abandono. A adaptação do paciente a essa nova situação é marcada por dificuldades pois, aos fatores acima, soma-se a necessidade de seguir regras e normas institucionais quase sempre bastante rígidas e inflexíveis, de entrosar-se com a equipe de saúde, de submeter-se a inúmeros procedimentos e de mudar de hábitos.

O movimento de humanização do atendimento em saúde procura minimizar o sofrimento do paciente e seus familiares, buscando formas de tornar menos agressiva a condição do doente institucionalizado. Embora lenta e gradual, a própria conscientização do paciente a respeito de seus direitos tem contribuído para tal intento. Fortes aponta a responsabilidade institucional como um aspecto importante, ao afirmar que existe um componente de responsabilidade dos administradores de saúde na implementação de políticas e ações administrativas que resguardem os direitos dos pacientes. Assim, questões como sigilo, privacidade, informação, aspectos que o profissional de saúde tem o dever de acatar por determinação

do seu código de ética, tornam-se mais abrangentes e eficazes na medida em que também passam a ser princípios norteadores da organização de saúde.

Tudo isso reflete as mudanças em curso nas relações que se estabelecem entre o receptor do cuidado, o paciente, e o profissional que o assiste, tendo influenciado, inclusive, a nomenclatura tradicionalmente utilizada no meio hospitalar.

O termo paciente, por exemplo, deriva do verbo latino *patisce-re*, que significa padecer, e expressa uma conotação de dependência, motivo pelo qual cada vez mais se busca outra denominação para o receptor do cuidado. Há crescente tendência em utilizar o termo cliente, que melhor reflete a forma como vêm sendo estabelecidos os contatos entre o receptor do cuidado e o profissional, ou seja, na base de uma relação de interdependência e aliança. Outros têm manifestado preferência pelo termo usuário, considerando que o receptor do cuidado usa os nossos serviços. Entretanto, será mantida a denominação tradicional, porque ainda é dessa forma que a maioria se reporta ao receptor do cuidado.

Ao receber o paciente na unidade de internação, o profissional de enfermagem deve providenciar e realizar a assistência necessária, atentando para certos cuidados que podem auxiliá-lo nessa fase. O primeiro contato entre o paciente, seus familiares e a equipe é muito importante para a adaptação na unidade. O tratamento realizado com gentileza, cordialidade e compreensão ajuda a despertar a confiança e a segurança tão necessárias. Assim, cabe auxiliá-lo a se familiarizar com o ambiente, apresentando-o à equipe presente e a outros pacientes internados, em caso de enfermaria, acompanhando-o em visita às dependências da unidade, orientando-o sobre o regulamento, normas e rotinas da instituição. É também importante solicitar aos familiares que providenciem objetos de uso pessoal, quando necessário, bem como arrolar roupas e valores nos casos em que o paciente esteja desacompanhado e seu estado indique a necessidade de tal procedimento.

É importante lembrar que, mesmo na condição de doente, a pessoa continua de posse de seus direitos: ao respeito de ser chamado pelo nome, de decidir, junto aos profissionais, sobre seus cuidados, de ser informado sobre os procedimentos e tratamento que lhe serão dispensados, e a que seja mantida sua privacidade física e o segredo sobre as informações confidenciais que digam respeito à sua vida e estado de saúde.

O tempo de permanência do paciente no hospital dependerá de vários fatores: tipo de doença, estado geral, resposta orgânica ao tratamento realizado e complicações existentes. Atualmente, há uma tendência para se abreviar ao máximo o tempo de internação, em vista de fatores como altos custos hospitalares, insuficiência de leitos e riscos de infecção hospitalar. Em contrapartida, difundem-se os serviços de saúde externos, como a internação domiciliar, a qual estende os cuidados da equipe para o domicílio do doente, medida comum em situações de alta precoce e de acompanhamento de casos crônicos - é importante que, mesmo neste âmbito, sejam também observados os cuidados e técnicas utilizadas para a prevenção e controle da infecção hospitalar e descarte adequado de material perfurocortante.

O período de internação do paciente finaliza-se com a alta hospitalar, decorrente de melhora em seu estado de saúde, ou por motivo de óbito. Entretanto, a alta também pode ser dada por motivos tais como: a pedido do paciente ou de seu responsável; nos casos de necessidade de transferência para outra instituição de saúde; na ocorrência de o paciente ou seu responsável recusar(em)-se a seguir o tratamento, mesmo após ter(em) sido orientado(s) quanto aos riscos, direitos e deveres frente à terapêutica proporcionada pela equipe.

Na ocasião da alta, o paciente e seus familiares podem necessitar de orientações sobre alimentação, tratamento medicamentoso, atividades físicas e laborais, curativos e outros cuidados específicos, momento em que a participação da equipe multiprofissional é importante para esclarecer quaisquer dúvidas apresentadas.

Após a saída do paciente, há necessidade de se realizar a limpeza da cama e mobiliário; se o mesmo se encontrava em isolamento, deve-se também fazer a limpeza de todo o ambiente (limpeza terminal): teto, paredes, piso e banheiro.

As rotinas administrativas relacionadas ao preenchimento e encaminhamento do aviso de alta ao registro, bem como às pertinentes à contabilidade e apontamento em censo hospitalar, deveriam ser realizadas por agentes administrativos. Na maioria das instituições hospitalares, porém, estas ações ainda ficam sob o encargo dos profissionais de enfermagem.

O paciente poderá sair do hospital só ou acompanhado por familiares, amigos ou por um funcionário (assistente social, auxiliar, técnico de enfermagem ou qualquer outro profissional de saúde que a instituição disponibilize); dependendo do seu estado geral, em transporte coletivo, particular ou ambulância. Cabe à enfermagem registrar no prontuário a hora de saída, condições gerais, orientações prestadas, como e com quem deixou o hospital.

Um aspecto particular da alta diz respeito à transferência para outro setor do mesmo estabelecimento, ou para outra instituição. Deve-se considerar que a pessoa necessitará adaptar-se ao novo ambiente, motivo pelo qual a orientação da enfermagem é importante. Quando do transporte a outro setor ou à ambulância, o paciente deve ser transportado em maca ou cadeira de rodas, junto com seus pertences, prontuário e os devidos registros de enfermagem. No caso de encaminhamento para outro estabelecimento, enviar os relatórios médico e de enfermagem.

#### Sistema de informação em saúde

Um sistema de informação representa a forma planejada de receber e transmitir dados. Pressupõe que a existência de um número cada vez maior de informações requer o uso de ferramentas (internet, arquivos, formulários) apropriadas que possibilitem o acesso e processamento de forma ágil, mesmo quando essas informações dependem de fontes localizadas em áreas geográficas distantes.

No hospital, a disponibilidade de uma rede integrada de informações através de um sistema informatizado é muito útil porque agiliza o atendimento, tornando mais rápido o processo de admissão e alta de pacientes, a marcação de consultas e exames, o processamento da prescrição médica e de enfermagem e muitas outras ações frequentemente realizadas. Também influencia favoravelmente na área gerencial, disponibilizando em curto espaço de tempo informações atualizadas de diversas naturezas que subsidiem as ações administrativas, como recursos humanos existentes e suas características, dados relacionados a recursos financeiros e orçamentários, recursos materiais (consumo, estoque, reposição, manutenção de equipamentos e fornecedores), produção (número de atendimentos e procedimentos realizados) e aqueles relativos à taxa de nascimentos, óbitos, infecção hospitalar, média de permanência, etc.

As informações do paciente, geradas durante seu período de internação, constituirão o documento denominado prontuário, o qual, segundo o Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 1.331/89), consiste em um conjunto de documentos padronizados e ordenados, proveniente de várias fontes, destinado ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente.

O prontuário agrega um conjunto de impressos nos quais são registradas todas as informações relativas ao paciente, como histórico da doença, antecedentes pessoais e familiares, exame físico, diagnóstico, evolução clínica, descrição de cirurgia, ficha de anes-

tesia, prescrição médica e de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, formulários e gráficos. É direito do paciente ter suas informações adequadamente registradas, como também acesso - seu ou de seu responsável legal - às mesmas, sempre que necessário.

Legalmente, o prontuário é propriedade dos estabelecimentos de saúde e após a alta do paciente fica sob os cuidados da instituição, arquivado em setor específico. Quanto à sua informatização, há iniciativas em andamento em diversos hospitais brasileiros, haja vista que facilita a guarda e conservação dos dados, além de agilizar informações em prol do paciente. Devem, entretanto, garantir a privacidade e sigilo dos dados pessoais.

#### Sistema de informação em enfermagem

Uma das tarefas do profissional de enfermagem é o registro, no prontuário do paciente, de todas as observações e assistência prestada ao mesmo, ato conhecido como anotação de enfermagem. A importância do registro reside no fato de que a equipe de enfermagem é a única que permanece continuamente e sem interrupções ao lado do paciente, podendo informar com detalhes todas as ocorrências clínicas. Para maior clareza, recomenda-se que o registro das informações seja organizado de modo a reproduzir a ordem cronológica dos fatos, isto permitirá que, na passagem de plantão, a equipe possa acompanhar a evolução do paciente.

Um registro completo de enfermagem contempla as seguintes informações:

- Observação do estado geral do paciente, indicando manifestações emocionais como angústia, calma, interesse, depressão, euforia, apatia ou agressividade; condições físicas, indicando alterações relacionadas ao estado nutricional, hidratação, integridade cutâneo-mucosa, oxigenação, postura, sono e repouso, eliminações, padrão da fala, movimentação; existência e condições de sondas, drenos, curativos, imobilizações, cateteres, equipamentos em uso;

- A ação de medicamentos e tratamentos específicos, para verificação da resposta orgânica manifesta após a aplicação de determinado medicamento ou tratamento, tais como, por exemplo: alergia após a administração de medicamentos, diminuição da temperatura corporal após banho morno, melhora da dispneia após a instalação de cateter de oxigênio;

- A realização das prescrições médicas e de enfermagem, o que permite avaliar a atuação da equipe e o efeito, na evolução do paciente, da terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa. Caso o tratamento não seja realizado, é necessário explicitar o motivo, por exemplo, se o paciente recusa a inalação prescrita, deve-se registrar esse fato e o motivo da negação. Procedimentos rotineiros também devem ser registrados, como a instalação de solução venosa, curativos realizados, colheita de material para exames, encaminhamentos e realização de exames externos, bem como outras ocorrências atípicas na rotina do paciente;

- A assistência de enfermagem prestada e as intercorrências observadas. Incluem-se neste item, entre outros, os dados referentes aos cuidados higiênicos, administração de dietas, mudanças de decúbito, restrição ao leito, aspiração de sondas e orientações prestadas ao paciente e familiares;

- As ações terapêuticas aplicadas pelos demais profissionais da equipe multiprofissional, quando identificada a necessidade de o paciente ser atendido por outro componente da equipe de saúde. Nessa circunstância, o profissional é notificado e, após efetivar sua visita, a enfermagem faz o registro correspondente. Para o registro das informações no prontuário, a enfermagem geralmente utiliza um roteiro básico que facilita sua elaboração. Por ser um importante instrumento de comunicação para a equipe, as informações devem ser objetivas e precisas de modo a não darem margem a interpretações errôneas. Considerando-se sua legalidade, faz-se