



HCFAMEMA

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE MARÍLIA**

Enfermeiro

Nº 1/2025

**CÓD: OP-083FV-25
7908403569960**

COMO ACESSAR O SEU BÔNUS

Se você comprou essa apostila em nosso site, o bônus já está liberado na sua área do cliente. Basta fazer login com seus dados e aproveitar.

Mas caso você não tenha comprado no nosso site, siga os passos abaixo para ter acesso ao bônus:



Acesse o endereço apostilaopcao.com.br/bonus.



Digite o código que se encontra atrás da apostila (conforme foto ao lado).



Siga os passos para realizar um breve cadastro e acessar o bônus.



COMO SE PREPARAR PARA A PROVA

Preparar-se adequadamente para o dia da prova é essencial para garantir que todo o seu esforço de estudo seja recompensado. Esta seção foi desenvolvida para orientá-lo nos passos práticos e imediatos que devem ser tomados nas semanas e dias que antecedem o exame, garantindo que você chegue ao dia da prova com confiança e tranquilidade.

Revisão Final

A revisão final é crucial para consolidar o conhecimento adquirido ao longo da sua preparação. Aqui estão algumas dicas para maximizar sua eficiência nas semanas e dias que antecedem a prova:



> **Priorização de Tópicos:** Foque nos tópicos mais importantes e que você considera mais desafiadores. Use resumos e questões comentadas para revisar os pontos principais e garantir que esses tópicos estejam frescos na sua memória.



> **Resumos e Questões Comentadas:** Utilize resumos para relembrar os conceitos essenciais e faça questões comentadas para se familiarizar com o estilo de perguntas da banca. Isso ajudará a reforçar o conteúdo e a identificar possíveis dúvidas que ainda precisam ser resolvidas.

Técnicas de Prova

No dia da prova, a forma como você administra seu tempo e lida com as questões pode fazer toda a diferença. Abaixo, algumas estratégias para otimizar seu desempenho:



> **Gestão do Tempo Durante a Prova:** Divida o tempo disponível de acordo com a quantidade de questões e o nível de dificuldade. Comece pelas questões que você tem mais certeza, e deixe as mais difíceis para o final.



> **Lidando com Questões Difíceis:** Se você encontrar uma questão muito difícil, não perca tempo nela. Marque-a para revisar depois e siga em frente com as demais. Isso evita o desgaste mental e garante que você responda o máximo de questões possíveis.



> **Leitura Atenta das Instruções:** Sempre leia com atenção as instruções de cada seção da prova. Isso evitará erros que podem ser facilmente evitados, como marcar a alternativa errada ou não observar uma regra específica da prova.

Simulados e Prática

Os simulados são uma ferramenta poderosa para testar seus conhecimentos e preparar-se para as condições reais da prova:



> **Simulações Realistas:** Faça simulados em um ambiente silencioso e sem interrupções, respeitando o tempo limite da prova real. Isso ajudará a criar uma rotina e reduzirá o nervosismo no dia do exame.



> **Avaliação de Desempenho:** Após cada simulado, avalie seu desempenho e identifique áreas que precisam de mais atenção. Refaça questões que você errou e revise os conceitos relacionados.

Preparação Física e Mental

Estar fisicamente e mentalmente preparado é tão importante quanto o conhecimento adquirido:



> **Alimentação e Hidratação:** Nas semanas que antecedem a prova, mantenha uma dieta equilibrada e beba bastante água. Evite alimentos pesados ou que possam causar desconforto no dia da prova.



> **Sono e Descanso:** Durma bem na noite anterior à prova. O descanso adequado é crucial para que seu cérebro funcione de maneira eficiente. Evite estudar até tarde na véspera do exame.



> **Calma e Foco:** No dia da prova, mantenha a calma e o foco. Pratique exercícios de respiração profunda para controlar a ansiedade e visualize-se fazendo a prova com sucesso.

Checklist de Última Hora

No dia da prova, é importante estar bem preparado e evitar surpresas desagradáveis. Aqui está um checklist de itens essenciais:



> **Documentos Necessários:** Certifique-se de que você está levando todos os documentos exigidos pela banca organizadora, como RG, CPF, ou outro documento oficial com foto.



> **Materiais Permitidos:** Leve apenas os materiais permitidos, como caneta preta ou azul, lápis e borracha. Verifique se todos estão em boas condições de uso.



> **Confirmação do Local da Prova:** Revise o endereço e o horário da prova. Planeje sua rota e saia com antecedência para evitar imprevistos.



> **Alimentos Leves:** Leve um lanche leve e água para consumir durante a prova, se permitido. Opte por alimentos que ajudem a manter a energia e a concentração, como frutas secas ou barras de cereais.



Apostilas Opção, a Opção certa para a sua realização.



Este material está de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. Todos os direitos são reservados à Editora Opção, conforme a Lei de Direitos Autorais (Lei Nº 9.610/98). A venda e reprodução em qualquer meio, seja eletrônico, mecânico, fotocópia, gravação ou outro, são proibidas sem a permissão prévia da Editora Opção.

PIRATARIA É CRIME

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de diversos tipos de textos (literários e não literários)	9
2. Sinônimos e antônimos; Sentido próprio e figurado das palavras.....	16
3. Pontuação	19
4. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, artigo, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem.....	20
5. Concordância verbal e nominal	26
6. Regência verbal e nominal	28
7. Colocação pronominal	29
8. Crase	31

Matemática

1. Resolução de situações-problema, envolvendo: adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação ou radiciação com números racionais, nas suas representações fracionária ou decimal.....	41
2. Mínimo múltiplo comum e Máximo divisor comum.....	42
3. Razão e proporção	43
4. Regra de três simples ou composta	44
5. Porcentagem.....	46
6. Equações do 1º ou do 2º grau	47
7. Sistema de equações do 1º grau	49
8. Grandezas e medidas: quantidade, tempo, comprimento, superfície, capacidade e massa	51
9. Relação entre grandezas: tabela ou gráfico	53
10. Tratamento da informação: média aritmética simples	57
11. Noções de Geometria: forma, ângulos, área, perímetro, volume, Teoremas de Pitágoras ou de Tales	57

Informática

1. MS-Windows 10: conceito de pastas, diretórios, arquivos e atalhos, área de trabalho, área de transferência, manipulação de arquivos e pastas, uso dos menus, programas e aplicativos, interação com o conjunto de aplicativos MS-Office 2016	69
2. MS-Word 2016: estrutura básica dos documentos, edição e formatação de textos, cabeçalhos, parágrafos, fontes, colunas, marcadores simbólicos e numéricos, tabelas, impressão, controle de quebras e numeração de páginas, legendas, índices, inserção de objetos, campos predefinidos, caixas de texto.....	71
3. MS-Excel 2016: estrutura básica das planilhas, conceitos de células, linhas, colunas, pastas e gráficos, elaboração de tabelas e gráficos, uso de fórmulas, funções e macros, impressão, inserção de objetos, campos predefinidos, controle de quebras e numeração de páginas, obtenção de dados externos, classificação de dados	79
4. MS-PowerPoint 2016: estrutura básica das apresentações, conceitos de slides, anotações, régua, guias, cabeçalhos e rodapés, noções de edição e formatação de apresentações, inserção de objetos, numeração de páginas, botões de ação, animação e transição entre slides.....	86
5. Correio Eletrônico: uso de correio eletrônico, preparo e envio de mensagens, anexação de arquivos	93
6. Internet: navegação na Internet, conceitos de URL, links, sites, busca e impressão de páginas	94
7. Tópicos básicos de ambientes Google Workspace (Gmail, Agenda, Meet, Chat, Drive, Documentos, Planilhas, Apresentações, Formulários) e Microsoft Teams (chats, chamadas de áudio e vídeo, criação de grupos, trabalho em equipe: Word, Excel, PowerPoint)	101

Política de Saúde

1. Diretrizes e bases da implantação do SUS; Lei Federal nº 8.080/1990; Lei Federal nº 8.142/1990; Decreto Federal nº 7.508/2011	117
2. Constituição da República Federativa do Brasil – Saúde.....	133
3. Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde	135
4. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças	136
5. Reforma Sanitária e Modelos Assistenciais de Saúde – Vigilância em Saúde	142
6. Indicadores de nível de saúde da população	147
7. Políticas de descentralização e atenção primária à Saúde; Princípio da Atenção Primária	154
8. Doenças de notificação compulsória no Estado de São Paulo	160
9. Doenças de notificação compulsória em nível estadual e nacional.....	162
10. Calendário Nacional de Vacinação	166
11. Rede de Atenção à Saúde	168
12. Política Nacional de Atenção Básica.....	170
13. Determinantes Sociais e Processos de Saúde-doença	198
14. Linhas de cuidados.....	199
15. Programa Nacional de Humanização do SUS	201

Conhecimentos Específicos

Enfermeiro

1. Introdução à enfermagem: fundamentos de enfermagem	209
2. Exercício de enfermagem: código de ética dos profissionais de enfermagem; Legislação profissional – COFEN/COREN	210
3. Programa Nacional de Imunização: considerações gerais; Calendário de vacinação para o Estado de São Paulo; Vacinação contra as doenças imunopreveníveis; Cadeia de frio	226
4. Meios de desinfecção e esterilização.....	233
5. Administração aplicada à enfermagem: administração em enfermagem; Supervisão em enfermagem	242
6. Enfermagem em pronto-socorro: considerações gerais sobre pronto atendimento: a) definição de urgência e emergência; b) prioridade no tratamento; c) princípios para um atendimento de urgência e emergência.....	244
7. Assistência de enfermagem nas urgências: a) do aparelho respiratório; b) do aparelho digestivo; c) do aparelho cardiovascular; d) do aparelho locomotor e esquelético; e) do sistema nervoso; f) ginecológicas e obstétricas; g) dos distúrbios hidroeletrolíticos e metabólicos; h) psiquiátricas; i) do aparelho urinário	246
8. Atenção básica à saúde: atenção à criança (crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação, doenças diarreicas e doenças respiratórias)	255
9. Atenção à saúde da mulher (pré-natal, parto, puerpério, prevenção do câncer ginecológico, planejamento familiar).....	265
10. Atenção à saúde do adulto (hipertensão arterial e diabetes melito); Prevenção e tratamentos das DCNT	275
11. Assistência de enfermagem em queimaduras	279
12. Assistência de enfermagem em intoxicações exógenas (alimentares, medicamentosas, envenenamentos); Assistência de enfermagem em picadas de insetos, animais peçonhentos e mordeduras de animais (soros e vacinas)	280
13. Assistência de pacientes: posicionamento e mobilização.....	284
14. Organização e Gestão dos Serviços de Saúde	285
15. Sistematização da assistência de enfermagem	286
16. Política Nacional de Humanização (PNH).....	290

ÍNDICE

17. Sistema Único de Saúde: conceitos, fundamentação legal, diretrizes e princípios, participação popular e controle social	290
18. Diagnóstico de Saúde na Comunidade	290
19. Planejamento, organização, direção, controle e avaliação	296
20. Indicadores de Saúde	300
21. A integralidade da atenção em Saúde	307
22. Organização social e comunitária no campo da Saúde Coletiva	312
23. Vigilância em Saúde	317
24. Educação para a Saúde	318
25. O trabalho com grupos	320
26. Políticas e Práticas em Saúde Coletiva	326
27. Conhecimentos básicos sobre o Programa de Saúde da Família; Atenção domiciliar; Equipe de Saúde; Saúde da Família e atendimento domiciliar	330
28. Conhecimentos básicos sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde	333
29. Humanização e Saúde	338
30. O enfermeiro na Atenção Primária à Saúde; Cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde	339

LÍNGUA PORTUGUESA

LEITURA E INTERPRETAÇÃO DE DIVERSOS TIPOS DE TEXTOS (LITERÁRIOS E NÃO LITERÁRIOS)

A leitura e interpretação de textos são habilidades essenciais no âmbito dos concursos públicos, pois exigem do candidato a capacidade de compreender não apenas o sentido literal, mas também as nuances e intenções do autor. Os textos podem ser divididos em duas categorias principais: literários e não literários. A interpretação de ambos exige um olhar atento à estrutura, ao ponto de vista do autor, aos elementos de coesão e à argumentação. Neste contexto, é crucial dominar técnicas de leitura que permitam identificar a ideia central do texto, inferir informações implícitas e analisar a organização textual de forma crítica e objetiva.

— Compreensão Geral do Texto

A compreensão geral do texto consiste em identificar e captar a mensagem central, o tema ou o propósito de um texto, sejam eles explícitos ou implícitos. Esta habilidade é crucial tanto em textos literários quanto em textos não literários, pois fornece ao leitor uma visão global da obra, servindo de base para uma interpretação mais profunda. A compreensão geral vai além da simples decodificação das palavras; envolve a percepção das intenções do autor, o entendimento das ideias principais e a identificação dos elementos que estruturam o texto.

— Textos Literários

Nos textos literários, a compreensão geral está ligada à interpretação dos aspectos estéticos e subjetivos. É preciso considerar o gênero (poesia, conto, crônica, romance), o contexto em que a obra foi escrita e os recursos estilísticos utilizados pelo autor. A mensagem ou tema de um texto literário muitas vezes não é transmitido de maneira direta. Em vez disso, o autor pode utilizar figuras de linguagem (metáforas, comparações, simbolismos), criando camadas de significação que exigem uma leitura mais interpretativa.

Por exemplo, em um poema de Manuel Bandeira, como “O Bicho”, ao descrever um homem que revirava o lixo em busca de comida, a compreensão geral vai além da cena literal. O poema denuncia a miséria e a degradação humana, mas faz isso por meio de uma imagem que exige do leitor sensibilidade para captar essa crítica social indireta.

Outro exemplo: em contos como “A Hora e a Vez de Augusto Matraga”, de Guimarães Rosa, a narrativa foca na jornada de transformação espiritual de um homem. Embora o texto tenha uma história clara, sua compreensão geral envolve perceber os elementos de religiosidade e redenção que permeiam a narrativa, além de entender como o autor utiliza a linguagem regionalista para dar profundidade ao enredo.

— Textos Não Literários

Em textos não literários, como artigos de opinião, reportagens, textos científicos ou jurídicos, a compreensão geral tende a ser mais direta, uma vez que esses textos visam transmitir informações objetivas, ideias argumentativas ou instruções. Neste caso, o leitor precisa identificar claramente o tema principal ou a tese defendida pelo autor e compreender o desenvolvimento lógico do conteúdo.

Por exemplo, em um artigo de opinião sobre os efeitos da tecnologia na educação, o autor pode defender que a tecnologia é uma ferramenta essencial para o aprendizado no século XXI. A compreensão geral envolve identificar esse posicionamento e as razões que o autor oferece para sustentá-lo, como o acesso facilitado ao conhecimento, a personalização do ensino e a inovação nas práticas pedagógicas.

Outro exemplo: em uma reportagem sobre desmatamento na Amazônia, o texto pode apresentar dados e argumentos para expor a gravidade do problema ambiental. O leitor deve captar a ideia central, que pode ser a urgência de políticas de preservação e as consequências do desmatamento para o clima global e a biodiversidade.

— Estratégias de Compreensão

Para garantir uma boa compreensão geral do texto, é importante seguir algumas estratégias:

- **Leitura Atenta:** Ler o texto integralmente, sem pressa, buscando entender o sentido de cada parte e sua relação com o todo.

- **Identificação de Palavras-Chave:** Buscar termos e expressões que se repetem ou que indicam o foco principal do texto.

- **Análise do Título e Subtítulos:** Estes elementos frequentemente apontam para o tema ou ideia principal do texto, especialmente em textos não literários.

- **Contexto de Produção:** Em textos literários, o contexto histórico, cultural e social do autor pode fornecer pistas importantes para a interpretação do tema. Nos textos não literários, o contexto pode esclarecer o objetivo do autor ao produzir aquele texto, seja para informar, convencer ou instruir.

- **Perguntas Norteadoras:** Ao ler, o leitor pode se perguntar: Qual é o tema central deste texto? Qual é a intenção do autor ao escrever este texto? Há uma mensagem explícita ou implícita?

Exemplos Práticos

- **Texto Literário:** Um poema como “Canção do Exílio” de Gonçalves Dias pode, à primeira vista, parecer apenas uma descrição saudosista da pátria. No entanto, a compreensão geral

deste texto envolve entender que ele foi escrito no contexto de um poeta exilado, expressando tanto amor pela pátria quanto um sentimento de perda e distanciamento.

- **Texto Não Literário:** Em um artigo sobre as mudanças climáticas, a tese principal pode ser que a ação humana é a principal responsável pelo aquecimento global. A compreensão geral exigiria que o leitor identificasse essa tese e as evidências apresentadas, como dados científicos ou opiniões de especialistas, para apoiar essa afirmação.

– Importância da Compreensão Geral

Ter uma boa compreensão geral do texto é o primeiro passo para uma interpretação eficiente e uma análise crítica. Nos concursos públicos, essa habilidade é frequentemente testada em questões de múltipla escolha e em questões dissertativas, nas quais o candidato precisa demonstrar sua capacidade de resumir o conteúdo e de captar as ideias centrais do texto.

Além disso, uma leitura superficial pode levar a erros de interpretação, prejudicando a resolução correta das questões. Por isso, é importante que o candidato esteja sempre atento ao que o texto realmente quer transmitir, e não apenas ao que é dito de forma explícita. Em resumo, a compreensão geral do texto é a base para todas as outras etapas de interpretação textual, como a identificação de argumentos, a análise da coesão e a capacidade de fazer inferências.

– Ponto de Vista ou Ideia Central Defendida pelo Autor

O ponto de vista ou a ideia central defendida pelo autor são elementos fundamentais para a compreensão do texto, especialmente em textos argumentativos, expositivos e literários. Identificar o ponto de vista do autor significa reconhecer a posição ou perspectiva adotada em relação ao tema tratado, enquanto a ideia central refere-se à mensagem principal que o autor deseja transmitir ao leitor.

Esses elementos revelam as intenções comunicativas do texto e ajudam a esclarecer as razões pelas quais o autor constrói sua argumentação, narrativa ou descrição de determinada maneira. Assim, compreender o ponto de vista ou a ideia central é essencial para interpretar adequadamente o texto e responder a questões que exigem essa habilidade.

– Textos Literários

Nos textos literários, o ponto de vista do autor pode ser transmitido de forma indireta, por meio de narradores, personagens ou símbolos. Muitas vezes, os autores não expõem claramente suas opiniões, deixando a interpretação para o leitor. O ponto de vista pode variar entre diferentes narradores e personagens, enriquecendo a pluralidade de interpretações possíveis.

Um exemplo clássico é o narrador de “Dom Casmurro”, de Machado de Assis. Embora Bentinho (o narrador-personagem) conte a história sob sua perspectiva, o leitor percebe que o ponto de vista dele é enviesado, e isso cria ambiguidade sobre a questão central do livro: a possível traição de Capitu. Nesse caso, a ideia central pode estar relacionada à incerteza e à subjetividade das percepções humanas.

Outro exemplo: em “Vidas Secas”, de Graciliano Ramos, o ponto de vista é o de uma narrativa em terceira pessoa que se foca nos personagens humildes e no sofrimento causado pela

seca no sertão nordestino. A ideia central do texto é a denúncia das condições de vida precárias dessas pessoas, algo que o autor faz por meio de uma linguagem econômica e direta, alinhada à dureza da realidade descrita.

Nos poemas, o ponto de vista também pode ser identificado pelo eu lírico, que expressa sentimentos, reflexões e visões de mundo. Por exemplo, em “O Navio Negreiro”, de Castro Alves, o eu lírico adota um tom de indignação e denúncia ao descrever as atrocidades da escravidão, reforçando uma ideia central de crítica social.

– Textos Não Literários

Em textos não literários, o ponto de vista é geralmente mais explícito, especialmente em textos argumentativos, como artigos de opinião, editoriais e ensaios. O autor tem o objetivo de convencer o leitor de uma determinada posição sobre um tema. Nesse tipo de texto, a tese (ideia central) é apresentada de forma clara logo no início, sendo defendida ao longo do texto com argumentos e evidências.

Por exemplo, em um artigo de opinião sobre a reforma tributária, o autor pode adotar um ponto de vista favorável à reforma, argumentando que ela trará justiça social e reduzirá as desigualdades econômicas. A ideia central, neste caso, é a defesa da reforma como uma medida necessária para melhorar a distribuição de renda no país. O autor apresentará argumentos que sustentem essa tese, como dados econômicos, exemplos de outros países e opiniões de especialistas.

Nos textos científicos e expositivos, a ideia central também está relacionada ao objetivo de informar ou esclarecer o leitor sobre um tema específico. A neutralidade é mais comum nesses casos, mas ainda assim há um ponto de vista que orienta a escolha das informações e a forma como elas são apresentadas. Por exemplo, em um relatório sobre os efeitos do desmatamento, o autor pode não expressar diretamente uma opinião, mas ao apresentar evidências sobre o impacto ambiental, está implicitamente sugerindo a importância de políticas de preservação.

– Como Identificar o Ponto de Vista e a Ideia Central

Para identificar o ponto de vista ou a ideia central de um texto, é importante atentar-se a certos aspectos:

1. Título e Introdução: Muitas vezes, o ponto de vista do autor ou a ideia central já são sugeridos pelo título do texto ou pelos primeiros parágrafos. Em artigos e ensaios, o autor frequentemente apresenta sua tese logo no início, o que facilita a identificação.

2. Linguagem e Tom: A escolha das palavras e o tom (objetivo, crítico, irônico, emocional) revelam muito sobre o ponto de vista do autor. Uma linguagem carregada de emoção ou uma sequência de dados e argumentos lógicos indicam como o autor quer que o leitor interprete o tema.

3. Seleção de Argumentos: Nos textos argumentativos, os exemplos, dados e fatos apresentados pelo autor refletem o ponto de vista defendido. Textos favoráveis a uma determinada posição tenderão a destacar aspectos que reforcem essa perspectiva, enquanto minimizam ou ignoram os pontos contrários.

4. Conectivos e Estrutura Argumentativa: Conectivos como “portanto”, “por isso”, “assim”, “logo” e “no entanto” são usados para introduzir conclusões ou para contrastar argumentos, ajudando a deixar claro o ponto de vista do autor. A organização do texto em blocos de ideias também pode indicar a progressão da defesa da tese.

5. Conclusão: Em muitos textos, a conclusão serve para reafirmar o ponto de vista ou ideia central. Neste momento, o autor resume os principais argumentos e reforça a posição defendida, ajudando o leitor a compreender a ideia principal.

Exemplos Práticos

- **Texto Literário:** No conto “A Cartomante”, de Machado de Assis, o narrador adota uma postura irônica, refletindo o ceticismo em relação à superstição. A ideia central do texto gira em torno da crítica ao comportamento humano que, por vezes, busca respostas mágicas para seus problemas, ignorando a racionalidade.

- **Texto Não Literário:** Em um artigo sobre os benefícios da alimentação saudável, o autor pode adotar o ponto de vista de que uma dieta equilibrada é fundamental para a prevenção de doenças e para a qualidade de vida. A ideia central, portanto, é que os hábitos alimentares influenciam diretamente a saúde, e isso será sustentado por argumentos baseados em pesquisas científicas e recomendações de especialistas.

– Diferença entre Ponto de Vista e Ideia Central

Embora relacionados, ponto de vista e ideia central não são sinônimos. O ponto de vista refere-se à posição ou perspectiva do autor em relação ao tema, enquanto a ideia central é a mensagem principal que o autor quer transmitir. Um texto pode defender a mesma ideia central a partir de diferentes pontos de vista. Por exemplo, dois textos podem defender a preservação do meio ambiente (mesma ideia central), mas um pode adotar um ponto de vista econômico (focando nos custos de desastres naturais) e o outro, um ponto de vista social (focando na qualidade de vida das futuras gerações).

— Argumentação

A argumentação é o processo pelo qual o autor apresenta e desenvolve suas ideias com o intuito de convencer ou persuadir o leitor. Em um texto argumentativo, a argumentação é fundamental para a construção de um raciocínio lógico e coeso que sustente a tese ou ponto de vista do autor. Ela se faz presente em diferentes tipos de textos, especialmente nos dissertativos, artigos de opinião, editoriais e ensaios, mas também pode ser encontrada de maneira indireta em textos literários e expositivos.

A qualidade da argumentação está diretamente ligada à clareza, à consistência e à relevância dos argumentos apresentados, além da capacidade do autor de antecipar e refutar possíveis contra-argumentos. Ao analisar a argumentação de um texto, é importante observar como o autor organiza suas ideias, quais recursos utiliza para justificar suas posições e de que maneira ele tenta influenciar o leitor.

– Estrutura da Argumentação

A argumentação em um texto dissertativo-argumentativo, por exemplo, costuma seguir uma estrutura lógica que inclui:

1. Tese: A tese é a ideia central que o autor pretende defender. Ela costuma ser apresentada logo no início do texto, frequentemente na introdução. A tese delimita o ponto de vista do autor sobre o tema e orienta toda a argumentação subsequente.

2. Argumentos: São as justificativas que sustentam a tese. Podem ser de vários tipos, como argumentos baseados em fatos, estatísticas, opiniões de especialistas, experiências concretas ou raciocínios lógicos. O autor utiliza esses argumentos para demonstrar a validade de sua tese e persuadir o leitor.

3. Contra-argumentos e Refutação: Muitas vezes, para fortalecer sua argumentação, o autor antecipa e responde a possíveis objeções ao seu ponto de vista. A refutação é uma estratégia eficaz que demonstra que o autor considerou outras perspectivas, mas que tem razões para desconsiderá-las ou contestá-las.

4. Conclusão: Na conclusão, o autor retoma a tese inicial e resume os principais pontos da argumentação, reforçando seu ponto de vista e buscando deixar uma impressão duradoura no leitor.

– Tipos de Argumentos

A argumentação pode utilizar diferentes tipos de argumentos, dependendo do objetivo do autor e do contexto do texto. Entre os principais tipos, podemos destacar:

1. Argumento de autoridade: Baseia-se na citação de especialistas ou de instituições renomadas para reforçar a tese. Esse tipo de argumento busca emprestar credibilidade à posição defendida.

Exemplo: “Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma alimentação equilibrada pode reduzir em até 80% o risco de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão.”

2. Argumento de exemplificação: Utiliza exemplos concretos para ilustrar e validar o ponto de vista defendido. Esses exemplos podem ser tirados de situações cotidianas, casos históricos ou experimentos.

Exemplo: “Em países como a Suécia e a Finlândia, onde o sistema educacional é baseado na valorização dos professores, os índices de desenvolvimento humano são superiores à média global.”

3. Argumento lógico (ou dedutivo): É baseado em um raciocínio lógico que estabelece uma relação de causa e efeito, levando o leitor a aceitar a conclusão apresentada. Esse tipo de argumento pode ser dedutivo (parte de uma premissa geral para uma conclusão específica) ou indutivo (parte de exemplos específicos para uma conclusão geral).

Exemplo dedutivo: “Todos os seres humanos são mortais. Sócrates é um ser humano. Logo, Sócrates é mortal.”

Exemplo indutivo: “Diversos estudos demonstram que o uso excessivo de telas prejudica a visão. Portanto, o uso prolongado de celulares e computadores também pode afetar negativamente a saúde ocular.”

4. Argumento emocional (ou patético): Apela aos sentimentos do leitor, utilizando a emoção como meio de convencimento. Este tipo de argumento pode despertar empatia, compaixão, medo ou revolta no leitor, dependendo da maneira como é apresentado.

Exemplo: “Milhares de crianças morrem de fome todos os dias enquanto toneladas de alimentos são desperdiçadas em países desenvolvidos. É inaceitável que, em pleno século XXI, ainda enfrentemos essa realidade.”

5. Argumento de comparação ou analogia: Compara situações semelhantes para fortalecer o ponto de vista do autor. A comparação pode ser entre eventos, fenômenos ou comportamentos para mostrar que a lógica aplicada a uma situação também se aplica à outra.

Exemplo: “Assim como o cigarro foi amplamente aceito durante décadas, até que seus malefícios para a saúde fossem comprovados, o consumo excessivo de açúcar hoje deve ser visto com mais cautela, já que estudos indicam seus efeitos nocivos a longo prazo.”

– Coesão e Coerência na Argumentação

A eficácia da argumentação depende também da coesão e coerência no desenvolvimento das ideias. Coesão refere-se aos mecanismos linguísticos que conectam as diferentes partes do texto, como pronomes, conjunções e advérbios. Estes elementos garantem que o texto flua de maneira lógica e fácil de ser seguido.

Exemplo de conectivos importantes:

- Para adicionar informações: “além disso”, “também”, “ademais”.
- Para contrastar ideias: “no entanto”, “por outro lado”, “todavia”.
- Para concluir: “portanto”, “assim”, “logo”.

Já a coerência diz respeito à harmonia entre as ideias, ou seja, à lógica interna do texto. Um texto coerente apresenta uma relação clara entre a tese, os argumentos e a conclusão. A falta de coerência pode fazer com que o leitor perca o fio do raciocínio ou não aceite a argumentação como válida.

– Exemplos Práticos de Argumentação

- Texto Argumentativo (Artigo de Opinião): Em um artigo que defenda a legalização da educação domiciliar no Brasil, a tese pode ser que essa prática oferece mais liberdade educacional para os pais e permite uma personalização do ensino. Os argumentos poderiam incluir exemplos de países onde a educação domiciliar é bem-sucedida, dados sobre o desempenho acadêmico de crianças educadas em casa e opiniões de especialistas. O autor também pode refutar os argumentos de que essa modalidade de ensino prejudica a socialização das crianças, citando estudos que mostram o contrário.

- Texto Literário: Em obras literárias, a argumentação pode ser mais sutil, mas ainda está presente. No romance “Capitães da Areia”, de Jorge Amado, embora a narrativa siga a vida de crianças abandonadas nas ruas de Salvador, a estrutura do texto e a escolha dos eventos apresentados constroem uma crítica implícita à desigualdade social e à falta de políticas públicas eficazes. A argumentação é feita de maneira indireta, por meio das experiências dos personagens e do ambiente descrito.

– Análise Crítica da Argumentação

Para analisar criticamente a argumentação de um texto, é importante que o leitor:

1. Avalie a pertinência dos argumentos: Os argumentos são válidos e relevantes para sustentar a tese? Estão bem fundamentados?

2. Verifique a solidez da lógica: O raciocínio seguido pelo autor é coerente? Há falácias argumentativas que enfraquecem a posição defendida?

3. Observe a diversidade de fontes: O autor utiliza diferentes tipos de argumentos (fatos, opiniões, dados) para fortalecer sua tese, ou a argumentação é unilateral e pouco fundamentada?

4. Considere os contra-argumentos: O autor reconhece e refuta pontos de vista contrários? Isso fortalece ou enfraquece a defesa da tese?

– Elementos de Coesão

Os elementos de coesão são os recursos linguísticos que garantem a conexão e a fluidez entre as diferentes partes de um texto. Eles são essenciais para que o leitor compreenda como as ideias estão relacionadas e para que o discurso seja entendido de forma clara e lógica. Em termos práticos, a coesão se refere à capacidade de manter as frases e parágrafos interligados, criando uma progressão lógica que permite ao leitor seguir o raciocínio do autor sem perder o fio condutor.

A coesão textual pode ser alcançada por meio de diversos mecanismos, como o uso de conectivos, pronomes, elipses e sinônimos, que evitam repetições desnecessárias e facilitam a transição entre as ideias. Em textos argumentativos e dissertativos, esses elementos desempenham um papel fundamental na organização e no desenvolvimento da argumentação.

– Tipos de Coesão

Os principais tipos de coesão podem ser divididos em coesão referencial, coesão sequencial e coesão lexical. Cada um deles envolve diferentes estratégias que contribuem para a unidade e a clareza do texto.

1. Coesão Referencial

A coesão referencial ocorre quando um elemento do texto remete a outro já mencionado, garantindo que as ideias sejam retomadas ou antecipadas sem a necessidade de repetição direta. Isso pode ser feito por meio de pronomes, advérbios ou outras expressões que retomam conceitos, pessoas ou objetos mencionados anteriormente.

Os principais mecanismos de coesão referencial incluem:

- **Pronomes pessoais:** Usados para substituir substantivos mencionados anteriormente.
 - Exemplo: João comprou um livro novo. Ele estava ansioso para lê-lo.
- **Pronomes demonstrativos:** Indicam a retomada de uma informação previamente dada ou a introdução de algo novo.
 - Exemplo: Este é o problema que devemos resolver.
- **Pronomes possessivos:** Utilizados para evitar repetições, referindo-se à posse ou relação de algo já mencionado.
 - Exemplo: Maria trouxe suas anotações para a aula.
- **Advérbios de lugar e tempo:** Podem substituir informações anteriores relacionadas a momentos e espaços.
 - Exemplo: Estive na biblioteca ontem. Lá, encontrei muitos livros interessantes.

A coesão referencial é crucial para evitar repetições e garantir que o leitor consiga acompanhar a continuidade das ideias sem que o texto se torne redundante ou cansativo.

2. Coesão Sequencial

A coesão sequencial diz respeito à organização temporal e lógica do discurso. Ela é responsável por estabelecer as relações de sentido entre as partes do texto, utilizando conectivos para marcar a progressão das ideias. Isso pode envolver a relação entre causa e efeito, adição de informações, contraste, explicação, entre outros.

Os principais conectivos de coesão sequencial incluem:

- **Conectivos de adição:** Indicam que uma ideia ou informação será acrescentada.
 - Exemplo: Além disso, também é necessário investir em infraestrutura.
- **Conectivos de causa e consequência:** Mostram uma relação de causa e efeito entre as ideias.
 - Exemplo: Portanto, o aumento das taxas de desemprego resultou em uma crise social.
- **Conectivos de contraste ou oposição:** Introduzem uma ideia que contradiz ou contrapõe a anterior.
 - Exemplo: No entanto, apesar dos esforços, os resultados não foram satisfatórios.
- **Conectivos de explicação:** Introduzem uma justificativa ou explicação para uma ideia previamente mencionada.
 - Exemplo: Ou seja, é necessário investir em educação para alcançar um desenvolvimento sustentável.

A coesão sequencial garante que as relações entre as partes do texto sejam claras, facilitando a compreensão das ideias e das transições entre elas.

3. Coesão Lexical

A coesão lexical se refere ao uso de palavras relacionadas que ajudam a manter a unidade temática do texto. Isso pode ser feito por meio da repetição de palavras-chave, da utilização de sinônimos, antônimos e hiperônimos, ou pela escolha de termos que pertencem a um mesmo campo semântico.

- **Repetição de termos:** Em alguns casos, a repetição de uma palavra-chave pode ser necessária para garantir a ênfase e a clareza do texto.
 - Exemplo: O aquecimento global é um dos maiores desafios do século XXI. O aquecimento global provoca mudanças climáticas devastadoras.
- **Sinônimos:** Evitam a repetição excessiva, permitindo que a mesma ideia seja expressa de maneiras diferentes.
 - Exemplo: O aquecimento global é uma preocupação crescente. O aumento das temperaturas afeta diretamente o clima.
- **Antônimos:** Introduzem contrastes que reforçam o significado de determinada ideia.
 - Exemplo: O otimismo em relação ao futuro contrasta com o pessimismo de algumas previsões.
- **Hiperônimos e Hipônimos:** Usam termos mais amplos (hiperônimos) ou específicos (hipônimos) para enriquecer o vocabulário e evitar repetições.
 - Exemplo: As frutas são ricas em nutrientes. As maçãs, por exemplo, fornecem vitaminas essenciais.

A coesão lexical contribui para a clareza e a coesão temática, além de tornar o texto mais variado e interessante, sem comprometer a unidade das ideias.

- A Importância dos Elementos de Coesão

Os elementos de coesão são essenciais para a clareza e a compreensão de qualquer texto, seja literário ou não literário. Eles desempenham o papel de “costurar” as partes do texto, estabelecendo uma relação lógica e contínua entre as frases, os parágrafos e as seções. Sem esses elementos, o texto pode parecer fragmentado ou desconexo, dificultando a leitura e a interpretação.

Em textos argumentativos, a coesão garante que o leitor siga o raciocínio do autor sem se perder nas transições entre os argumentos. Em textos literários, a coesão ajuda a manter a unidade narrativa, guiando o leitor através das descrições, diálogos e eventos da história de forma clara.

Exemplos Práticos

- **Texto Argumentativo:** Em um artigo de opinião que defenda a implantação de políticas de incentivo à energia solar, a coesão referencial pode ser garantida pelo uso de pronomes para evitar a repetição do termo “energia solar”. A coesão sequencial pode ser marcada por conectivos que introduzem argumentos favoráveis, como “além disso”, “por outro lado” e “portanto”. A coesão lexical seria alcançada por meio de sinônimos e expressões relacionadas ao tema, como “energias renováveis”, “sustentabilidade” e “redução de emissões”.

- **Texto Literário:** Em um conto de suspense, a coesão referencial pode ser feita com pronomes que retomam personagens já introduzidos. A coesão sequencial pode organizar os eventos de maneira a criar uma crescente tensão, utilizando conectivos como “então”, “de repente” e “logo após”. Já a coesão lexical pode ser trabalhada com palavras que reforçam o clima de mistério, como “sombras”, “silêncio”, “escuro” e “medo”.

– Problemas Comuns Relacionados à Coesão

Alguns problemas comuns que afetam a coesão incluem:

- **Ambiguidade referencial:** Quando o pronome ou a expressão usada para retomar uma ideia anterior é vaga ou ambígua, gerando confusão no leitor.

- Exemplo problemático: João e Pedro foram à loja, mas ele não comprou nada. (Não está claro a quem “ele” se refere).

- **Excesso de repetições:** Repetir desnecessariamente os mesmos termos pode tornar o texto cansativo e redundante.

- Exemplo: A empresa apresentou um novo projeto. O novo projeto da empresa é inovador. O novo projeto foi bem aceito.

- **Falta de conectivos:** A ausência de conectivos ou o uso inadequado pode prejudicar a fluidez do texto e comprometer a compreensão das relações entre as ideias.

- Exemplo problemático: A empresa lançou um novo produto. As vendas aumentaram significativamente. (Faltou um conectivo de causa para deixar a relação clara, como “por isso”).

— Inferências

As inferências são deduções ou conclusões que o leitor faz com base nas informações implícitas no texto. Diferentemente da compreensão literal, que se limita ao que está explicitamente escrito, a inferência envolve a capacidade de perceber significados ocultos, ler nas entrelinhas e entender o que o autor sugere sem dizer diretamente. Esta habilidade é crucial tanto na interpretação de textos literários quanto não literários, pois permite ao leitor captar nuances, intenções e ideias que não estão imediatamente visíveis.

– Inferências em Textos Literários

Nos textos literários, as inferências são uma ferramenta essencial para interpretar símbolos, metáforas, personagens e tramas complexas. O autor pode não explicar explicitamente os sentimentos de um personagem, por exemplo, mas cabe ao leitor inferir suas emoções por meio de descrições, diálogos e comportamentos. Da mesma forma, temas como a crítica social, o existencialismo ou o amor podem ser explorados de maneira sutil, exigindo que o leitor atente para os subtextos.

Exemplo prático:

Em “A Metamorfose”, de Franz Kafka, a transformação de Gregor Samsa em um inseto pode ser lida de forma literal. No entanto, as inferências nos levam a entender que essa metamorfose é simbólica, representando o isolamento, a alienação e o sentimento de inadequação do personagem diante de sua vida e de sua família.

Outro exemplo seria o conto “Amor”, de Clarice Lispector. Nele, a sensação de inquietação da protagonista pode ser inferida a partir da descrição de suas reações físicas e psicológicas

ao ver um homem cego mastigando chiclete. O autor não diz diretamente o que a protagonista sente, mas o leitor, por meio das inferências, percebe que ela está refletindo sobre a monotonia de sua vida.

– Inferências em Textos Não Literários

Em textos não literários, como artigos de opinião, reportagens e textos expositivos, as inferências permitem ao leitor identificar relações de causa e efeito, perceber a intenção do autor e concluir o que não foi dito diretamente. Muitas vezes, o autor apresenta fatos, dados ou opiniões de maneira objetiva, mas é responsabilidade do leitor compreender as implicações ou consequências desses elementos.

Exemplo prático:

Em uma reportagem que menciona um aumento no número de demissões em uma empresa, sem fornecer uma explicação direta para o ocorrido, o leitor pode inferir que as demissões estão relacionadas a uma crise econômica ou à reestruturação interna da organização, dependendo do contexto. Assim, a capacidade de fazer inferências permite ao leitor compreender as entrelinhas do texto e ir além do que é explicitamente mencionado.

– Como Fazer Inferências

Para fazer inferências de maneira eficaz, o leitor deve:

1. Ler atentamente o texto: A compreensão de detalhes é crucial para inferir informações que não estão evidentes. Pequenos indícios podem fornecer grandes insights sobre as intenções do autor.

2. Analisar o contexto: O contexto social, histórico, cultural e até o gênero do texto ajudam a criar inferências mais precisas. Um mesmo fato pode ter diferentes implicações, dependendo da época ou lugar em que ocorre.

3. Interpretar o tom e a linguagem: O tom irônico, sarcástico, emotivo ou neutro utilizado pelo autor pode revelar muito sobre o que ele quer que o leitor perceba, mesmo que não esteja dito diretamente.

4. Relacionar informações: Ao fazer inferências, o leitor deve conectar informações dadas ao longo do texto, formando uma rede de significados que esclareça o que não está evidente.

– Inferências no Contexto de Provas

Em provas de concursos públicos, as questões que envolvem inferências exigem que o candidato vá além do sentido literal do texto. Muitas vezes, as perguntas pedem que o leitor identifique o que o autor sugere, mas não afirma diretamente. Esse tipo de questão avalia a capacidade do candidato de interpretar de maneira crítica e detalhada, algo que é fundamental para a boa compreensão de qualquer texto.

Por exemplo, em uma questão baseada em um artigo sobre políticas de saúde, o enunciado pode pedir ao candidato que infira a posição do autor em relação ao sistema público de saúde, mesmo que o texto não a explicita claramente. A partir

da análise do uso de exemplos, da escolha de palavras e do tom adotado, o candidato pode inferir se o autor é a favor ou contra as medidas discutidas.

Exemplos Práticos

- **Texto Literário:** Em “Dom Casmurro”, de Machado de Assis, o leitor deve inferir se Capitu traiu ou não Bentinho, pois o autor nunca dá uma resposta definitiva. A interpretação se dá a partir das descrições e dos comportamentos dos personagens, levando a diferentes inferências sobre a narrativa.

- **Texto Não Literário:** Em uma reportagem que discute a implementação de um novo sistema educacional em uma cidade, o autor pode mencionar de maneira neutra os resultados de uma pesquisa que mostra uma melhora no desempenho dos alunos. No entanto, o leitor pode inferir, a partir da maneira como os dados são apresentados, que o autor é favorável ao novo sistema, ainda que isso não seja explicitamente declarado.

— Estrutura e Organização do Texto e dos Parágrafos

A estrutura e a organização do texto e dos parágrafos são elementos essenciais que garantem a clareza e a lógica no desenvolvimento das ideias apresentadas pelo autor. Em provas de concursos, essa habilidade é frequentemente avaliada, pois demonstra a capacidade do candidato de compreender como as informações estão dispostas e como elas se relacionam entre si para formar um todo coerente e coeso. Entender a estrutura do texto é fundamental para captar o sentido global e para identificar o objetivo do autor com precisão.

— Estrutura Geral do Texto

A maioria dos textos, especialmente os dissertativos e argumentativos, segue uma estrutura clássica composta por três partes principais:

1. Introdução: Apresenta o tema e, geralmente, a tese ou ideia central do texto. A introdução tem a função de situar o leitor, introduzindo o assunto que será desenvolvido ao longo do texto. Ela deve ser clara e objetiva, atraindo o leitor para o que será discutido.

2. Desenvolvimento: É a parte central do texto, onde as ideias são aprofundadas e explicadas. No desenvolvimento, o autor expõe seus argumentos, utiliza exemplos, dados, comparações ou citações para sustentar a tese apresentada na introdução. Essa seção pode ser dividida em vários parágrafos, cada um com uma função específica, como apresentar um novo argumento ou explorar diferentes aspectos de um mesmo ponto de vista.

3. Conclusão: Retoma as ideias principais discutidas no texto e oferece um fechamento para o argumento. A conclusão pode reafirmar a tese, sintetizar os pontos principais ou propor uma solução para a questão discutida. Em muitos textos argumentativos, a conclusão busca reforçar o ponto de vista do autor, deixando claro o posicionamento defendido.

Essa estrutura clássica não é exclusiva de textos não literários, podendo também ser adaptada em alguns textos literários, como crônicas e contos, embora esses tipos de texto tenham maior liberdade estrutural.

— Organização dos Parágrafos

Dentro dessa estrutura global, a organização dos parágrafos desempenha um papel crucial na coesão e coerência do texto. Cada parágrafo deve ter uma ideia principal bem definida, que é desenvolvida ao longo das frases. Para que o texto tenha fluidez, os parágrafos precisam estar conectados de maneira lógica e seguir uma progressão de ideias.

Os parágrafos podem ser organizados de várias formas, dependendo da intenção do autor e do tipo de texto. Algumas formas comuns de organização incluem:

1. Parágrafo de desenvolvimento de ideia principal: Esse tipo de parágrafo se concentra em uma ideia central e a explora em profundidade. Começa com uma frase que introduz a ideia principal e, em seguida, apresenta argumentos, exemplos ou explicações que a sustentam.

Exemplo: Em um artigo sobre a importância da leitura na infância, o parágrafo pode começar com a ideia de que “a leitura estimula o desenvolvimento cognitivo das crianças”. Depois, o autor pode apresentar dados de estudos que mostram os benefícios da leitura precoce e explicar como isso impacta o aprendizado ao longo da vida.

2. Parágrafo de contraste: Esse parágrafo é utilizado para apresentar uma ideia que se opõe à ideia anterior, promovendo um contraste. Os conectivos de oposição, como “no entanto”, “por outro lado” ou “todavia”, são essenciais para introduzir essa mudança de perspectiva.

Exemplo: Após discutir os benefícios da tecnologia na educação, o autor pode usar um parágrafo de contraste para apontar que “por outro lado, o uso excessivo de dispositivos eletrônicos pode trazer consequências negativas, como a distração e a dependência”.

3. Parágrafo de causa e consequência: Essa organização é útil para discutir relações entre eventos ou ideias, onde uma situação leva diretamente a outra. Conectivos como “portanto”, “assim”, “como resultado” e “devido a isso” são frequentemente utilizados.

Exemplo: “O desmatamento desenfreado na Amazônia causa a perda de biodiversidade. Como consequência, espécies endêmicas estão desaparecendo, o que impacta negativamente os ecossistemas locais.”

— Estrutura e Organização em Textos Literários

Nos textos literários, a organização dos parágrafos e a estrutura do texto podem ser mais flexíveis, especialmente em obras de ficção, poesia e crônicas. A ordem cronológica dos acontecimentos, por exemplo, pode ser subvertida, criando uma narrativa não linear. Além disso, os parágrafos podem variar em tamanho e forma, dependendo do efeito estético ou emocional que o autor deseja provocar no leitor.

Em contos, como os de Guimarães Rosa, a estrutura pode não seguir o padrão tradicional, pois o autor utiliza técnicas de fluxo de consciência e jogos de linguagem que desafiam as convenções. No entanto, mesmo com essa liberdade formal, a organização ainda desempenha um papel importante para garantir que a narrativa mantenha coesão e faça sentido dentro de seu próprio universo.

Exemplo prático:

No conto “A Hora e a Vez de Augusto Matraga”, a estrutura narrativa é fragmentada, alternando entre momentos de reflexão e ação. A organização dos parágrafos é feita de modo a criar um ritmo intenso, com frases curtas que reforçam a dramaticidade dos eventos.

– Estrutura e Organização em Textos Não Literários

Em textos não literários, como ensaios, artigos científicos e relatórios, a estrutura é normalmente mais rígida e segue uma organização mais clara. Cada seção tem uma função específica: introduzir, desenvolver ou concluir as ideias. O autor deve seguir uma lógica precisa para garantir que o leitor consiga acompanhar a argumentação sem dificuldades.

Um exemplo clássico de boa organização em textos não literários é o uso de parágrafos tópicos, onde cada parágrafo aborda um único aspecto do tema e desenvolve um raciocínio completo. Esse tipo de organização é comum em textos acadêmicos e artigos de opinião, onde o autor expõe suas ideias de maneira sequencial e sistemática.

Exemplo prático:

Em um artigo científico sobre mudanças climáticas, a organização do texto segue um padrão claro: a introdução apresenta o problema, os parágrafos de desenvolvimento exploram os fatores que contribuem para o aquecimento global (como o aumento das emissões de gases de efeito estufa e o desmatamento), e a conclusão sintetiza os resultados e propõe soluções.

– Elementos de Transição entre Parágrafos

Para garantir que a estrutura do texto seja fluida e que os parágrafos estejam conectados de forma lógica, é fundamental o uso de elementos de transição. Esses elementos ajudam a guiar o leitor de uma ideia para outra, criando uma continuidade no raciocínio.

Alguns exemplos de elementos de transição incluem:

- Para adição de ideias: “Além disso”, “Ademais”, “Também”, “Por outro lado”.
- Para contraste: “No entanto”, “Todavia”, “Por outro lado”, “Entretanto”.
- Para conclusão ou síntese: “Portanto”, “Assim”, “Dessa forma”, “Logo”.

Esses conectivos e expressões são essenciais para manter a coesão do texto, evitando que os parágrafos fiquem isolados e garantindo uma progressão clara das ideias.

SINÔNIMOS E ANTÔNIMOS; SENTIDO PRÓPRIO E FIGURADO DAS PALAVRAS

A significação das palavras desempenha um papel fundamental na comunicação humana, sendo essencial para a compreensão precisa e eficaz das mensagens transmitidas. Esse estudo pertence à área da semântica, ramo da linguística que se dedica ao significado das palavras e às relações de sentido que elas estabelecem entre si.

Através do entendimento dessas relações, como sinonímia, antonímia, polissemia, entre outras, é possível aprimorar a interpretação de textos e discursos, evitando ambiguidades e mal-entendidos.

O objetivo deste estudo é explorar as principais classificações de significados e suas interconexões, oferecendo exemplos práticos que ilustram como as palavras podem assumir diferentes funções de acordo com o contexto em que são inseridas.

Ao analisar essas nuances, busca-se proporcionar uma visão mais aprofundada da dinâmica linguística, evidenciando a riqueza e a complexidade da língua portuguesa.

— Relações de Sentido

No estudo da semântica, as palavras podem ser classificadas de acordo com as relações de sentido que estabelecem entre si. Essas relações são fundamentais para a construção de significados e para a clareza na comunicação. Entre as principais relações de sentido, destacam-se a sinonímia e a antonímia.

Sinonímia

A sinonímia refere-se à relação entre palavras que possuem significados semelhantes ou próximos. Palavras sinônimas podem ser usadas de forma intercambiável em diferentes contextos, embora nuances de sentido ou grau de formalidade possam variar entre elas. Um exemplo clássico de sinonímia é a relação entre “inteligente” e “esperto”, onde ambas as palavras denotam alguém com rapidez de raciocínio ou habilidade para resolver problemas.

Vale notar, entretanto, que o uso de sinônimos deve considerar o contexto para evitar distorções de sentido. Mesmo que duas palavras sejam sinônimas, uma pode ser mais adequada em um ambiente formal, enquanto outra pode ter um tom mais coloquial ou específico.

Antonímia

Por outro lado, a antonímia estabelece uma relação de oposição entre palavras, ou seja, são palavras que têm significados contrários. A compreensão dos antônimos é essencial para a formação de contrastes e oposição de ideias no discurso. Por exemplo, “forte” e “fraco” são antônimos que expressam conceitos opostos de intensidade física ou resistência.

Assim como na sinonímia, é importante estar atento às variações de uso dos antônimos, pois alguns termos podem ter oposição mais direta ou abrangente que outros, dependendo do contexto. O uso adequado de antônimos permite uma comunicação mais precisa e um melhor entendimento das ideias que se quer expressar.

— Parônimos e Homônimos

Outra importante relação de sentido entre palavras diz respeito à semelhança na forma, seja na grafia, na pronúncia ou em ambos os aspectos. Essas semelhanças podem gerar confusão no uso das palavras, sendo essencial diferenciá-las adequadamente. As principais categorias são parônimos e homônimos, que se distinguem pela maneira como se assemelham e diferem entre si.

Parônimos

Os parônimos são palavras que possuem grafia e pronúncia semelhantes, mas que apresentam significados diferentes. Devido à proximidade fonética e ortográfica, essas palavras são frequentemente confundidas, exigindo atenção especial ao contexto em que são usadas. Um exemplo clássico de parônimos é a dupla “cumprimento” (saudação) e “comprimento” (medida de extensão). Embora muito parecidas, suas definições e usos são completamente distintos, o que torna essencial a correta distinção na escrita e na fala.

Outro exemplo comum é a confusão entre “tráfego” (movimento de veículos ou pessoas) e “tráfico” (comércio ilegal, especialmente de drogas). Nesse caso, o uso incorreto de uma dessas palavras pode alterar profundamente o significado de uma frase.

Homônimos

Já os homônimos são palavras que compartilham a mesma grafia ou pronúncia, mas que têm significados diferentes. Dentro dessa categoria, há subdivisões importantes:

– **Homônimos Perfeitos:** São palavras que possuem a mesma grafia e pronúncia, mas significam coisas diferentes. Um exemplo disso é “rio” (curso d’água) e “rio” (verbo rir). Nesse caso, o contexto da frase é o que define qual significado deve ser atribuído à palavra.

– **Homófonos:** São palavras que possuem a mesma pronúncia, mas com grafia e significados distintos. Um exemplo de homófonos é “cem” (numeral) e “sem” (preposição que indica ausência). Aqui, a semelhança na fala pode gerar ambiguidade, mas a diferença na grafia ajuda a esclarecer o sentido.

– **Homógrafos:** São palavras que possuem a mesma grafia, mas com sons e significados diferentes. Por exemplo, “colher” pode ser o talher ou o verbo de ação. A maneira como a palavra é pronunciada, juntamente com o contexto, é o que diferencia os dois significados.

Essas nuances entre parônimos e homônimos são cruciais para a correta interpretação e produção textual, especialmente em situações formais ou acadêmicas, onde a precisão linguística é indispensável.

— Polissemia e Monossemia

A relação entre palavras e seus significados também pode ser entendida pela quantidade de sentidos que elas assumem. Nesse contexto, distinguem-se dois fenômenos linguísticos essenciais: a polissemia, que se refere a palavras com múltiplos significados, e a monossemia, que envolve palavras com um único significado.

Polissemia

A polissemia ocorre quando uma palavra apresenta mais de um significado, dependendo do contexto em que é utilizada. É um fenômeno comum na língua portuguesa e em muitas outras línguas, permitindo que uma única palavra se ajuste a diferentes situações comunicativas. Por exemplo, a palavra “cabeça” pode ser usada para se referir tanto à parte do corpo humano (“Ela machucou a cabeça”) quanto ao líder de um grupo (“Ele é a cabeça da equipe”).

Esse fenômeno enriquece a língua, mas também exige do leitor ou ouvinte a capacidade de interpretar corretamente o sentido da palavra conforme o contexto. Na literatura, a polissemia é frequentemente explorada para criar camadas de significados, permitindo interpretações múltiplas e sofisticadas de textos.

Monossemia

Em contraposição à polissemia, a monossemia refere-se a palavras que possuem um único significado. Essas palavras são precisas e não permitem variações interpretativas, independentemente do contexto. Um exemplo de palavra monossêmica é “eneágono”, que só pode significar “polígono de nove ângulos”.

Embora as palavras monossêmicas ofereçam clareza e objetividade, elas são menos comuns no uso cotidiano, sendo mais frequentes em áreas especializadas, como matemática, ciências e termos técnicos. Isso se deve ao fato de que a maioria das palavras do cotidiano tende a adquirir novos significados conforme sua aplicação em diferentes contextos.

— Denotação e Conotação

As palavras podem ser empregadas de maneiras que vão além de seus significados literais, dependendo do contexto e da intenção do falante. Nesse sentido, a distinção entre denotação e conotação é fundamental para entender como o significado de uma palavra pode variar entre o uso objetivo e o simbólico.

Denotação

A denotação refere-se ao sentido literal de uma palavra, ou seja, seu significado objetivo e direto, como está registrado nos dicionários. Quando utilizamos uma palavra de forma denotativa, estamos nos referindo ao seu conceito básico, sem atribuições subjetivas ou figuradas. Por exemplo, na frase “Está fazendo frio”, o termo “frio” é empregado em seu sentido denotativo, significando a baixa temperatura.

O uso da denotação é comum em textos científicos, técnicos e jurídicos, onde a precisão e a objetividade são essenciais para evitar ambiguidades e garantir que a mensagem seja interpretada de maneira uniforme por todos os leitores.

Conotação

A conotação, por sua vez, ocorre quando uma palavra é utilizada em um sentido figurado ou simbólico, atribuindo-lhe significados que vão além do literal. Em contextos conotativos, as palavras adquirem nuances emocionais, culturais ou subjetivas. Por exemplo, na frase “Você me olha com frieza”, a palavra “frieza” não está sendo usada para descrever a temperatura, mas para sugerir indiferença ou falta de emoção, o que evidencia um sentido figurado.

A conotação é amplamente utilizada na literatura, na poesia, na publicidade e em outros tipos de comunicação que buscam evocar emoções ou transmitir mensagens subjacentes. Esse uso permite criar múltiplas interpretações e valorizar a linguagem com criatividade e expressividade.

— Hiperonímia e Hiponímia

As palavras na língua portuguesa também se organizam em hierarquias de sentido, estabelecendo relações de inclusão semântica. Esse fenômeno é conhecido como hiperonímia e hiponímia, e é crucial para entender como as palavras podem abarcar significados mais amplos ou mais específicos dentro de uma mesma categoria.

Hiperonímia

A hiperonímia refere-se a uma palavra cujo significado é mais amplo e que engloba outros termos com significados mais específicos. O hiperônimo, portanto, é um termo genérico que abarca um conjunto de palavras mais particulares. Por exemplo, “fruta” é um hiperônimo, pois engloba várias outras palavras mais específicas, como “maçã”, “banana” e “limão”.

Os hiperônimos são úteis para generalizações ou classificações mais amplas, sendo muito utilizados em contextos descritivos ou acadêmicos quando se quer referir a uma categoria ampla sem especificar exemplos.

Hiponímia

A hiponímia é o oposto da hiperonímia e se refere a uma palavra que tem um significado mais restrito e específico dentro de uma categoria maior. A palavra “limão”, por exemplo, é um hipônimo de “fruta”, pois é uma instância particular dentro do conjunto mais amplo que a palavra “fruta” representa.

Entender a relação entre hiperônimos e hipônimos é importante para a organização do vocabulário e para a precisão na comunicação. Usar um termo mais específico (hipônimo) ou mais genérico (hiperônimo) pode alterar o grau de detalhamento de uma mensagem, dependendo do contexto e do objetivo da comunicação.

— Formas Variantes

As formas variantes são variações ortográficas aceitas para certas palavras, permitindo que sejam escritas de maneiras diferentes sem que haja alteração em seus significados. Essas variações são comuns em línguas vivas como o português, que passam por mudanças ao longo do tempo e adotam diferentes normas em função de questões regionais, históricas ou de atualização ortográfica.

Exemplos de Formas Variantes

Um exemplo clássico de formas variantes na língua portuguesa é a dupla “loiro” e “louro”, ambas corretas e com o mesmo significado de referir-se a uma pessoa com cabelos claros. Da mesma forma, “enfarte” e “infarto” são termos variantes, usados de maneira intercambiável para descrever a mesma condição médica.

Essas variações não comprometem a comunicação, desde que as formas sejam utilizadas de acordo com a norma culta e aceitas nos diferentes contextos. Em alguns casos, no entanto, é importante estar atento às variantes mais usadas ou recomendadas em determinadas regiões ou grupos linguísticos.

Variações na Ortografia

Algumas formas variantes surgem devido a mudanças nas regras ortográficas, como ocorreu com a Reforma Ortográfica de 2009, que unificou algumas normas entre os países lusófonos. Palavras que anteriormente tinham grafias diferentes em Portugal e no Brasil, por exemplo, passaram a ter uma grafia única. No entanto, algumas variantes ainda permanecem aceitas em determinadas situações.

Essas variantes também incluem formas coloquiais ou antigas que, embora menos comuns no uso moderno, ainda são consideradas corretas em contextos específicos. A adaptação às variantes corretas ajuda a evitar erros de interpretação e garante o uso adequado da língua, especialmente em contextos formais.

— Arcaísmo

O arcaísmo refere-se ao uso de palavras, expressões ou construções linguísticas que, ao longo do tempo, caíram em desuso ou foram substituídas por termos mais modernos. Embora essas palavras tenham perdido a frequência no uso cotidiano, elas ainda podem ser encontradas em textos antigos, obras literárias clássicas ou em contextos específicos, como o jurídico ou religioso.

O estudo dos arcaísmos é importante para entender a evolução da língua e a forma como certos termos foram adaptados ou substituídos ao longo dos anos.

Exemplos de Arcaísmos

Muitos arcaísmos são substituídos por palavras de uso mais corrente. Um exemplo é a palavra “botica”, que antigamente designava uma farmácia e foi gradualmente substituída por este último termo. Outro exemplo é “franqueza”, que hoje foi em grande parte substituído por “sinceridade” na linguagem cotidiana.

Além disso, arcaísmos podem ser encontrados em textos literários e jurídicos. Expressões como “vossa mercê”, que deu origem ao termo “você”, ou “alvorçado”, que poderia ser substituído por “agitado”, ilustram como a linguagem se transforma, enquanto certas palavras caem em desuso.

Uso e Preservação dos Arcaísmos

Apesar de serem considerados ultrapassados, os arcaísmos ainda desempenham um papel importante, principalmente em contextos culturais e acadêmicos. Na literatura, por exemplo, o uso de arcaísmos pode conferir autenticidade a uma obra histórica ou evocar um estilo de escrita de uma época passada. No direito, certos termos arcaicos permanecem em uso por convenção, preservando o rigor técnico e a tradição das normas jurídicas.

O reconhecimento e o estudo de arcaísmos ajudam a enriquecer o vocabulário e a compreensão da história da língua portuguesa, permitindo que o falante moderno entenda melhor os textos de épocas anteriores.

O estudo das relações de significado entre as palavras revela a riqueza e a complexidade da língua portuguesa. Conceitos como sinonímia, antonímia, parônimos, homônimos, polissemia, monosssemia, entre outros, demonstram que as palavras não são elementos fixos, mas entidades dinâmicas, cujo sentido pode variar de acordo com o contexto e a intenção do falante.

Compreender essas nuances é essencial para aprimorar a comunicação, seja em contextos formais ou informais. O domínio dos diferentes níveis de significado permite ao usuário da língua expressar-se com mais precisão, evitar ambiguidades e enriquecer o conteúdo de seus textos. Além disso, o conhecimento de fenômenos como arcaísmos e formas variantes conecta o presente ao passado, fornecendo uma perspectiva histórica que enriquece a interpretação de textos antigos e contemporâneos.

Portanto, a investigação semântica não só contribui para a eficácia da comunicação, mas também promove uma apreciação mais profunda da evolução e do funcionamento da língua. Ao dominar as diversas relações de sentido, o falante se torna mais consciente das possibilidades e das sutilezas do idioma, alcançando um nível mais elevado de clareza e sofisticação na expressão verbal e escrita.

PONTUAÇÃO

Os **sinais de pontuação** são recursos gráficos que se encontram na linguagem escrita, e suas funções são demarcar unidades e sinalizar limites de estruturas sintáticas. É também usado como um recurso estilístico, contribuindo para a coerência e a coesão dos textos.

São eles: o ponto (.), a vírgula (,), o ponto e vírgula (;), os dois pontos (:), o ponto de exclamação (!), o ponto de interrogação (?), as reticências (...), as aspas (""), os parênteses (()), o travessão (—), a meia-risca (–), o apóstrofo (’), o asterisco (*), o hífen (-), o colchetes ([]) e a barra (/).

Confira, no quadro a seguir, os principais sinais de pontuação e suas regras de uso.

SINAL	NOME	USO	EXEMPLOS
.	Ponto	– Indicar final da frase declarativa – Separar períodos – Abreviar palavras	Meu nome é Pedro. Fica mais. Ainda está cedo Sra.
:	Dois-pontos	– Iniciar fala de personagem – Antes de aposto ou orações apositivas, enumerações ou sequência de palavras para resumir / explicar ideias apresentadas anteriormente – Antes de citação direta	A princesa disse: – Eu consigo sozinha. Esse é o problema da pandemia: as pessoas não respeitam a quarentena. Como diz o ditado: “olho por olho, dente por dente”.
...	Reticências	– Indicar hesitação – Interromper uma frase – Concluir com a intenção de estender a reflexão	Sabe... não está sendo fácil... Quem sabe depois...
()	Parênteses	– Isolar palavras e datas – Frases intercaladas na função explicativa (podem substituir vírgula e travessão)	A Semana de Arte Moderna (1922) Eu estava cansada (trabalhar e estudar é puxado).
!	Ponto de Exclamação	– Indicar expressão de emoção – Final de frase imperativa – Após interjeição	Que absurdo! Estude para a prova! Ufa!
?	Ponto de Interrogação	– Em perguntas diretas	Que horas ela volta?
—	Travessão	– Iniciar fala do personagem do discurso direto e indicar mudança de interlocutor no diálogo – Substituir vírgula em expressões ou frases explicativas	A professora disse: — Boas férias! — Obrigado, professora. O corona vírus — Covid-19 — ainda está sendo estudado.

Vírgula

A vírgula é um sinal de pontuação com muitas funções, usada para marcar uma pausa no enunciado. Veja, a seguir, as principais regras de uso obrigatório da vírgula.

- Separar termos coordenados: *Fui à feira e comprei abacate, mamão, manga, morango e abacaxi.*
- Separar aposto (termo explicativo): *Belo Horizonte, capital mineira, só tem uma linha de metrô.*
- Isolar vocativo: *Boa tarde, Maria.*
- Isolar expressões que indicam circunstâncias adverbiais (modo, lugar, tempo etc): *Todos os moradores, calmamente, deixaram o prédio.*
- Isolar termos explicativos: *A educação, a meu ver, é a solução de vários problemas sociais.*

- Separar conjunções intercaladas, e antes dos conectivos “mas”, “porém”, “pois”, “contudo”, “logo”: A menina acordou cedo, **mas** não conseguiu chegar a tempo na escola. Não explicou, porém, o motivo para a professora.
- Separar o conteúdo pleonástico: A ela, nada mais abala.

No caso da vírgula, é importante saber que, em alguns casos, ela não deve ser usada. Assim, **não** há vírgula para separar:

- Sujeito de predicado.
- Objeto de verbo.
- Adjunto adnominal de nome.
- Complemento nominal de nome.
- Predicativo do objeto do objeto.
- Oração principal da subordinada substantiva.
- Termos coordenados ligados por “e”, “ou”, “nem”.

CLASSES DE PALAVRAS: SUBSTANTIVO, ADJETIVO, NUMERAL, ARTIGO, PRONOME, VERBO, ADVÉRBIO, PREPOSIÇÃO E CONJUNÇÃO: EMPREGO E SENTIDO QUE IMPRIMEM ÀS RELAÇÕES QUE ESTABELECEM

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

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

CLASSE	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
ADJETIVO	– Expressar características, qualidades ou estado dos seres – Sofre variação em número, gênero e grau	Menina inteligente ... Roupa azul-marinho ... Brincadeira de criança ... Povo brasileiro ...
ADVÉRBIO	– Indica circunstância em que ocorre o fato verbal – Não sofre variação	A ajuda chegou tarde . A mulher trabalha muito . Ele dirigia mal .
ARTIGO	– Determina os substantivos (de modo definido ou indefinido) – Varia em gênero e número	A galinha botou um ovo. Uma menina deixou a mochila no ônibus.
CONJUNÇÃO	– Liga ideias e sentenças (conhecida também como conectivos) – Não sofre variação	Não gosto de refrigerante nem de pizza. Eu vou para a praia ou para a cachoeira?
INTERJEIÇÃO	– Exprime reações emotivas e sentimentos – Não sofre variação	Ah! Que calor... Escapei por pouco, ufa!
NUMERAL	– Atribui quantidade e indica posição em alguma sequência – Varia em gênero e número	Gostei muito do primeiro dia de aula. Três é a <i>metade</i> de seis .
PRONOME	– Acompanha, substitui ou faz referência ao substantivo – Varia em gênero e número	Posso ajudar, senhora ? Ela me ajudou muito com o meu trabalho. Esta é a casa onde eu moro. Que dia é hoje?
PREPOSIÇÃO	– Relaciona dois termos de uma mesma oração – Não sofre variação	Espero por você essa noite. Lucas gosta de tocar violão.
SUBSTANTIVO	– Nomeia objetos, pessoas, animais, alimentos, lugares etc. – Flexionam em gênero, número e grau.	A menina jogou sua boneca no rio . A matilha tinha muita coragem .
VERBO	– Indica ação, estado ou fenômenos da natureza – Sofre variação de acordo com suas flexões de modo, tempo, número, pessoa e voz. – Verbos não significativos são chamados verbos de ligação	Ana se exercita pela manhã. Todos parecem meio bobos. Chove muito em Manaus. A cidade é muito bonita quando vista do alto.

Substantivo**– Tipos de substantivos**

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

– **Comum:** usado para nomear seres e objetos generalizados.
Exemplo: mulher; gato; cidade...

– **Próprio:** geralmente escrito com letra maiúscula, serve para especificar e particularizar.

Exemplo: Maria; Garfield; Belo Horizonte...

– **Coletivo:** é um nome no singular que expressa ideia de plural, para designar grupos e conjuntos de seres ou objetos de uma mesma espécie.

Exemplo: matilha; enxame; cardume...

– **Concreto:** nomeia algo que existe de modo independente de outro ser (objetos, pessoas, animais, lugares etc.).

Exemplo: menina; cachorro; praça...

– **Abstrato:** depende de um ser concreto para existir, designando sentimentos, estados, qualidades, ações etc.

Exemplo: saudade; sede; imaginação...

– **Primitivo:** substantivo que dá origem a outras palavras.

Exemplo: livro; água; noite...

– **Derivado:** formado a partir de outra(s) palavra(s).

Exemplo: pedreiro; livraria; noturno...

– **Simples:** nomes formados por apenas uma palavra (um radical).

Exemplo: casa; pessoa; cheiro...

– **Composto:** nomes formados por mais de uma palavra (mais de um radical).

Exemplo: passatempo; guarda-roupa; girassol...

– Flexão de gênero

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

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

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

É preciso ficar atento à **mudança semântica** que ocorre com alguns substantivos quando usados no masculino ou no feminino, trazendo alguma especificidade em relação a ele. No exemplo “o fruto X a fruta” temos significados diferentes: o primeiro

diz respeito ao órgão que protege a semente dos alimentos, enquanto o segundo é o termo popular para um tipo específico de fruto.

– Flexão de número

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

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

– Variação de grau

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

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

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

Novo Acordo Ortográfico

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

Já as **letras minúsculas** podem ser usadas em dias de semana, meses, estações do ano e em pontos cardeais.

Existem, ainda, casos em que o **uso de maiúscula ou minúscula é facultativo**, como em título de livros, nomes de áreas do saber, disciplinas e matérias, palavras ligadas a alguma religião e em palavras de categorização.

Adjetivo

Os adjetivos podem ser **simples** (educado) ou **compostos** (mal-educado); **primitivos** (alegre) ou **derivados** (tristonho). Eles podem flexionar entre o **feminino** (estudiosa) e o **masculino** (engraçado), e o **singular** (bonito) e o **plural** (bonitos).

Há, também, os **adjetivos pátrios ou gentílicos**, sendo aqueles que indicam o local de origem de uma pessoa, ou seja, sua nacionalidade (brasileiro; mineiro).

É possível, ainda, que existam **locuções adjetivas**, isto é, conjunto de duas ou mais palavras usadas para caracterizar o substantivo. São formadas, em sua maioria, pela preposição **DE** + substantivo:

- de criança = infantil
- de mãe = maternal
- de cabelo = capilar

– Variação de grau

Os adjetivos podem se encontrar em grau **normal** (sem ênfases), ou com intensidade, classificando-se entre **comparativo** e **superlativo**.

- **Normal:** A Bruna é inteligente.
- **Comparativo de superioridade:** A Bruna é *mais* inteligente *que* o Lucas.
- **Comparativo de inferioridade:** O Gustavo é *menos* inteligente *que* a Bruna.
- **Comparativo de igualdade:** A Bruna é *tão* inteligente *quanto* a Maria.
- **Superlativo relativo de superioridade:** A Bruna é *a mais* inteligente da turma.
- **Superlativo relativo de inferioridade:** O Gustavo é *o menos* inteligente da turma.
- **Superlativo absoluto analítico:** A Bruna é *muito inteligente*.
- **Superlativo absoluto sintético:** A Bruna é *intelligentíssima*.

– Adjetivos de relação

São chamados adjetivos de relação aqueles que **não podem sofrer variação de grau**, uma vez que possui valor semântico objetivo, isto é, não depende de uma impressão pessoal (subjetiva). Além disso, eles **aparecem após o substantivo**, sendo formados por **sufixação de um substantivo** (Ex: vinho do Chile = vinho chileno).

Advérbio

Os advérbios são palavras que **modificam um verbo**, um **adjetivo** ou um outro **advérbio**. Eles se classificam de acordo com a tabela abaixo:

CLASSIFICAÇÃO	ADVÉRBIOS	LOCUÇÕES ADVERBIAIS
DE MODO	bem; mal; assim; melhor; depressa	ao contrário; em detalhes
DE TEMPO	ontem; sempre; afinal; já; agora; doravante; primeiramente	logo mais; em breve; mais tarde, nunca mais, de noite
DE LUGAR	aqui; acima; embaixo; longe; fora; embaixo; ali	Ao redor de; em frente a; à esquerda; por perto
DE INTENSIDADE	muito; tão; demasiado; imenso; tanto; nada	em excesso; de todos; muito menos
DE AFIRMAÇÃO	sim, indubitavelmente; certo; decerto; deveras	com certeza; de fato; sem dúvidas
DE NEGAÇÃO	não; nunca; jamais; tampouco; nem	nunca mais; de modo algum; de jeito nenhum
DE DÚVIDA	Possivelmente; acaso; será; talvez; quiçá	Quem sabe

– Advérbios interrogativos

São os advérbios ou locuções adverbiais utilizadas para introduzir perguntas, podendo expressar circunstâncias de:

- **Lugar:** onde, aonde, de onde
- **Tempo:** quando
- **Modo:** como
- **Causa:** por que, por quê

– Grau do advérbio

Os advérbios podem ser **comparativos** ou **superlativos**.

- **Comparativo de igualdade:** tão/tanto + advérbio + quanto
- **Comparativo de superioridade:** mais + advérbio + (do) que
- **Comparativo de inferioridade:** menos + advérbio + (do) que
- **Superlativo analítico:** muito cedo
- **Superlativo sintético:** cedíssimo

Curiosidades

Na **linguagem coloquial**, algumas variações do superlativo são aceitas, como o diminutivo (cedinho), o aumentativo (cedão) e o uso de alguns prefixos (supercedo).

Existem advérbios que exprimem ideia de **exclusão** (somente; salvo; exclusivamente; apenas), **inclusão** (também; ainda; mesmo) e **ordem** (ultimamente; depois; primeiramente).

Alguns advérbios, além de algumas preposições, aparecem sendo usados como uma **palavra denotativa**, acrescentando um sentido próprio ao enunciado, podendo ser elas de **inclusão** (até, mesmo, inclusive); de **exclusão** (apenas, senão, salvo); de **designação** (eis); de **realce** (cá, lá, só, é que); de **retificação** (aliás, ou melhor, isto é) e de **situação** (afinal, agora, então, e aí).

Pronomes

Os pronomes são palavras que fazem referência aos nomes, isto é, aos substantivos. Assim, dependendo de sua função no enunciado, ele pode ser classificado da seguinte maneira:

- **Pronomes pessoais:** indicam as 3 pessoas do discurso, e podem ser **retos** (*eu, tu, ele...*) ou **obliquos** (*mim, me, te, nos, si...*).
- **Pronomes possessivos:** indicam posse (*meu, minha, sua, teu, nossos...*)
- **Pronomes demonstrativos:** indicam localização de seres no tempo ou no espaço. (*este, isso, essa, aquela, aquilo...*)
- **Pronomes interrogativos:** auxiliam na formação de questionamentos (*qual, quem, onde, quando, que, quantas...*)
- **Pronomes relativos:** retomam o substantivo, substituindo-o na oração seguinte (*que, quem, onde, cujo, o qual...*)
- **Pronomes indefinidos:** substituem o substantivo de maneira imprecisa (*alguma, nenhum, certa, vários, qualquer...*)
- **Pronomes de tratamento:** empregados, geralmente, em situações formais (*senhor, Vossa Majestade, Vossa Excelência, você...*)

Colocação pronominal

Diz respeito ao conjunto de regras que indicam a **posição do pronome oblíquo átono** (*me, te, se, nos, vos, lhe, o, a, os, as, lo, la, no, na...*) em relação ao verbo, podendo haver **próclise** (antes do verbo), **ênclise** (depois do verbo) ou **mesóclise** (no meio do verbo).

Veja, então, quais as principais situações para cada um deles:

– **Próclise:** expressões negativas; conjunções subordinativas; advérbios sem vírgula; pronomes indefinidos, relativos ou demonstrativos; frases exclamativas ou que exprimem desejo; verbos no gerúndio antecidos por “em”.

Nada **me** faria mais feliz.

– **Ênclise:** verbo no imperativo afirmativo; verbo no início da frase (não estando no futuro e nem no pretérito); verbo no gerúndio não acompanhado por “em”; verbo no infinitivo pessoal.

Inscreveu-**se** no concurso para tentar realizar um sonho.

– **Mesóclise:** verbo no futuro iniciando uma oração.
Orgulhar-**me**-ei de meus alunos.

DICA: o pronome não deve aparecer no início de frases ou orações, nem após ponto-e-vírgula.

Verbos

Os verbos podem ser flexionados em três tempos: **pretérito** (passado), **presente** e **futuro**, de maneira que o pretérito e o futuro possuem subdivisões.

Eles também se dividem em três flexões de modo: **indicativo** (certeza sobre o que é passado), **subjuntivo** (incerteza sobre o que é passado) e **imperativo** (expressar ordem, pedido, comando).

– **Tempos simples do modo indicativo:** presente, pretérito perfeito, pretérito imperfeito, pretérito mais-que-perfeito, futuro do presente, futuro do pretérito.

– **Tempos simples do modo subjuntivo:** presente, pretérito imperfeito, futuro.

Os **tempos verbais compostos** são formados por um verbo auxiliar e um verbo principal, de modo que o verbo auxiliar sofre flexão em tempo e pessoa, e o verbo principal permanece no particípio. Os verbos auxiliares mais utilizados são “*ter*” e “*haver*”.

– **Tempos compostos do modo indicativo:** pretérito perfeito, pretérito mais-que-perfeito, futuro do presente, futuro do pretérito.

– **Tempos compostos do modo subjuntivo:** pretérito perfeito, pretérito mais-que-perfeito, futuro.

As **formas nominais do verbo** são o **infinitivo** (dar, fazerem, aprender), o **particípio** (dado, feito, aprendido) e o **gerúndio** (dando, fazendo, aprendendo). Eles podem ter função de verbo ou função de nome, atuando como substantivo (infinitivo), adjetivo (particípio) ou advérbio (gerúndio).

Tipos de verbos

Os verbos se classificam de acordo com a sua **flexão verbal**. Desse modo, os verbos se dividem em:

– **Regulares:** possuem regras fixas para a flexão (cantar, amar, vender, abrir...)

– **Irregulares:** possuem alterações nos radicais e nas terminações quando conjugados (medir, fazer, poder, haver...)

– **Anômalos:** possuem diferentes radicais quando conjugados (ser, ir...)

– **Defectivos:** não são conjugados em todas as pessoas verbais (falir, banir, colorir, adequar...)

– **Impessoais:** não apresentam sujeitos, sendo conjugados sempre na 3ª pessoa do singular (chover, nevar, escurecer, anoitecer...)

– **Unipessoais:** apesar de apresentarem sujeitos, são sempre conjugados na 3ª pessoa do singular ou do plural (latir, miar, custar, acontecer...)

– **Abundantes:** possuem duas formas no particípio, uma regular e outra irregular (aceitar = aceito, aceitado)

– **Pronominais:** verbos conjugados com pronomes oblíquos átonos, indicando ação reflexiva (suicidar-se, queixar-se, sentar-se, pentear-se...)

– **Auxiliares:** usados em tempos compostos ou em locuções verbais (ser, estar, ter, haver, ir...)

– **Principais:** transmitem totalidade da ação verbal por si próprios (comer, dançar, nascer, morrer, sorrir...)

– **De ligação:** indicam um estado, ligando uma característica ao sujeito (ser, estar, parecer, ficar, continuar...)

Vozes verbais

As vozes verbais indicam se o sujeito pratica ou recebe a ação, podendo ser três tipos diferentes:

– **Voz ativa:** sujeito é o agente da ação (Vi o pássaro)

– **Voz passiva:** sujeito sofre a ação (O pássaro foi visto)

– **Voz reflexiva:** sujeito pratica e sofre a ação (Vi-me no reflexo do lago)

Ao passar um discurso para a voz passiva, é comum utilizar a **partícula apassivadora “se”**, fazendo com o que o pronome seja equivalente ao verbo “ser”.

– Conjugação de verbos

Os tempos verbais são **primitivos** quando não derivam de outros tempos da língua portuguesa. Já os tempos verbais **derivados** são aqueles que se originam a partir de verbos primitivos, de modo que suas conjugações seguem o mesmo padrão do verbo de origem.

1ª conjugação: verbos terminados em “-ar” (aproveitar, imaginar, jogar...)

2ª conjugação: verbos terminados em “-er” (beber, correr, erguer...)

3ª conjugação: verbos terminados em “-ir” (dormir, agir, ouvir...)

Verbo LUTAR			
Gerúndio:	lutando	Tipo de verbo:	Regular
Participio passado:	lutado	Transitividade:	Transtivo e intransitivo
Infinitivo:	lutar	Separação silábica:	lu-tar

CONFIRA OS EXEMPLOS DE CONJUGAÇÃO APRESENTADOS ABAIXO:

INDICATIVO					
Presente		Pretérito Imperfeito		Pretérito Perfeito	
eu	luto	eu	lutava	eu	lutei
tu	lutas	tu	lutavas	tu	lutaste
ele	luta	ele	lutava	ele	lutou
nós	lutamos	nós	lutávamos	nós	lutamos
vós	lutais	vós	lutáveis	vós	lutastes
eles	lutam	eles	lutavam	eles	lutaram
Pretérito Mais-que-perfeito		Futuro do Presente		Futuro do Pretérito	
eu	lutara	eu	lutarei	eu	lutaria
tu	lutaras	tu	lutarás	tu	lutarias
ele	lutara	ele	lutará	ele	lutaria
nós	lutáramos	nós	lutaremos	nós	lutariamos
vós	lutáreis	vós	lutareis	vós	lutarieis
eles	lutaram	eles	lutarão	eles	lutariam
SUBJUNTIVO					
Presente		Pretérito Imperfeito		Futuro	
que eu	lute	se eu	lutasse	quando eu	lutar
que tu	lutes	se tu	lutasses	quando tu	lutares
que ele	lute	se ele	lutasse	quando ele	lutar
que nós	lutemos	se nós	lutássemos	quando nós	lutarmos
que vós	luteis	se vós	lutásseis	quando vós	lutardes
que eles	lutem	se eles	lutassem	quando eles	lutarem
Imperativo Afirmativo		Imperativo Negativo		Infinitivo Pessoal	
--	--	--	--	por	lutaria eu
luta tu	--	não lutes tu	--	por	lutarias tu
lute você	--	não lute você	--	por	lutaria ele
lutemos nós	--	não lutemos nós	--	por	lutaríamos nós
lutai vós	--	não luteis vós	--	por	lutarieis vós

lutem	você	não	lutem	você	por	lutariam	eles

Fonte
www.conjugação.com.br/verbo-lutar

Verbo IMPOR

Este verbo é derivado do verbo pôr, considerado um verbo irregular da 2ª conjugação. Assim, deverá ser conjugado conforme o verbo pôr. Não deverá, contudo, ser escrito com acento circunflexo na sua forma infinitiva.

Gerúndio:	impondo	Tipo de verbo:	irregular
Participio passado:	imposto	Transitividade:	Transtivo direto, Transtivo indireto, Transtivo direto e indireto e pronominal
Infinitivo:	impor	Separação silábica:	im-por

INDICATIVO

Presente		Pretérito Imperfeito		Pretérito Perfeito	
eu	imponho*	eu	impunha*	eu	impus*
tu	impões*	tu	impunhas*	tu	impuseste*
ele	impõe*	ele	impunha*	ele	impôs*
nós	impomos*	nós	impúnhamos*	nós	impusemos*
vós	impondes*	vós	impúnheis*	vós	impusestes*
eles	impõem*	eles	impunham*	eles	impuseram*
Pretérito Mais-que-perfeito		Futuro do Presente		Futuro do Pretérito	
eu	impusera*	eu	imporei*	eu	imporia*
tu	impuseras*	tu	imporás*	tu	imporias*
ele	impusera*	ele	imporá*	ele	imporia*
nós	impuséramos*	nós	imporemos*	nós	imporíamos*
vós	impuséreis*	vós	imporeis*	vós	imporíeis*
eles	impuseram*	eles	imporão*	eles	imporiam*

SUBJUNTIVO

Presente		Pretérito Imperfeito		Futuro	
que eu	imponha*	se eu	impusesse*	quando eu	impuser*
que tu	imponhas*	se tu	impusesse*	quando eu	impuseres*
que ele	imponha*	se ele	impusesse*	quando eu	impuser*
que nós	imponhamos*	se nós	impuséssemos*	quando eu	impusermos*
que vós	imponhais*	se vós	impusésseis*	quando eu	impuserdes*
que eles	imponham*	se eles	impusessem*	quando eu	impuserem*
Imperativo Afirmativo		Imperativo Negativo			
--	--	--	--	por	impor*
impõe*	tu	não	imponhas*	tu	impores*
imponha*	você	não	imponha*	você	impor*
imponhamos*	nós	não	imponhamos*	nós	impormos*
imponde*	vós	não	imponhais*	vós	impordes*
imponham*	vocês	não	imponham*	vocês	imporem*

* As formas verbais destacadas são formas irregulares ou formas regulares que apresentam alguma particularidade gráfica.

Fonte

www.conjugação.com.br/verbo-impor**Preposições**

As preposições são palavras invariáveis que servem para ligar dois termos da oração numa relação subordinada, e são divididas entre **essenciais** (só funcionam como preposição) e **acidentais** (palavras de outras classes gramaticais que passam a funcionar como preposição em determinadas sentenças).

– **Preposições essenciais:** a, ante, após, de, com, em, contra, para, per, perante, por, até, desde, sobre, sob, trás, sob, sem, entre.

– **Preposições acidentais:** afora, como, conforme, consoante, durante, exceto, mediante, menos, salvo, segundo, visto etc.

– **Locuções prepositivas:** abaixo de, afim de, além de, à custa de, defronte a, a par de, perto de, por causa de, em que pese a etc.

Ao conectar os termos das orações, as preposições estabelecem uma **relação semântica** entre eles, podendo passar ideia de:

- **Causa:** Morreu de câncer.
- **Distância:** Retorno a 3 quilômetros.
- **Finalidade:** A filha retornou para o enterro.
- **Instrumento:** Ele cortou a foto com uma tesoura.
- **Modo:** Os rebeldes eram colocados em fila.
- **Lugar:** O vírus veio de Portugal.
- **Companhia:** Ela saiu com a amiga.
- **Posse:** O carro de Maria é novo.
- **Meio:** Viajou de trem.

Combinações e contrações

Algumas preposições podem aparecer combinadas a outras palavras de duas maneiras: sem haver perda fonética (**combinação**) e havendo perda fonética (**contração**).

- **Combinação:** ao, aos, aonde
- **Contração:** de, dum, desta, neste, nisso

Conjunção

As conjunções se subdividem de acordo com a relação estabelecida entre as ideias e as orações. Por ter esse papel importante de conexão, é uma classe de palavras que merece destaque, pois reconhecer o sentido de cada conjunção ajuda na compreensão e interpretação de textos, além de ser um grande diferencial no momento de redigir um texto.

Elas se dividem em duas opções: conjunções coordenativas e conjunções subordinativas.

Conjunções coordenativas

As orações coordenadas não apresentam dependência sintática entre si, servindo também para ligar termos que têm a mesma função gramatical. As conjunções coordenativas se subdividem em cinco grupos:

- **Aditivas:** e, nem, bem como.
- **Adversativas:** mas, porém, contudo.
- **Alternativas:** ou, ora...ora, quer...quer.
- **Conclusivas:** logo, portanto, assim.
- **Explicativas:** que, porque, porquanto.

Conjunções subordinativas

As orações subordinadas são aquelas em que há uma relação de dependência entre a oração principal e a oração subordinada. Desse modo, a conexão entre elas (bem como o efeito de sentido) se dá pelo uso da conjunção subordinada adequada.

Elas podem se classificar de dez maneiras diferentes:

– **Integrantes:** usadas para introduzir as orações subordinadas substantivas, definidas pelas palavras que e se.

– **Causais:** porque, que, como.

– **Concessivas:** embora, ainda que, se bem que.

– **Condicionais:** e, caso, desde que.

– **Conformativas:** conforme, segundo, consoante.

– **Comparativas:** como, tal como, assim como.

– **Consecutivas:** de forma que, de modo que, de sorte que.

– **Finais:** a fim de que, para que.

– **Proporcionais:** à medida que, ao passo que, à proporção que.

– **Temporais:** quando, enquanto, agora.

CONCORDÂNCIA VERBAL E NOMINAL

Concordância é o efeito gramatical causado por uma relação harmônica entre dois ou mais termos. Desse modo, ela pode ser verbal — refere-se ao verbo em relação ao sujeito — ou nominal — refere-se ao substantivo e suas formas relacionadas.

- Concordância em gênero: flexão em masculino e feminino
- Concordância em número: flexão em singular e plural
- Concordância em pessoa: 1ª, 2ª e 3ª pessoa

Concordância nominal

Para que a concordância nominal esteja adequada, adjetivos, artigos, pronomes e numerais devem **flexionar em número e gênero**, de acordo com o substantivo. Há algumas regras principais que ajudam na hora de empregar a concordância, mas é preciso estar atento, também, aos casos específicos.

Quando há dois ou mais adjetivos para apenas um substantivo, o substantivo permanece no singular se houver um artigo entre os adjetivos. Caso contrário, o substantivo deve estar no plural: A comida mexicana e a japonesa. / As comidas mexicana e japonesa.

Quando há dois ou mais substantivos para apenas um adjetivo, a concordância depende da posição de cada um deles. Se o adjetivo vem antes dos substantivos, o adjetivo deve concordar com o substantivo mais próximo: Linda casa e bairro.

Se o adjetivo vem depois dos substantivos, ele pode concordar tanto com o substantivo mais próximo, ou com todos os substantivos (sendo usado no plural):

Casa e apartamento arrumado. / *Apartamento e casa arrumados.*

Casa e apartamento arrumados. / *Apartamento e casa arrumados.*

Quando há a modificação de dois ou mais nomes próprios ou de parentesco, os adjetivos devem ser flexionados no plural:

As talentosas Clarice Lispector e Lygia Fagundes Telles estão entre os melhores escritores brasileiros.

Quando o adjetivo assume função de predicativo de um sujeito ou objeto, ele deve ser flexionado no plural caso o sujeito ou objeto seja ocupado por dois substantivos ou mais:

O operário e sua família estavam preocupados com as consequências do acidente.

CASOS ESPECÍFICOS	REGRA	EXEMPLO
É PROIBIDO É PERMITIDO É NECESSÁRIO	Deve concordar com o substantivo quando há presença de um artigo. Se não houver essa determinação, deve permanecer no singular e no masculino.	É proibida a entrada. É proibido entrada.
OBRIGADO / OBRIGADA	Deve concordar com a pessoa que fala.	Mulheres dizem “obrigada” Homens dizem “obrigado”.
BASTANTE	Quando tem função de adjetivo para um substantivo, concorda em número com o substantivo. Quando tem função de advérbio, permanece invariável.	As bastantes crianças ficaram doentes com a volta às aulas. Bastante criança ficou doente com a volta às aulas. O prefeito considerou bastante a respeito da suspensão das aulas.
MENOS	É sempre invariável, ou seja, a palavra “ <i>menas</i> ” não existe na língua portuguesa.	Havia menos mulheres que homens na fila para a festa.
MESMO PRÓPRIO	Devem concordar em gênero e número com a pessoa a que fazem referência.	As crianças mesmas limparam a sala depois da aula. Eles próprios sugeriram o tema da formatura.
MEIO / MEIA	Quando tem função de numeral adjetivo, deve concordar com o substantivo. Quando tem função de advérbio, modificando um adjetivo, o termo é invariável.	Adicione meia xícara de leite. Manuela é meio artista, além de ser engenheira.
ANEXO INCLUSO	Devem concordar com o substantivo a que se referem.	Segue anexo o orçamento. Seguem anexas as informações adicionais As professoras estão inclusas na greve. O material está incluso no valor da mensalidade.

Concordância verbal

Para que a concordância verbal esteja adequada, é preciso haver **flexão do verbo em número e pessoa**, a depender do sujeito com o qual ele se relaciona.

Quando o **sujeito composto** é colocado anterior ao verbo, o verbo ficará no plural:

A menina e seu irmão **viajaram** para a praia nas férias escolares.

Mas, se o **sujeito composto** aparece depois do verbo, o verbo pode tanto ficar no plural quanto concordar com o sujeito mais próximo:

Discutiram marido e mulher. / **Discutiu** marido e mulher.

Se o **sujeito composto** for formado por pessoas gramaticais diferentes, o verbo deve ficar no plural e concordando com a pessoa que tem prioridade, a nível gramatical — 1ª pessoa (eu, nós) tem prioridade em relação à 2ª (tu, vós); a 2ª tem prioridade em relação à 3ª (ele, eles): *Eu e vós vamos à festa.*

Quando o sujeito apresenta uma **expressão partitiva** (sugere “parte de algo”), seguida de substantivo ou pronome no plural, o verbo pode ficar tanto no singular quanto no plural:

A maioria dos alunos não se **preparou** para o simulado. / A maioria dos alunos não se **prepararam** para o simulado.

Quando o sujeito apresenta uma **porcentagem**, deve concordar com o valor da expressão. No entanto, quando seguida de um substantivo (expressão partitiva), o verbo poderá concordar tanto com o numeral quanto com o substantivo:

27% **deixaram** de ir às urnas ano passado. / 1% dos eleitores **votou** nulo / 1% dos eleitores **votaram** nulo.

Quando o sujeito apresenta alguma expressão que indique **quantidade aproximada**, o verbo concorda com o substantivo que segue a expressão:

Cerca de duzentas mil pessoas **compareceram** à manifestação. / Mais de um aluno **ficou** abaixo da média na prova.

Quando o **sujeito é indeterminado**, o verbo deve estar sempre na terceira pessoa do singular:

Precisa-se de balconistas. / **Precisa-se** de balconista.

Quando o **sujeito é coletivo**, o verbo permanece no singular, concordando com o coletivo partitivo:

A multidão **delirou** com a entrada triunfal dos artistas. / A matilha **cansou** depois de tanto puxar o trenó.

Quando **não existe sujeito na oração**, o verbo fica na terceira pessoa do singular (impessoal):

Faz chuva hoje

Quando o **pronome relativo “que”** atua como sujeito, o verbo deverá concordar em número e pessoa com o termo da oração principal ao qual o pronome faz referência:

Foi Maria que **arrumou** a casa.

Quando o sujeito da oração é o **pronome relativo “quem”**, o verbo pode concordar tanto com o antecedente do pronome quanto com o próprio nome, na 3ª pessoa do singular:

Fui eu **quem arrumei** a casa. / Fui eu **quem arrumou** a casa.

Quando o **pronome indefinido ou interrogativo**, atuando como sujeito, estiver no singular, o verbo deve ficar na 3ª pessoa do singular:

Nenhum de nós **merece** adoeecer.

Quando houver um **substantivo que apresenta forma plural**, porém com sentido singular, o verbo deve permanecer no singular. Exceto caso o substantivo vier precedido por determinante:

Férias é indispensável para qualquer pessoa. / *Meus olhos sumiram.*

REGÊNCIA VERBAL E NOMINAL

A regência, tanto nominal quanto verbal, é um dos principais pilares que sustentam a correta estruturação das frases na língua portuguesa. Ela trata das relações de dependência entre palavras, determinando como os termos se conectam para formar sentido completo. No caso da regência nominal, o foco está nos nomes (substantivos, adjetivos e advérbios) que exigem complementos para completar seu significado. Já a regência verbal aborda as relações entre os verbos e os termos que os complementam, conhecidos como objetos diretos ou indiretos, conforme a transitividade do verbo.

O estudo da regência é fundamental para garantir a clareza e a precisão da comunicação, uma vez que o uso incorreto das preposições pode alterar completamente o sentido de uma frase. Além disso, a regência revela nuances sobre a exigência de preposições, demonstrando que certos verbos e nomes precisam ser seguidos de preposições específicas para que a relação semântica entre os termos se mantenha correta.

— Regência Nominal

Conceito de Regência Nominal

A regência nominal refere-se à relação de dependência entre um nome – que pode ser um substantivo, adjetivo ou advérbio – e o termo que complementa o seu sentido, conhecido como complemento nominal. Essa relação é intermediada por preposições que indicam a conexão entre o termo regente (nome) e o termo regido (complemento). Assim como ocorre com os verbos, muitos nomes exigem complementos para que a frase tenha um sentido completo e preciso.

Por exemplo, na frase “Ele é fiel aos seus princípios”, a palavra “fiel” necessita de um complemento nominal que explique sua relação, sendo “aos seus princípios” o complemento regido pela preposição “a”. A regência nominal garante que os nomes utilizados na construção da frase estejam adequadamente conectados aos seus complementos, evitando ambiguidade e assegurando a correta transmissão de significado.

Preposições e Nomes Relacionados

Na regência nominal, as preposições desempenham um papel essencial para conectar o nome ao seu complemento. Diferentes nomes exigem diferentes preposições, e em alguns casos, um mesmo nome pode admitir mais de uma preposição, dependendo do contexto. Abaixo, estão listadas algumas das preposições mais comuns usadas na regência nominal, junto com exemplos de nomes que as exigem:

Preposição	Nomes
a	acessível, devoto, fiel, leal, próximo, sensível
de	amigo, ciente, convicto, escasso, natural, passível, seguro;
em	hábil, constante, firme, residente, versado;
com	compatível, cuidadoso, satisfeito, solícito, triste;
sobre	dúvida, insistência, influência, informação;
contra	protesto, luta, reclamação, conspiração.

Esses são apenas alguns exemplos da relação entre preposições e nomes. A escolha da preposição correta é fundamental para garantir que o sentido da frase seja mantido de forma clara e precisa.

Exemplos de Uso da Regência Nominal

“Ele é leal aos seus amigos”: neste exemplo, “leal” é o termo regente, e a preposição “a” estabelece a relação com o complemento “seus amigos”.

“Estou convicto de que fiz a escolha certa”: o adjetivo “convicto” exige a preposição “de” para se conectar à oração completiva “que fiz a escolha certa”.

“Ela tem dúvida sobre a decisão tomada”: A palavra “dúvida” exige a preposição “sobre” para ligar-se ao complemento “a decisão tomada”.

— Regência Verbal

Conceito de Regência Verbal

A regência verbal trata da relação entre o verbo e seus complementos, que podem ser objetos diretos, objetos indiretos ou adjuntos adverbiais.

A transitividade do verbo é o que determina se ele exigirá complemento, e, em caso afirmativo, se esse complemento será acompanhado ou não de preposição. Dessa forma, a regência verbal influencia diretamente a construção de frases e a precisão do significado transmitido.

Os verbos podem ser classificados, em relação à sua regência, como intransitivos, transitivos diretos, transitivos indiretos ou transitivos diretos e indiretos.

Cada uma dessas categorias demanda um tipo específico de complemento, o que torna fundamental o entendimento das regras de regência verbal para a construção correta e clara das orações.

Verbos Transitivos Diretos e Indiretos

Os verbos transitivos são aqueles que necessitam de complementos para completar o sentido da ação. Esses complementos podem ser diretos ou indiretos:

– **Verbos Transitivos Diretos:** São verbos que exigem um complemento sem preposição, chamado de objeto direto. O complemento se refere diretamente à ação do verbo. Por exemplo: “O aluno escreveu a redação”. Nesse caso, “a redação” é o objeto direto do verbo “escrever”, sem preposição intermediando a relação.

– **Verbos Transitivos Indiretos:** São verbos que necessitam de um complemento acompanhado de preposição, chamado de objeto indireto. A preposição é necessária para estabelecer a conexão correta entre o verbo e seu complemento. Exemplo: “Ela confiou em mim”. O verbo “confiar” exige a preposição “em”, tornando “em mim” o objeto indireto.

– **Verbos Transitivos Diretos e Indiretos:** Alguns verbos exigem tanto um objeto direto quanto um objeto indireto, simultaneamente. Esse tipo de verbo requer um complemento direto sem preposição e outro indireto com preposição. Exemplo: “Ele entregou o presente ao amigo”. “O presente” é o objeto direto e “ao amigo” é o objeto indireto, regido pela preposição “a”.

Exemplos de Uso da Regência Verbal

A seguir, são apresentados exemplos que ilustram as diferentes formas de regência verbal:

– **Verbo Intransitivo:** “Ela sorriu.”

O verbo “sorrir” é intransitivo, ou seja, não necessita de complemento para que a frase tenha sentido completo.

– **Verbo Transitivo Direto:** “O aluno leu o livro.”

O verbo “ler” exige um objeto direto, no caso, “o livro”, para completar o seu sentido.

– **Verbo Transitivo Indireto:** “Ele precisa de ajuda.”

O verbo “precisar” exige a preposição “de” para se conectar ao complemento “ajuda”, formando um objeto indireto.

– **Verbo Transitivo Direto e Indireto:** “A professora explicou a matéria aos alunos.”

O verbo “explicar” exige dois complementos: “a matéria” (objeto direto) e “aos alunos” (objeto indireto, regido pela preposição “a”).

Casos Especiais de Regência Verbal

Alguns verbos podem mudar sua regência de acordo com o contexto em que são usados, alterando seu significado. Por exemplo:

– **Assistir:**

– “Eu assisti ao filme.” (No sentido de ver, o verbo exige a preposição “a”, sendo transitivo indireto).

– “Ela assistiu o paciente.” (No sentido de dar assistência, o verbo é transitivo direto, sem preposição).

Essas variações fazem parte da complexidade da regência verbal, e é importante conhecer os contextos específicos para usar a preposição correta.

Dominar as regras de regência nominal e verbal é essencial para garantir a clareza e a coerência da comunicação escrita e falada. Tanto a regência nominal, que regula a relação entre nomes e seus complementos, quanto a regência verbal, que estabelece as relações entre os verbos e seus objetos, desempenham um papel fundamental na estruturação das frases. O uso correto das preposições é um dos principais fatores que garantem essa relação e previnem ambiguidades que possam surgir na interpretação do discurso.

Além disso, compreender as nuances da regência verbal – em especial a distinção entre verbos transitivos diretos, indiretos e intransitivos – permite uma aplicação precisa da linguagem, ajustando-se ao contexto e ao sentido pretendido. Na regência nominal, o reconhecimento das preposições que acompanham certos nomes, como substantivos e adjetivos, é crucial para evitar construções inadequadas.

Por fim, o estudo das regras de regência não apenas fortalece o domínio da gramática normativa, mas também contribui para uma comunicação mais eficaz e refinada, facilitando o entendimento entre os interlocutores e garantindo que as ideias sejam expressas com a máxima precisão possível.

COLOCAÇÃO PRONOMINAL

A colocação pronominal refere-se à posição dos pronomes oblíquos átonos (me, te, se, o, a, lhe, nos, vos, etc.) em relação ao verbo na estrutura da frase. Esses pronomes são chamados de átonos por não possuírem acento próprio, ou seja, sua pronúncia depende de um verbo, com o qual se conectam diretamente. A posição desses pronomes é regida por regras bem definidas, e seu uso incorreto pode comprometer a correção gramatical e a clareza do texto. Na norma culta da Língua Portuguesa, existem três posições principais para os pronomes oblíquos: a ênclise, a próclise e a mesóclise. Cada uma dessas posições depende de fatores sintáticos específicos que determinam a sua obrigatoriedade ou preferência. Compreender o funcionamento dessas regras é essencial para quem busca dominar a escrita formal, especialmente em contextos como concursos públicos.

— Ênclise

A ênclise é a colocação do pronome oblíquo átono depois do verbo. É considerada a posição padrão e mais neutra, utilizada em situações em que o verbo aparece no início da oração, sem elementos que justifiquem outra colocação. Essa posição ocorre principalmente em frases afirmativas e quando o verbo está no infinitivo impessoal, no gerúndio ou em algumas formas de futuro (futuro do presente e futuro do pretérito). A ênclise, além de ser exigida em muitos casos, é vista como mais formal em determinados contextos.

Exemplo de uso correto:

Entregou-me o relatório no prazo estipulado.

— Regras de aplicação da ênclise:

- **Verbo no início da oração:** Quando o verbo aparece no início da frase, sem nenhuma palavra que justifique o uso de próclise, a ênclise é a escolha obrigatória.

Exemplo: Disse-me que iria viajar.

Nesse caso, o verbo disse está no início da frase, sem elementos que o antecedam, o que obriga a colocação do pronome após o verbo.

- **Infinitivo impessoal e gerúndio:** O infinitivo impessoal (não conjugado para uma pessoa específica) e o gerúndio (ação em progresso) exigem a ênclise, desde que não haja fatores que favoreçam a próclise.

Exemplo: Pretendo convidá-lo para a festa.

Exemplo: Estava explicando-lhe o problema.

- **Verbos no futuro do presente e futuro do pretérito:** Quando o verbo está no futuro do presente ou do pretérito, em frases sem palavras que exijam próclise, a ênclise ou a mesóclise é permitida.

Exemplo: Resolveremos o problema amanhã mesmo.

Exemplo: Explicar-lhe-ei a questão com mais calma.

— Próclise

A próclise ocorre quando o pronome oblíquo átono aparece antes do verbo. É comum em orações que contenham palavras que atraem o pronome para essa posição, como advérbios, pronomes relativos, pronomes indefinidos, conjunções subordinativas e palavras negativas. Esses elementos funcionam como “atraentes” da próclise, obrigando a antecipação do pronome. A próclise também ocorre quando o sujeito da oração é indefinido, ou seja, quando não há um sujeito específico.

Exemplo de uso correto:

Não me disseram a verdade.

— Principais fatores que atraem a próclise:

- **Palavras negativas:** Sempre que a oração contém palavras de negação (não, nunca, ninguém, nada, etc.), o pronome deve ser antecipado ao verbo.

Exemplo: Nada me faz mudar de ideia.

Nesse exemplo, a palavra negativa nada força o uso da próclise, colocando o pronome antes do verbo.

- **Advérbios e locuções adverbiais:** Quando há advérbios que modificam o verbo ou locuções adverbiais, a próclise se torna obrigatória.

Exemplo: Aqui se faz, aqui se paga.

O advérbio aqui antecede o verbo, exigindo que o pronome se venha antes dele.

- **Pronomes indefinidos:** Palavras como todos, ninguém, alguém e algum atraem o pronome para a posição anterior ao verbo.

Exemplo: Todos me aguardavam ansiosamente.

- **Pronomes relativos:** Pronomes como que, quem, onde e cujo também atraem a próclise.

Exemplo: O documento que me entregaram está incompleto.

O pronome relativo que exige a próclise, antecipando o pronome em relação ao verbo entregaram.

- **Conjunções subordinativas:** Conjunções como se, porque, embora e quando também provocam a próclise.

Exemplo: Se me encontrar, avise-me imediatamente.

— Mesóclise

A mesóclise é a colocação do pronome no meio do verbo. Esse fenômeno ocorre apenas com verbos no futuro do presente ou no futuro do pretérito, desde que o verbo esteja no início da oração e não haja palavras que exijam a próclise. A mesóclise é mais rara na linguagem coloquial, sendo geralmente associada a um nível mais elevado de formalidade, especialmente em textos jurídicos e na literatura.

Exemplo de uso correto:

Dar-te-ei uma resposta amanhã.

— Regras de aplicação da mesóclise:

- **Futuro do presente e futuro do pretérito:** Nos tempos verbais de futuro, a mesóclise é permitida quando o verbo inicia a oração e não há elementos atrativos de próclise.

Exemplo: Informar-te-ei sobre o ocorrido.

Aqui, o verbo informar está no futuro do presente, permitindo o uso da mesóclise.

- **Uso formal:** A mesóclise é típica de um registro formal e arcaico, sendo mais comum em documentos oficiais e textos literários de épocas passadas.

Exemplo: Far-se-ia o possível para resolver a questão.

— Casos Especiais

Há casos específicos em que a colocação pronominal pode variar de acordo com a estrutura da frase. Um exemplo disso ocorre nas locuções verbais, que são formadas por um verbo auxiliar e um verbo principal no infinitivo, particípio ou gerúndio. Nesses casos, a posição do pronome pode variar, dependendo do verbo auxiliar e do contexto.

Locuções verbais:

Quando há um verbo auxiliar, o pronome pode ser colocado antes do verbo auxiliar ou após o verbo principal, especialmente quando este está no infinitivo ou gerúndio.

Exemplo: Devem-se seguir as orientações.

Exemplo: Estava-me preparando para a prova.

Infinitivo pessoal e gerúndio:

No infinitivo pessoal, a próclise é possível se houver palavras atrativas, enquanto a ênclise é a colocação natural em frases afirmativas. No gerúndio, a ênclise é obrigatória se não houver fatores de próclise.

Exemplo: Ao fazer-lhe um favor, ajudou a todos.

Exemplo: Estavam-se preparando para a prova.

— Colocação Proibida

Existem regras que proíbem determinadas colocações pronominais em situações específicas. É proibido, por exemplo, iniciar uma frase com pronomes oblíquos átonos, bem como usar ênclise após certas palavras atrativas de próclise.

Proibições comuns:

- **Início de frase:** Não se pode iniciar uma frase com pronomes oblíquos átonos.

Incorreto: Me ajudaram ontem.

Correto: Ajudaram-me ontem.

- **Ênclise após palavras atrativas:** A ênclise não pode ser usada após palavras que atraem a próclise.

Incorreto: Todos procuraram-me.

Correto: Todos me procuraram.

CRASE

Crase é o nome dado à contração de duas letras “A” em uma só:

Preposição “a” + artigo “a” em palavras femininas

Ela é demarcada com o uso do acento grave (à), de modo que crase não é considerada um acento em si, mas sim o fenômeno dessa fusão.

Veja, abaixo, as principais situações em que será **correto o emprego da crase**:

– Palavras femininas: Peça o material emprestado àquela aluna.

– Indicação de horas, em casos de horas definidas e especificadas: Chegaremos em Belo Horizonte às 7 horas.

– Locuções prepositivas: A aluna foi aprovada à custa de muito estresse.

– Locuções conjuntivas: À medida que crescemos vamos deixando de lado a capacidade de imaginar.

– Locuções adverbiais de tempo, modo e lugar: Vire na próxima à esquerda.

Veja, agora, as principais situações em que **não se aplica a crase**:

– Palavras masculinas: Ela prefere passear a pé.

– Palavras repetidas (mesmo quando no feminino): Melhor termos uma reunião frente a frente.

– Antes de verbo: Gostaria de aprender a pintar.

– Expressões que sugerem distância ou futuro: A médica vai te atender daqui a pouco.

– Dia de semana (a menos que seja um dia definido): De terça a sexta. / Fecharemos às segundas-feiras.

– Antes de numeral (exceto horas definidas): A casa da vizinha fica a 50 metros da esquina.

Há, ainda, situações em que o uso da crase é facultativo

– Pronomes possessivos femininos: Dei um picolé a minha filha. / Dei um picolé à minha filha.

– Depois da palavra “até”: Levei minha avó até a feira. / Levei minha avó até à feira.

– Nomes próprios femininos (desde que não seja especificado): Enviei o convite a Ana. / Enviei o convite à Ana. / Enviei o convite à Ana da faculdade.

DICA: Como a crase só ocorre em palavras no feminino, em caso de dúvida, basta substituir por uma palavra equivalente no masculino. Se aparecer “ao”, deve-se usar a crase: Amanhã iremos à escola / Amanhã iremos ao colégio.

QUESTÕES**1. VUNESP - 2024**

Ouçõ falar de escritores atemorizados, assombrados com sua própria morte. Escritores que não temem o lento definhamento do corpo, não temem o desfalecer da mente num sono fatal. O que temem é um fim menor, é a morte de sua função. Sofrem com a ameaça cada vez mais concreta de que máquinas passem a realizar seu trabalho, ponham-se a escrever romances, poemas, crônicas, ensaios filosóficos. Sentem atordoados seus pobres cérebros ante a grandiosidade do cérebro eletrônico, sentem obsoletos seus caóticos neurônios em face de algoritmos bem mais ordeiros, mais eficazes.

Esse receio já longo e tratado em ficções demais ganhou contornos quase dramáticos nos últimos meses, desde a aparição de programas que criam textos inéditos de qualidade razoável, e da publicação dos primeiros romances de autoria eletrônica. O debate tem tomado mais de uma mesa de bar, mais de um fórum virtual, confrontando não exatamente máquinas e humanos, mas sim cétricos e apocalípticos, calmos e atormentados. Os primeiros se riem da promessa descumprida, riem das precariedades da máquina, de sua absoluta inaptidão para o humor e o lirismo. Os segundos mantêm os cenhos franzidos e alertam com sabedoria: não se enganem, a máquina acaba de surgir, e há de se livrar das fraquezas em velocidade impressionante.

De minha parte, se me permitem, prefiro permanecer desassombrado — a morte literal ainda me parece um terror mais palpável. Não que eu seja um cétrico, não duvido da capacidade robótica de nos abismar, confio que em pouco tempo computadores comporão obras consideráveis, e em muito tempo podem chegar a portentos literários. Mas desconfio é

dos humanos: da nossa disposição de apreciar um romance bom carente de um autor, desprovido de uma figura anterior feita de carne e de sonho. Desconfio que não queiramos livros escritos sem suor e intenção, redigidos por seres insensíveis às desrazões da arte, por seres indiferentes à história humana, seu prazer, sua dor.

(Julián Fuks. Disponível em: <https://www.uol.com.br/ecoa/colunas/julian-fuks/2023/05/13/a-nova-morte-do-autor-substituido-ago-pelo-cerebro-eletronico.htm>. Adaptado)

Na opinião do autor, os leitores

- (A) sentem-se enganados por obras produzidas pela inteligência artificial, pois a autoria delas é desconhecida.
- (B) tendem a refutar obras produzidas sem o envolvimento e esforço característicos dos autores humanos.
- (C) não estão dispostos a aceitar as imperfeições das histórias de ficção produzidas pela inteligência artificial.
- (D) temem não compreender histórias criadas com uma linguagem verbal distinta da dos seres humanos.
- (E) acreditam ser possível ensinar aos robôs aquilo que os escritores conhecem sobre a história humana.

2. VUNESP - 2024

Ao contrário da maioria dos humanos, eu me conectaria à “máquina da felicidade”, descrita no célebre experimento mental de Robert Nozick. Para quem não conhece, o filósofo pede que imaginemos uma engenhoca capaz de gerar estímulos prazerosos tão perfeita que, se nos ligássemos a ela, viveríamos uma vida de júbilos, que não teríamos como distinguir da realidade, e pergunta se escolheríamos a máquina ou a realidade.

Nozick criou seu experimento para refutar o hedonismo ético, isto é, a ideia de que o prazer é o fim que todos perseguimos. Se a maioria prefere a realidade à máquina, está provado que o prazer não é tudo que importa. Embora Nozick nunca tenha submetido seu experimento a testes, outros autores o fizeram, constatando maiorias a favor do real que ficam entre 70% e 85%.

Por um bom tempo, a conclusão de Nozick foi considerada válida, mas filósofos começaram a questioná-la e a demonstrar que não é tanto que desejemos o real, mas sim que rejeitemos mudanças. Isso fica claro se modificarmos o experimento. Em vez de perguntar ao sujeito se ele quer ser ligado à máquina, nós o informamos de que passou a vida conectado a uma e o questionamos se deseja permanecer nessa condição ou passar a viver “na realidade”. Nesse caso, a proporção dos que preferem o real cai para 13%.

Minha opção pessoal pela máquina é mais singela. Ainda que exista uma realidade objetiva ou mesmo transcendente, somos prisioneiros daquilo que estamos equipados para perceber como real. Nesse contexto, o experimento se torna só uma pergunta sobre ter mais ou menos prazer. E não vejo razão para ter menos, já que, para todos os efeitos, essa seria nossa realidade.

(Hélio Schwartsman. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/helioschwartsman/2023/06/a-felicidade-num-clique.shtml>)

Segundo o texto, filósofos procuraram provar que, em relação ao experimento mental proposto por Nozick, a maioria das pessoas

- (A) prefere permanecer na situação em que se encontra.
- (B) refuta a ideia de ser ligada para sempre a uma máquina.
- (C) gostaria de ter uma vida com mais prazeres e alegrias.

- (D) demonstra receio de mudanças repentinas ou superficiais.
- (E) aceita a contragosto e com dificuldade a vida que leva.

3. VUNESP - 2024

Melhor pecar por ser óbvio do que por ser omissos: palavras são as menores unidades de sentido autônomo da escrita. Sendo assim, nenhum escriba conseguirá ir muito longe se não cultivar com elas, quase sempre por meio da leitura, uma intimidade pelo menos razoável.

Isso significa – não apenas, mas em primeiro lugar – saber o que elas significam em estado de dicionário. No meu caso, não há maior inimigo da boa vontade que tenho para a leitura de um texto do que descobrir que seu autor usa, por exemplo, “literal” para o que é figurado e “latente” com o sentido de “patente”.

Qual é o sentido de garantir a literalidade do que não tem nenhuma? A rigor, “a viagem me deixou literalmente morto de cansado” é uma afirmação que só poderia ser feita por um autor defunto como Brás Cubas.

Problema semelhante tem uma frase como “Fulano me ligou em prantos; a dor dele com a separação é latente”. Não, não é. A dor do fulano talvez fosse latente antes do choro ao telefone. Depois, é patente.

Alguns estudiosos argumentam que o uso, mesmo que a princípio esteja equivocado, acabará por normalizar tudo isso – se é que já não o fez. Todo idioma está fadado a mudar de feição o tempo todo, com as palavras ganhando pouco a pouco sutilezas que podem acabar por torná-las inteiramente diferentes do que foram um dia. É verdade. No entanto, quando a confusão recai sobre pares de antônimos tão perfeitos, acreditar que a ignorância venha a ser produtiva me parece um excesso de otimismo.

(Sérgio Rodrigues. *Literalmente latente, mas talvez não*. www1.folha.uol.com.br, 28.06.2023. Adaptado)

O vocábulo destacado pode ser substituído pelo que está entre colchetes, gerando o sentido contrário e sem prejuízo da correção gramatical do trecho:

- (A) Melhor pecar por ser óbvio do que por ser omisso: palavras são as menores unidades de sentido autônomo da escrita. [exíguo]
- (B) No meu caso, não há maior inimigo da boa vontade que tenho para a leitura de um texto do que descobrir que seu autor usa... [antagonista]
- (C) Problema semelhante tem uma frase como “Fulano me ligou em prantos, a dor dele com a separação é latente”. [convergente]
- (D) Todo idioma está fadado a mudar de feição o tempo todo, com as palavras ganhando pouco a pouco sutilezas... [acuidades]
- (E) No entanto, quando a confusão recai sobre pares de antônimos tão perfeitos, acreditar que a ignorância venha a ser produtiva me parece um excesso de otimismo. [eivados]

4. VUNESP - 2024

UM FILME REVOLUCIONÁRIO

Para muitos, a época do Natal é o momento da suprema hipocrisia. Durante 24 horas, ou talvez 48, os sorrisos são forçados, os sentimentos são de plástico e a gentileza, se merece o nome, não consegue esconder completamente a profundidade do ressentimento contra amigos ou familiares.

Mas será que os mortais ainda se lembram do sorriso franco, dos sentimentos limpos e de uma gentileza genuína? Será que sentem saudades?

Para esses nostálgicos, aconselho o filme “A Menina Silenciosa”, de Colm Bairéad, inspirado no livro “Foster”, de Claire Keegan. É o meu filme do ano, para usar a linguagem gasta dos balanços jornalísticos.

A história é simples, ou parece simples: Cáit (espantosa Catherine Clinch) é uma criança de nove anos que sobrevive (é o termo) numa família que a ignora e despreza. O seu método de sobrevivência é o silêncio, a quietude e a observação. Para usar uma palavra clássica, Cáit é uma “enfeitada”. A mãe é uma figura exausta e ausente. O pai alcoólatra tem a delicadeza própria das bestas. E as irmãs mais velhas são espectros sem rosto e sem voz.

Mas então os pais, que esperam uma nova criança e não têm tempo para Cáit, decidem enviá-la para a casa de Eibhlín e Seán, familiares distantes, só para passar o verão, e a garota é assim levada para um ambiente estranho. Decisão milagrosa, pois eles acolhem-na e, logo nos primeiros momentos, entendemos que algo mudou. Uma diferença nos gestos, digamos assim. Gestos de quem cuida.

Naquele verão, Cáit conhece essa coisa extraordinária: uma família, partilhando com ela as suas alegrias e tristezas, as suas rotinas, as suas conversas. Lentamente, a “menina silenciosa” vai saindo do seu casulo. “A Menina Silenciosa” é um filme revolucionário por tratar do mais revolucionário dos temas: a bondade humana.

Não é uma daquelas virtudes mentirosas para ser exibida nas redes sociais e que apenas serve para alimentar a vaidade do suposto virtuoso. Também não é uma mera proclamação ideológica, abstrata, ideal, própria de quem ama a humanidade, mas despreza o ser humano comum.

Como lembrava Emmanuel Levinas*, a bondade é uma virtude interpessoal. Ela só acontece face a face. A bondade nada exige, nada espera, nada impõe. É pura hospitalidade. É abertura e reconhecimento. E, como no filme, talvez seja um dia reciprocidade.

(João Pereira Coutinho. ‘A Menina Silenciosa’ é um filme revolucionário ao tratar da bondade humana. www.folha.uol.com.br/colunas, 22.12.2023. Adaptado)

*Emmanuel Levinas: filósofo francês (1906-1995)

Segundo a descrição que o autor faz das personagens,

- (A) o pai é uma pessoa doente; Eibhlín e Seán vivem reclusos.
- (B) a mãe é negligente com os filhos; as irmãs agredem fisicamente a caçula.
- (C) o pai age com agressividade; as irmãs não interagem com Cáit.
- (D) a mãe é uma mulher pretensiosa; o pai é um homem ignorante.
- (E) a mãe é uma mulher obstinada; Eibhlín e Seán são pessoas solícitas.

5. VUNESP - 2024

Leia um trecho do romance “A gorda”, da escritora portuguesa Isabela Figueiredo, para responder à questão.

Já estamos habituados a cães abandonados que vêm parar à nossa rua. O Bobi também viveu quase duas décadas no pátio das traseiras do prédio. Do alto do sexto andar víamo-lo acoitar-se debaixo dos carros, fugindo à chuva. A certa altura, o papá comprou-lhe uma casota de cimento, que a loja veio entregar. O Bobi era quase como se fosse nosso, mas vivia na rua. Alguma vizinhança assomou à janela e apreciou o feito do papá. Mas estamos no mundo e, como de costume, outros censuraram. Eu e o papá temos fama de proteger os animais. E é má. Reclamam que ladram, que podem morder e transmitem doenças. Que somos os culpados de não se irem embora porque os alimentamos. Nas nossas costas há sempre alguém a enxotá-los ou a magoá-los. Pessoas que se cruzam conosco fingindo ser do bem, mas nos impugnem pelas costas. Denunciam a presença do cão vadio à câmara e a carroça costuma aparecer de madrugada, com homens súbitos que procuram caçá-lo com redes. Quando não consegue escapar, o Bobi é levado para o canil municipal. Na manhã seguinte, eu e o papá deslocamos ao canil e confirmamos a sua presença atrás das grades. Seguimos para a Câmara, pagamos a multa e voltamos para o resgatar. Fazemos o caminho a pé para casa, calmamente; ele ao nosso lado. O Bobi não entra em carros. Eu e o papá vamos-lhe pedindo que tenha cuidado com as doenças que as pessoas podem transmitir-lhe. Explicamos que a picada ou mordedura dos humanos é mortal. Embora nos ríamos da conversa que entabulamos, eu e o papá estamos fartos de gente.

(Isabela Figueiredo. “A gorda”. Editora Todavia, 2021. Adaptado)

De acordo com o texto, pode-se concluir corretamente que (A) pai e filha, no trajeto de volta do canil, riem dos comentários que fazem acerca dos conhecidos, já que são mentiras que usam para distrair Bobi.

(B) certos moradores costumam recorrer à prefeitura que, imediatamente, envia os funcionários para aprisionar Bobi e levá-lo ao canil.

(C) os vizinhos, embora aprovassem a compra da casinha, não queriam Bobi no condomínio, pois o animal se confirmou uma real ameaça para os moradores.

(D) a narradora concebe a sociedade como um espaço em que existem seres humanos falsos e insensíveis, por esse motivo não a idealiza.

(E) a família da narradora, habituada a cães, quis acolher Bobi no apartamento, mas o cão, receoso, preferiu continuar vivendo no pátio do condomínio.

6. VUNESP - 2024

A Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo lançou a Frente Parlamentar São Paulo – China. Em parceria com a comunidade chinesa, o grupo trabalhará para estreitar os laços comerciais e promover intercâmbio tecnológico e acadêmico entre os dois países.

O grande objetivo é fazer com que nos próximos anos a parceria entre São Paulo e China aumente, e os negócios com este país possam gerar ainda mais renda e emprego no estado.

O presidente do Instituto Cultural Brasil China (Ibrachina), Thomas Law, celebrou a criação da Frente e destacou sua importância pela relação próxima entre os países e que pode ser mais estreitada, já que, em 2024, completam 50 anos das relações diplomáticas e de amizade entre os dois países.

“Podemos aprofundar cooperações na área acadêmica, de turismo, de operações de pesquisa e desenvolvimento. Podemos trazer mais tecnologia para a indústria paulista e melhorar a agricultura, ampliando a agricultura sustentável”, afirmou Thomas.

Em 2022, o comércio entre China e o estado de São Paulo movimentou um total de 29,1 bilhões de dólares americanos. Desse montante, cerca de US\$ 18,3 bilhões foram gastos na importação de produtos chineses. De todas as importações do estado, 22,4% vêm do país asiático, o que o transforma no principal fornecedor externo para o mercado paulista.

Além de vender para o estado brasileiro, a China também é um importante comprador dos produtos paulistas, sendo o segundo destino mais frequente (15,6%), atrás apenas dos Estados Unidos (17%). Em valores absolutos, mais de 10,8 bilhões de dólares entraram nos cofres do estado por meio dessas exportações.

(João Pedro Barreto. *Frente Parlamentar São Paulo – China é lançada na Alesp*. www.al.sp.gov.br, 22.08.2023. Adaptado)

Assinale a alternativa em que o vocábulo destacado foi empregado em sentido figurado.

- (A) ... a China também é um importante comprador dos produtos paulistas, sendo o segundo destino mais frequente... (6o parágrafo)
- (B) ... a parceria entre São Paulo e China aumente e os negócios com os chineses possam gerar... (2o parágrafo)
- (C) “Podemos aprofundar cooperações na área acadêmica, de turismo, de operações de pesquisa e desenvolvimento. (4o parágrafo)
- (D) O presidente do Instituto Cultural Brasil China (Ibrachina), Thomas Law, celebrou a criação da Frente e destacou sua importância pela relação próxima... (3o parágrafo)
- (E) Podemos trazer mais tecnologia para a indústria paulista e melhorar a agricultura, ampliando a agricultura sustentável”... (4o parágrafo)

7. VUNESP - 2024

CREIO, LOGO É!

Quando as informações conflitam com as nossas crenças, reinterpretamos os fatos de acordo com nossas convicções. Se uma previsão falha, em vez de abandonarmos a crença, buscamos explicações, muitas vezes, irracionais para justificar ou atenuar o erro e alimentar a crença na previsão. É como desenhar o alvo em torno da flecha e acreditar na pontaria do arqueiro.

É comum tomarmos decisões baseadas em preferências inconsistentes, com consequências reais, simplesmente por rejeitarmos informações e evidências contrárias às nossas crenças. O autoengano é uma forma de proteger a autoestima e evitar o confronto com a possibilidade de que nossas certezas estejam erradas.

Quando temos uma opinião positiva sobre uma questão, buscamos mensagens positivas a respeito de tal fato; quando a visão é negativa, buscamos mensagens negativas sobre a questão. De maneira tendenciosa, escolhemos informações ou desinformações consistentes com as nossas ideologias.

A formação ou modificação de uma opinião envolve reestruturação cognitiva, um processo de aprendizagem. Todos nós temos alguma dificuldade em reconhecer nossos erros e reconfigurar nossas ideias. Não é tranquilo desconstruir concepções antigas, porém reafirmadas, o tempo todo, na contemporaneidade, por força dos grupos aos quais pertencemos.

Temos a percepção equivocada de que apenas as nossas crenças são úteis ou corretas. Torturamos os fatos e as evidências contrárias até que eles confessem o que pretendemos.

Mas tudo isso é muito antigo. “Uma vez que o entendimento de um homem se baseia em algo, seja porque é uma crença já aceita ou porque o agrada, isso atrai tudo a sua volta para apoiar e concordar com a opinião adotada. Mesmo que um número maior de evidências contrárias seja encontrado, ele as ignora ou desconsidera, ou faz distinções sutis para rejeitá-las, preservando a autoridade de suas primeiras concepções” (Bacon, 1620).

(Mara Lúcia Madureira. *Painel de ideias. Diário da Região*, 28.03.2024. Adaptado)

As palavras atenuar (1º parágrafo) e sutis (último parágrafo) têm, correta e respectivamente, antônimo e sinônimo adequados aos contextos em:

- (A) exagerar e engenhosas.
- (B) desfigurar e hábeis.
- (C) reformular e fúteis.
- (D) exacerbar e fáceis.

8. VUNESP - 2024 -

SOZINHOS

Um casal de velhos mora sozinho numa casa. Já criaram os filhos, os netos já estão grandes, só lhes resta implicar um com o outro. Retomam com novo fervor uma discussão antiga. Ela diz que ele ronca quando dorme, ele diz que é mentira.

– Ronca.

– Não ronco.

– Ele diz que não ronca – comenta ela, impaciente, como se falasse com uma terceira pessoa.

Mas não existe outra pessoa na casa. Os filhos raramente visitam os pais. Os netos, nunca. A empregada vem de manhã, faz o almoço, deixa o jantar e sai cedo. Ficam os dois sozinhos.

– Eu devia gravar os seus roncos, pra você se convencer – diz ela. E em seguida tem a ideia infeliz. – É o que eu vou fazer! Essa noite, quando você dormir, vou ligar o gravador e gravar os seus roncos. Vou gravar os seus roncos.

– Humrfm – diz o velho.

Sozinhos. Os velhos sozinhos na casa. Os dois vão para a cama. Quando o velho dorme, a velha liga o gravador. Mas em poucos minutos a velha também dorme. O gravador fica ligado, gravando. Pouco depois a fita acaba.

Na manhã seguinte, certa do seu triunfo, a velha roda a fita. Ouvem-se alguns minutos de silêncio. Depois, alguém roncando.

– Rarrá! – diz a velha, feliz.

Pouco depois ouve-se o ronco de outra pessoa, a velha também ronca!

– Rarrá! – diz o velho, vingativo.

E em seguida, por cima do contraponto de roncos, ouve-se um sussurro. Uma voz indefinida. Pode ser de homem, de mulher ou de criança. A princípio – por causa dos roncos – não se distingue o que ela diz. Mas aos poucos as palavras vão ficando claras. São duas vozes. É um diálogo sussurrado.

“Estão prontos?”

“Não, acho que ainda não...”
 “Então vamos voltar amanhã...”

(Luis Fernando Verissimo. *Comédias para se ler na escola*. Adaptado)

- Na frase – Os filhos raramente visitam os pais. (5º parágrafo) –, o advérbio destacado é antônimo de
- (A) “realmente” e ambos expressam circunstância de afirmação.
 - (B) “eventualmente” e ambos expressam circunstância de modo.
 - (C) “frequentemente” e ambos expressam circunstância de tempo.
 - (D) “ocasionalmente” e ambos expressam circunstância de tempo.
 - (E) “continuamente” e ambos expressam circunstância de meio.

9. VUNESP - 2024

GOVERNO DA FLÓRIDA PROÍBE TIKTOK E INSTAGRAM PARA MENORES DE 14 ANOS

O estado americano da Flórida se tornou nesta segunda-feira (25.03) o primeiro estado a efetivamente proibir cidadãos com menos de 14 anos de terem contas em serviços como TikTok e Instagram, promulgando um rígido projeto de lei de mídia social que provavelmente vai revolucionar a vida de muitos jovens.

A lei assinada pelo governador Ron DeSantis é uma das medidas mais restritivas que um estado americano promulgou em meio a um crescente esforço nacional para proteger os jovens de possíveis riscos à saúde mental e oferecer segurança em plataformas de mídia social.

O estatuto proíbe certas redes sociais de conceder contas a crianças menores de 14 anos e exige que os serviços encerrem contas que a plataforma sabia ou acreditava pertencer a usuários menores de idade. Também exige que as plataformas obtenham permissão dos pais antes de conceder contas a jovens de 14 e 15 anos.

Em uma coletiva de imprensa na segunda-feira, DeSantis elogiou a medida, dizendo que ela ajudará os pais a navegar por um “terreno difícil” online. Ele acrescentou que “ficar enterrado” em dispositivos o dia todo não é a melhor maneira de crescer.

“A mídia social prejudica as crianças de várias maneiras”, disse DeSantis em um comunicado. O novo projeto de lei “dá aos pais uma maior capacidade de proteger seus filhos”.

(<https://www1.folha.uol.com.br/>, 27.03.2024. Adaptado)

Na frase do último parágrafo – O novo projeto de lei “dá aos pais uma maior capacidade de proteger seus filhos”. –, as aspas são empregadas para

- (A) destacar nova informação, fundamentada nas ideias defendidas pelos pais.
- (B) enfatizar uma informação, com posicionamento contrário ao de Ron DeSantis.
- (C) introduzir as palavras de Ron DeSantis, favorável à nova lei promulgada.
- (D) reforçar o ponto de vista do jornal, questionador da eficácia da nova lei.

10. VUNESP - 2024

Leia o texto, para responder à questão.

Com tanta coisa acontecendo no mundo, deve ser moleza a arranjar assunto fresquinho para escrever. Foi o que me disseram outro dia, e me flagrei pensando: quem dera.

Recebemos uma overdose de informação, mas isso não significa que os acontecimentos sejam surpreendentes a ponto de fazer a festa dos colunistas. É leite tirado de pedra diariamente. Como ser original quando tudo se repete e repete e repete?

O Brasil inteiro está comentando a lista de convocados pelo técnico, uns o criticando, outros o absolvendo, e daqui a pouco uma nova Copa começará em que a nossa seleção terá boa chance de vencer, e alguma de perder. Já não passamos por isso antes, igualzinho?

Questões envolvendo a extradição de um criminoso, ataques sangrentos em alguns países, crise nas Bolsas de Valores, barreiras comerciais afetando a relação entre países, alerta para chuva forte, violência nas estradas. Mais do mesmo.

Atos insanos surgem aqui e ali, nos escandalizando por alguns dias, fazendo com que discutamos sobre mentes doentes e a necessidade que tantos têm de espetacularizar a própria história, e então, passado o susto, viramos a página.

Crises econômicas, conflitos religiosos, garotos matando colegas de aula, casamentos e separações de celebridades, denúncias de corrupção, tendências da moda outono-inverno, últimos capítulos de novela. O que ainda suspende a nossa respiração? O que é que ainda falta dizer? O que ainda nos deixa perplexos? Como ofertar um pouco de originalidade ao leitor? Que pretensão.

É só um desabafo: hoje os absurdos se sucedem em escala industrial e os fatos novos são como mariposas, nascem e morrem no mesmo dia. Por essas e outras, persevero no trivial, que, contrariando sua natureza, passou a ser o inusitado da vida.

(Martha Medeiros, *Feliz por nada*. Adaptado)

Assinale a alternativa em que o acréscimo da vírgula no enunciado está de acordo com a norma-padrão.

- (A) ... deve ser moleza, arranjar assunto fresquinho para escrever...
- (B) ... os absurdos se sucedem em escala industrial, e os fatos novos são como mariposas...
- (C) ...fazendo com que discutamos, sobre mentes doentes e a necessidade que tantos têm...
- (D) O que ainda suspende, a nossa respiração?
- (E) ...uma nova Copa começará em que a nossa seleção, terá boa chance de vencer...

11. VUNESP - 2024

Leia o texto para responder às questões.

Recuemos cinco séculos no tempo. Vemos uma Europa, que então era o mundo, saída da Idade Média, possuída pela febre tão inquietante quanto bela e fértil do Renascimento, e paradoxalmente, envolta em guerras religiosas e conquistas.

Na Península Ibérica, a inquietação criadora tomou outra forma. Povos de navegadores não mais se conformavam em olhar e apenas imaginar o que haveria além do horizonte atlântico. Pagaram para ver, com risco de suas próprias vidas. Tomando o rumo oeste em pequenas embarcações, Colombo (1492) e Cabral (1500) descobriram o Novo Mundo.

Havia, no entanto, muito a descobrir. Desde o fim do século XIII, os europeus sabiam da existência do Grande Império da China, através da narrativa de Marco Polo que lá vivera cerca de 20 anos. Em seu livro, ele fazia referência ao Japão como um país fantasticamente rico, inatingido, localizado ao lado da costa chinesa. Todavia, dois séculos e meio transcorreriam antes que um europeu pisasse em território dos japoneses.

Com a chegada a Tanegashima, praticamente os portugueses completaram seus postulados, desenhos dos continentes e mares, que constituíam os primeiros mapas de navegação.

No primeiro encontro em Tanegashima, os japoneses conheceram a espingarda, que iria alterar profundamente o comportamento bélico de um povo exímio no uso da espada e do arco e flecha. Em 1546, três anos após o primeiro encontro, três naus portuguesas chegaram a Kyushu, dando início ao intercâmbio comercial com o Japão. Durante quatro décadas, até 1587 (quando chegam os espanhóis), os portugueses foram os únicos parceiros europeus no intercâmbio com o Japão.

(Aliança Cultural Brasil-Japão. *Cultura Japonesa: São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba. Adaptado*)

Considere as passagens:

▪ Recuemos cinco séculos no tempo. (1º parágrafo) ▪ ... através da narrativa de Marco Polo que lá vivera cerca de 20 anos. (3º parágrafo)

Em conformidade com a norma-padrão, substituindo-se o primeiro verbo por Retroceder, e o segundo pela forma verbal do pretérito mais-que-perfeito composto, obtêm-se, respectivamente:

- (A) Retrocedemos; tinha vivido.
- (B) Retrocedemos; tivera vivido.
- (C) Retrocedamos; tinha vivido.
- (D) Retrocedermos; teria vivido.
- (E) Retrocedamos; tivera vivido

12. VUNESP - 2024

Analise as assertivas a seguir e assinale aquela em que ocorre o emprego de verbo no modo imperativo:

- (A) "Se eles entram nos trilhos, rodam que é uma beleza. Se não entram, cruzem os braços."
- (B) "Minhas senhoras, seu Mendonça pintou o diabo enquanto viveu. Mas agora é isto."
- (C) "Para diminuir a mortalidade e aumentar a produção, proibi a aguardente."
- (D) "Aqui existe um salto de cinco anos, e em cinco anos o mundo dá um bando de voltas."
- (E) "Não senhor, não procedi nem percorri. Tive abatimentos, desejo de recuar; contornei dificuldades: muitas curvas."

13. VUNESP - 2024

Minha empregada, Mme. Thérèse, que já ia se conformando em ser chamada de dona Teresa, caiu doente. Mandou-me um bilhete com a letra meio trêmula, falando em reumatismo. Dias depois apareceu, mas magra, mais pálida e menor; explicou-me que tudo fora consequência de uma corrente de ar. Que meu apartamento tem um courant d'air terrível, de tal modo que, _____, chegando em casa, nem teve coragem de tirar a roupa, caiu na cama. "Dói-me o corpo inteiro, senhor; o corpo inteiro."

O mesmo caso, ajuntou, houve cerca de 15 anos atrás, quando trabalhava em um apartamento que tinha uma corrente de ar exatamente igual _____ essa de que hoje sou sublocatário. Fez uma pausa. Fungou. Contou o dinheiro que eu lhe entregava, agradeceu _____ dispensa do troco. Foi lá dentro apanhar umas pobres coisas que deixara. Entregou-me a chave, fez qualquer observação sobre o aquecedor _____ gás – e depois, no lugar de sair _____ rua, deixou-se ficar imóvel e calada, de pé, em minha frente.

(Rubem Braga, "Dona Teresa". 200 crônicas escolhidas. Adaptado)

Assinale a alternativa em que o primeiro termo destacado é um pronome com valor possessivo, e o segundo, um adjetivo.

- (A) O mesmo caso, ajuntou, houve cerca de 15 anos atrás...
- (B) Mandou-me um bilhete com a letra meio trêmula, falando em reumatismo.
- (C) Entregou-me a chave, fez qualquer observação sobre o aquecedor...
- (D) "Dói-me o corpo inteiro, senhor; o corpo inteiro."
- (E) ... já ia se conformando em ser chamada de dona Teresa, caiu doente.

14. VUNESP - 2024

Assinale a alternativa em que a frase está em conformidade com a norma-padrão de concordância e de emprego do acento indicativo de crase.

- (A) As palavras e seus sentidos chegaram às obras lexicográficas após os falantes empregarem-no de maneira extensiva.
- (B) Até à Idade Média, os escribas no Ocidente estavam mormente concentrados no serviço para a Igreja, a qual os sustentavam.
- (C) Brás Cubas é personagem de obra muito lida por estudantes, que à ela recorrem sobretudo para obterem aprovação no vestibular.
- (D) A importância dos dicionários faz-se sentir mesmo hoje em que temos à disposição recursos informatizados, mas pouco confiáveis.
- (E) Cabem às instituições de ensino levar o conhecimento do significado correto das palavras aos que ainda estão em etapa de alfabetização.

15. VUNESP - 2024

A frase está redigida em conformidade com a norma-padrão de concordância e regência em:

- (A) O grupo de amigos, que sempre passam o Reveillon juntos, optou por não ir ao litoral na próxima virada.
- (B) Ao chegarmos a uma certa idade, é natural de que optemos por não assumirmos mais tantos compromissos.
- (C) Convites para trabalhos extra devem ser feitos com muita antecedência, sobretudo os não-remunerados.
- (D) Por falta de tato, houveram certas colocações inadequadas que levaram a palestrante responder negativamente.
- (E) A autocobrança e o receio de magoar o outro pode nos colocar em situações que não gostaríamos de estar.

16. VUNESP - 2024

SOMBRA

São muitas as pessoas sem coração, sem escrúpulos e sem consciência, que atormentam e destroem quem está ao seu alcance. Disfarçam-se por trás de profissões e nomes respeitáveis e nos enganam até que a mídia denuncie os seus sórdidos malfeitos. Porém, de gente sem sombra não se têm notícias. É contra a lei da Física. Todos os indivíduos, dos melhores aos piores, dos mais ricos aos mais pobres, sem distinção de credo ou cor, todos têm uma sombra. Mas eu sei de uma exceção. E foi o próprio homem sem sombra quem me contou a sua incrível história.

A confidência dele aconteceu por acaso. Éramos dois estranhos sentados lado a lado em um bar. Ele tinha o rosto pálido e olhos que expressavam uma profunda tristeza. Apiedei-me de tamanho desconsolo e perguntei se lhe poderia ser útil. Ele respondeu:

– Gostaria que me concedesse meia hora de seu tempo e ouvisse a triste história da minha vida. Sou um bom avaliador de caráter e sei que posso confiar em sua discricção. Peço-lhe que não faça uso da minha confidência, enquanto eu estiver neste mundo. Ouvindo-me, você prestará um grande favor, pois dividir o meu segredo aliviará o peso que carrego na alma.

(Lia Neiva, *Sombras e assombros*)

A concordância nominal e a verbal estão em conformidade com a norma-padrão em:

- (A) Porém, de gente sem sombra não há notícias. É contra a lei da Física. Todos os indivíduos indistintamente dispõem de sombras próprias.
- (B) Existe muitas pessoas sem coração, sem escrúpulos e sem consciência, que atormentam e destroem aqueles que estão próximo delas.
- (C) Muitas pessoas mostram-se decente por suas profissões e nomes, até que os seus sórdidos malfeitos vem a público, denunciados na mídia.
- (D) O rosto pálido do homem e os seus olhos tristes fez com que eu me apiedasse dele, tamanho eram o desconsolo que sua imagem passava.

17. VUNESP - 2024

Leia o texto para responder à questão.

LIBERDADE ADIADA

Sentia-se cansada. A barriga, as pernas, a cabeça, o corpo todo era um enorme peso que lhe caía irremediavelmente em cima. Esperava que a qualquer momento o coração lhe perfurasse o peito, lhe rasgasse a blusa.

Como seria o coração?

Teria mesmo aquela forma bonita dos postais coloridos?

... Será que as dores deformam os corações?

Pensou em atirar a lata de água ao chão, esparramar-se no líquido, encharcar-se, fazer-se lama, confundir-se com aqueles caminhos que durante anos e mais anos lhe comiam as solas dos pés, lhe queimavam as veias, lhe roubavam as forças.

Imaginou os filhos que aguardavam e já deviam estar acordados. Os filhos que ela odiava!

Não. Não voltaria para casa.

O barranco olhava-a, boca aberta, num sorriso irresistível, convidando-a para o encontro final.

Conhecia aquele tipo de sorriso e não tinha boas recordações dos tempos que vinham depois. Mas um dia havia de o eternizar. E se fosse agora, no instante que madrugava? A lata e ela, para sempre, juntas no sorriso do barranco.

Gostava de sua lata de carregar água. Tratava bem a lata. Às vezes, em momentos de raiva ou simplesmente indefinidos, areava uma, dez, mil vezes, até que sua lata ficava a luzir e a cólera, ou a indefinição se perdiam no brilho prateado. Com o fundo de madeira que tivera que mandar colocar, ficou mais pesada, mas não eram daí os seus tormentos.

À borda do barranco, com a lata de água à cabeça e a saia batida pelo vento, pensou nos filhos e levou as mãos ao peito.

O que tinha a ver os filhos com o coração? Os filhos... Como ela os amava, Nossenhora!

Apressou-se a ir ao encontro deles. O mais novito devia estar a chamar por ela.

Correu deixando o barranco e o sonho de liberdade para trás.

(Dina Salústio. *Mornas eram as noites*. Adaptado)

A regência verbal e a regência nominal estão em conformidade com a norma-padrão em:

- (A) Ela lembrou de que tinha a lata, que preferia manter bem areada do que nutrir a raiva, em certos momentos. Na verdade, ficava ansiosa em ver aquele objeto luzindo.
- (B) Ela lembrou que tinha a lata, que preferia mais manter bem areada que nutrir a raiva, em certos momentos. Na verdade, ficava ansiosa para ver aquele objeto luzindo.
- (C) Ela lembrou-se que tinha a lata, que preferia manter bem areada a nutrir a raiva, em certos momentos. Na verdade, ficava ansiosa de ver aquele objeto luzindo.
- (D) Ela lembrou-se de que tinha a lata, que preferia manter bem areada do que nutrir a raiva, em certos momentos. Na verdade, ficava ansiosa a ver aquele objeto luzindo.
- (E) Ela lembrou-se de que tinha a lata, que preferia manter bem areada a nutrir a raiva, em certos momentos. Na verdade, ficava ansiosa por ver aquele objeto luzindo.

18. VUNESP - 2024

Está em conformidade com a norma-padrão de regência a frase:

- (A) A sensação de estar em lugar que não pertence pode gerar um trauma perene.
- (B) Falta de hospitalidade acarreta geralmente uma fama ruim para quem a pratica.
- (C) Passantes mais desatentos nem mesmo desconfiam ao que o forasteiro passou.
- (D) Perante a uma série de acontecimentos insólitos, é preferível a deixar a cidade.
- (E) O olhar altivo dos moradores da cidade conduziu-a o título de “cidade antipática”.

19. VUNESP - 2024

Então Deus puniu a minha loucura e soberba; e quando desci ruelas escuras e desabei sobre a aldeia, meus sapatos faziam irregulares um ruído alto. Sentia-me um cavalo cego. Perto era tudo escuro; mas adivinhei o começo da praça pelo perfil indeciso dos telhados negros no céu noturno.

De repente a ladeira como que encorcovou sob meus pés, não era mais eu o cavalo, eu montava de pé um cavalo de pedras, ele galopava rápido para baixo.

Por milagre não caí, rolei vertical até desembocar no largo vazio: mas então divisei uma pequena luz além. O homem da hospedaria me olhou com o mesmo olhar de espanto e censura com que outros me receberiam – como se eu fosse um paraquedista civil lançado no bojo da noite para inquietar o sono daquela aldeia.

Disse-me que, dobrando à esquerda, além do cemitério, havia casa cercada de árvore; não era pensão, mas às vezes acolhiam alguém. Fui lá, bati palmas tímidas, gritei, dei murros na porta, ninguém lá dentro murmurou nem mugiu.

“Não há nesta aldeia de cristão um homem honesto que me dê pouso por uma noite?” Assim bradei, em vão. Então, como longe passasse um zumbido de aeroplano, me pus a considerar que o aviador assassino que no fundo das madrugadas arrasa com uma bomba uma aldeia adormecida – faz, às vezes, uma coisa simpática. Mas reina a paz em todas estas varsóvias escuras; amanhã pela manhã toda essa gente abrirá suas casas e sairá para a rua com um ar cínico e distraído, como se fossem pessoas de bem.

Passa na estrada um homem de bicicleta. Para um pouco longe de mim, meio assustado, e pergunta se preciso de alguma coisa. Digo-lhe que não achei onde dormir, estou marchando para outra aldeia. Não lhe peço nada, já não me importa dormir, posso andar por essa estrada até o sol me bater na cara.

Ele monta na bicicleta, mas depois de alguns metros volta. Atrás daquele bosque que me aponta passa a estrada de ferro, e ele trabalha na estaçãozinha humilde: dentro de duas horas tenho um trem.

Lá me recebe pouco depois, como um grão-senhor: no fundo do barracão das bagagens já me arrumou uma cama de ferro; não tem café, mas traz um copo de vinho.

Já não quero mais dormir: sala iluminada, onde o aparelho do telégrafo faz às vezes um ruído de inseto de metal, vejo trabalhar esse pequeno funcionário calvo e triste – e bebo em silêncio à saúde de um homem que não teme nem despreza outro homem.

(Rubem Braga. *Marcha noturna*.

[Assinale a alternativa em que o vocábulo destacado teve sua posição alterada em relação ao trecho original, mantendo-se a correção da norma-padrão de colocação pronominal da língua portuguesa.](https://cronicabrasileira.org.br, 04.02.1951. Adaptado)</p>
</div>
<div data-bbox=)

- (A) ... o mesmo olhar de espanto e censura com que outros receberiam me...
- (B) Não há nesta aldeia de cristão um homem honesto que dê me pouso por uma noite?
- (C) Então, como longe passasse um zumbido de aeroplano, pus me a considerar...

(D) Atrás daquele bosque que aponta me passa a estrada de ferro...

(E) ... no fundo do barracão das bagagens já arrumou me uma cama de ferro...

20. VUNESP - 2024

O MÉTODO JOKIC

Muitos entusiastas do basquetebol foram cativados pelo esporte influenciados pelo excepcional Michael Jordan. O esporte naturalmente evolui, e suas dificuldades também; os ídolos se renovam com o tempo. Basta lembrar do nosso “Mão Santa”, Oscar Schmidt, um dos maiores cestinhas da história do esporte e uma lenda do basquetebol brasileiro.

Gostaria de destacar um jogador de basquete profissional cujo talento é equiparável ao dos demais que se destacaram, mas com uma particularidade digna de nota. Estou me referindo a Nikola Jokic. Atualmente, ele atua na National Basketball Association (NBA) pela equipe do Denver Nuggets. Foi selecionado apenas como a 41ª escolha geral no Draft* de 2014, e conquistou o prêmio de Most Valuable Player e a final da temporada 2022-2023 da NBA, quando o Denver Nuggets ganhou o título inédito.

Originalmente situado na posição de pivô (jogador especializado em defender e atacar próximo ao aro); a posição garante a defesa e os bloqueios dos arremessos dos adversários no garrafão **, o atleta é conhecido por suas habilidades versáteis, destacando-se em assistências.

No basquete, a assistência refere-se ao ato de um jogador passar a bola para um companheiro de equipe que, em seguida, converte a cesta. Essa é a habilidade do jogador que cria oportunidades ofensivas para seus colegas; quem presta assistência não marca ponto, mas ajuda o outro a fazê-lo. Enfim, a equipe é a beneficiária. A assistência é a obsessão de Nikola. Ele não quer marcar ponto, quer servir o companheiro.

Essa atitude demonstra uma humildade peculiar e um olhar para o outro que gera confiança, respeito e influência. Seu jogo supre a necessidade alheia, pois é desapegado do objetivo primordial do basquete que normalmente glorifica o jogador: o ponto. Pode-se pensar que a especialização nas assistências seja um subterfúgio para escamotear uma habilidade precária. Nada disso! Nikola Jokic compreende o jogo plenamente. Quando é preciso, ele marca pontos de várias maneiras. A sua polivalência lhe rendeu o apelido The Joker (o coringa).

Tudo isso revela um estilo peculiar de liderança que chamo de “o método Jokic”. Quanto mais ele serve a equipe, mais se destaca como referência de liderança. Ele não é um líder ostensivo, mas alguém que lidera por ações para a equipe, não para si. Seu compromisso é com o sucesso coletivo, não com o individual.

Assistir a uma partida com Nikola Jokic é uma lição de liderança, fundamentada numa das mais belas qualidades humanas: a assistência ao outro.

(Fernando F. Rossi. *O Estado de S. Paulo*, 7 de abril de 2024. Adaptado)

* O Draft da NBA é o evento mais aguardado da temporada do basquete. É nessa noite que as equipes escolhem os jogadores que farão parte de suas respectivas franquias na próxima temporada e se esses jovens darão bons frutos no futuro.

** garrafão: região retangular que fica próxima à cesta.

A frase, construída a partir do texto, que apresenta o emprego do sinal indicativo de crase de acordo com a norma-padrão está na alternativa:

- (A) Assitir à um jogo com Nikola é uma lição de liderança.
 (B) O autor do texto refere-se às habilidades do jogador.
 (C) Seu jogo complementa, com humildade, à necessidade alheia.
 (D) Nikola começa à jogar dando assistência aos seus colegas.

GABARITO

1	B
2	A
3	E
4	C
5	D
6	C
7	A
8	C
9	C
10	B
11	C
12	A
13	D
14	D
15	A
16	A
17	E
18	B
19	C
20	B

ANOTAÇÕES

MATEMÁTICA

RESOLUÇÃO DE SITUAÇÕES-PROBLEMA, ENVOLVENDO: ADIÇÃO, SUBTRAÇÃO, MULTIPLICAÇÃO, DIVISÃO, POTENCIAÇÃO OU RADICAÇÃO COM NÚMEROS RACIONAIS, NAS SUAS REPRESENTAÇÕES FRACIONÁRIA OU DECIMAL

A habilidade de resolver problemas matemáticos é aprimorada através da prática e do entendimento dos conceitos fundamentais. Neste contexto, a manipulação de números racionais, seja em forma fracionária ou decimal, mostra-se como um aspecto essencial. A familiaridade com essas representações numéricas e a capacidade de transitar entre elas são competências essenciais para a resolução de uma ampla gama de questões matemáticas. Vejamos alguns exemplos:

- 01. (Câmara Municipal de São José dos Campos/SP – Analista Técnico Legislativo – Designer Gráfico – VUNESP)** Em um condomínio, a caixa d'água do bloco A contém 10 000 litros a mais de água do que a caixa d'água do bloco B. Foram transferidos 2 000 litros de água da caixa d'água do bloco A para a do bloco B, ficando o bloco A com o dobro de água armazenada em relação ao bloco B. Após a transferência, a diferença das reservas de água entre as caixas dos blocos A e B, em litros, vale
- (A) 4 000.
(B) 4 500.
(C) 5 000.
(D) 5 500.
(E) 6 000.

Resolução:

$$A = B + 10000 \quad (I)$$

$$\text{Transferidos: } A - 2000 = 2.B, \text{ ou seja, } A = 2.B + 2000 \quad (II)$$

Substituindo a equação (II) na equação (I), temos:

$$2.B + 2000 = B + 10000$$

$$2.B - B = 10000 - 2000$$

$$B = 8000 \text{ litros (no início)}$$

$$\text{Assim, } A = 8000 + 10000 = 18000 \text{ litros (no início)}$$

Portanto, após a transferência, fica:

$$A' = 18000 - 2000 = 16000 \text{ litros}$$

$$B' = 8000 + 2000 = 10000 \text{ litros}$$

Por fim, a diferença é de : $16000 - 10000 = 6000$ litros

Resposta: E.

- 02. (EBSERH/ HUSM/UFSM/RS – Analista Administrativo – AOCF)** Uma revista perdeu $\frac{1}{5}$ dos seus 200.000 leitores. Quantos leitores essa revista perdeu?
- (A) 40.000.
(B) 50.000.
(C) 75.000.

(D) 95.000.

(E) 100.000.

Resolução:

Observe que os 200.000 leitores representa o todo, daí devemos encontrar $\frac{1}{5}$ desses leitores, ou seja, encontrar $\frac{1}{5}$ de 200.000.

$$\frac{1}{5} \times 200.000 = \frac{1 \times 200.000}{5} = \frac{200.000}{5} = 40.000$$

Desta forma, 40000 representa a quantidade que essa revista perdeu

Resposta: A.

- 03. (PM/SP – Oficial Administrativo – VUNESP)** Uma pessoa está montando um quebra-cabeça que possui, no total, 512 peças. No 1.º dia foram montados $\frac{5}{16}$ do número total de peças e, no 2.º dia foram montados $\frac{3}{8}$ do número de peças restantes. O número de peças que ainda precisam ser montadas para finalizar o quebra-cabeça é:

(A) 190.

(B) 200.

(C) 210.

(D) 220.

(E) 230.

Resolução:

Neste exercício temos que 512 é o total de peças, e queremos encontrar a parte, portanto é a mesma forma de resolução do exercício anterior:

No 1.º dia foram montados $\frac{5}{16}$ do número total de peças
Logo é $\frac{5}{16}$ de 512, ou seja:

$$\frac{5}{16} \times 512 = \frac{5 \times 512}{16} = \frac{2560}{16} = 160$$

Assim, 160 representa a quantidade de peças que foram montadas no primeiro dia. Para o segundo dia teremos $512 - 160 = 352$ peças restantes, então devemos encontrar $\frac{3}{8}$ de 352, que foi a quantidade montada no segundo dia.

$$\frac{3}{8} \times 352 = \frac{3 \times 352}{8} = \frac{1056}{8} = 132$$

Logo, para encontrar quantas peças ainda precisam ser montadas iremos fazer a subtração $352 - 132 = 220$.

Resposta: D.

04. (Pref. Maranguape/CE – Prof. de educação básica – Matemática – GR Consultoria e Assessoria) João gastou R\$ 23,00, equivalente a terça parte de $\frac{3}{5}$ de sua mesada. Desse modo, a metade do valor da mesada de João é igual a:

- (A) R\$ 57,50;
- (B) R\$ 115,00;
- (C) R\$ 172,50;
- (D) R\$ 68,50.

Resolução:

Vamos representar a mesada pela letra x .

Como ele gastou a terça parte (que seria $\frac{1}{3}$) de $\frac{3}{5}$ da mesada (que equivale a 23,00), podemos escrever da seguinte maneira:

$$\frac{1}{3} \cdot \frac{3}{5} x = \frac{x}{5} = 23 \rightarrow x = 23 \cdot 5 \rightarrow x = 115$$

Logo, a metade de 115 = $115/2 = 57,50$

Resposta: A.

05. (FINEP – Assistente – CESGRANRIO) Certa praça tem 720 m^2 de área. Nessa praça será construído um chafariz que ocupará 600 dm^2 .

Que fração da área da praça será ocupada pelo chafariz?

- (A) $1/600$
- (B) $1/120$
- (C) $1/90$
- (D) $1/60$
- (E) $1/12$

Resolução:

$$600 \text{ dm}^2 = 6 \text{ m}^2$$

$$\frac{6}{720} : \frac{6}{6} = \frac{1}{120}$$

Resposta: B.

MÍNIMO MÚLTIPLO COMUM E MÁXIMO DIVISOR COMUM

MÁXIMO DIVISOR COMUM (MDC)

É o **maior número** que é divisor comum de todos os números dados. Para o cálculo do MDC usamos a **decomposição em fatores primos**. Procedemos da seguinte maneira:

Após decompor em fatores primos, o MDC é o produto dos **FATORES COMUNS** obtidos, cada um deles elevado ao seu **MENOR EXPOENTE**. Exemplo:

MDC (18,24,42) =

Decomposição de 18

$$\begin{array}{r|l} 18 & 2 \\ 9 & 3 \\ 3 & 3 \\ 1 & 2 \times 3 \times 3 \end{array}$$

↓

$$2 \times 3^2$$

Decomposição de 24

$$\begin{array}{r|l} 24 & 2 \\ 12 & 2 \\ 6 & 2 \\ 3 & 3 \\ 1 & 2 \times 2 \times 2 \times 3 \end{array}$$

↓

$$2^3 \times 3$$

Decomposição de 42

$$\begin{array}{r|l} 42 & 2 \\ 21 & 3 \\ 7 & 7 \\ 1 & 2 \times 3 \times 7 \end{array}$$

↓

$$2 \times 3 \times 7$$

Observe que os fatores comuns entre eles são: 2 e 3, então pegamos os de menores expoentes: $2 \times 3 = 6$. Logo o Máximo Divisor Comum entre 18, 24 e 42 é 6.

MÍNIMO MÚLTIPLO COMUM (MMC)

É o menor número positivo que é múltiplo comum de todos os números dados. A técnica para acharmos é a mesma do MDC, apenas com a seguinte ressalva:

O MMC é o produto dos **FATORES COMUNS E NÃO-COMUNS**, cada um deles elevado ao **SEU MAIOR EXPOENTE**.

Pegando o exemplo anterior, teríamos:

MMC (18, 24, 42) =

Fatores comuns e não-comuns = 2, 3 e 7

Com maiores expoentes: $2^3 \times 3^2 \times 7 = 8 \times 9 \times 7 = 504$. Logo o Mínimo Múltiplo Comum entre 18, 24 e 42 é 504.

Temos ainda que o produto do MDC e MMC é dado por: **MDC (A,B) . MMC (A,B) = A . B**

RAZÃO E PROPORÇÃO

RAZÃO

É uma fração, sendo a e b dois números a sua razão, chama-se razão de a para b: **a/b** ou **a:b**, assim representados, sendo b $\neq 0$. Temos que:

$$\frac{a}{b} \Rightarrow \frac{\text{antecedente}}{\text{consequente}}$$

Exemplo:

(SEPLAN/GO – PERITO CRIMINAL – FUNIVERSA) Em uma ação policial, foram apreendidos 1 traficante e 150 kg de um produto parecido com maconha. Na análise laboratorial, o perito constatou que o produto apreendido não era maconha pura, isto é, era uma mistura da Cannabis sativa com outras ervas. Interrogado, o traficante revelou que, na produção de 5 kg desse produto, ele usava apenas 2 kg da Cannabis sativa; o restante era composto por várias “outras ervas”. Nesse caso, é correto afirmar que, para fabricar todo o produto apreendido, o traficante usou

- (A) 50 kg de Cannabis sativa e 100 kg de outras ervas.
- (B) 55 kg de Cannabis sativa e 95 kg de outras ervas.
- (C) 60 kg de Cannabis sativa e 90 kg de outras ervas.
- (D) 65 kg de Cannabis sativa e 85 kg de outras ervas.
- (E) 70 kg de Cannabis sativa e 80 kg de outras ervas.

Resolução:

O enunciado fornece que a cada 5 kg do produto temos que 2 kg da Cannabis sativa e os demais outras ervas. Podemos escrever em forma de razão $\frac{2}{5}$, logo:

$$\frac{2}{5} \cdot 150 = 60 \text{ kg de Cannabis sativa}$$

$$\therefore 150 - 60 = 90 \text{ kg de outras ervas}$$

Resposta: C

Razões Especiais

São aquelas que recebem um nome especial. Vejamos algumas:

Velocidade: é razão entre a distância percorrida e o tempo gasto para percorrê-la.

$$V = \frac{\text{Distância}}{\text{Tempo}}$$

Densidade: é a razão entre a massa de um corpo e o seu volume ocupado por esse corpo.

$$d = \frac{\text{Massa}}{\text{Volume}}$$

PROPORÇÃO

É uma igualdade entre duas frações ou duas razões.

$$\frac{a}{b} = \frac{c}{d} \text{ ou } a : b :: c : d$$

Lemos: a esta para b, assim como c está para d.

Ainda temos:



• Propriedades da Proporção

– Propriedade Fundamental: o produto dos meios é igual ao produto dos extremos:

$$a \cdot d = b \cdot c$$

– A soma/diferença dos dois primeiros termos está para o primeiro (ou para o segundo termo), assim como a soma/diferença dos dois últimos está para o terceiro (ou para o quarto termo).

$$\frac{a}{b} = \frac{c}{d} \rightarrow \frac{a+b}{a} = \frac{c+d}{c} \text{ ou } \frac{a+b}{b} = \frac{c+d}{d}$$

$$\frac{a}{b} = \frac{c}{d} \rightarrow \frac{a-b}{a} = \frac{c-d}{c} \text{ ou } \frac{a-b}{b} = \frac{c-d}{d}$$

– A soma/diferença dos antecedentes está para a soma/diferença dos consequentes, assim como cada antecedente está para o seu consequente.

$$\frac{a}{b} = \frac{c}{d} \rightarrow \frac{a+c}{b+d} = \frac{a}{b} \text{ ou } \frac{a+c}{b+d} = \frac{c}{d}$$

$$\frac{a}{b} = \frac{c}{d} \rightarrow \frac{a-c}{b-d} = \frac{a}{b} \text{ ou } \frac{a-c}{b-d} = \frac{c}{d}$$

Exemplo:

(MP/SP – AUXILIAR DE PROMOTORIA I – ADMINISTRATIVO

– VUNESP) A medida do comprimento de um salão retangular está para a medida de sua largura assim como 4 está para 3. No piso desse salão, foram colocados somente ladrilhos quadrados inteiros, revestindo-o totalmente. Se cada fileira de ladrilhos, no sentido do comprimento do piso, recebeu 28 ladrilhos, então o número mínimo de ladrilhos necessários para revestir totalmente esse piso foi igual a

- (A) 588.
- (B) 350.
- (C) 454.
- (D) 476.
- (E) 382.

Resolução:

$$\frac{C}{L} = \frac{4}{3}, \text{ que fica } 4L = 3C$$

Fazendo $C = 28$ e substituindo na proporção, temos:

$$\frac{28}{L} = \frac{4}{3}$$

$$4L = 28 \cdot 3$$

$$L = 84 / 4$$

$$L = 21 \text{ ladrilhos}$$

Assim, o total de ladrilhos foi de $28 \cdot 21 = 588$

Resposta: A

REGRA DE TRÊS SIMPLES OU COMPOSTA

REGRA DE TRÊS SIMPLES

Os problemas que envolvem duas grandezas diretamente ou inversamente proporcionais podem ser resolvidos através de um processo prático, chamado REGRA DE TRÊS SIMPLES.

- Duas grandezas são **DIRETAMENTE PROPORCIONAIS** quando ao aumentarmos/diminuirmos uma a outra também aumenta/diminui.
- Duas grandezas são **INVERSAMENTE PROPORCIONAIS** quando ao aumentarmos uma a outra diminui e vice-versa.

Exemplos:

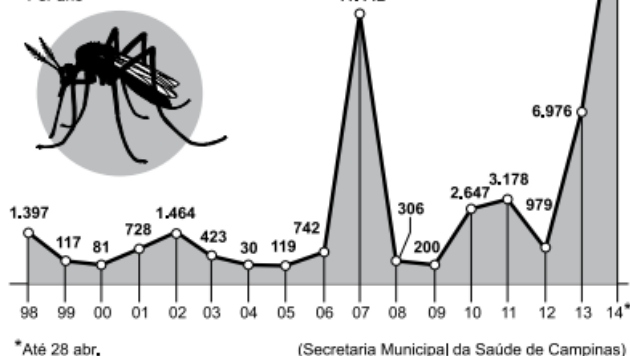
(PM/SP – OFICIAL ADMINISTRATIVO – VUNESP) Em 3 de maio de 2014, o jornal Folha de S. Paulo publicou a seguinte informação sobre o número de casos de dengue na cidade de Campinas.

DENGUE EM CAMPINAS

Veja o número de casos registrados na cidade de 1998 a abril deste ano

CASOS CONFIRMADOS

Por ano



De acordo com essas informações, o número de casos registrados na cidade de Campinas, até 28 de abril de 2014, teve um aumento em relação ao número de casos registrados em 2007, aproximadamente, de

- (A) 70%.
- (B) 65%.
- (C) 60%.
- (D) 55%.
- (E) 50%.

Resolução:

Utilizaremos uma regra de três simples:

ano		%
11442		100
17136		x

$$11442 \cdot x = 17136 \cdot 100$$

$$x = 1713600 / 11442 = 149,8\% \text{ (aproximado)}$$

$$149,8\% - 100\% = 49,8\%$$

Aproximando o valor, teremos 50%

Resposta: E

(PRODAM/AM – AUXILIAR DE MOTORISTA – FUNCAB)

Numa transportadora, 15 caminhões de mesma capacidade transportam toda a carga de um galpão em quatro horas. Se três deles quebrassem, em quanto tempo os outros caminhões fariam o mesmo trabalho?

- (A) 3 h 12 min
- (B) 5 h
- (C) 5 h 30 min
- (D) 6 h
- (E) 6 h 15 min

Resolução:

Vamos utilizar uma Regra de Três Simples Inversa, pois, quanto menos caminhões tivermos, mais horas demorará para transportar a carga:

caminhões		horas
15	_____	4
(15 – 3)	_____	x

$$12 \cdot x = 4 \cdot 15$$

$$x = 60 / 12$$

$$x = 5 \text{ h}$$

Resposta: B

REGRA DE TRÊS COMPOSTA

Chamamos de REGRA DE TRÊS COMPOSTA, problemas que envolvem mais de duas grandezas, diretamente ou inversamente proporcionais.

Exemplos:

(CÂMARA DE SÃO PAULO/SP – TÉCNICO ADMINISTRATIVO – FCC) O trabalho de varrição de 6.000 m² de calçada é feita em um dia de trabalho por 18 varredores trabalhando 5 horas por dia. Mantendo-se as mesmas proporções, 15 varredores varrerão 7.500 m² de calçadas, em um dia, trabalhando por dia, o tempo de

- (A) 8 horas e 15 minutos.
- (B) 9 horas.
- (C) 7 horas e 45 minutos.
- (D) 7 horas e 30 minutos.
- (E) 5 horas e 30 minutos.

Resolução:

Comparando- se cada grandeza com aquela onde está o x.

M ² ↑	varredores ↓	horas ↑
6000	18	5
7500	15	x

Quanto mais a área, mais horas (diretamente proporcionais)
Quanto menos trabalhadores, mais horas (inversamente proporcionais)

$$\frac{5}{x} = \frac{6000}{7500} \cdot \frac{15}{18}$$

$$6000 \cdot 15 \cdot x = 5 \cdot 7500 \cdot 18$$

$$90000x = 675000$$

$$x = 7,5 \text{ horas}$$

Como 0,5 h equivale a 30 minutos, logo o tempo será de 7 horas e 30 minutos.

Resposta: D

(PREF. CORBÉLIA/PR – CONTADOR – FAUEL) Uma equipe constituída por 20 operários, trabalhando 8 horas por dia durante 60 dias, realiza o calçamento de uma área igual a 4800 m². Se essa equipe fosse constituída por 15 operários, trabalhando 10 horas por dia, durante 80 dias, faria o calçamento de uma área igual a:

- (A) 4500 m²
- (B) 5000 m²
- (C) 5200 m²
- (D) 6000 m²
- (E) 6200 m²

Resolução:

Operários ↑	horas ↑	dias ↑	área ↑
20	8	60	4800
15	10	80	x

Todas as grandezas são diretamente proporcionais, logo:

$$\frac{4800}{x} = \frac{20}{15} \cdot \frac{8}{10} \cdot \frac{60}{80}$$

$$20 \cdot 8 \cdot 60 \cdot x = 4800 \cdot 15 \cdot 10 \cdot 80$$

$$9600x = 5760000$$

$$x = 6000 \text{ m}^2$$

Resposta: D

PORCENTAGEM

São chamadas de razões centesimais ou taxas percentuais ou simplesmente de porcentagem, as razões de denominador 100, ou seja, que representam a centésima parte de uma grandeza. Costumam ser indicadas pelo numerador seguido do símbolo %. (Lê-se: “por cento”).

$$\frac{x}{100} = x \%$$

Exemplo:

(CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/ SP – ANALISTA TÉCNICO LEGISLATIVO – DESIGNER GRÁFICO – VUNESP) O departamento de Contabilidade de uma empresa tem 20 funcionários, sendo que 15% deles são estagiários. O departamento de Recursos Humanos tem 10 funcionários, sendo 20% estagiários. Em relação ao total de funcionários desses dois departamentos, a fração de estagiários é igual a

- (A) 1/5.
- (B) 1/6.
- (C) 2/5.
- (D) 2/9.
- (E) 3/5.

Resolução:

$$* \text{ Dep. Contabilidade: } \frac{15}{100} \cdot 20 = \frac{30}{10} = 3 \rightarrow 3 \text{ (estagiários)}$$

$$* \text{ Dep. R.H.: } \frac{20}{100} \cdot 10 = \frac{200}{100} = 2 \rightarrow 2 \text{ (estagiários)}$$

$$* \text{ Total} = \frac{\text{números estagiários}}{\text{números de funcionários}} = \frac{5}{30} = \frac{1}{6}$$

Resposta: B

Lucro e Prejuízo em porcentagem

É a diferença entre o preço de venda e o preço de custo. Se a diferença for POSITIVA, temos o **LUCRO (L)**, caso seja NEGATIVA, temos **PREJUÍZO (P)**.

Logo: Lucro (L) = Preço de Venda (V) – Preço de Custo (C).

Lucro sobre o valor de compra (Pc)

$$P_c = \frac{C - V}{C}$$

Lucro sobre o valor de venda (Pv)

$$P_v = \frac{C - V}{V}$$

Exemplo:

(CÂMARA DE SÃO PAULO/SP – TÉCNICO ADMINISTRATIVO

– FCC) O preço de venda de um produto, descontado um imposto de 16% que incide sobre esse mesmo preço, supera o preço de compra em 40%, os quais constituem o lucro líquido do vendedor. Em quantos por cento, aproximadamente, o preço de venda é superior ao de compra?

- (A) 67%.
- (B) 61%.
- (C) 65%.
- (D) 63%.
- (E) 69%.

Resolução:

Preço de venda: V

Preço de compra: C

$$V - 0,16V = 1,4C$$

$$0,84V = 1,4C$$

$$\frac{V}{C} = \frac{1,4}{0,84} = 1,67$$

O preço de venda é 67% superior ao preço de compra.

Resposta: A

Aumento e Desconto em porcentagem

– Aumentar um valor V em p%, equivale a multiplicá-lo por

$$\left(1 + \frac{p}{100}\right) \cdot V$$

Logo:

$$V_A = \left(1 + \frac{p}{100}\right) \cdot V$$

– Diminuir um valor V em p%, equivale a multiplicá-lo por

$$\left(1 - \frac{p}{100}\right) \cdot V$$

Logo:

$$V_D = \left(1 - \frac{p}{100}\right) \cdot V$$

Fator de multiplicação

É o valor final de $(1 + \frac{p}{100})$ ou $(1 - \frac{p}{100})$, é o que chamamos de **fator de multiplicação**, muito útil para resolução de cálculos de porcentagem. O mesmo pode ser um **acréscimo** ou **decréscimo** no valor do produto.

Acréscimo ou Lucro	→	Fator de Multiplicação	Prejuízo ou Desconto	→	Fator de Multiplicação
1 %	→	1,01	1 %	→	0,99
5 %	→	1,05	5 %	→	0,95
10 %	→	1,10	10 %	→	0,90
15 %	→	1,15	25 %	→	0,75
37 %	→	1,37	37 %	→	0,63
100 %	→	2,00	50 %	→	0,50
185 %	→	2,85	80 %	→	0,20

Aumentos e Descontos sucessivos em porcentagem

São valores que aumentam ou diminuem sucessivamente. Para efetuar os respectivos descontos ou aumentos, fazemos uso dos fatores de multiplicação. Basta multiplicarmos o Valor pelo fator de multiplicação (acréscimo e/ou decréscimo).

Exemplo: Certo produto industrial que custava R\$ 5.000,00 sofreu um acréscimo de 30% e, em seguida, um desconto de 20%. Qual o preço desse produto após esse acréscimo e desconto?

Resolução:

$$V_A = 5000 \cdot (1,3) = 6500 \text{ e}$$

$$V_D = 6500 \cdot (0,80) = 5200, \text{ podemos, para agilizar os cálculos, juntar tudo em uma única equação:}$$

$$5000 \cdot 1,3 \cdot 0,8 = 5200$$

Logo o preço do produto após o acréscimo e desconto é de R\$ 5.200,00

EQUAÇÕES DO 1 OU DO 2 GRAUS

Equação é toda sentença matemática aberta que exprime uma relação de igualdade e uma incógnita ou variável (x, y, z,...).

EQUAÇÃO DO 1º GRAU

As equações do primeiro grau são aquelas que podem ser representadas sob a forma **ax + b = 0**, em que **a** e **b** são constantes reais, com a diferente de 0, e x é a variável. A resolução desse tipo de equação é fundamentada nas propriedades da igualdade descritas a seguir.

Adicionando um mesmo número a ambos os membros de uma equação, ou subtraindo um mesmo número de ambos os membros, a igualdade se mantém.

Dividindo ou multiplicando ambos os membros de uma equação por um mesmo número não-nulo, a igualdade se mantém.

• Membros de uma equação

Numa equação a expressão situada à esquerda da igualdade é chamada de 1º membro da equação, e a expressão situada à direita da igualdade, de 2º membro da equação.

$$\begin{array}{ccc} - 3x + 12 & = & 2x - 9 \\ \text{1º membro} & & \text{2º membro} \end{array}$$

• Resolução de uma equação

Colocamos no primeiro membro os termos que apresentam variável, e no segundo membro os termos que não apresentam variável. Os termos que mudam de membro têm os sinais trocados.

$$5x - 8 = 12 + x$$

$$5x - x = 12 + 8$$

$$4x = 20$$

$$X = 20/4$$

$$X = 5$$

Ao substituirmos o valor encontrado de x na equação obtemos o seguinte:

$$\begin{aligned} 5x - 8 &= 12 + x \\ 5.5 - 8 &= 12 + 5 \\ 25 - 8 &= 17 \\ 17 &= 17 \text{ (V)} \end{aligned}$$

Quando se passa de um membro para o outro se usa a operação inversa, ou seja, o que está multiplicando passa dividindo e o que está dividindo passa multiplicando. O que está adicionando passa subtraindo e o que está subtraindo passa adicionando.

Exemplo:

(PRODAM/AM – AUXILIAR DE MOTORISTA – FUNCAB)

Um grupo formado por 16 motoristas organizou um churrasco para suas famílias. Na semana do evento, seis deles desistiram de participar. Para manter o churrasco, cada um dos motoristas restantes pagou R\$ 57,00 a mais.

O valor total pago por eles, pelo churrasco, foi:

- (A) R\$ 570,00
- (B) R\$ 980,50
- (C) R\$ 1.350,00
- (D) R\$ 1.480,00
- (E) R\$ 1.520,00

Resolução:

Vamos chamar de (x) o valor para cada motorista. Assim:

$$16 \cdot x = \text{Total}$$

$$\text{Total} = 10 \cdot (x + 57) \text{ (pois 6 desistiram)}$$

Combinando as duas equações, temos:

$$16x = 10x + 570$$

$$16x - 10x = 570$$

$$6x = 570$$

$$x = 570 / 6$$

$$x = 95$$

$$\text{O valor total é: } 16 \cdot 95 = \text{R\$ } 1520,00.$$

Resposta: E

EQUAÇÃO DO 2º GRAU

As equações do segundo grau são aquelas que podem ser representadas sob a forma $ax^2 + bx + c = 0$, em que a , b e c são constantes reais, com a diferente de 0, e x é a variável.

• Equação completa e incompleta

1) Quando $b \neq 0$ e $c \neq 0$, a equação do 2º grau se diz **completa**.

Ex.: $x^2 - 7x + 11 = 0$ é uma equação completa ($a = 1$, $b = -7$, $c = 11$).

2) Quando $b = 0$ ou $c = 0$ ou $b = c = 0$, a equação do 2º grau se diz **incompleta**.

Exs.:

$$x^2 - 81 = 0 \text{ é uma equação incompleta (} b=0 \text{).}$$

$$x^2 + 6x = 0 \text{ é uma equação incompleta (} c=0 \text{).}$$

$$2x^2 = 0 \text{ é uma equação incompleta (} b=c=0 \text{).}$$

• Resolução da equação

1º) A equação é da forma $ax^2 + bx = 0$ (**incompleta**)

$x^2 - 16x = 0$. colocamos x em evidência

$$x \cdot (x - 16) = 0,$$

$$x = 0$$

$$x - 16 = 0$$

$$x = 16$$

Logo, $S = \{0, 16\}$ e os números 0 e 16 são as raízes da equação.

2º) A equação é da forma $ax^2 + c = 0$ (**incompleta**)

$x^2 - 49 = 0$. Fatoramos o primeiro membro, que é uma diferença de dois quadrados.

$$(x + 7) \cdot (x - 7) = 0,$$

$x + 7 = 0$	$x - 7 = 0$
$x = -7$	$x = 7$

ou

$$x^2 - 49 = 0$$

$$x^2 = 49$$

$$x^2 = 49$$

$$x = 7, \text{ (aplicando a segunda propriedade).}$$

$$\text{Logo, } S = \{-7, 7\}.$$

3º) A equação é da forma $ax^2 + bx + c = 0$ (**completa**)

Para resolvê-la usaremos a fórmula de Bháskara.

$$ax^2 + bx + c = 0 \Rightarrow x = \frac{-b \pm \sqrt{\Delta}}{2a} \text{ onde } \Delta = b^2 - 4ac$$

Conforme o valor do discriminante Δ existem três possibilidades quanto à natureza da equação dada.

$$\begin{cases} \Delta > 0 \rightarrow \text{Existem duas raízes reais e desiguais} \\ \Delta = 0 \rightarrow \text{Existem duas raízes reais e iguais} \\ \Delta < 0 \rightarrow \text{Existem duas raízes complexas da forma } \alpha \pm \beta\sqrt{-1} \end{cases}$$

Quando ocorre a última possibilidade é costume dizer-se que não existem raízes reais, pois, de fato, elas não são reais já que não existe, no conjunto dos números reais, $\sqrt{a}$ quando $a < 0$.

• Relações entre raízes e coeficientes

Soma	$x_1 + x_2 = -\frac{b}{a}$	}	$x^2 - Sx + P = 0$
Produto	$x_1 \cdot x_2 = \frac{c}{a}$		

Exemplo:

(CÂMARA DE CANITAR/SP – RECEPCIONISTA – INDEC) Qual a equação do 2º grau cujas raízes são 1 e 3/2?

- (A) $x^2 - 3x + 4 = 0$
 (B) $-3x^2 - 5x + 1 = 0$
 (C) $3x^2 + 5x + 2 = 0$
 (D) $2x^2 - 5x + 3 = 0$

Resolução:

Como as raízes foram dadas, para saber qual a equação:

$x^2 - Sx + P = 0$, usando o método da soma e produto; S = duas raízes somadas resultam no valor numérico de b; e P = duas raízes multiplicadas resultam no valor de c.

$$S = 1 + \frac{3}{2} = \frac{5}{2} = b$$

$$P = 1 \cdot \frac{3}{2} = \frac{3}{2} = c ; \text{ substituindo}$$

$$x^2 - \frac{5}{2}x + \frac{3}{2} = 0$$

$$2x^2 - 5x + 3 = 0$$

Resposta: D

SISTEMA DE EQUAÇÕES DO 1 GRAU

Um sistema de equação de 1º grau com duas incógnitas é formado por: duas equações de 1º grau com duas incógnitas diferentes em cada equação. Veja um exemplo:

$$\begin{cases} x + y = 20 \\ 3x + 4y = 72 \end{cases}$$

Resolução de sistemas

Existem dois métodos de resolução dos sistemas. Vejamos:

Método da substituição

Consiste em escolher uma das duas equações, isolar uma das incógnitas e substituir na outra equação, veja como:

Dado o sistema $\begin{cases} x + y = 20 \\ 3x + 4y = 72 \end{cases}$, enumeramos as equações.

$$\begin{cases} x + y = 20 & 1 \\ 3x + 4y = 72 & 2 \end{cases}$$

Escolhemos a equação 1 (pelo valor da incógnita de x ser 1) e isolamos x. Teremos: $x = 20 - y$ e substituímos na equação 2.

$3(20 - y) + 4y = 72$, com isso teremos apenas 1 incógnita. Resolvendo:

$$60 - 3y + 4y = 72 \rightarrow -3y + 4y = 72 - 60 \rightarrow y = 12$$

Para descobrir o valor de x basta substituir 12 na equação $x = 20 - y$. Logo:

$$x = 20 - y \rightarrow x = 20 - 12 \rightarrow x = 8$$

Portanto, a solução do sistema é $S = (8, 12)$

Método da adição

Esse método consiste em adicionar as duas equações de tal forma que a soma de uma das incógnitas seja zero. Para que isso aconteça será preciso que multipliquemos algumas vezes as duas equações ou apenas uma equação por números inteiros para que a soma de uma das incógnitas seja zero.

Dado o sistema $\begin{cases} x + y = 20 \\ 3x + 4y = 72 \end{cases}$:

Para adicionarmos as duas equações e a soma de uma das incógnitas de zero, teremos que multiplicar a primeira equação por -3.

$$\begin{cases} x + y = 20 & (-3) \\ 3x + 4y = 72 \end{cases}$$

Teremos:

$$\begin{cases} -3x - 3y = -60 \\ 3x + 4y = 72 \end{cases}$$

Adicionando as duas equações:

$$\begin{array}{r} -3x - 3y = -60 \\ + \quad 3x + 4y = 72 \\ \hline y = 12 \end{array}$$

Para descobrirmos o valor de x basta escolher uma das duas equações e substituir o valor de y encontrado:

$$x + y = 20 \rightarrow x + 12 = 20 \rightarrow x = 20 - 12 \rightarrow x = 8$$

Portanto, a solução desse sistema é: $S = (8, 12)$.

Exemplos:

(SABESP – APRENDIZ – FCC) Em uma gincana entre as três equipes de uma escola (amarela, vermelha e branca), foram arrecadados 1 040 quilogramas de alimentos. A equipe amarela arrecadou 50 quilogramas a mais que a equipe vermelha e esta arrecadou 30 quilogramas a menos que a equipe branca. A quantidade de alimentos arrecadada pela equipe vencedora foi, em quilogramas, igual a

- (A) 310
- (B) 320
- (C) 330
- (D) 350
- (E) 370

Resolução:

Amarela: x

Vermelha: y

Branca: z

$$x = y + 50$$

$$y = z - 30$$

$$z = y + 30$$

$$\begin{cases} x + y + z = 1040 \\ x = y + 50 \\ z = y + 30 \end{cases}$$

Substituindo a II e a III equação na I:

$$\begin{aligned} y + 50 + y + y + 30 &= 1040 \\ 3y &= 1040 - 80 \\ y &= 320 \end{aligned}$$

Substituindo na equação II

$$x = 320 + 50 = 370$$

$$z = 320 + 30 = 350$$

A equipe que mais arrecadou foi a amarela com 370kg

Resposta: E

(SABESP – ANALISTA DE GESTÃO I - CONTABILIDADE – FCC) Em um campeonato de futebol, as equipes recebem, em cada jogo, três pontos por vitória, um ponto em caso de empate e nenhum ponto se forem derrotadas. Após disputar 30 partidas, uma das equipes desse campeonato havia perdido apenas dois jogos e acumulado 58 pontos. O número de vitórias que essa equipe conquistou, nessas 30 partidas, é igual a

- (A) 12
- (B) 14
- (C) 16
- (D) 13
- (E) 15

Resolução:

Considerando:

Vitórias: x

Empate: y

Derrotas: 2

1) Pelo número de partida temos:

$$x + y + 2 = 30$$

$$x + y = 30 - 2$$

$$x + y = 28$$

$$y = 28 - x$$

2) A segunda parte nos baseamos nos pontos, assim sendo:

$$3x + 1y + 0.2 = 58$$

$$3x + y = 58$$

Substituindo y da primeira parte na segunda temos:

$$3x + y = 58$$

$$3x + (28 - x) = 58$$

$$2x = 58 - 28$$

$$2x = 30$$

$$x = 30 / 2$$

$$x = 15$$

Resposta: E

GRANDEZAS E MEDIDAS: QUANTIDADE, TEMPO, COMPRIMENTO, SUPERFÍCIE, CAPACIDADE E MASSA

O sistema métrico decimal é parte integrante do Sistema de Medidas. É adotado no Brasil tendo como unidade fundamental de medida o metro.

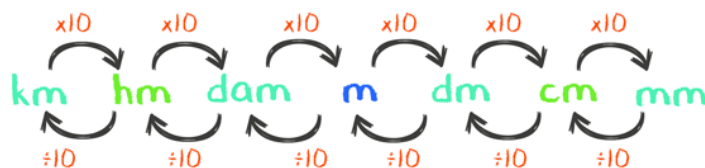
O Sistema de Medidas é um conjunto de medidas usado em quase todo o mundo, visando padronizar as formas de medição.

MEDIDAS DE COMPRIMENTO

Os múltiplos do metro são usados para realizar medição em grandes distâncias, enquanto os submúltiplos para realizar medição em pequenas distâncias.

MÚLTIPLOS			UNIDADE FUNDAMENTAL	SUBMÚLTIPLOS		
Quilômetro	Hectômetro	Decâmetro	Metro	Decímetro	Centímetro	Milímetro
km	hm	Dam	m	dm	cm	mm
1000m	100m	10m	1m	0,1m	0,01m	0,001m

Para transformar basta seguir a tabela seguinte (esta transformação vale para todas as medidas):



MEDIDAS DE SUPERFÍCIE E ÁREA

As unidades de área do sistema métrico correspondem às unidades de comprimento da tabela anterior.

São elas: quilômetro quadrado (km^2), hectômetro quadrado (hm^2), etc. As mais usadas, na prática, são o quilômetro quadrado, o metro quadrado e o hectômetro quadrado, este muito importante nas atividades rurais com o nome de hectare (ha): $1 \text{ hm}^2 = 1 \text{ ha}$.

No caso das unidades de área, o padrão muda: uma unidade é 100 vezes a menor seguinte e não 10 vezes, como nos comprimentos. Entretanto, consideramos que o sistema continua decimal, porque $100 = 10^2$. A nomenclatura é a mesma das unidades de comprimento acrescidas de quadrado.

Vejamos as relações entre algumas dessas unidades que não fazem parte do sistema métrico e as do sistema métrico decimal (valores aproximados):

1 polegada = 25 milímetros

1 milha = 1 609 metros

1 légua = 5 555 metros

1 pé = 30 centímetros

MEDIDAS DE VOLUME E CAPACIDADE

Na prática, são muito usados o metro cúbico(m^3) e o centímetro cúbico(cm^3).

Nas unidades de volume, há um novo padrão: cada unidade vale 1000 vezes a unidade menor seguinte. Como $1000 = 10^3$, o sistema continua sendo decimal. Acrescentamos a nomenclatura cúbico.

A noção de capacidade relaciona-se com a de volume. A unidade fundamental para medir capacidade é o litro (l); 1l equivale a $1 dm^3$.

MEDIDAS DE MASSA

O sistema métrico decimal inclui ainda unidades de medidas de massa. A unidade fundamental é o grama(g). Assim as denominamos: Kg – Quilograma; hg – hectograma; dag – decagrama; g – grama; dg – decigrama; cg – centigrama; mg – miligrama

Dessas unidades, só têm uso prático o quilograma, o grama e o miligrama. No dia-a-dia, usa-se ainda a tonelada (t). Medidas Especiais:

1 Tonelada(t) = 1000 Kg

1 Arroba = 15 Kg

1 Quilate = 0,2 g

Em resumo temos:

Medida de	Grandeza	Fator	Múltiplos			Unidade	Submúltiplos		
Capacidade	Litro	10	kl	hl	dal	l	dl	cl	ml
Volume	Metro Cúbico	1000	km^3	hm^3	dam^3	m^3	dm^3	cm^3	mm^3
Área	Metro Quadrado	100	km^2	hm^2	dam^2	m^2	dm^2	cm^2	mm^2
Comprimento	Metro	10	km	hm	dam	m	dm	cm	mm
Massa	Grama	10	kg	hg	dag	g	dg	cg	mg
			: ←→ X	: ←→ X	: ←→ X	: ←→ X	: ←→ X	: ←→ X	: ←→ X

Relações importantes



$$1 kg = 1 l = 1 dm^3$$

$$1 hm^2 = 1 ha = 10.000m^2$$

$$1 m^3 = 1000 l$$

Exemplos:

(CLIN/RJ - GARI E OPERADOR DE ROÇADEIRA - COSEAC) Uma peça de um determinado tecido tem 30 metros, e para se confeccionar uma camisa desse tecido são necessários 15 decímetros. Com duas peças desse tecido é possível serem confeccionadas:

- (A) 10 camisas
- (B) 20 camisas
- (C) 40 camisas
- (D) 80 camisas

Resolução:

Como eu quero 2 peças desse tecido e 1 peça possui 30 metros logo:

$30 \cdot 2 = 60 m$. Temos que trabalhar com todas na mesma unidade: 1 m é 10dm assim temos $60m \cdot 10 = 600 dm$, como cada camisa gasta um total de 15 dm, temos então:

$$600/15 = 40 \text{ camisas.}$$

Resposta: C

(CLIN/RJ - GARI E OPERADOR DE ROÇADEIRA - COSEAC)

Um veículo tem capacidade para transportar duas toneladas de carga. Se a carga a ser transportada é de caixas que pesam 4 quilogramas cada uma, o veículo tem capacidade de transportar no máximo:

- (A) 50 caixas
- (B) 100 caixas
- (C) 500 caixas
- (D) 1000 caixas

Resolução:

Uma tonelada(ton) é 1000 kg, logo 2 ton. $1000\text{kg} = 2000 \text{ kg}$

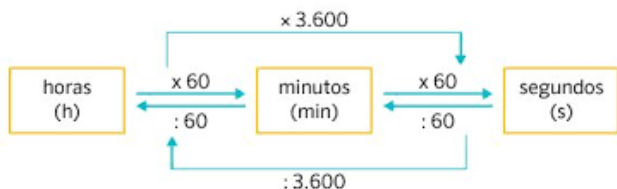
Cada caixa pesa 4kg

$2000 \text{ kg} / 4\text{kg} = 500 \text{ caixas}$.

Resposta: C

MEDIDAS DE TEMPO

As unidades de medida de tempo são padrões utilizados para quantificar a passagem do tempo. Essas unidades são fundamentais no cotidiano, pois nos permitem medir e organizar períodos como horas, dias, meses e anos. Elas desempenham um papel crucial na estruturação de nossas atividades diárias, planejamento de eventos futuros e na compreensão de intervalos de tempo em longo prazo.



Adição de Tempo

Suponha que você deseja adicionar 1 hora e 50 minutos a 30 minutos. O processo é o seguinte:

Inicialmente, você tem:

Hora	minutos
1	50
+	30
1	80

80 minutos é mais do que 60 minutos (1 hora), então:

Adicione 1 hora extra: 1 hora + 1 hora = 2 horas

Subtraia 60 minutos dos 80 minutos: $80 - 60 = 20$ minutos

Portanto, o resultado é 2 horas e 20 minutos.

Hora	Minutos
1	50
+	30
1	80
+1	-60
2	20

Subtração de Tempo

Agora, imagine que você precisa subtrair 1 hora e 30 minutos de 2 horas e 20 minutos:

Inicialmente, você tem:

Hora	Minutos
2	20
-1	30

Não é possível subtrair 30 minutos de 20 minutos diretamente, então você precisa converter 1 hora em 60 minutos e adicioná-los aos 20 minutos existentes:

$20 \text{ minutos} + 60 \text{ minutos} = 80 \text{ minutos}$

Hora	Minutos
-1	+60
2	20
-1	30

Realizando a subtração:

Hora	Minutos
1	80
-1	30
0	50

Novas horas: 1 (porque você converteu uma hora em minutos)

Novos minutos: 80

Subtraia 1 hora e 30 minutos:

Horas: $1 - 1 = 0$

Minutos: $80 - 30 = 50 \text{ minutos}$

Assim, o resultado é 50 minutos.

RELAÇÃO ENTRE GRANDEZAS: TABELA OU GRÁFICO

A relação entre grandezas pode ser mais bem compreendida por meio do uso de tabelas e gráficos, que são ferramentas essenciais na representação e análise de dados. Tabelas e gráficos são amplamente utilizados em diversas áreas, como ciência, economia, estatística, educação e muitas outras, para apresentar informações de forma organizada e visualmente acessível.

As tabelas podem mostrar a relação entre duas ou mais grandezas de forma direta. Por exemplo, em uma tabela de vendas, as colunas podem representar o tempo (mês), a quantidade de produtos vendidos e a receita gerada. Ao analisar a tabela, é possível identificar como a quantidade de produtos vendidos e a receita estão relacionadas ao longo do tempo.

Os gráficos são especialmente úteis para representar a relação entre grandezas. Gráficos de dispersão, por exemplo, mostram como duas grandezas estão relacionadas, geralmente exibindo pontos no plano cartesiano. Gráficos de barras e de linhas podem mostrar como as grandezas variam em relação a uma terceira variável, como o tempo.

TABELAS

As tabelas são uma representação não textual de informações, onde os dados numéricos ocupam um papel central. Seu propósito é organizar informações de maneira ordenada, clara e concisa, permitindo a fácil interpretação dos dados em um espaço mínimo.

Componentes de uma tabela

Uma tabela estatística consiste em elementos essenciais e elementos complementares. Os elementos essenciais incluem:

Título: uma descrição que precede a tabela, fornecendo informações sobre o que está sendo observado, bem como o local e a data da pesquisa.

Corpo: a parte principal da tabela, composta por linhas e colunas que contêm os dados.

Cabeçalho: a seção superior da tabela que identifica o conteúdo das colunas.

Coluna indicadora: a parte da tabela que descreve o conteúdo das linhas.

Os elementos complementares podem incluir:

Fonte: a entidade responsável por fornecer os dados ou criar a tabela.

Notas: informações gerais destinadas a esclarecer o conteúdo da tabela.

Chamadas: informações específicas usadas para explicar ou definir dados em uma parte da tabela. As chamadas são numeradas com algarismos arábicos, posicionados à esquerda nas células e à direita na coluna indicadora. Esses elementos complementares geralmente são encontrados no rodapé da tabela, na ordem em que foram mencionados.

Produção de café Brasil – 2005 a 2009	
coluna indicadora	Produção (1000 ton.)
2005	2535
2006	2666
2007	2122
2008	3750
2009	2007

Fonte: dados fictícios.

GRÁFICOS

Uma maneira alternativa de apresentar informações estatísticas é por meio de gráficos, que são representações visuais. Os gráficos são altamente eficazes na apresentação de dados, proporcionando uma compreensão mais rápida e facilitada do comportamento dos fenômenos em estudo.

Um gráfico é, fundamentalmente, uma representação gráfica de dados que é derivada de uma tabela. Embora as tabelas ofereçam uma representação precisa e permitam uma análise detalhada dos dados, os gráficos são mais adequados para situações em que se deseja fornecer uma impressão rápida e fácil do fenômeno em questão.

É importante ressaltar que tanto os gráficos quanto as tabelas têm finalidades distintas, e a escolha entre eles depende do objetivo da apresentação. Frequentemente, a utilização de um não exclui o uso do outro, e ambos podem ser empregados complementarmente.

Ao criar um gráfico, é necessário observar algumas diretrizes gerais:

1) Os gráficos geralmente são criados em um sistema de eixos chamado sistema cartesiano ortogonal. A variável independente é representada no eixo horizontal (abscissas), enquanto a variável dependente é colocada no eixo vertical (ordenadas). O ponto de partida no eixo vertical deve ser sempre zero, que é o ponto de encontro dos eixos.

2) Intervalos iguais de medidas devem corresponder a intervalos iguais nas escalas. Por exemplo, se o intervalo de 10-15 kg corresponder a 2 cm na escala, o intervalo de 40-45 kg também deverá corresponder a 2 cm, enquanto o intervalo de 40-50 kg corresponderá a 4 cm.

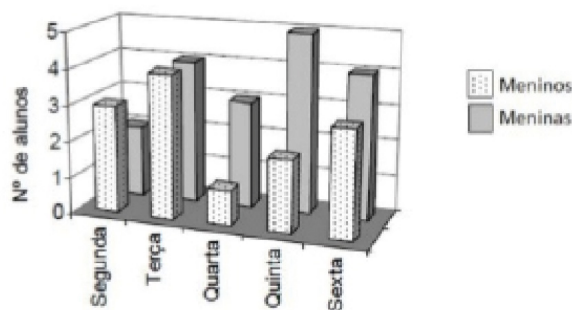
3) O gráfico deve conter um título, indicar a fonte dos dados, apresentar notas e legendas. Todas essas informações são essenciais para que o gráfico seja compreensível por si só, sem depender de um texto explicativo.

4) O formato do gráfico deve ser aproximadamente quadrado, evitando problemas de escala que possam interferir na interpretação correta dos dados.

Tipos de Gráficos

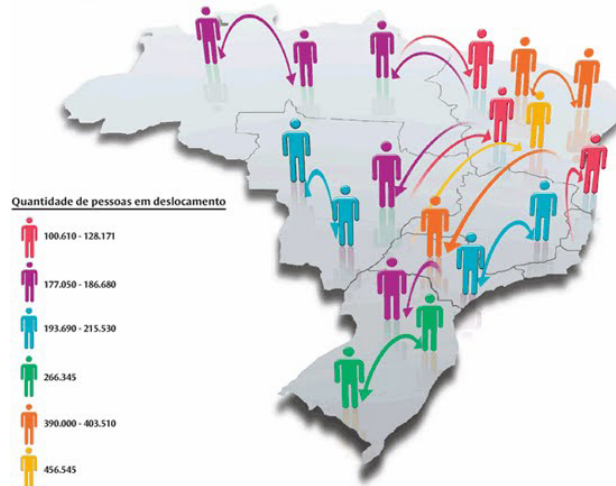
Esteriogramas: são representações gráficas em que as grandezas são indicadas por meio de volumes. Normalmente, esses gráficos são elaborados em um sistema de coordenadas bidimensional, embora também possam ser criados em um sistema tridimensional para destacar a relação entre três variáveis.

NÚMERO DE ALUNOS FALTOSOS NA SEMANA



Cartogramas: são representações em cartas geográficas (mapas).

Principais fluxos migratórios por grandes regiões do Brasil, de 1999 a 2004



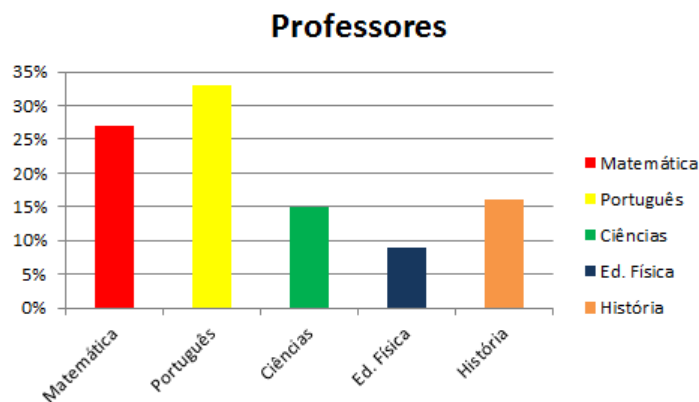
Pictogramas ou gráficos pictóricos: são representações visuais compostas principalmente por ilustrações, projetadas para serem visualmente atrativas e direcionadas a um público amplo e diversificado. No entanto, eles não são adequados para situações que demandam precisão detalhada.



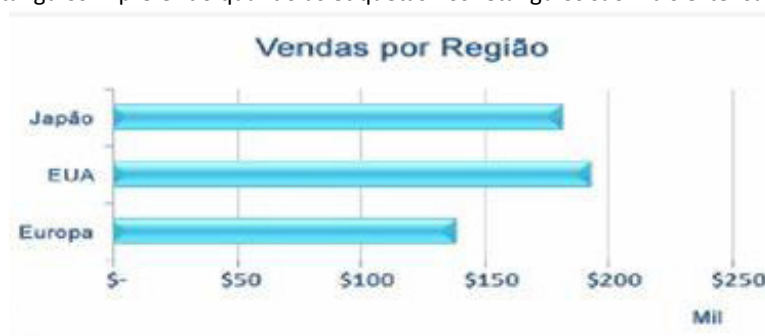
— Diagramas

São representações gráficas bidimensionais que são amplamente utilizadas devido à sua simplicidade e facilidade de criação. Eles podem ser categorizados em vários tipos, incluindo gráficos de colunas, gráficos de barras, gráficos de linhas ou curvas, e gráficos de setores.

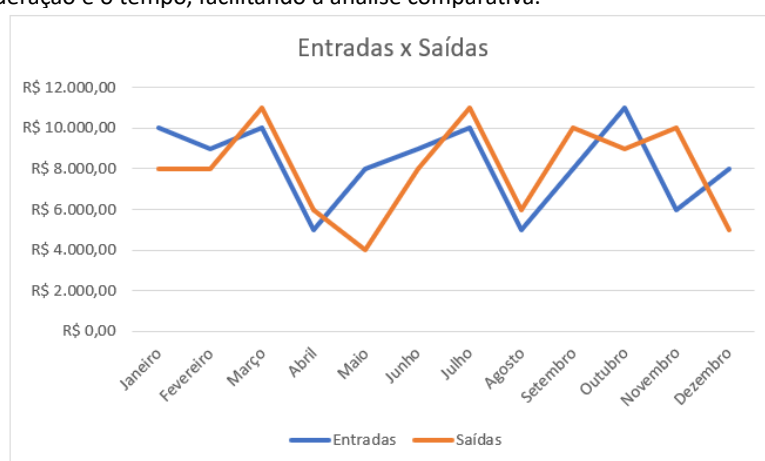
a) Gráfico de colunas: neste tipo de gráfico, as grandezas são comparadas por meio de retângulos de largura igual, dispostos verticalmente, com alturas proporcionais às grandezas. A distância entre os retângulos deve ser, no mínimo, igual a $1/2$ e, no máximo, $2/3$ da largura da base dos retângulos.



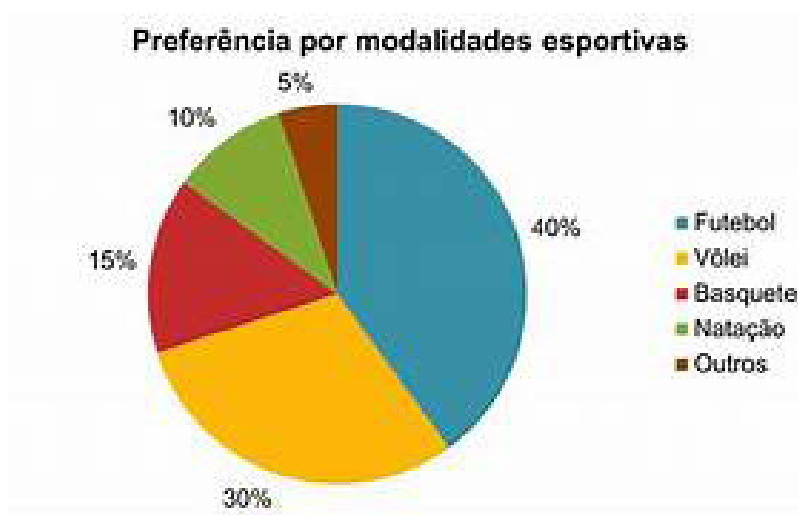
b) Gráfico de barras: este tipo de gráfico segue as mesmas orientações do gráfico de colunas, com a única diferença sendo a disposição horizontal dos retângulos. É preferido quando as etiquetas nos retângulos são mais extensas que suas bases.



c) Gráfico de linhas ou curvas: neste tipo de gráfico, os pontos são posicionados em um plano de acordo com suas coordenadas e, em seguida, conectados por segmentos de linha ou curvas. É amplamente empregado em séries temporais e séries mistas quando uma das variáveis em consideração é o tempo, facilitando a análise comparativa.



d) Gráfico em setores: este tipo de gráfico é apropriado para destacar a proporção de cada informação em relação ao todo. O gráfico é representado por um círculo em que o total (100%) equivale a 360°, dividido em segmentos proporcionais à representação. Essa divisão é realizada por meio de regra de três simples. Um transferidor é frequentemente utilizado para marcar os ângulos correspondentes a cada divisão.



TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO: MÉDIA ARITMÉTICA SIMPLES

A média é uma medida estatística que resume um conjunto de dados. Existem vários tipos de médias, como a média simples e a média ponderada. A média simples calcula o valor médio de forma geral, enquanto a média ponderada considera a importância de cada valor.

MÉDIA SIMPLES

É a soma de todos os seus elementos, dividida pelo número de elementos n .

Para o cálculo: Se x for a média aritmética dos elementos do conjunto numérico $A = \{x_1; x_2; x_3; \dots; x_n\}$, então, por definição:

$$x = \frac{x_1 + x_2 + x_3 + \dots + x_n}{n}$$

MÉDIA PONDERADA

É a soma dos produtos de cada elemento multiplicado pelo respectivo peso, dividida pela soma dos pesos. Para o cálculo

$$x = \frac{P_1 \cdot x_1; P_2 x_2; P_3 x_3; \dots; P_n x_n}{P_1 + P_2 + P_3 + \dots + P_n}$$

Vantagens:

- No cálculo da média participam todos os valores observados.
- É uma medida de fácil interpretação e presta-se muito bem a tratamentos estatísticos adicionais.
- É uma medida que sempre existe e é rígida e unicamente determinada.
- É um valor típico de um conjunto de dados, podendo substituir todos os valores de um conjunto sem alterar o total.
- É o ponto de equilíbrio de uma distribuição, sendo tão mais eficiente quanto mais simétrica for a distribuição dos valores ao seu redor.

Desvantagem:

- É uma medida altamente influenciada por valores discrepantes (não resistente).

Atenção: Sempre que uma questão solicitar o cálculo de média, refere-se à média aritmética simples. A média ponderada será explicitamente mencionada na questão.

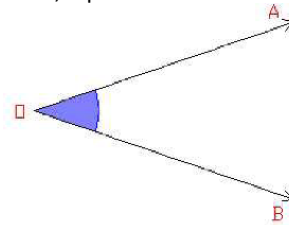
NOÇÕES DE GEOMETRIA: FORMA, ÂNGULOS, ÁREA, PERÍMETRO, VOLUME, TEOREMAS DE PITÁGORAS OU DE TALES

ÂNGULOS

Define-se como a interseção de duas semirretas que compartilham uma origem comum.

Componentes de um ângulo

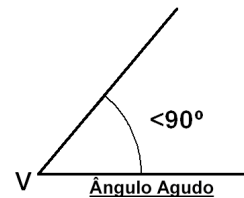
- **Lados:** referem-se às semirretas OA e OB.
- **Vértice:** corresponde ao ponto onde as semirretas se encontram, neste caso, o ponto O.



Notação: AÔB
Lê-se ângulo AOB

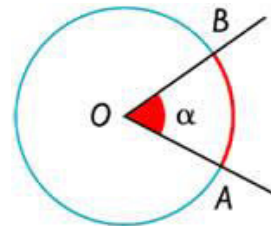
Ângulo Agudo

Define-se como um ângulo cuja amplitude é inferior a 90 graus.

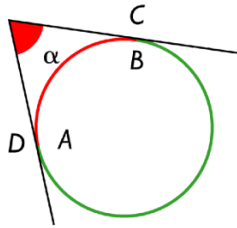


Ângulo Central

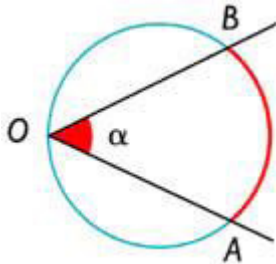
- **Na circunferência:** refere-se ao ângulo que tem seu vértice localizado no centro da circunferência;
- **No polígono:** descreve-se como o ângulo formado com vértice no centro de um polígono regular, estendendo-se seus lados até alcançar vértices consecutivos do polígono.



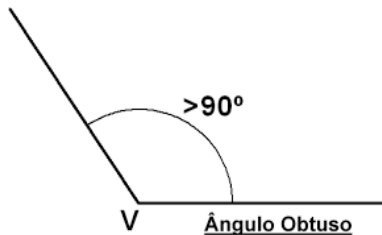
Ângulo Circunscrito: é um ângulo formado por lados que são tangentes à circunferência, com o vértice localizado fora da mesma.



Ângulo Inscrito: trata-se de um ângulo cujo vértice se encontra sobre a circunferência.

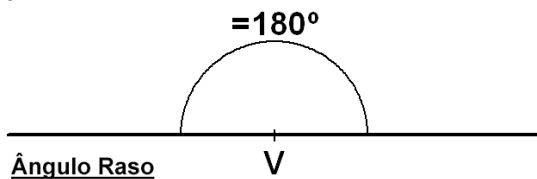


Ângulo Obtuso: refere-se a um ângulo cuja medida excede 90 graus.



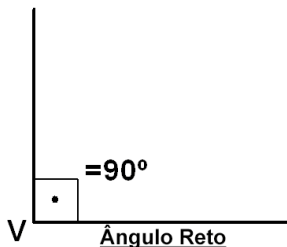
Ângulo Raso

Este é um ângulo que mede exatamente 180 graus;
Caracteriza-se por ter lados que são semirretas opostas entre si.

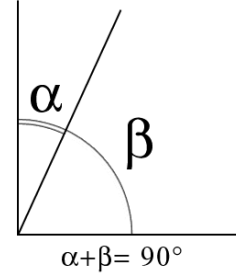


Ângulo Reto

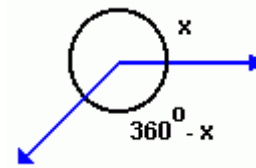
É um ângulo que possui uma medida de 90 graus;
É formado por lados que se intersectam em ângulos perpendiculares.



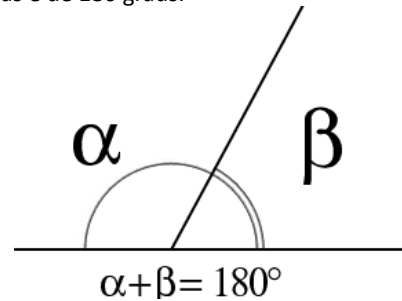
Ângulos Complementares: são dois ângulos cuja soma de suas medidas é de 90 graus.



Ângulos Replementares: dois ângulos são considerados replementares quando a soma de suas medidas é de 360 graus.



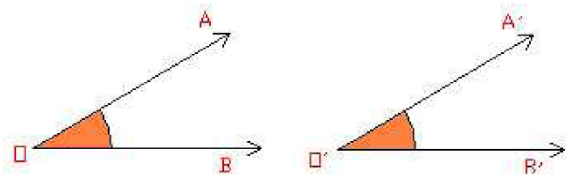
Ângulos Suplementares: são dois ângulos cuja soma das suas medidas é de 180 graus.



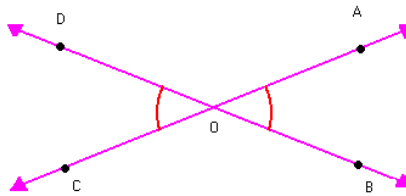
Portanto, se x e y representam dois ângulos, então:

- Se $x + y = 90^\circ$, x e y são Complementares;
- Se $x + y = 180^\circ$, x e y são Suplementares;
- Se $x + y = 360^\circ$, x e y são Replementares.

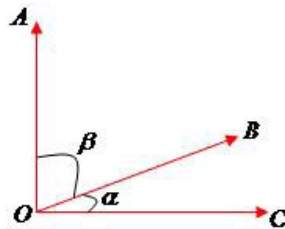
Ângulos Congruentes: são ângulos que têm a mesma medida.



Ângulos Opostos pelo Vértice: são formados quando duas linhas se cruzam, sendo iguais em medida



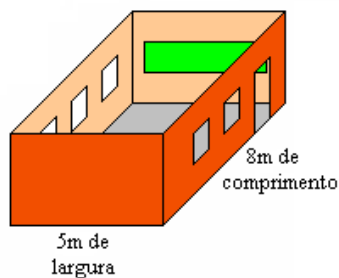
- **Ângulos Consecutivos:** são aqueles que compartilham um lado comum.
- **Ângulos Adjacentes:** são ângulos consecutivos que, compartilham um lado e vértice, sem pontos internos em comum.



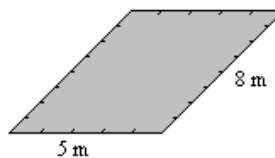
Por exemplo, os ângulos $\widehat{AOB}$ e $\widehat{BOC}$, $\widehat{AOB}$ e $\widehat{AOC}$, bem como $\widehat{BOC}$ e $\widehat{AOC}$, formam pares de ângulos consecutivos. Os ângulos $\widehat{AOB}$ e $\widehat{BOC}$ exemplificam ângulos adjacentes.

PERÍMETROS

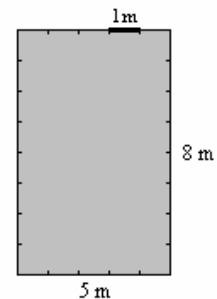
É a soma dos lados de uma figura plana e pode ser representado por P ou $2p$, inclusive existem umas fórmulas de geometria que aparece p que é o semiperímetro (metade do perímetro). Basta observamos a imagem:



SALA DE AULA
EM PERSPECTIVA



PLANTA BAIXA
EM PERSPECTIVA



PLANTA BAIXA

Observe que a planta baixa tem a forma de um retângulo.

Exemplo:

(CPTM - Médico do trabalho – MAKIYAMA) Um terreno retangular de perímetro 200m está à venda em uma imobiliária. Sabe-se que sua largura tem 28m a menos que o seu comprimento. Se o metro quadrado cobrado nesta região é de R\$ 50,00, qual será o valor pago por este terreno?

- (A) R\$ 10.000,00.
- (B) R\$ 100.000,00.
- (C) R\$ 125.000,00.
- (D) R\$ 115.200,00.
- (E) R\$ 100.500,00.

Resolução:

O perímetro do retângulo é dado por $= 2(b+h)$;

Pelo enunciado temos que: sua largura tem 28m a menos que o seu comprimento, logo $2(x + (x-28)) = 2(2x - 28) = 4x - 56$. Como ele já dá o perímetro que é 200, então

$$200 = 4x - 56 \cdot 4x = 200 + 56 \cdot 4x = 256 \cdot x = 64$$

Comprimento = 64, largura = $64 - 28 = 36$

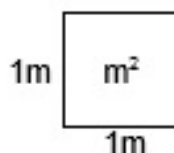
Área do retângulo = $b \cdot h = 64 \cdot 36 = 2304 \text{ m}^2$

Logo o valor da área é: $2304 \cdot 50 = 115200$

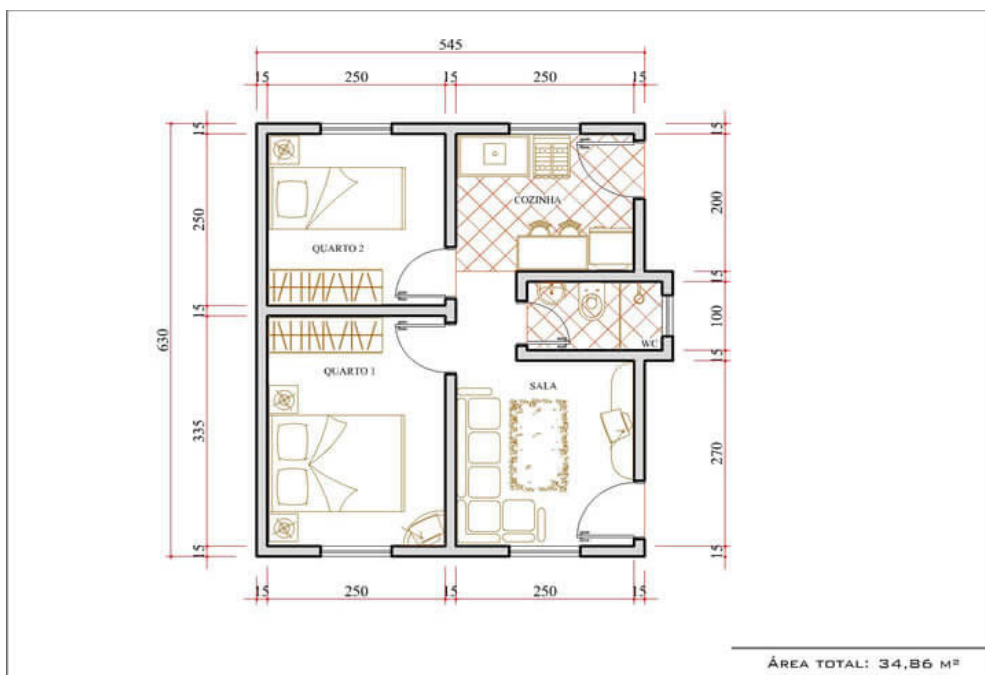
Resposta: D

ÁREAS

É a medida de uma superfície. Usualmente a unidade básica de área é o m^2 (metro quadrado). Que equivale à área de um quadrado de 1 m de lado.

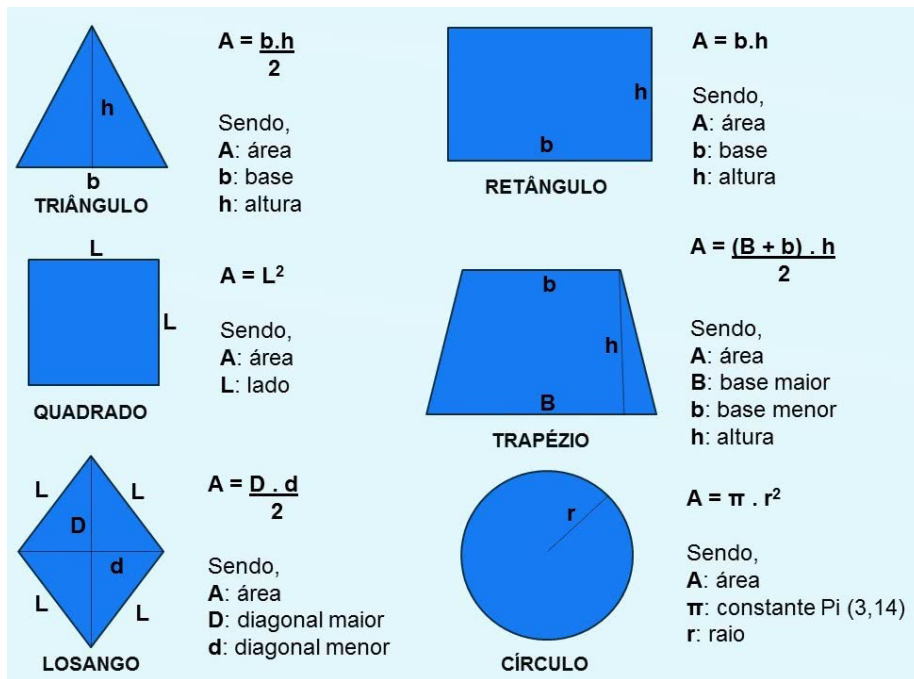


Quando calculamos que a área de uma determinada figura é, por exemplo, 12 m^2 ; isso quer dizer que na superfície desta figura cabem 12 quadrados iguais ao que está acima.



Planta baixa de uma casa com a área total

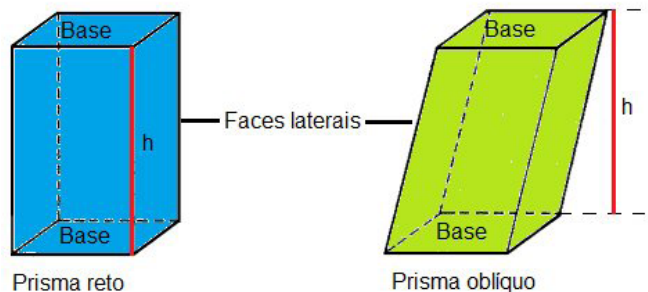
Para efetuar o cálculo de áreas é necessário sabermos qual a figura plana e sua respectiva fórmula. Vejamos:



(Fonte: <https://static.todamateria.com.br/upload/57/97/5797a651dfb37-areas-de-figuras-planas.jpg>)

ÁREA E VOLUME DOS SÓLIDOS GEOMÉTRICOS

PRISMA: é um sólido geométrico que possui duas bases iguais e paralelas.



Área Lateral: soma das áreas das faces retangulares

Área Total: soma das áreas das bases com a área lateral

Volume: Área da base x Altura

Exemplo:

(PREF. JUCÁS/CE – PROFESSOR DE MATEMÁTICA – INSTITUTO NEO EXITUS) O número de faces de um prisma, em que a base é um polígono de n lados é:

- (A) $n + 1$.
- (B) $n + 2$.
- (C) n .
- (D) $n - 1$.
- (E) $2n + 1$.

Resolução:

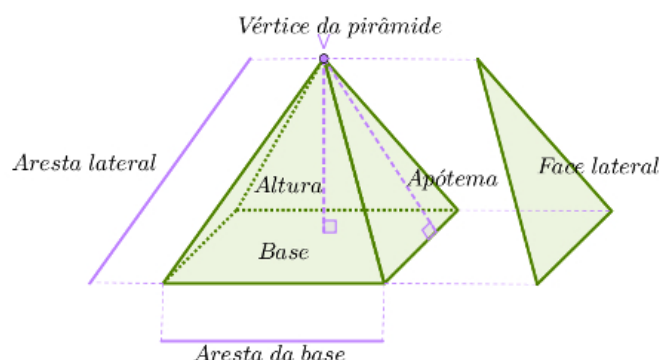
Se a base tem n lados, significa que de cada lado sairá uma face.

Assim, teremos n faces, mais a base inferior, e mais a base superior.

Portanto, $n + 2$

Resposta: B

PIRÂMIDE: é um sólido geométrico que tem uma base e um vértice superior.



Área Lateral: soma das áreas dos triângulos das faces

Área total: soma da área da base com a área lateral

Volume: $\frac{\text{área da base} \times \text{altura}}{3}$

Exemplo:

Uma pirâmide triangular regular tem aresta da base igual a 8 cm e altura 15 cm. O volume dessa pirâmide, em cm^3 , é igual a:

- (A) 60
- (B) 60
- (C) 80
- (D) 80
- (E) 90

Resolução:

Do enunciado a base é um triângulo equilátero. E a fórmula da área do triângulo equilátero é . A aresta da base é $a = 8$ cm e $h = 15$ cm.

Cálculo da área da base:

$$A_b = \frac{a^2 \sqrt{3}}{4}$$

$$A_b = \frac{8^2 \sqrt{3}}{4} = \frac{64 \sqrt{3}}{4}$$

$$A_b = 16 \sqrt{3}$$

Cálculo do volume:

$$V = \frac{1}{3} \cdot A_b \cdot h$$

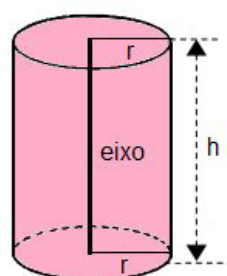
$$V = \frac{1}{3} \cdot 16 \sqrt{3} \cdot 15$$

$$V = 16 \sqrt{3} \cdot 5$$

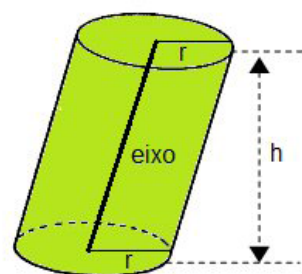
$$V = 80 \sqrt{3}$$

Resposta: D

CILINDRO: é um sólido geométrico que tem duas bases iguais, paralelas e circulares.



Cilindro reto



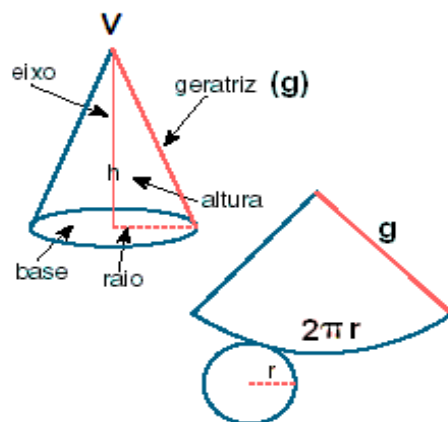
Cilindro oblíquo

Área das bases: $\pi \cdot r^2$

Área lateral: $2\pi \cdot r \cdot h$

Volume: $V = \pi \cdot r^2 \cdot h$

CONE: é um sólido geométrico que tem uma base circular e vértice superior.



Área lateral: $\pi \cdot r \cdot g$

Área da base: $\pi \cdot r^2$

Volume: $\frac{\pi \cdot r^2 \cdot h}{3}$

Exemplo:

Um cone equilátero tem raio igual a 8 cm. A altura desse cone, em cm, é:

(A) $6\sqrt{3}$

(B) $6\sqrt{2}$

(C) $8\sqrt{2}$

(D) $8\sqrt{3}$

(E) 8

Resolução:

Em um cone equilátero temos que $g = 2r$. Do enunciado o raio é 8 cm, então a geratriz é $g = 2 \cdot 8 = 16$ cm.

$$g^2 = h^2 + r^2$$

$$16^2 = h^2 + 8^2$$

$$256 = h^2 + 64$$

$$256 - 64 = h^2$$

$$h^2 = 192$$

$$h = \sqrt{192}$$

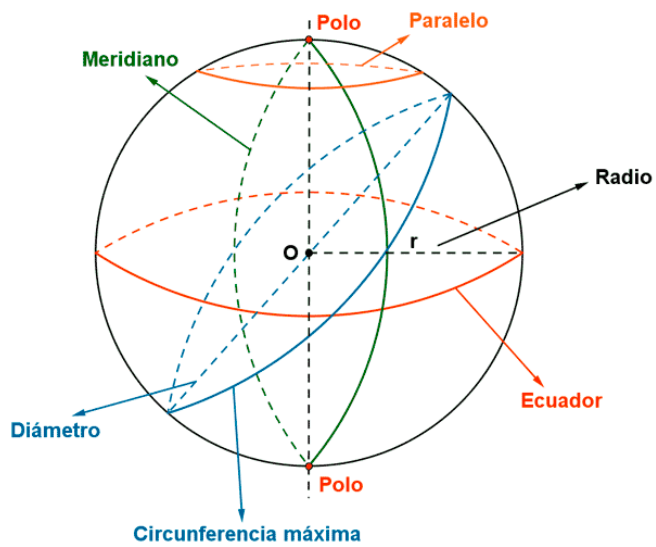
$$h = \sqrt{2^6 \cdot 3}$$

$$h = 2^3 \sqrt{3}$$

$$h = 8\sqrt{3} \text{ cm}$$

Resposta: D

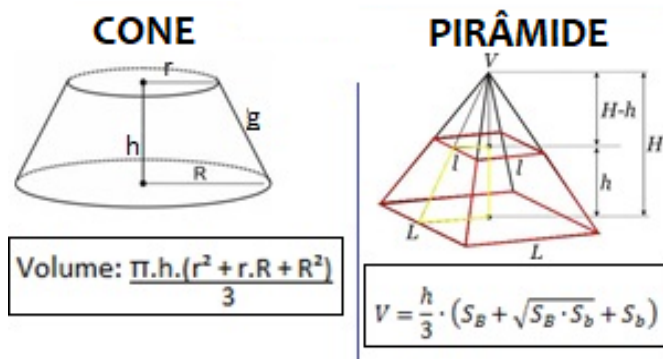
ESFERA: superfície curva, possui formato de uma bola.



$$\text{Área superficial: } 4 \cdot \pi \cdot r^2$$

$$\text{Volume: } \frac{4}{3} \cdot \pi \cdot r^3$$

TRONCOS: são cortes feitos nas superfícies de alguns dos sólidos geométricos. São eles:



Exemplo:

(ESCOLA DE SARGENTO DAS ARMAS – COMBATENTE/LOGÍSTICA – TÉCNICA/AVIAÇÃO – EXÉRCITO BRASILEIRO) O volume de um tronco de pirâmide de 4 dm de altura e cujas áreas das bases são iguais a 36 dm² e 144 dm² vale:

- (A) 330 cm³
- (B) 720 dm³
- (C) 330 m³
- (D) 360 dm³
- (E) 336 dm³

Resolução:

$$V = \frac{h_t}{3} (A_B + \sqrt{A_B \cdot A_b} + A_b)$$

$$A_B = 144 \text{ dm}^2$$

$$A_b = 36 \text{ dm}^2$$

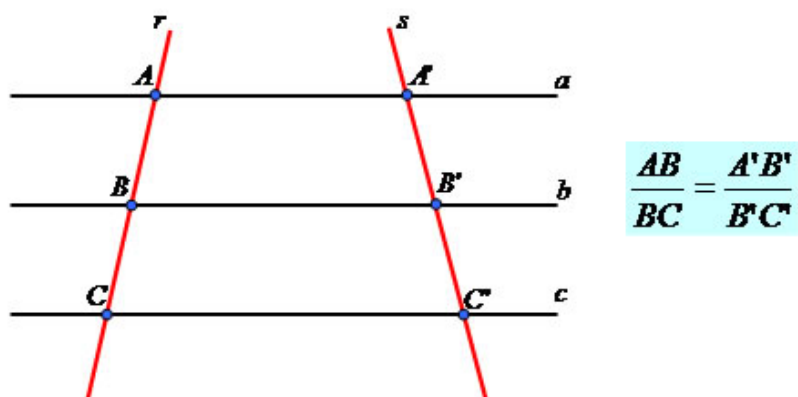
$$V = \frac{4}{3} (144 + \sqrt{144 \cdot 36} + 36) = \frac{4}{3} (144 + 72 + 36) = \frac{4}{3} 252 = 336 \text{ dm}^3$$

Resposta: E

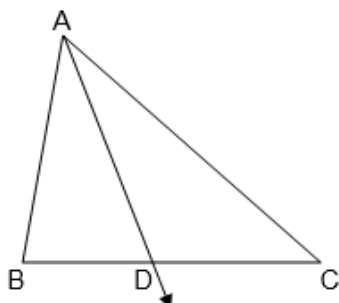
TEOREMA DE TALES

O Teorema de Tales é uma teoria aplicada na geometria acerca do conceito relacionado entre retas paralelas e transversais.

“Feixes de retas paralelas cortadas ou intersectadas por segmentos transversais formam segmentos “de retas proporcionalmente correspondentes”.

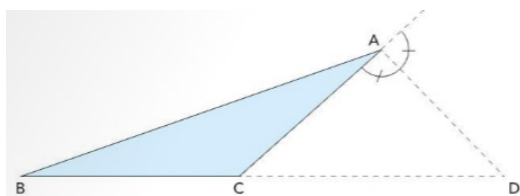


Teorema da bissetriz interna: A bissetriz de um ângulo interno de um triângulo divide o lado oposto em segmentos proporcionais aos respectivos lados adjacentes.



$$\frac{AB}{BD} = \frac{AC}{CD}$$

Teorema da bissetriz externa: A bissetriz de um ângulo externo intercepta a reta suporte que contém o lado oposto, dividindo-o em segmentos proporcionais aos lados adjacentes.



$$\frac{AB}{BD} = \frac{AC}{CD}$$

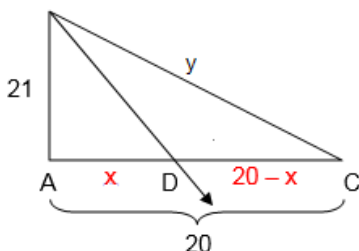
Exemplo:

(PUC-RJ) Considere um triângulo ABC retângulo em A, onde $AB = 21$ e $AC = 20$. BD é a bissetriz do ângulo $\widehat{ABC}$. Quanto mede AD ?

- (A) 42/5
- (B) 21/10
- (C) 20/21
- (D) 9
- (E) 8

Resolução:

Do enunciado temos um triângulo retângulo em A, o vértice A é do ângulo reto. B e C pode ser em qualquer posição. E primeiro temos que determinar a hipotenusa.



Teorema de Pitágoras:

$$\begin{aligned} y^2 &= 21^2 + 20^2 \\ y^2 &= 441 + 400 \\ y^2 &= 841 \\ y &= \sqrt{841} \\ y &= 29 \end{aligned}$$

Pelo teorema da bissetriz interna:

$$\frac{AB}{AD} = \frac{BC}{CD}$$

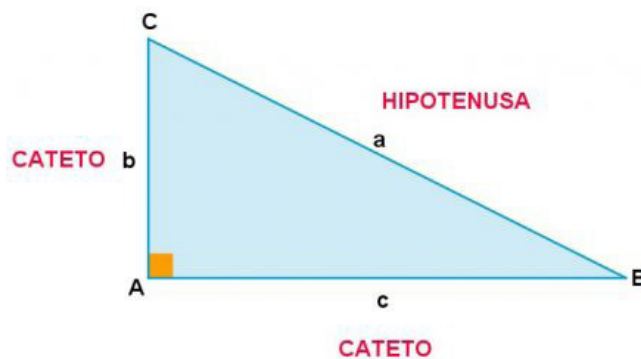
$$\frac{21}{x} = \frac{29}{20 - x}$$

$$\begin{aligned} 29 \cdot x &= 21(20 - x) \\ 29x &= 420 - 21x \\ 29x + 21x &= 420 \\ 50x &= 420 \\ x &= \frac{420}{50} = \frac{42}{5} \end{aligned}$$

Resposta: A

TEOREMA DE PITÁGORAS

Em todo triângulo retângulo, o maior lado é chamado de **hipotenusa** e os outros dois lados são os **catetos**. Deste triângulo tiramos a seguinte relação:



“Em todo triângulo retângulo o quadrado da hipotenusa é igual à soma dos quadrados dos catetos”.

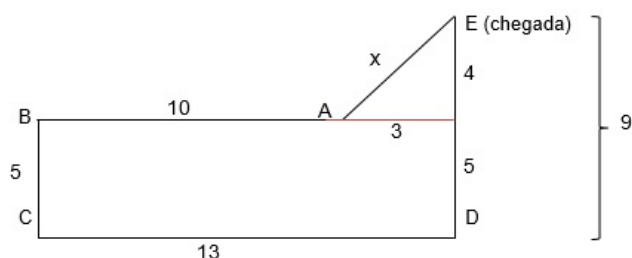
$$a^2 = b^2 + c^2$$

Exemplo:

Um barco partiu de um ponto A e navegou 10 milhas para o oeste chegando a um ponto B, depois 5 milhas para o sul chegando a um ponto C, depois 13 milhas para o leste chegando a um ponto D e finalmente 9 milhas para o norte chegando a um ponto E. Onde o barco parou relativamente ao ponto de partida?

- (A) 3 milhas a sudoeste.
- (B) 3 milhas a sudeste.
- (C) 4 milhas ao sul.
- (D) 5 milhas ao norte.
- (E) 5 milhas a nordeste.

Resolução:



$$x^2 = 3^2 + 4^2$$

$$x^2 = 9 + 16$$

$$x^2 = 25$$

$$x = 5$$

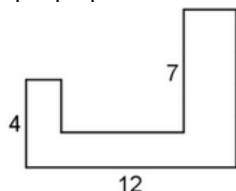
Como temos duas alternativas com a resposta 5, vamos analisar a direção final do barco em relação ao ponto A. A opção (D) 5 milhas ao norte não é correta porque ignora o movimento para o leste que o barco também fez. Portanto, a direção é nordeste.

Resposta: E

QUESTÕES

1. FGV - 2024

A figura abaixo mostra um polígono tal que dois lados consecutivos são sempre perpendiculares.

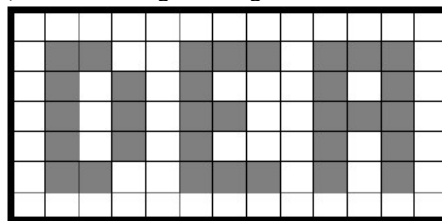


As medidas de três lados são conhecidas e aparecem na figura acima. O perímetro desse polígono é

- (A) 44.
- (B) 45.
- (C) 46.
- (D) 47.
- (E) 48.

2. Instituto Consulplan - 2024

Dea ganhou de aniversário de sua sobrinha um lenço com o seu nome, conforme a figura a seguir:



Se cada quadrado preenchido de cinza tem uma área de 3cm^2 , qual é a área total preenchida no lenço que Dea ganhou?

- (A) 32 cm^2 .
- (B) 64 cm^2 .
- (C) 96 cm^2 .
- (D) 128 cm^2 .

3. IDHTEC - 2024

Um recipiente de 2,5 litros contém tinta que será depositada em frascos pequenos de 125 cm^3 . Dessa forma, para esgotar o conteúdo desse recipiente serão necessários

- (A) 10 frascos
- (B) 100 frascos
- (C) 20 frascos
- (D) 200 frascos
- (E) 30 frascos

4. Instituto Verbena - 2024

Ao cortar um bolo no formato de um cubo de aresta de medida 20cm , a faca fez um corte plano, passando pelo centro do bolo, dividindo-o em duas partes. Uma dessas partes foi dada para o aniversariante. Qual foi o volume dessa parte?

- (A) 4.000 cm^3 .
- (B) 3.000 cm^3 .
- (C) 2.000 cm^3 .
- (D) 1.000 cm^3 .

5. Instituto Consulplan - 2024

Uma família é composta por três membros: pai, mãe e filho. Todos os três trabalham e possuem salários distintos, tais que:

- O triplo do salário do pai menos o salário do filho é igual a R\$ 8.000,00;
- O salário da mãe mais o dobro do salário do pai vale R\$ 16.000,00; e,
- A mãe recebe R\$ 1.000,00 a menos que o filho.

Com base nesses dados, pode-se afirmar que a soma dos salários dos três membros dessa família é:

- (A) R\$ 16.000,00.
- (B) R\$ 17.000,00.
- (C) R\$ 18.000,00.
- (D) R\$ 19.000,00.

6. IDCAP - 2024

Durante a segunda guerra mundial os países aliados se comunicavam através de mensagens cifradas. Um museólogo encontrou durante sua pesquisa um modelo de mensagem cifrada representada por uma equação quadrática da forma

$2x^2 - 5x - 3 = 0$, onde a , b e c são números inteiros e a solução da equação representa o número de exércitos que estariam no campo de batalha.

Assinale a alternativa que apresenta o número de exércitos que estariam no campo de batalha.

- (A) 6 exércitos.
- (B) 8 exércitos.
- (C) 3 exércitos.
- (D) 4 exércitos.

7. CEBRASPE (CESPE) - 2024

Em certa localidade, as temperaturas médias, nos meses de junho a novembro foram, respectivamente, de 21°C , 21°C , 22°C , 23°C , 25°C e 26°C . Nessa situação hipotética, para que a temperatura média do semestre de julho a dezembro na referida localidade aumentasse 1°C em relação à temperatura média do semestre de junho a novembro, a temperatura na referida localidade no mês de dezembro deveria ser de

- (A) 32°C .
- (B) 23°C .
- (C) 24°C .
- (D) 27°C .
- (E) 29°C .

8. VUNESP - 2024

A tabela apresenta algumas informações sobre a quantidade de álcool, em mL, contida em 3 frascos.

Frasco	mL
A	340
B	?
C	630

Sabendo que a média aritmética da quantidade de mL de álcool contido nesses 3 frascos é 50 mL inferior à quantidade de álcool contido no frasco B, então, a média aritmética da quantidade de álcool contido nesses 3 frascos é

- (A) 610 mL.
- (B) 560 mL.
- (C) 510 mL.
- (D) 480 mL.
- (E) 460 mL.

9. VUNESP - 2024

Em um laboratório havia 90 frascos do tipo A e 54 frascos do tipo B. Todos esses frascos foram colocados em caixas, cada caixa com o mesmo número de frascos e de um só tipo, sendo esse número o maior possível. O número total de caixas necessárias foi

- (A) 8.
- (B) 9.
- (C) 12.
- (D) 15.
- (E) 18.

10. IDECAN - 2024

Na reforma de uma obra, há rolos de fio elétrico com medidas de 160, 140 e 220 metros. Será preciso cortar o fio em pedaços iguais, maiores possíveis e, não sobrar nada. O comprimento máximo de cada fio será de

- (A) 14 metros
- (B) 22 metros.
- (C) 20 metros.
- (D) 18 metros.
- (E) 16 metros.

11. IPPEC - 2024

Certa loja vende um televisor 4G nas seguintes condições: à vista e em espécie (dinheiro) ou em PIX com 3% de desconto sobre o preço da tabela (etiqueta), ou no cartão de crédito com 7% de acréscimo sobre o preço da tabela. Se um televisor, adquirido nessa loja, custou R\$ 2.134,00 pago no PIX, qual seria o valor pago com cartão de crédito?

- (A) R\$ 2.352,40
- (B) R\$ 2.342,00
- (C) R\$ 2.354,00
- (D) R\$ 2.348,40
- (E) R\$ 2.347,40

12. FGV - 2024

O preço de um artigo sofreu um desconto de 40% e, em seguida, um novo desconto de 20%.

O desconto total foi de:

- (A) 52%.
- (B) 54%.
- (C) 56%.
- (D) 58%.
- (E) 60%.

13. IDCAP - 2024

Num processo seletivo, a razão entre o número de homens e mulheres foi de 3 para 5. Se neste concurso houve 120 candidatos, assinale a seguir o total de homens inscritos:

- (A) 60.
- (B) 45.
- (C) 55.
- (D) 75.

14. NTCS - 2024

Uma instituição de ensino superior abriu um processo seletivo para o curso de medicina e disponibilizou um total de 45 vagas. A relação de candidatos por vaga foi de 12. Qual o número total de candidatos que participou do processo seletivo:

- (A) 240.
- (B) 360.
- (C) 420.
- (D) 540.
- (E) 780.

15. Instituto Consulplan - 2024

Em uma indústria automotiva, 12 máquinas com capacidade de produção iguais são capazes de produzir juntas, por dia, 85 peças em 5 horas diárias de operação. Com o aumento do lucro

e da demanda, o diretor decidiu adicionar mais 6 máquinas idênticas às anteriores para atingir o objetivo de produção de 153 peças diariamente. Para que tal objetivo seja alcançado, as máquinas deverão operar por quantas horas diariamente?

- (A) 4,5.
(B) 5,0.
(C) 5,5.
(D) 6,0.

16. FGV - 2024

Pedro aparou a grama de um jardim quadrado com 6 metros de lado em 2 horas. Com a mesma eficiência, Pedro aparará a grama de um outro jardim, também quadrado, com 9 metros de lado em

- (A) 2h30min.
(B) 3h.
(C) 3h30min.
(D) 4h.
(E) 4h30min.

17. RBO - 2024

A soma dos dois números inteiros é 179 e a diferença entre eles é de 37. O produto entre eles é de:

- (A) 2.627
(B) 5 254.
(C) 7.668
(D) 6 623.

18. Instituto ACCESS - 2024

Quando Arthur nasceu, André já tinha 3 anos. Sabe-se que hoje a idade de Arthur é para a idade de André como 3 é para 4. A idade de André hoje é igual a

- (A) 7 anos.
(B) 9 anos.
(C) 10 anos.
(D) 12 anos.

19. INQC - 2024

Ao planejar uma viagem em um aplicativo de GPS, o motorista reparou que a duração prevista seria de 4 horas e 28 minutos.

Esse tempo, em minutos, é igual a:

- (A) 88
(B) 148
(C) 208
(D) 268

20. FCM - CEFETMINAS - 2023

Uma pessoa precisa produzir três tipos distintos de esmaltes nas cores amarelo, azul e verde com volumes de 300 ml, 400 ml e 600 ml, respectivamente. Para cada ml de esmalte produzido são necessárias adições de minerais, em gramas, nas seguintes quantidades:

COR	MINERAIS		
	A	B	C
Amarelo	20	25	10
Azul	10	30	15
Verde	25	10	20

O valor de um grama de cada um dos minerais A, B e C é de R\$ 0,02; R\$ 0,01 e R\$ 0,06, respectivamente.

Para comprar a quantidade exata dos minerais A, B e C para a fabricação dos esmaltes nas três cores serão gastos R\$

- (A) 1.170,00.
(B) 2.015,00.
(C) 3.270,00.
(D) 4.115,00.
(E) 5.170,00.

GABARITO

1	C
2	B
3	C
4	A
5	C
6	C
7	D
8	C
9	A
10	C
11	C
12	A
13	B
14	D
15	D
16	E
17	C
18	D
19	D
20	B

INFORMÁTICA

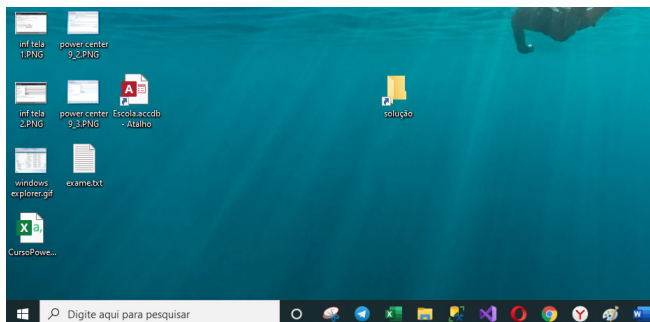
MS-WINDOWS 10: CONCEITO DE PASTAS, DIRETÓRIOS, ARQUIVOS E ATALHOS, ÁREA DE TRABALHO, ÁREA DE TRANSFERÊNCIA, MANIPULAÇÃO DE ARQUIVOS E PASTAS, USO DOS MENUS, PROGRAMAS E APLICATIVOS, INTERAÇÃO COM O CONJUNTO DE APLICATIVOS MS-OFFICE 2016

O Windows 10 é um sistema operacional desenvolvido pela Microsoft, amplamente utilizado em computadores pessoais, laptops e dispositivos híbridos. Ele oferece uma interface intuitiva e recursos que facilitam a produtividade, o entretenimento e a conectividade.

Área de trabalho

A área é o espaço principal de trabalho do sistema, onde você pode acessar atalhos de programas, pastas e arquivos. O plano de fundo pode ser personalizado com imagens ou cores sólidas, e os ícones podem ser organizados conforme sua preferência. Além disso, a barra de tarefas na parte inferior centraliza funções como:

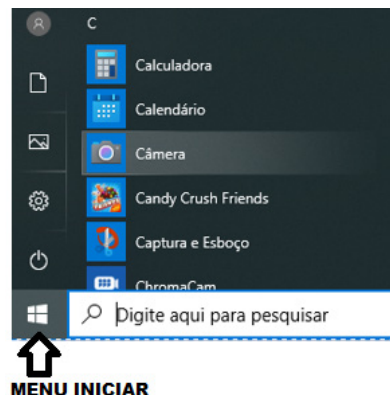
- **Botão Iniciar:** acesso rápido aos aplicativos e configurações.
- **Barra de pesquisa:** facilita a busca de arquivos e aplicativos no sistema.
- **Ícones de aplicativos:** mostram os programas em execução ou fixados.
- **Relógio e notificações:** localizados no canto direito para visualização rápida.



Uso dos menus

Os menus no Windows 10 são projetados para facilitar o acesso a diversas funções e aplicativos. Ao clicar no botão Iniciar, você encontrará:

- Uma lista dos programas instalados.
- Atalhos para aplicativos fixados.
- A barra de pesquisa, onde você pode digitar para localizar programas, arquivos e configurações de forma rápida.

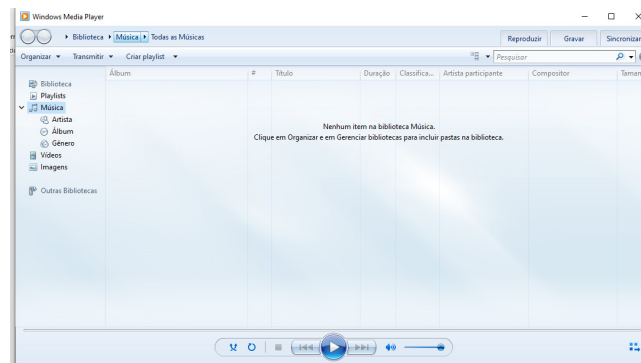


Programas e interação com o usuário

Para entender melhor as funções categorizadas no Windows 10, vamos dividir os programas por categorias, explorando as possibilidades que cada um oferece para o usuário.

Música e Vídeo: O Windows Media Player é o player nativo do sistema, projetado para reproduzir músicas e vídeos, proporcionando uma experiência multimídia completa. Suas principais funcionalidades incluem:

- **Organização de bibliotecas:** gerencie arquivos de música, fotos e vídeos armazenados no computador.
- **Reprodução de mídia:** toque músicas e vídeos em diversos formatos compatíveis.
- **Criação de playlists:** organize suas músicas em listas personalizadas para diferentes ocasiões.
- **Gravação de CDs:** transfira suas playlists para CDs de maneira prática.
- **Sincronização com dispositivos externos:** conecte dispositivos de armazenamento e transfira sua mídia facilmente.

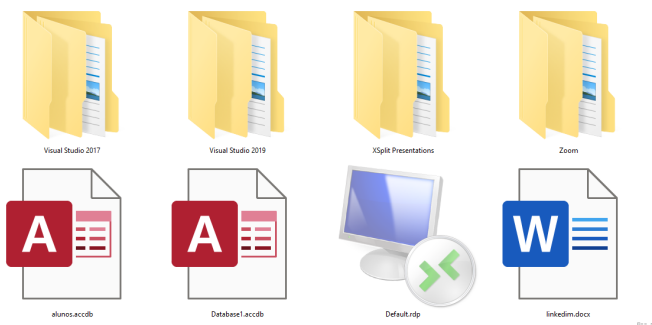


Conceito de pastas e diretórios

Pasta algumas vezes é chamada de diretório, mas o nome “pasta” ilustra melhor o conceito. Pastas servem para organizar, armazenar e organizar os arquivos. Estes arquivos podem ser documentos de forma geral (textos, fotos, vídeos, aplicativos diversos).

Lembrando sempre que o Windows possui uma pasta com o nome do usuário onde são armazenados dados pessoais.

Dentro deste contexto temos uma hierarquia de pastas.



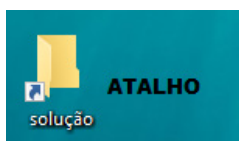
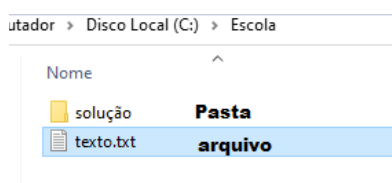
No caso da figura acima temos quatro pastas e quatro arquivos.

Arquivos e atalhos

Como vimos anteriormente: pastas servem para organização, vimos que uma pasta pode conter outras pastas, arquivos e atalhos.

– **Arquivo:** é um item único que contém um determinado dado. Estes arquivos podem ser documentos de forma geral (textos, fotos, vídeos e etc.), aplicativos diversos, etc.

– **Atalho:** é um item que permite fácil acesso a uma determinada pasta ou arquivo propriamente dito.



Área de transferência

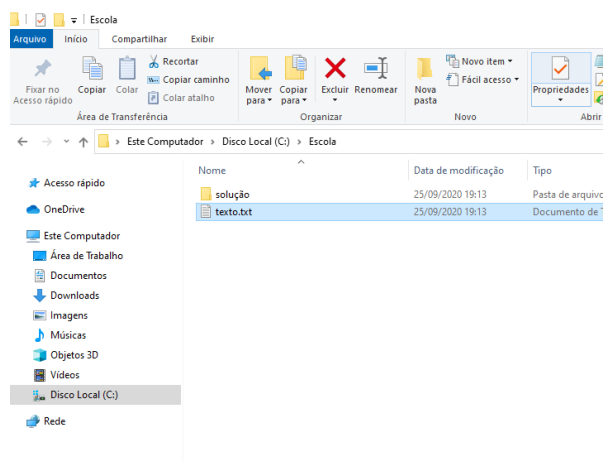
A área de transferência é muito importante e funciona em segundo plano. Ela funciona de forma temporária guardando vários tipos de itens, tais como arquivos, informações etc.

– Quando executamos comandos como “Copiar” ou “Ctrl + C”, estamos copiando dados para esta área intermediária.

– Quando executamos comandos como “Colar” ou “Ctrl + V”, estamos colando, isto é, estamos pegando o que está gravado na área de transferência.

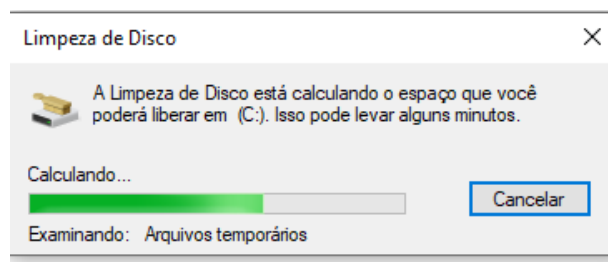
Manipulação de arquivos e pastas

A caminho mais rápido para acessar e manipular arquivos e pastas e outros objetos é através do “Meu Computador”. Podemos executar tarefas tais como: copiar, colar, mover arquivos, criar pastas, criar atalhos etc.

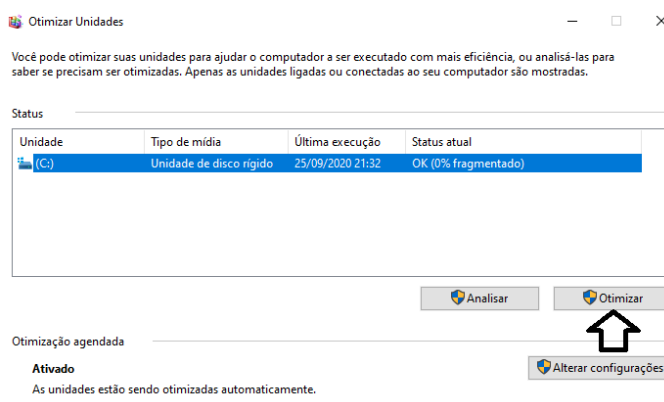


Ferramentas do sistema

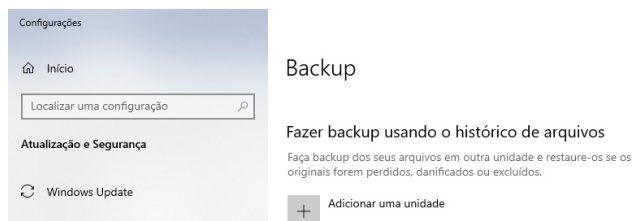
– A limpeza de disco é uma ferramenta importante, pois o próprio Windows sugere arquivos inúteis e podemos simplesmente confirmar sua exclusão.



– O desfragmentador de disco é uma ferramenta muito importante, pois conforme vamos utilizando o computador os arquivos ficam internamente desorganizados, isto faz que o computador fique lento. Utilizando o desfragmentador o Windows se reorganiza internamente tornando o computador mais rápido e fazendo com que o Windows acesse os arquivos com maior rapidez.

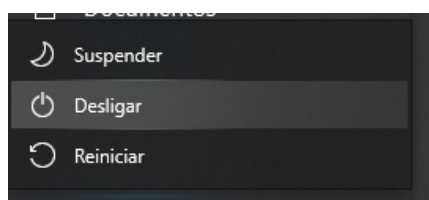


– O recurso de backup e restauração do Windows é muito importante pois pode ajudar na recuperação do sistema, ou até mesmo escolher seus arquivos para serem salvos, tendo assim uma cópia de segurança.



Inicialização e finalização

Quando fizermos login no sistema, entraremos direto no Windows, porém para desligá-lo devemos recorrer ao ícone de Windows e:



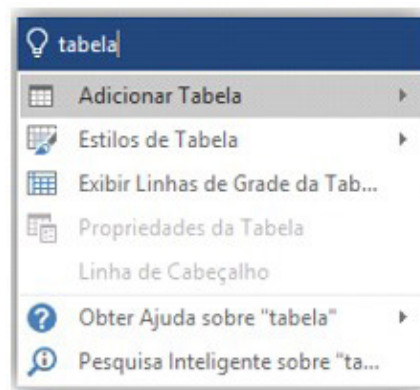
MS-WORD 2016: ESTRUTURA BÁSICA DOS DOCUMENTOS, EDIÇÃO E FORMATAÇÃO DE TEXTOS, CABEÇALHOS, PARÁGRAFOS, FONTES, COLUNAS, MARCADORES SIMBÓLICOS E NUMÉRICOS, TABELAS, IMPRESSÃO, CONTROLE DE QUEBRAS E NUMERAÇÃO DE PÁGINAS, LEGENDAS, ÍNDICES, INSERÇÃO DE OBJETOS, CAMPOS PREDEFINIDOS, CAIXAS DE TEXTO

Essa versão de edição de textos vem com novas ferramentas e novos recursos para que o usuário crie, edite e compartilhe documentos de maneira fácil e prática¹.

O Word 2016 está com um visual moderno, mas ao mesmo tempo simples e prático, possui muitas melhorias, modelos de documentos e estilos de formatações predefinidos para agilizar e dar um toque de requinte aos trabalhos desenvolvidos. Trouxe pouquíssimas novidades, seguiu as tendências atuais da computação, permitindo o compartilhamento de documentos e possuindo integração direta com vários outros serviços da web, como Facebook, Flickr, Youtube, Onedrive, Twitter, entre outros.

Novidades no Word 2016

– **Diga-me o que você deseja fazer:** facilita a localização e a realização das tarefas de forma intuitiva, essa nova versão possui a caixa Diga-me o que deseja fazer, onde é possível digitar um termo ou palavra correspondente a ferramenta ou configurações que procurar.



– **Trabalhando em grupo, em tempo real:** permite que vários usuários trabalhem no mesmo documento de forma simultânea.



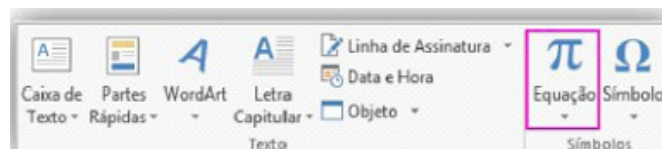
Ao armazenar um documento on-line no OneDrive ou no SharePoint e compartilhá-lo com colegas que usam o Word 2016 ou Word On-line, vocês podem ver as alterações uns dos outros no documento durante a edição. Após salvar o documento on-line, clique em Compartilhar para gerar um link ou enviar um convite por e-mail. Quando seus colegas abrem o documento e concordam em compartilhar automaticamente as alterações, você vê o trabalho em tempo real.



¹ <http://www.popescolas.com.br/eb/info/word.pdf>

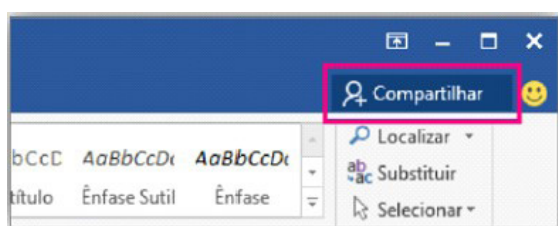
– **Pesquisa inteligente:** integra o Bing, serviço de buscas da Microsoft, ao Word 2016. Ao clicar com o botão do mouse sobre qualquer palavra do texto e no menu exibido, clique sobre a função Pesquisa Inteligente, um painel é exibido ao lado esquerdo da tela do programa e lista todas as entradas na internet relacionadas com a palavra digitada.

– **Equações à tinta:** se utilizar um dispositivo com tela sensível ao toque é possível desenhar equações matemáticas, utilizando o dedo ou uma caneta de toque, e o programa será capaz de reconhecer e incluir a fórmula ou equação ao documento.



– **Histórico de versões melhorado:** vá até Arquivo > Histórico para conferir uma lista completa de alterações feitas a um documento e para acessar versões anteriores.

– **Compartilhamento mais simples:** clique em Compartilhar para compartilhar seu documento com outras pessoas no SharePoint, no OneDrive ou no OneDrive for Business ou para enviar um PDF ou uma cópia como um anexo de e-mail diretamente do Word.

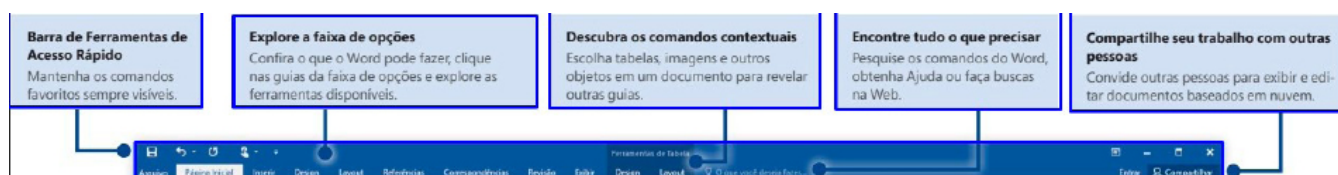


– **Formatação de formas mais rápida:** quando você insere formas da Galeria de Formas, é possível escolher entre uma coleção de preenchimentos predefinidos e cores de tema para aplicar rapidamente o visual desejado.

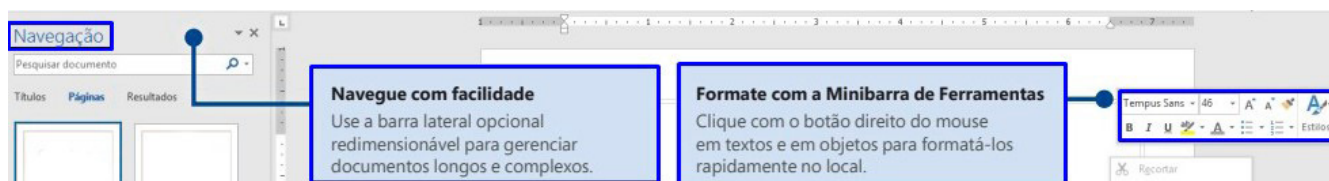
– **Guia Layout:** o nome da Guia Layout da Página na versão 2010/2013 do Microsoft Word mudou para apenas Layout².



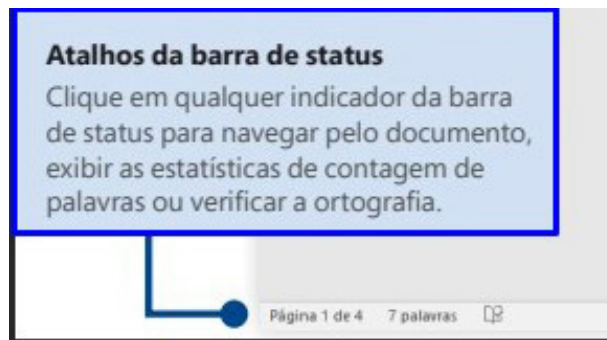
Interface Gráfica



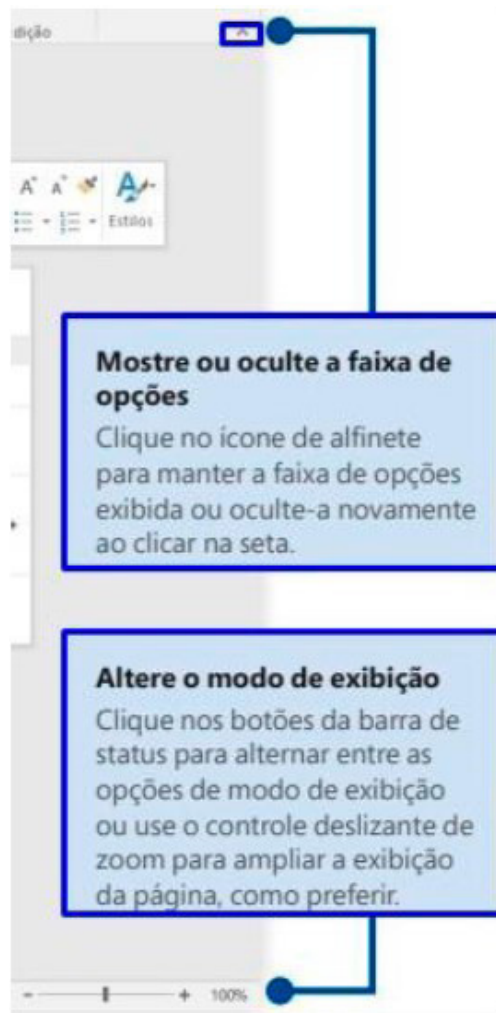
Navegação gráfica



Atalho de barra de status



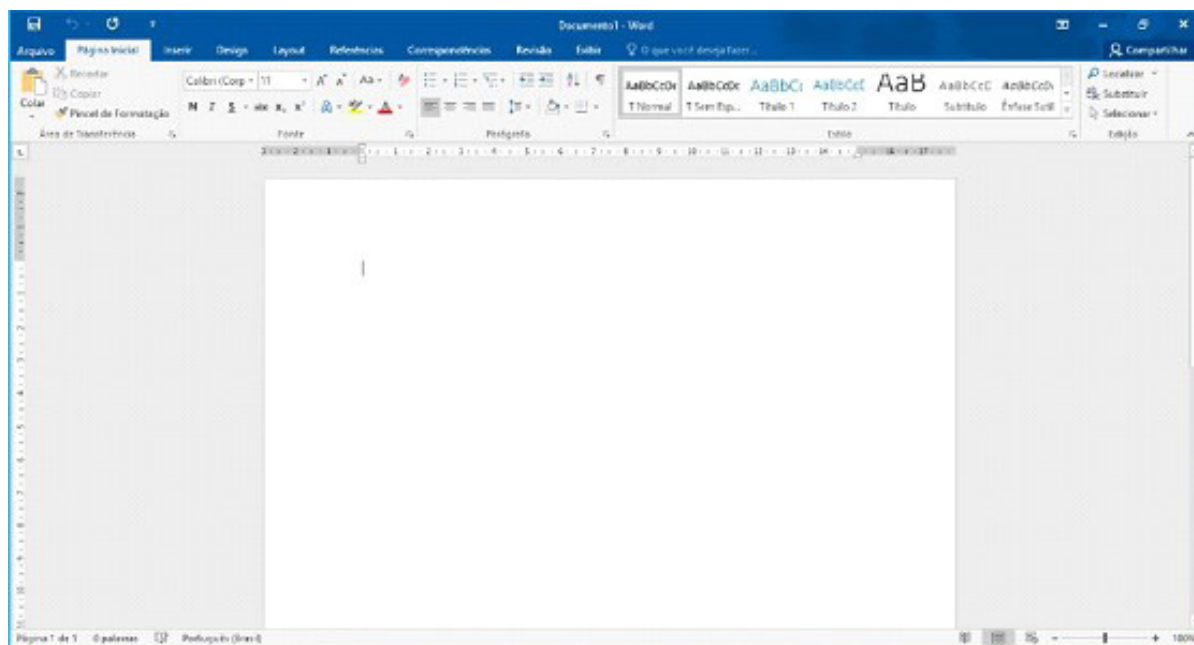
Faixas de opções e modo de exibição



Guia de Início Rápido.³

³ https://www.udesc.br/arquivos/udesc/id_cpmenu/5297/Guia_de_Inicio_Rapido___Word_2016_14952206861576.pdf

Ao clicar em Documento em branco surgirá a tela principal do Word 2016⁴.



Área de trabalho do Word 2016.

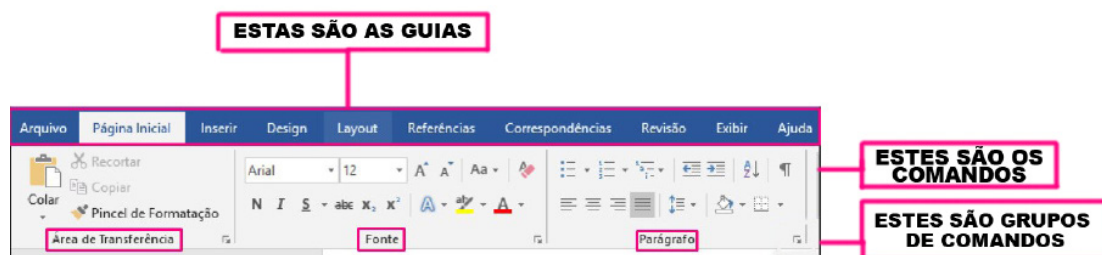
Barra de Ferramentas de Acesso Rápido

Permite adicionar atalhos, de funções comumente utilizadas no trabalho com documentos que podem ser personalizados de acordo com a necessidade do usuário.



Faixa de Opções

Faixa de Opções é o local onde estão os principais comandos do Word, todas organizadas em grupos e distribuídas por meio de guias, que permitem fácil localização e acesso. As faixas de Opções são separadas por nove guias: Arquivos; Página Inicial, Inserir, Design, Layout, Referências, Correspondências, Revisão e Exibir.

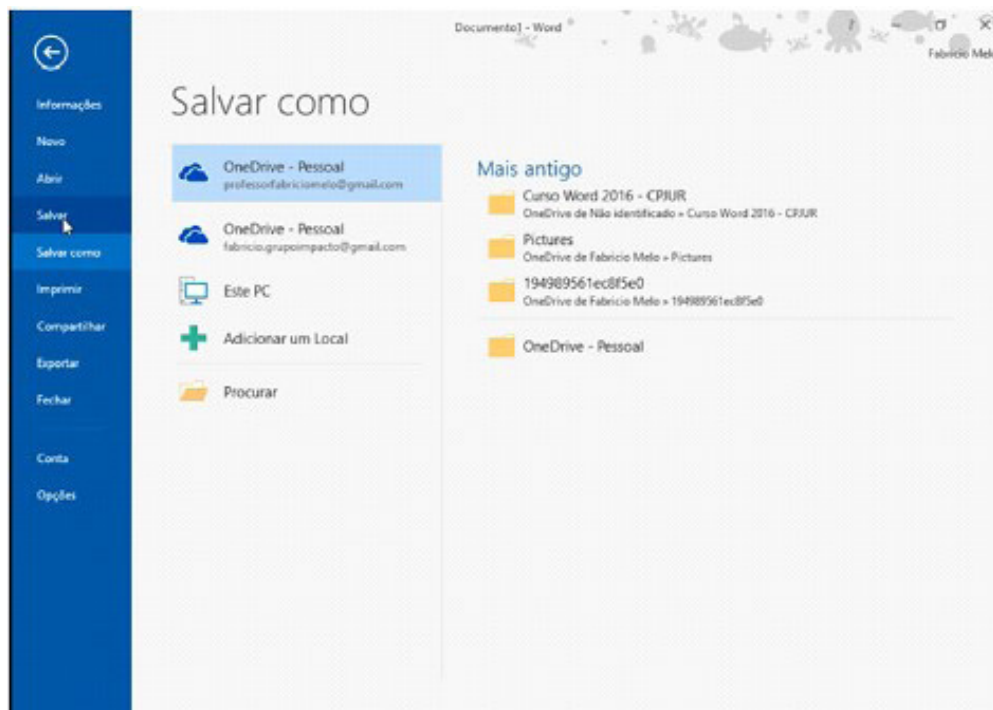


- **Arquivos:** possui diversas funcionalidades, dentre algumas:
- **Novo:** abrir um Novo documento ou um modelo (.dotx) pré-formatado.
- **Abrir:** opções para abrir documentos já salvos tanto no computador como no sistema de armazenamento em nuvem da Microsoft, One Drive. Além de exibir um histórico dos últimos arquivos abertos.

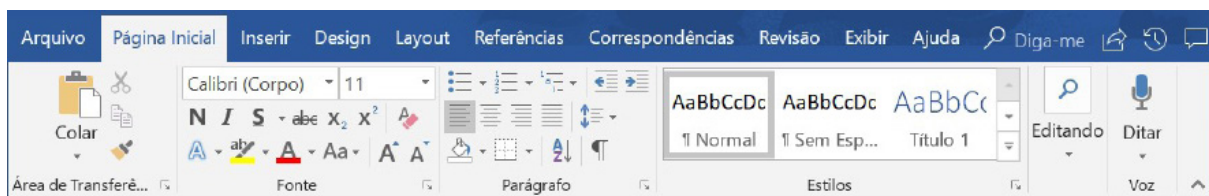
⁴ Melo, F. INFORMÁTICA. MS-Word 2016.

– **Salvar/Salvar como:** a primeira vez que irá salvar o documento as duas opções levam ao mesmo lugar. Apenas a partir da segunda vez em diante que o Salvar apenas atualiza o documento e o Salvar como exibe a janela abaixo. Contém os locais onde serão armazenados os arquivos. Opções locais como na nuvem (OneDrive).

– **Imprimir:** opções de impressão do documento em edição. Desde a opção da impressora até as páginas desejadas. O usuário tanto pode imprimir páginas sequenciais como páginas alternadas.



– **Página Inicial:** possui ferramentas básicas para formatação de texto, como tamanho e cor da fonte, estilos de marcador, alinhamento de texto, entre outras.



Grupo Área de Transferência

Para acessá-la basta clicar no pequeno ícone de uma setinha para baixo no canto inferior direito, logo à frente de Área de Transferência.

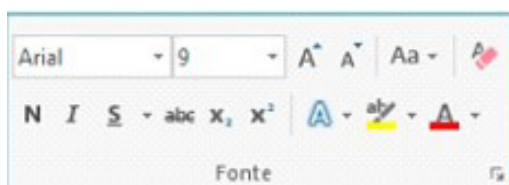
Colar (CTRL + V): cola um item (pode ser uma letra, palavra, imagem) copiado ou recortado.

Recortar (CTRL + X): recorta um item (pode ser uma letra, palavra, imagem) armazenando-o temporariamente na Área de Transferência para em seguida ser colado no local desejado.

Copiar (CTRL+C): copia o item selecionado (cria uma cópia na Área de Transferência).

Pincel de Formatação (CTRL+SHIFT+C / CTRL+SHIFT+V): esse recurso (principalmente o ícone) cai em vários concursos. Ele permite copiar a formatação de um item e aplicar em outro.

Grupo Fonte



	Fonte: permite que selecionar uma fonte, ou seja, um tipo de letra a ser exibido em seu texto. Em cada texto pode haver mais de um tipo de fontes diferentes.
	Tamanho da fonte: é o tamanho da letra do texto. Permite escolher entre diferentes tamanhos de fonte na lista ou que digite um tamanho manualmente.
	Negrito: aplica o formato negrito (escuro) ao texto selecionado. Se o cursor estiver sobre uma palavra, ela ficará toda em negrito. Se a seleção ou a palavra já estiver em negrito, a formatação será removida.
	Itálico: aplica o formato itálico (deitado) ao texto selecionado. Se o cursor estiver sobre uma palavra, ela ficará toda em itálico. Se a seleção ou palavra já estiver em itálico, a formatação será removida.
	Sublinhado: sublinha, ou seja, insere ou remove uma linha embaixo do texto selecionado. Se o cursor não está em uma palavra, o novo texto inserido será sublinhado.
	Tachado: risca uma linha, uma palavra ou apenas uma letra no texto selecionado ou, se o cursor somente estiver sobre uma palavra, esta palavra ficará riscada.
	Subscrito: coloca a palavra abaixo das demais.
	Sobrescrito: coloca a palavra acima das demais.
	Cor do realce do texto: aplica um destaque colorido sobre a palavra, assim como uma caneta marca texto.
	Cor da fonte: permite alterar a cor da fonte (letra).

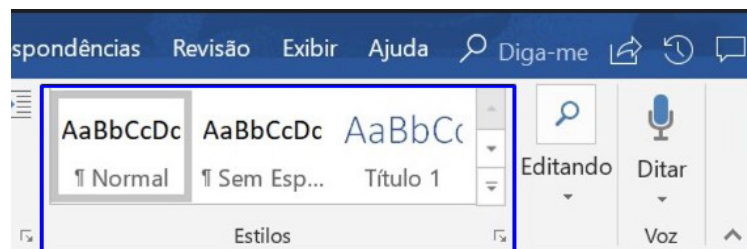
Grupo Parágrafo



	Marcadores: permite criar uma lista com diferentes marcadores.
	Numeração: permite criar uma lista numerada.
	Lista de vários itens: permite criar uma lista numerada em níveis.
	Diminuir Recuo: diminui o recuo do parágrafo em relação à margem esquerda.
	Aumentar Recuo: aumenta o recuo do parágrafo em relação à margem esquerda.
	Classificar: organiza a seleção atual em ordem alfabética ou numérica.
	Mostrar tudo: mostra marcas de parágrafos e outros símbolos de formatação ocultos.
	Alinhar a esquerda: alinha o conteúdo com a margem esquerda.
	Centralizar: centraliza seu conteúdo na página.
	Alinhar à direita: alinha o conteúdo à margem direita.
	Justificar: distribui o texto uniformemente entre as margens esquerda e direita.
	Espaçamento de linha e parágrafo: escolhe o espaçamento entre as linhas do texto ou entre parágrafos.
	Sombreamento: aplica uma cor de fundo no parágrafo onde o cursor está posicionado.
	Bordas: permite aplicar ou retirar bordas no trecho selecionado.

Grupo Estilo

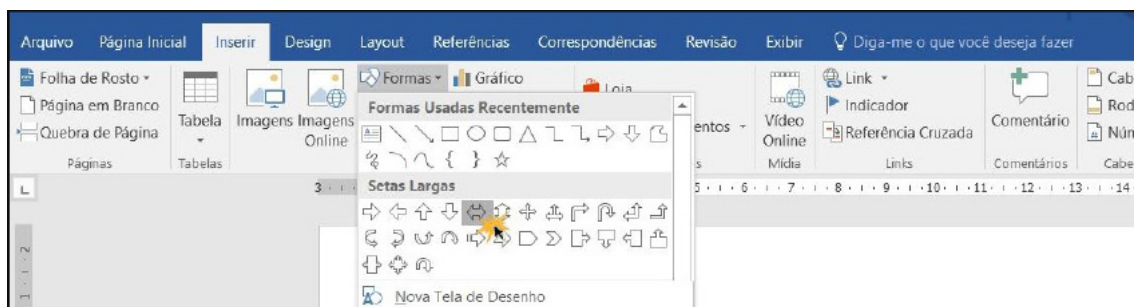
Possui vários estilos pré-definidos que permite salvar configurações relativas ao tamanho e cor da fonte, espaçamento entre linhas do parágrafo.



Grupo Edição

 Localizar ▾	CTRL+L: ao clicar nesse ícone é aberta a janela lateral, denominada navegação, onde é possível localizar um uma palavra ou trecho dentro do texto.
 Substituir	CTRL+U: pesquisa no documento a palavra ou parte do texto que você quer mudar e o substitui por outro de seu desejo.
 Selecionar ▾	Seleciona o texto ou objetos no documento.

Inserir: a guia inserir permite a inclusão de elementos ao texto, como: imagens, gráficos, formas, configurações de quebra de página, equações, entre outras.

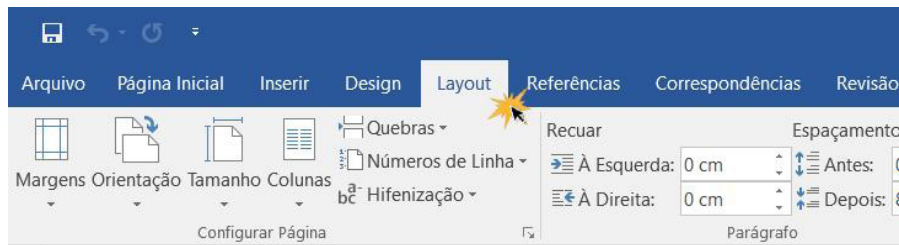


 Folha de Rosto ▾	Adiciona uma folha inicial em seu documento, parecido como uma capa.
 Página em Branco	Adiciona uma página em branco em qualquer lugar de seu documento.
 Quebra de Página	Uma seção divide um documento em partes determinadas pelo usuário para que sejam aplicados diferentes estilos de formatação na mesma ou facilitar a numeração das páginas dentro dela.
 Tabela ▾	Permite inserir uma tabela, uma planilha do Excel, desenhar uma tabela, tabelas rápidas ou converter o texto em tabela e vice-versa.

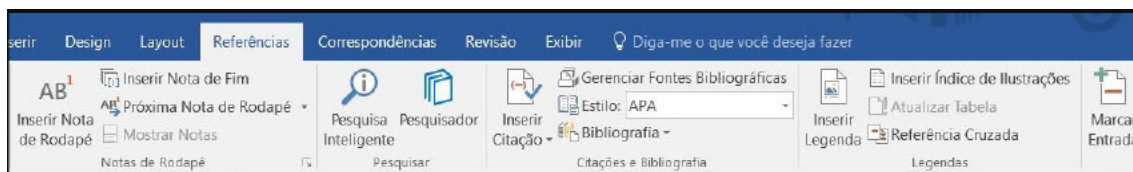
Design: esta guia agrupa todos os estilos e formatações disponíveis para aplicar ao layout do documento.



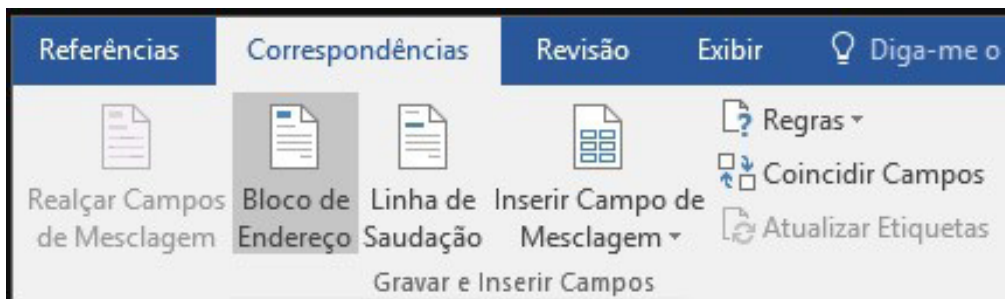
Layout: a guia layout define configurações características ao formato da página, como tamanho, orientação, recuo, entre outras.



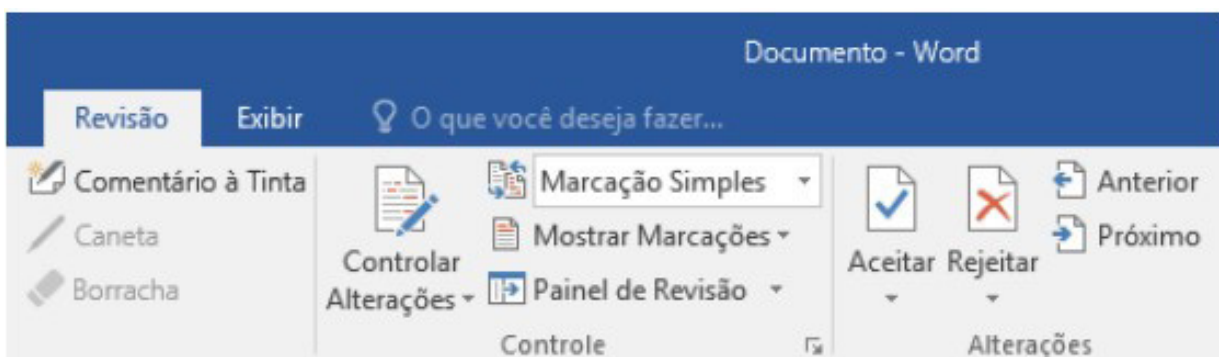
Referências: é utilizada para configurações de itens como sumário, notas de rodapé, legendas entre outros itens relacionados a identificação de conteúdo.



Correspondências: possui configuração para edição de cartas, mala direta, envelopes e etiquetas.



Revisão: agrupa ferramentas úteis para realização de revisão de conteúdo do texto, como ortografia e gramática, dicionário de sinônimos, entre outras.



Exibir: altera as configurações de exibição do documento.



Formatos de arquivos

Veja abaixo alguns formatos de arquivos suportados pelo Word 2016:

- .docx:** formato xml.
- .doc:** formato da versão 2003 e anteriores.
- .docm:** formato que contém macro (vba).
- .dot:** formato de modelo (carta, currículo...) de documento da versão 2003 e anteriores.
- .dotx:** formato de modelo (carta, currículo...) com o padrão xml.
- .odt:** formato de arquivo do Libre Office Writer.
- .rtf:** formato de arquivos do WordPad.
- .xml:** formato de arquivos para Web.
- .html:** formato de arquivos para Web.
- .pdf:** arquivos portáteis.

MS-EXCEL 2016: ESTRUTURA BÁSICA DAS PLANILHAS, CONCEITOS DE CÉLULAS, LINHAS, COLUNAS, PASTAS E GRÁFICOS, ELABORAÇÃO DE TABELAS E GRÁFICOS, USO DE FÓRMULAS, FUNÇÕES E MACROS, IMPRESSÃO, INSERÇÃO DE OBJETOS, CAMPOS PREDEFINIDOS, CONTROLE DE QUEBRAS E NUMERAÇÃO DE PÁGINAS, OBTENÇÃO DE DADOS EXTERNOS, CLASSIFICAÇÃO DE DADOS

O Microsoft Excel 2016 é um software para criação e manutenção de Planilhas Eletrônicas.

A grande mudança de interface do aplicativo ocorreu a partir do Excel 2007 (e de todos os aplicativos do Office 2007 em relação às versões anteriores). A interface do Excel, a partir da versão 2007, é muito diferente em relação às versões anteriores (até o Excel 2003). O Excel 2016 introduziu novas mudanças, para corrigir problemas e inconsistências relatadas pelos usuários do Excel 2010 e 2013.

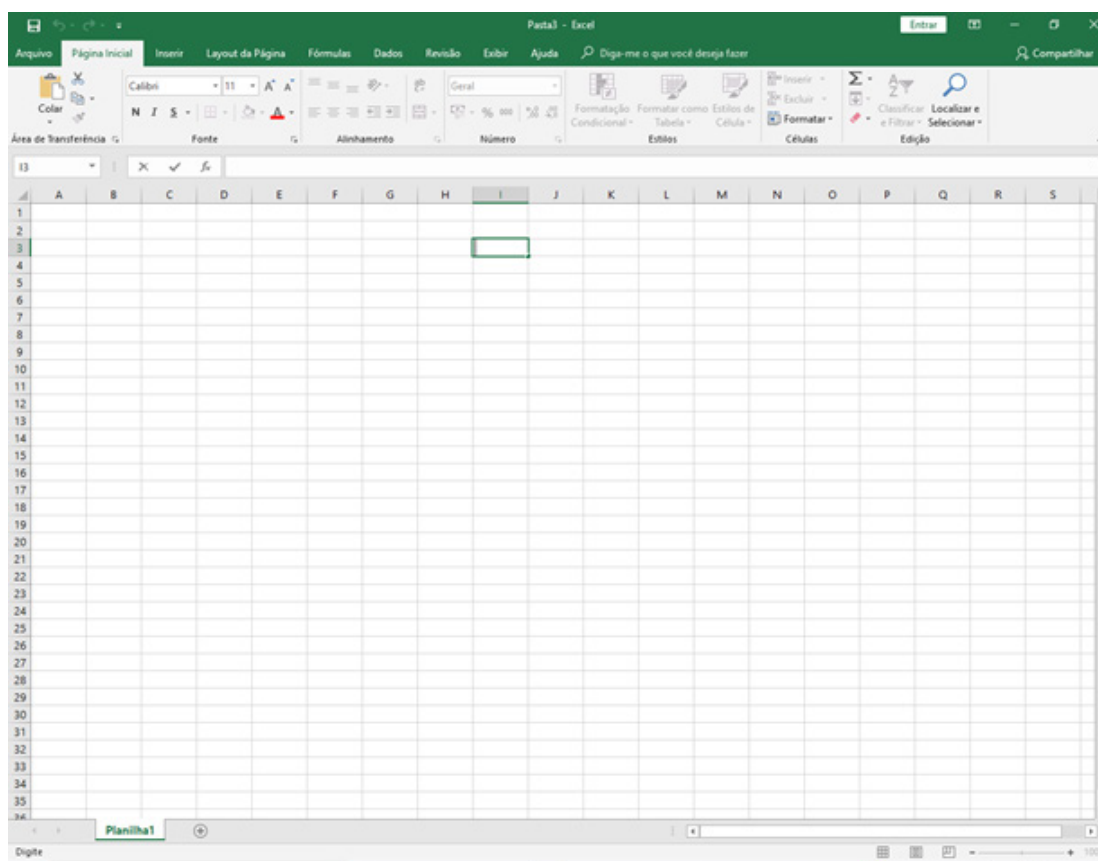
Na versão 2016, temos uma maior quantidade de linhas e colunas, sendo um total de 1.048.576 linhas por 16.384 colunas.

O Excel 2016 manteve as funcionalidades e recursos que já estamos acostumados, além de implementar alguns novos, como⁵:

- 6 tipos novos de gráficos: Cascata, Gráfico Estatístico, Histograma, Pareto e Caixa e Caixa Estreita.
- Pesquise, encontra e reúna os dados necessários em um único local utilizando "Obter e Transformar Dados" (nas versões anteriores era Power Query disponível como suplemento).
- Utilize Mapas 3D (em versões anteriores com Power Map disponível como suplemento) para mostrar histórias junto com seus dados.

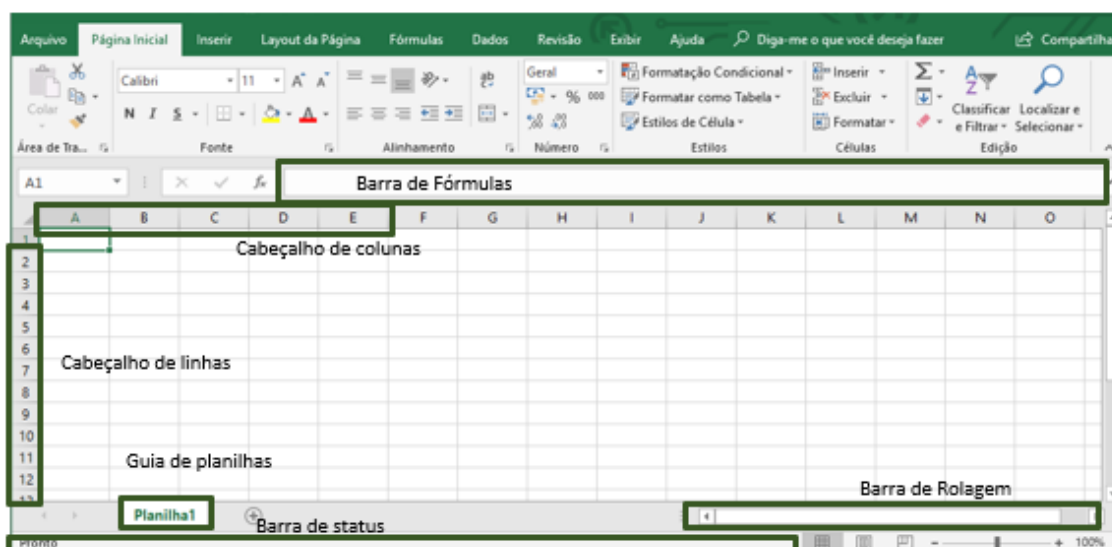
5 <https://ninjadoexcel.com.br/microsoft-excel-2016/>

Especificamente sobre o Excel 2016, seu diferencial é a criação e edição de planilhas a partir de dispositivos móveis de forma mais fácil e intuitivo, vindo que atualmente, os usuários ainda não utilizam de forma intensa o Excel em dispositivos móveis.



Tela Inicial do Excel 2016.

Ao abrir uma planilha em branco ou uma planilha, é exibida a área de trabalho do Excel 2016 com todas as ferramentas necessárias para criar e editar planilhas⁶.



6 https://juliobattisti.com.br/downloads/livros/excel_2016_basint_degusta.pdf

As cinco principais funções do Excel são⁷:

- **Planilhas:** Você pode armazenar, manipular, calcular e analisar dados tais como números, textos e fórmulas. Pode acrescentar gráfico diretamente em sua planilha, elementos gráficos, tais como retângulos, linhas, caixas de texto e botões. É possível utilizar formatos pré-definidos em tabelas.
- **Bancos de dados:** você pode classificar, pesquisar e administrar facilmente uma grande quantidade de informações utilizando operações de bancos de dados padronizadas.
- **Gráficos:** você pode rapidamente apresentar de forma visual seus dados. Além de escolher tipos pré-definidos de gráficos, você pode personalizar qualquer gráfico da maneira desejada.
- **Apresentações:** Você pode usar estilos de células, ferramentas de desenho, galeria de gráficos e formatos de tabela para criar apresentações de alta qualidade.
- **Macros:** as tarefas que são frequentemente utilizadas podem ser automatizadas pela criação e armazenamento de suas próprias macros.

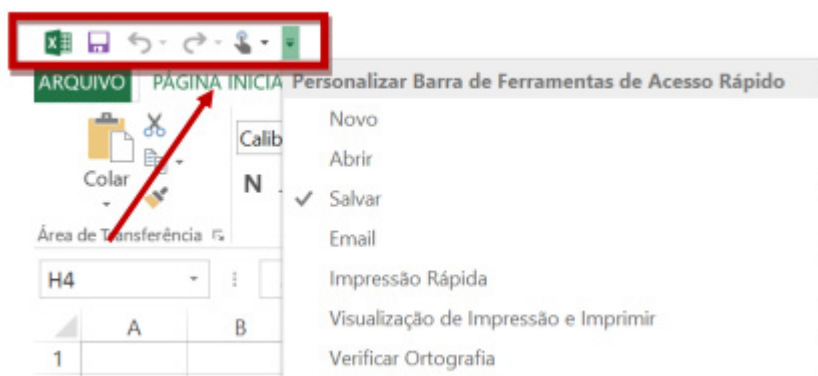
Planilha Eletrônica

A Planilha Eletrônica é uma folha de cálculo disposta em forma de tabela, na qual poderão ser efetuados rapidamente vários tipos de cálculos matemáticos, simples ou complexos.

Além disso, a planilha eletrônica permite criar tabelas que calculam automaticamente os totais de valores numéricos inseridos, imprimir tabelas em layouts organizados e criar gráficos simples.

• Barra de ferramentas de acesso rápido

Essa barra localizada na parte superior esquerdo, ajuda a deixar mais perto os comandos mais utilizados, sendo que ela pode ser personalizada. Um bom exemplo é o comando de visualização de impressão que podemos inserir nesta barra de acesso rápido.



Barra de ferramentas de acesso rápido.

• Barra de Fórmulas

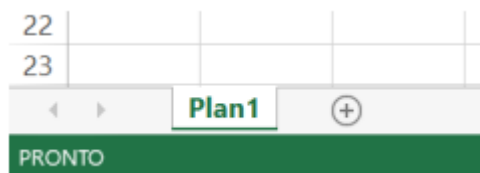
Nesta barra é onde inserimos o conteúdo de uma célula podendo conter fórmulas, cálculos ou textos, mais adiante mostraremos melhor a sua utilidade.



Barra de Fórmulas.

• Guia de Planilhas

Quando abrirmos um arquivo do Excel, na verdade estamos abrindo uma pasta de trabalho onde pode conter planilhas, gráficos, tabelas dinâmicas, então essas abas são identificadoras de cada item contido na pasta de trabalho, onde consta o nome de cada um. Nesta versão quando abrirmos uma pasta de trabalho, por padrão encontramos apenas uma planilha.

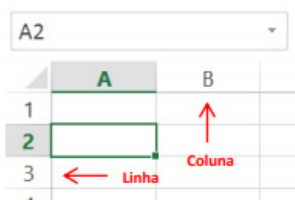


Guia de Planilhas.

⁷ <http://www.proinfo.com.br>

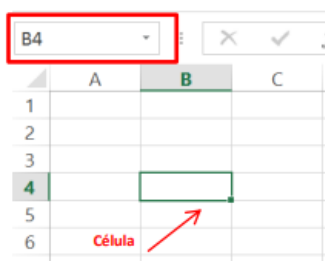
– **Coluna:** é o espaçamento entre dois traços na vertical. As colunas do Excel são representadas em letras de acordo com a ordem alfabética crescente sendo que a ordem vai de “A” até “XFD”, e tem no total de 16.384 colunas em cada planilha.

– **Linha:** é o espaçamento entre dois traços na horizontal. As linhas de uma planilha são representadas em números, formam um total de 1.048.576 linhas e estão localizadas na parte vertical esquerda da planilha.



Linhas e colunas.

Célula: é o cruzamento de uma linha com uma coluna. Na figura abaixo podemos notar que a célula selecionada possui um endereço que é o resultado do cruzamento da linha 4 e a coluna B, então a célula será chamada B4, como mostra na caixa de nome logo acima da planilha.

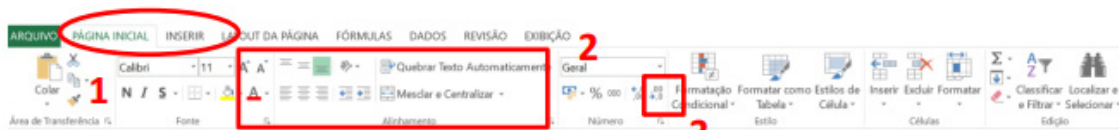


Células.

• Faixa de opções do Excel (Antigo Menu)

Como na versão anterior o MS Excel 2013 a faixa de opções está organizada em guias/grupos e comandos. Nas versões anteriores ao MS Excel 2007 a faixa de opções era conhecida como menu.

1. **Guias:** existem sete guias na parte superior. Cada uma representa tarefas principais executadas no Excel.
2. **Grupos:** cada guia tem grupos que mostram itens relacionados reunidos.
3. **Comandos:** um comando é um botão, uma caixa para inserir informações ou um menu.



Faixa de opções do Excel.

• Pasta de trabalho

É denominada pasta todo arquivo que for criado no MS Excel. Tudo que for criado será um arquivo com extensão: xls,xlsx, xlsm, xltx ou xlsb.

Fórmulas

Fórmulas são equações que executam cálculos sobre valores na planilha. Uma fórmula sempre inicia com um sinal de igual (=). Uma fórmula também pode conter os seguintes itens: funções, referências, operadores e constantes.



– **Referências:** uma referência identifica uma célula ou um intervalo de células em uma planilha e informa ao Microsoft Excel onde procurar os valores ou dados a serem usados em uma fórmula.

– **Operadores:** um sinal ou símbolo que especifica o tipo de cálculo a ser executado dentro de uma expressão. Existem operadores matemáticos, de comparação, lógicos e de referência.

Operador Aritmético	Significado	Exemplo
+ (Sinal de Adição)	Adição	3+3
- (Sinal de Subtração)	Subtração	3-1
* (Sinal de Multiplicação)	Multiplicação	3*3
/ (Sinal de Divisão)	Divisão	10/2
% (Símbolo de Percentagem)	Percentagem	15%
^ (Sinal de Exponenciação)	Exponenciação	3^4
Operador de Comparação	Significado	Exemplo
> (Sinal de Maior que)	Maior do que	B2 > V2
< (Sinal de Menor que)	Menor do que	C8 < G7
>= (Sinal de Maior ou igual a)	Maior ou igual a	B2 >= V2
<= (Sinal de Menor ou igual a)	Menor ou igual a	C8 <= G7
<> (Sinal de Diferente)	Diferente	J10 <> W7
Operador de Referência	Significado	Exemplo
: (Dois Pontos)	Operador de intervalo sem exceção	B5: J6
; (Ponto e Vírgula).	Operador de intervalo intercalado	B8; B7; G4

– **Constantes:** é um valor que não é calculado, e que, portanto, não é alterado. Por exemplo: =C3+5.

O número 5 é uma constante. Uma expressão ou um valor resultante de uma expressão não é considerado uma constante.

– Níveis de Prioridade de Cálculo

Quando o Excel cria fórmulas múltiplas, ou seja, misturar mais de uma operação matemática diferente dentro de uma mesma fórmula, ele obedece a níveis de prioridade.

Os Níveis de Prioridade de Cálculo são os seguintes:

Prioridade 1: Exponenciação e Radiciação (vice-versa).

Prioridade 2: Multiplicação e Divisão (vice-versa).

Prioridade 3: Adição e Subtração (vice-versa).

Os cálculos são executados de acordo com a prioridade matemática, conforme esta sequência mostrada, podendo ser utilizados parênteses “ () ” para definir uma nova prioridade de cálculo.

– Criando uma fórmula

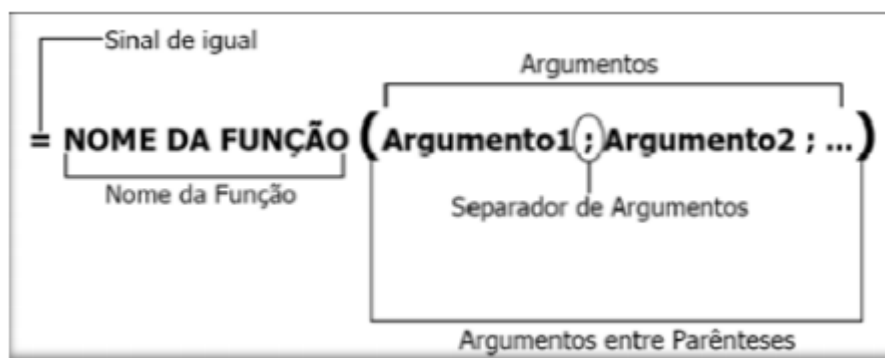
Para criar uma fórmula simples como uma soma, tendo como referência os conteúdos que estão em duas células da planilha, digite o seguinte:

	A	B	C
1	587	658	=A1+B1
2			

Funções

Funções são fórmulas predefinidas que efetuam cálculos usando valores específicos, denominados argumentos, em uma determinada ordem ou estrutura. As funções podem ser usadas para executar cálculos simples ou complexos.

Assim como as fórmulas, as funções também possuem uma estrutura (sintaxe), conforme ilustrado abaixo:



Estrutura da função.

NOME DA FUNÇÃO: todas as funções que o Excel permite usar em suas células tem um nome exclusivo.

Para obter uma lista das funções disponíveis, clique em uma célula e pressione SHIFT+F3.

ARGUMENTOS: os argumentos podem ser números, texto, valores lógicos, como VERDADEIRO ou FALSO, matrizes, valores de erro como #N/D ou referências de célula. O argumento que você atribuir deve produzir um valor válido para esse argumento. Os argumentos também podem ser constantes, fórmulas ou outras funções.

• Função SOMA

Esta função soma todos os números que você especifica como argumentos. Cada argumento pode ser um intervalo, uma referência de célula, uma matriz, uma constante, uma fórmula ou o resultado de outra função. Por exemplo, SOMA (A1:A5) soma todos os números contidos nas células de A1 a A5. Outro exemplo: SOMA (A1;A3; A5) soma os números contidos nas células A1, A3 e A5.

	A
1	Dados
2	-5
3	15
4	30
5	5
6	VERDADEIRO

Fórmula	Descrição	Resultado
=SOMA (3;2)	Soma 3 e 2.	5
=SOMA ("5";15; VERDADEIRO)	Soma 5, 15 e 1. O valor "5" é traduzido primeiro no número 1 e o valor lógico VERDADEIRO é traduzido no número 1.	21
=SOMA (A2:A4)	Soma os valores entre os intervalos A2 e A4.	40
=SOMA (A2:A4;15)	Soma os valores entre os intervalos A2 e A4 e, em seguida, acrescenta 15 a este resultado.	55

• Função MÉDIA

Esta função calcula a média aritmética de uma determinada faixa de células contendo números. Para tal, efetua o cálculo somando os conteúdos dessas células e dividindo pela quantidade de células que foram somadas.

	A	B	C
1		Dados	
2	10	14	64
3	7		
4	9		
5	27		
6	2		
7			

Fórmula	Descrição	Resultado
=MÉDIA (A2:A6)	Média dos números nas células de A2 a A6	11
=MÉDIA (A2:A6;5)	Média dos números nas células A2 a A6 e o número 5	10
=MÉDIA (A2:C2)	Média dos números nas células A2 a C2	19

• Função MÁXIMO e MÍNIMO

Essas funções dado um intervalo de células retorna o maior e menor número respectivamente.

	A	B	C
1		Dados	
2	10	14	64
3	7		
4	9		
5	27		
6	2		
7			

Fórmula	Descrição	Resultado
=MÁXIMO (A2:A6)	Maior valor nas células de A2 a A6	27
=MÍNIMO (A2:A6)	Menor valor nas células A2 a A6	2

• Função SE

A função SE é uma função do grupo de lógica, onde temos que tomar uma decisão baseada na lógica do problema. A função SE verifica uma condição que pode ser Verdadeira ou Falsa, diante de um teste lógico.

Sintaxe

SE (teste lógico; valor se verdadeiro; valor se falso)

Exemplo:

Na planilha abaixo, como saber se o número é negativo, temos que verificar se ele é menor que zero.

Na célula A2 digitaremos a seguinte formula:

=SE (A2<0; “negativo”; “positivo”)

A2<0 → Teste lógico ou Condição

Negativo → Resposta Verdadeira

Positivo → Resposta Falsa



	A	B
1	Numero	Classificação
2	-3	
3	25	
4	0	
5	49	
6	-22	
7	42	

• Função SOMASE

A função SOMASE é uma junção de duas funções já estudadas aqui, a função SOMA e SE, onde buscaremos somar valores desde que atenda a uma condição especificada:

Sintaxe

SOMASE (intervalo analisado; critério; intervalo a ser somado)

Onde:

Intervalo analisado (obrigatório): intervalo em que a função vai analisar o critério.

Critério (obrigatório): Valor ou Texto a ser procurado no intervalo a ser analisado.

Intervalo a ser somado (opcional): caso o critério seja atendido é efetuado a soma da referida célula analisada. Não pode conter texto neste intervalo.

	A	B	C
1	Vendedor	Genero	Vendas
2	João Guilherme	M	R\$ 2.435,00
3	Claudia Alves	F	R\$ 3.533,00
4	Firmino Tavares	M	R\$ 1.476,00
5	Maria Eduarda	F	R\$ 543,00
6	Janaina	F	R\$ 768,00
7	Diego Souza	M	R\$ 257,00
8			
9	Vendas Homens	R\$	4.168,00
10	Vendas Mulheres	R\$	4.844,00

Exemplo:

Vamos calcular a somas das vendas dos vendedores por Gênero. Observando a planilha acima, na célula C9 digitaremos a função =SOMASE (B2:B7;"M"; C2:C7) para obter a soma dos vendedores.

• Função CONT.SE

Esta função conta quantas células se atender ao critério solicitado. Ela pede apenas dois argumentos, o intervalo a ser analisado e o critério para ser verificado.

Sintaxe

CONT.SE (intervalo analisado; critério)

Onde:

Intervalo analisado (obrigatório): intervalo em que a função vai analisar o critério.

Critério (obrigatório): Valor ou Texto a ser procurado no intervalo a ser analisado.

	A	B	C
1	Vendedor	Genero	Vendas
2	João Guilherme	M	R\$ 2.435,00
3	Claudia Alves	F	R\$ 3.533,00
4	Firmino Tavares	M	R\$ 1.476,00
5	Maria Eduarda	F	R\$ 543,00
6	Janaina	F	R\$ 768,00
7	Diego Souza	M	R\$ 257,00
8			
9	Vendas Homens		3
10	Vendas Mulheres		3

Aproveitando o mesmo exemplo da função anterior, podemos contar a quantidade de homens e mulheres.

Na planilha acima, na célula C9 digitaremos a função =CONT.SE (B2:B7;"M") para obter a quantidade de vendedores.

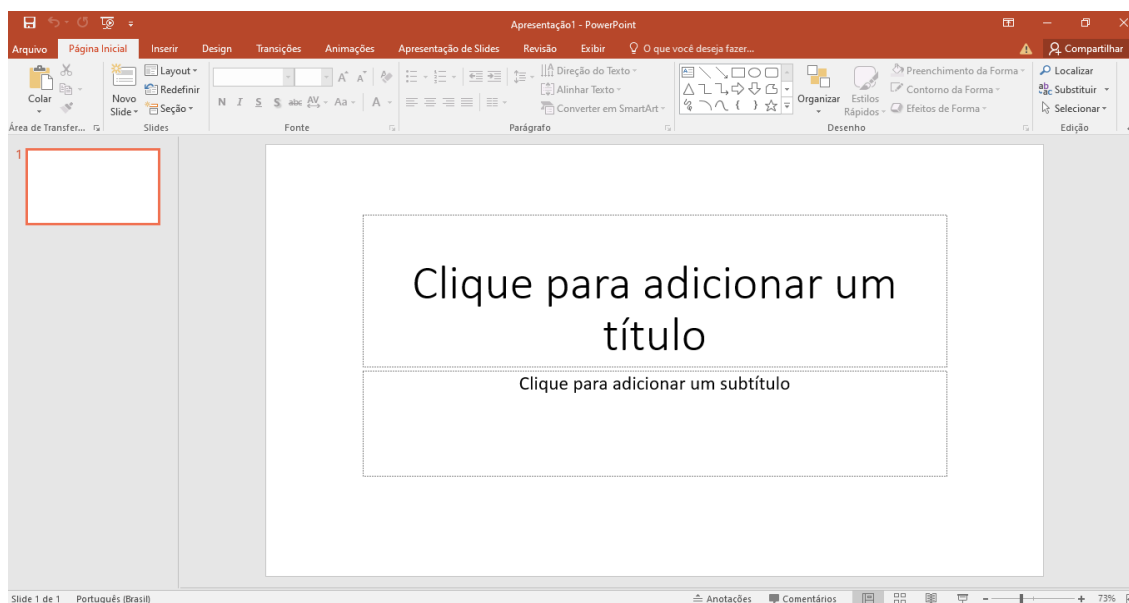
MS-POWERPOINT 2016: ESTRUTURA BÁSICA DAS APRESENTAÇÕES, CONCEITOS DE SLIDES, ANOTAÇÕES, RÉGUA, GUIAS, CABEÇALHOS E RODAPÉS, NOÇÕES DE EDIÇÃO E FORMATAÇÃO DE APRESENTAÇÕES, INSERÇÃO DE OBJETOS, NUMERAÇÃO DE PÁGINAS, BOTÕES DE AÇÃO, ANIMAÇÃO E TRANSIÇÃO ENTRE SLIDES

O aplicativo Power Point 2016 é um programa para apresentações eletrônicas de slides. Nele encontramos os mais diversos tipos de formatações e configurações que podemos aplicar aos slides ou apresentação de vários deles. Através desse aplicativo, podemos ainda, desenvolver slides para serem exibidos na web, imprimir em transparência para projeção e melhor: desenvolver apresentações para palestras, cursos, apresentações de projetos e produtos, utilizando recursos de áudio e vídeo.

O MS PowerPoint é um aplicativo de apresentação de slides, porém ele não apenas isso, mas também realiza as seguintes tarefas⁸:

- Edita imagens de forma bem simples;
- Insere e edita áudios mp3, mp4, midi, wav e wma no próprio slide;
- Insere vídeos on-line ou do próprio computador;
- Trabalha com gráficos do MS Excel;
- Grava Macros.

⁸ FRANCESCHINI, M. Ms PowerPoint 2016 – Apresentação de Slides.



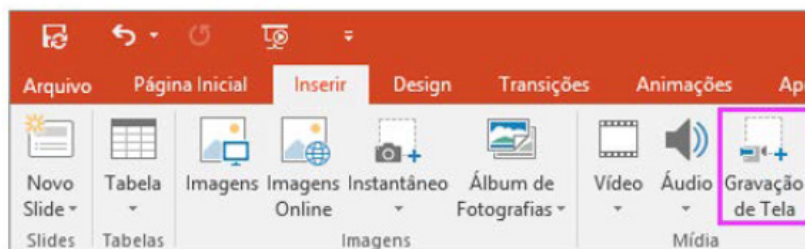
Tela inicial do PowerPoint 2016.

- Ideal para apresentar uma ideia, proposta, empresa, produto ou processo, com design profissional e slides de grande impacto;
- Os seus temas personalizados, estilos e opções de formatação dão ao utilizador uma grande variedade de combinações de cor, tipos de letra e feitos;
- Permite enfatizar as marcas (bullet points), com imagens, formas e textos com estilos especiais;
- Inclui gráficos e tabelas com estilos semelhantes aos dos restantes programas do Microsoft Office (Word e Excel), tornando a apresentação de informação numérica apelativa para o público.
- Com a funcionalidade SmartArt é possível criar diagramas sofisticados, ideais para representar projetos, hierarquias e esquemas personalizados.
- Permite a criação de temas personalizados, ideal para utilizadores ou empresas que pretendam ter o seu próprio layout.
- Pode ser utilizado como ferramenta colaborativa, onde os vários intervenientes (editores da apresentação) podem trocar informações entre si através do documento, através de comentários.

Novos Recursos do MS PowerPoint

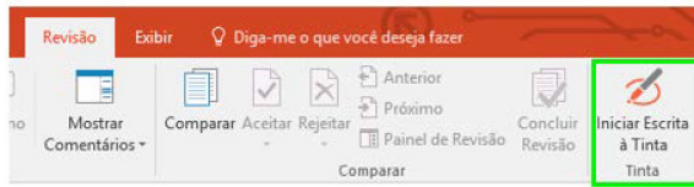
Na nova versão do PowerPoint, alguns recursos foram adicionados. Vejamos quais são eles.

- **Diga-me:** serve para encontrar instantaneamente os recursos do aplicativo.
- **Gravação de Tela:** novo recurso do MS PowerPoint, encontrado na guia Inserir. A Gravação de Tela grava um vídeo com áudio das ações do usuário no computador, podendo acessar todas as janelas do micro e registrando os movimentos do mouse.

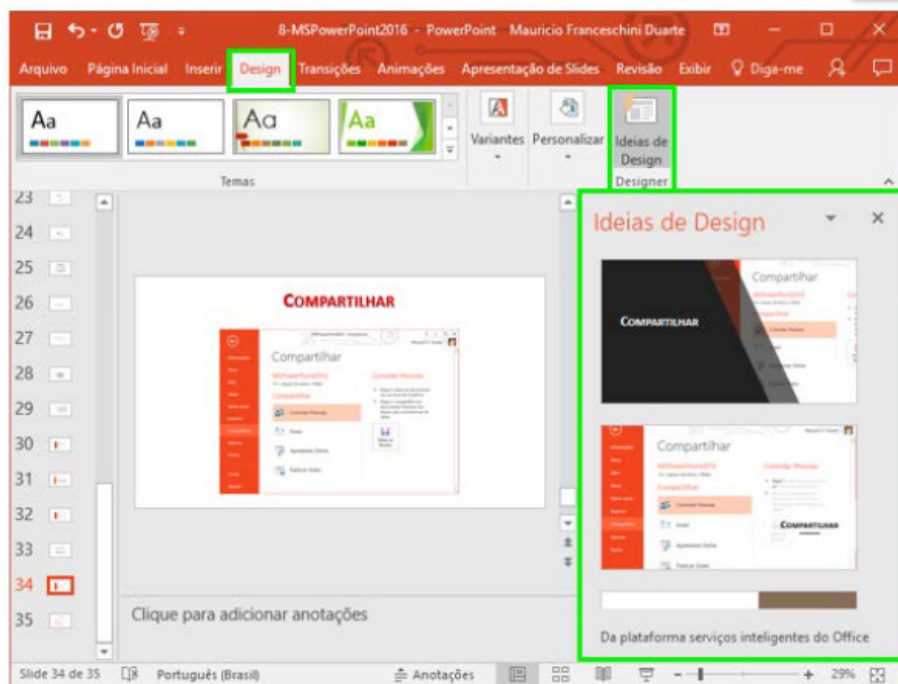


- **Compartilhar:** permite compartilhar as apresentações com outros usuários on-line para edição simultânea por meio do OneDrive.

• **Anotações à Tinta:** o usuário pode fazer traços de caneta à mão livre e marca-texto no documento. Esse recurso é acessado por meio da guia Revisão.



• **Ideias de Design:** essa nova funcionalidade da guia Design abre um painel lateral que oferece sugestões de remodelagem do slide atual instantaneamente.



Guia Arquivo

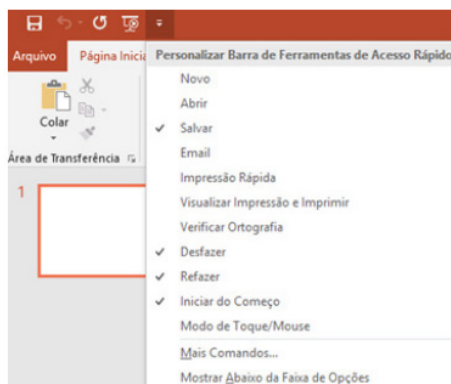
Ao clicar na guia Arquivo, serão exibidos comandos básicos: Novo, Abrir, Salvar, Salvar Como, Imprimir, Preparar, Enviar, Publicar e Fechar⁹.



⁹ popescolas.com.br/eb/info/power_point.pdf

Barra de Ferramentas de Acesso Rápido¹⁰

Localiza-se no canto superior esquerdo ao lado do Botão do Microsoft Office (local padrão), é personalizável e contém um conjunto de comandos independentes da guia exibida no momento. É possível adicionar botões que representam comandos à barra e mover a barra de um dos dois locais possíveis.



Barra de Título

Exibe o nome do programa (Microsoft PowerPoint) e, também exibe o nome do documento ativo.



Botões de Comando da Janela

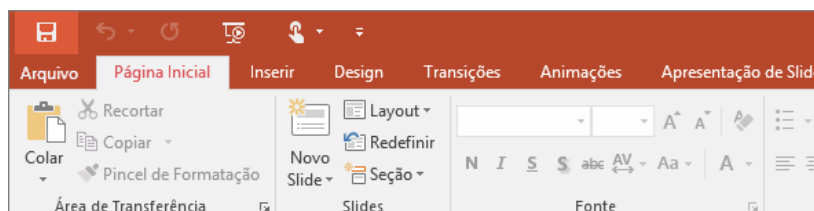


Acionando esses botões, é possível minimizar, maximizar e restaurar a janela do programa PowerPoint.

Faixa de Opções

A Faixa de Opções é usada para localizar rapidamente os comandos necessários para executar uma tarefa. Os comandos são organizados em grupos lógicos, reunidos em guias. Cada guia está relacionada a um tipo de atividade como gravação ou disposição de uma página. Para diminuir a desorganização, algumas guias são exibidas somente quando necessário. Por exemplo, a guia Ferramentas de Imagem somente é exibida quando uma imagem for selecionada.

Grande novidade do Office 2007/2010, a faixa de opções elimina grande parte da navegação por menus e busca aumentar a produtividade por meio do agrupamento de comandos em uma faixa localizada abaixo da barra de títulos¹¹.



Painel de Anotações

Nele é possível digitar as anotações que se deseja incluir em um slide.

¹⁰ <http://www.professorcarlosmuniz.com.br>

¹¹ LÊNIN, A; JUNIOR, M. Microsoft Office 2010. Livro Eletrônico.

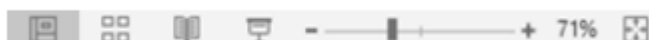
Barra de Status

Exibe várias informações úteis na confecção dos slides, entre elas: o número de slides; tema e idioma.



Nível de Zoom

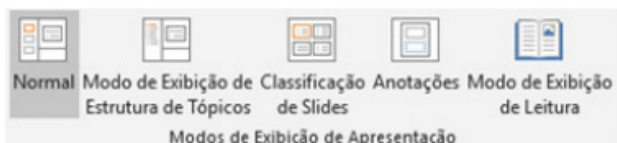
Clicar para ajustar o nível de zoom.



Modos de Exibição do PowerPoint

O menu das versões anteriores, conhecido como menu Exibir, agora é a guia Exibição no Microsoft PowerPoint 2010. O PowerPoint 2010 disponibiliza aos usuários os seguintes modos de exibição:

- Normal,
- Classificação de Slides,
- Anotações,
- Modo de exibição de leitura,
- Slide Mestre,
- Folheto Mestre,
- Anotações Mestras.

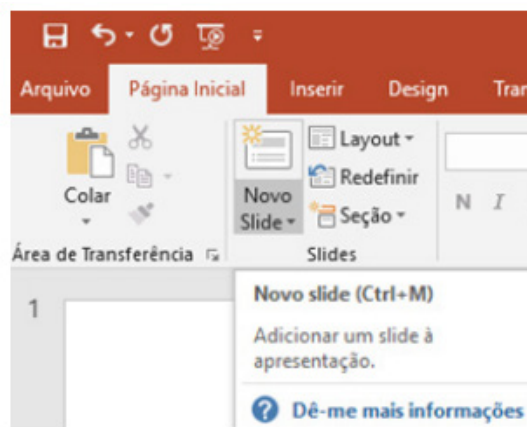


O modo de exibição Normal é o principal modo de edição, onde você escreve e projeta a sua apresentação.

Criar apresentações

Criar uma apresentação no Microsoft PowerPoint 2013 engloba: iniciar com um design básico; adicionar novos slides e conteúdo; escolher layouts; modificar o design do slide, se desejar, alterando o esquema de cores ou aplicando diferentes modelos de estrutura e criar efeitos, como transições de slides animados.

Ao iniciarmos o aplicativo Power Point 2016, automaticamente é exibida uma apresentação em branco, na qual você pode começar a montar a apresentação. Repare que essa apresentação é montada sem slides adicionais ou formatações, contendo apenas uma caixa de texto com título e subtítulo, sem plano de fundo ou efeito de preenchimento. Para dar continuidade ao seu trabalho e criar uma outra apresentação em outro slide, basta clicar em Página Inicial e em seguida Novo Slide.

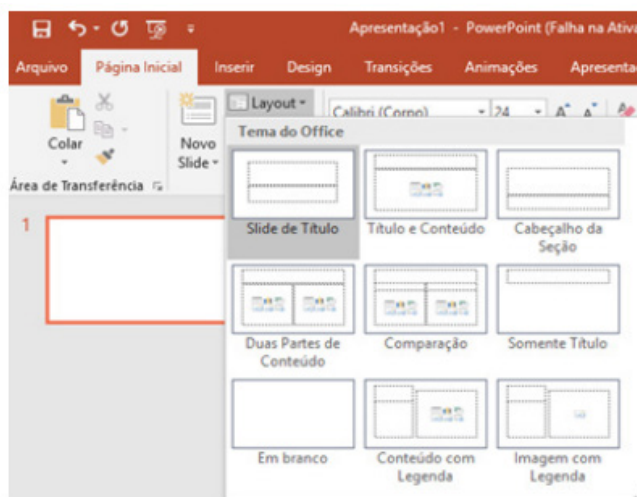


• Layout

O layout é o formato que o slide terá na apresentação como títulos, imagens, tabelas, entre outros. Nesse caso, você pode escolher entre os vários tipos de layout.

Para escolher qual layout você prefere, faça o seguinte procedimento:

1. Clique em Página Inicial;
2. Após clique em Layout;
3. Em seguida, escolha a opção.



Então basta começar a digitar.

Formatar texto

Para alterar um texto, é necessário primeiro selecioná-lo. Para selecionar um texto ou palavra, basta clicar com o botão esquerdo sobre o ponto em que se deseja iniciar a seleção e manter o botão pressionado, arrastar o mouse até o ponto desejado e soltar o botão esquerdo.

Para formatar nossa caixa de texto temos os grupos da guia Página Inicial. O primeiro grupo é a Fonte, podemos através deste grupo aplicar um tipo de letra, um tamanho, efeitos, cor, etc.

Fonte: altera o tipo de fonte.

Tamanho da fonte: altera o tamanho da fonte.

Negrito: aplica negrito ao texto selecionado. Também pode ser acionado através do comando Ctrl+N.

Itálico: aplica Itálico ao texto selecionado. Também pode ser acionado através do comando Ctrl+I.

Sublinhado: sublinha o texto selecionado. Também pode ser acionado através do comando Ctrl+S.

Tachado: desenha uma linha no meio do texto selecionado.

Sombra de Texto: adiciona uma sombra atrás do texto selecionado para destacá-lo no slide.

Espaçamento entre Caracteres: ajusta o espaçamento entre caracteres.

Maiúsculas e Minúsculas: altera todo o texto selecionado para MAIÚSCULAS, minúsculas, ou outros usos comuns de maiúsculas/minúsculas.

Cor da Fonte: altera a cor da fonte.

Alinhar Texto à Esquerda: alinha o texto à esquerda. Também pode ser acionado através do comando Ctrl+Q.

Centralizar: centraliza o texto. Também pode ser acionado através do comando Ctrl+E.

Alinhar Texto à Direita: alinha o texto à direita. Também pode ser acionado através do comando Ctrl+G.

Justificar: alinha o texto às margens esquerda e direita, adicionando espaço extra entre as palavras conforme o necessário, promovendo uma aparência organizada nas laterais esquerda e direita da página.

Colunas: divide o texto em duas ou mais colunas.



Excluir slide

Selecione o slide com um clique e tecle Delete no teclado.

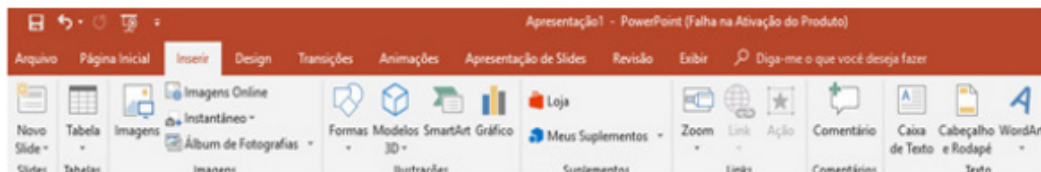
Salvar Arquivo

Para salvar o arquivo, acionar a guia Arquivo e sem sequência, salvar como ou pela tecla de atalho Ctrl + B.

Inserir Figuras

Para inserir uma figura no slide clicar na guia Inserir, e clicar em um desses botões:

- **Imagem do Arquivo:** insere uma imagem de um arquivo.
- **Clip-Art:** é possível escolher entre várias figuras que acompanham o Microsoft Office.
- **Formas:** insere formas prontas, como retângulos e círculos, setas, linhas, símbolos de fluxograma e textos explicativos.
- **SmartArt:** insere um elemento gráfico SmartArt para comunicar informações visualmente. Esses elementos gráficos variam desde listas gráficas e diagramas de processos até gráficos mais complexos, como diagramas de Venn e organogramas.
- **Gráfico:** insere um gráfico para ilustrar e comparar dados.
- **WordArt:** insere um texto com efeitos especiais.



Transição de Slides

A Microsoft Office PowerPoint 2016 inclui vários tipos diferentes de transições de slides. Basta clicar no guia transição e escolher a transição de slide desejada.



Exibir apresentação

Para exibir uma apresentação de slides no Power Point.

1. Clique na guia Apresentação de Slides, grupo Iniciar Apresentação de Slides.
2. Clique na opção Do começo ou pressione a tecla F5, para iniciar a apresentação a partir do primeiro slide.
3. Clique na opção Do Slide Atual, ou pressione simultaneamente as teclas SHIFT e F5, para iniciar a apresentação a partir do slide atual.

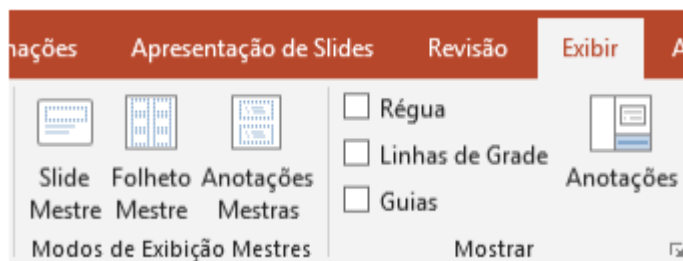


Slide mestre

O slide mestre é um slide padrão que replica todas as suas características para toda a apresentação. Ele armazena informações como plano de fundo, tipos de fonte usadas, cores, efeitos (de transição e animação), bem como o posicionamento desses itens. Por exemplo, na imagem abaixo da nossa apresentação multiuso Power View, temos apenas um item padronizado em todos os slides que é a numeração da página no topo direito superior.

Ao modificar um ou mais dos layouts abaixo de um slide mestre, você modifica essencialmente esse slide mestre. Embora cada layout de slide seja configurado de maneira diferente, todos os layouts que estão associados a um determinado slide mestre contêm o mesmo tema (esquema de cor, fontes e efeitos).

Para criar um slide mestre clique na Guia Exibição e em seguida em Slide Mestre.



CORREIO ELETRÔNICO: USO DE CORREIO ELETRÔNICO, PREPARO E ENVIO DE MENSAGENS, ANEXAÇÃO DE ARQUIVOS

O correio eletrônico, também conhecido como e-mail, é um serviço utilizado para envio e recebimento de mensagens de texto e outras funções adicionais como anexos junto com a mensagem.

Para envio de mensagens externas o usuário deverá estar conectado a internet, caso contrário ele ficará limitado a sua rede local.

Abaixo vamos relatar algumas características básicas sobre o e-mail

- Nome do Usuário: é o nome de login escolhido pelo usuário na hora de fazer seu e-mail. Exemplo: joaodasilva, no caso este é nome do usuário;
- @ : Símbolo padronizado para uso em correios eletrônicos;
- Nome do domínio a que o e-mail pertence, isto é, na maioria das vezes, a empresa;

Vejam os exemplos: joaodasilva@gmail.com.br / @hotmail.com.br / @editora.com.br

- Caixa de Entrada: Onde ficam armazenadas as mensagens recebidas;
- Caixa de Saída: Onde ficam armazenadas as mensagens ainda não enviadas;
- E-mails Enviados: Como o próprio nome diz, é onde ficam os e-mails que foram enviados;
- Rascunho: Guarda as mensagens que você ainda não terminou de redigir;
- Lixeira: Armazena as mensagens excluídas.

Ao escrever mensagens, temos os seguintes campos:

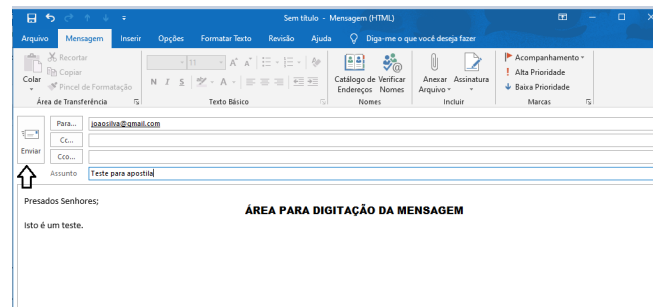
- Para: é o campo onde será inserido o endereço do destinatário do e-mail;
- CC: este campo é usado para mandar cópias da mesma mensagem. Ao usar esse campo os endereços aparecerão para todos os destinatários envolvidos;
- CCO: sua funcionalidade é semelhante ao campo anterior, no entanto os endereços só aparecerão para os respectivos donos da mensagem;
- Assunto: campo destinado ao assunto da mensagem;
- Anexos: são dados que são anexados à mensagem (imagens, programas, música, textos e outros);
- Corpo da Mensagem: espaço onde será escrita a mensagem.

Uso do correio eletrônico

- Inicialmente o usuário deverá ter uma conta de e-mail;
- Esta conta poderá ser fornecida pela empresa ou criada através de sites que fornecem o serviço. As diretrizes gerais sobre a criação de contas estão no tópico acima;
- Uma vez criada a conta, o usuário poderá utilizar um cliente de e-mail na internet ou um gerenciador de e-mail disponível;
- Atualmente existem vários gerenciadores disponíveis no mercado, tais como: Microsoft Outlook, Mozilla Thunderbird, Opera Mail, Gmail, etc.;

– O Microsoft Outlook é talvez o mais conhecido gerenciador de e-mail, dentro deste contexto vamos usá-lo como exemplo nos tópicos adiante, lembrando que todos funcionam de formas bastante parecidas.

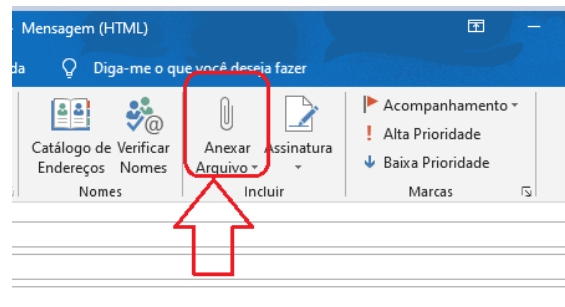
Preparo e envio de mensagens



Boas práticas para criação de mensagens

- Uma mensagem deverá ter um assunto. É possível enviar mensagem sem o Assunto, porém não é o adequado;
- A mensagem deverá ser clara, evite mensagens grandes ao extremo dando muitas voltas;
- Verificar com cuidado os destinatários para o envio correto de e-mails, evitando assim problemas de envios equivocados.

Anexação de arquivos



Uma função adicional quando criamos mensagens é de anexar um documento à mensagem, enviando assim juntamente com o texto.

Boas práticas para anexar arquivos à mensagem

- E-mails tem limites de tamanho, não podemos enviar coisas que excedem o tamanho, estas mensagens irão retornar;
- Deveremos evitar arquivos grandes pois além do limite do e-mail, estes demoram em excesso para serem carregados.

INTERNET: NAVEGAÇÃO NA INTERNET, CONCEITOS DE URL, LINKS, SITES, BUSCA E IMPRESSÃO DE PÁGINAS

A internet é conhecida como a rede das redes. A internet é uma coleção global de computadores, celulares e outros dispositivos que se comunicam.

Procedimentos de Internet e intranet

Através desta conexão, usuários podem ter acesso a diversas informações, para trabalho, lazer, bem como para trocar mensagens, compartilhar dados, programas, baixar documentos (download), etc.



Sites

Uma coleção de páginas associadas a um endereço www. é chamada web site. Através de navegadores, conseguimos acessar web sites para operações diversas.

Links

O link nada mais é que uma referência a um documento, onde o usuário pode clicar. No caso da internet, o Link geralmente aponta para uma determinada página, pode apontar para um documento qualquer para se fazer o download ou simplesmente abrir.

Dentro deste contexto vamos relatar funcionalidades de alguns dos principais navegadores de internet: Microsoft Internet Explorer, Mozilla Firefox e Google Chrome.

— Internet Explorer 11



Identificar o ambiente



O Internet Explorer é um navegador desenvolvido pela Microsoft, no qual podemos acessar sites variados. É um navegador simplificado com muitos recursos novos.

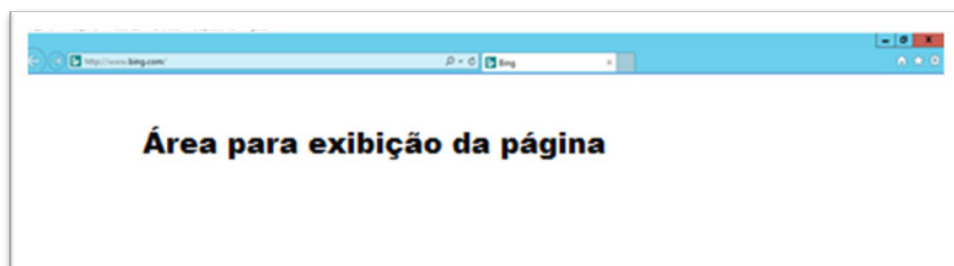
Dentro deste ambiente temos:



- Funções de controle de privacidade: Trata-se de funções que protegem e controlam seus dados pessoais coletados por sites;
- Barra de pesquisas: Esta barra permite que digitemos um endereço do site desejado. Na figura temos como exemplo: <https://www.gov.br/pt-br/>
- Guias de navegação: São guias separadas por sites aberto. No exemplo temos duas guias sendo que a do site <https://www.gov.br/pt-br/> está aberta.
- Favoritos: São pastas onde guardamos nossos sites favoritos
- Ferramentas: Permite realizar diversas funções tais como: imprimir, acessar o histórico de navegação, configurações, dentre outras.

Desta forma o Internet Explorer 11, torna a navegação da internet muito mais agradável, com textos, elementos gráficos e vídeos que possibilitam ricas experiências para os usuários.

Características e componentes da janela principal do Internet Explorer



À primeira vista notamos uma grande área disponível para visualização, além de percebermos que a barra de ferramentas fica automaticamente desativada, possibilitando uma maior área de exibição.

Vamos destacar alguns pontos segundo as indicações da figura:

1. Voltar/Avançar página

Como o próprio nome diz, clicando neste botão voltamos página visitada anteriormente;

2. Barra de Endereços

Esta é a área principal, onde digitamos o endereço da página procurada;

3. Ícones para manipulação do endereço da URL

Estes ícones são pesquisar, atualizar ou fechar, dependendo da situação pode aparecer fechar ou atualizar.

4. Abas de Conteúdo

São mostradas as abas das páginas carregadas.

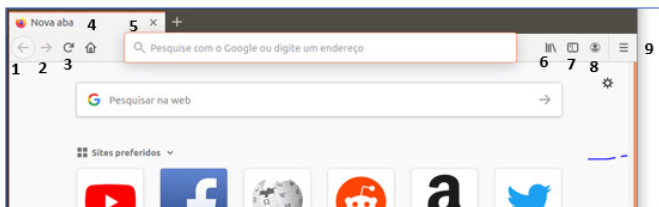
5. Página Inicial, favoritos, ferramentas, comentários

6.  Adicionar à barra de favoritos

— Mozilla Firefox



Vamos falar agora do funcionamento geral do Firefox, objeto de nosso estudo:



Vejamos de acordo com os símbolos da imagem:

1		Botão Voltar uma página
2		Botão avançar uma página
3		Botão atualizar a página
4		Voltar para a página inicial do Firefox
5		Barra de Endereços
6		Ver históricos e favoritos
7		Mostra um painel sobre os favoritos (Barra, Menu e outros)
8		Sincronização com a conta FireFox (Vamos detalhar adiante)
9		Mostra menu de contexto com várias opções

– Sincronização Firefox: Ato de guardar seus dados pessoais na internet, ficando assim disponíveis em qualquer lugar. Seus dados como: Favoritos, históricos, Endereços, senhas armazenadas, etc., sempre estarão disponíveis em qualquer lugar, basta estar logado com o seu e-mail de cadastro. E lembre-se: ao utilizar um computador público sempre desative a sincronização para manter seus dados seguros após o uso.

— Google Chrome



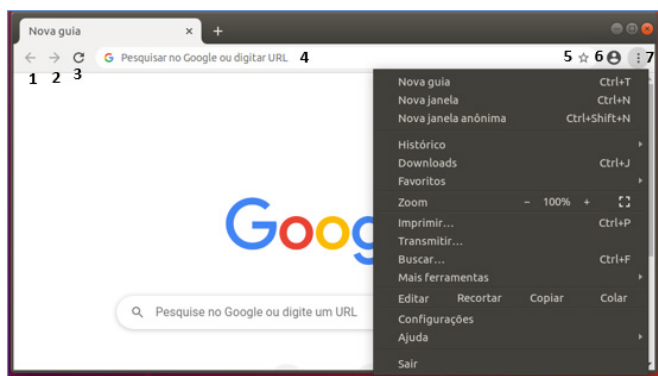
O Chrome é o navegador mais popular atualmente e disponibiliza inúmeras funções que, por serem ótimas, foram implementadas por concorrentes.

Vejamos:

Sobre as abas

No Chrome temos o conceito de abas que são conhecidas também como guias. No exemplo abaixo temos uma aba aberta, se quisermos abrir outra para digitar ou localizar outro site, temos o sinal (+).

A barra de endereços é o local em que se digita o link da página visitada. Uma outra função desta barra é a de busca, sendo que ao digitar palavras-chave na barra, o mecanismo de busca do Google é acionado e exibe os resultados.



Vejamos de acordo com os símbolos da imagem:

1		Botão Voltar uma página
2		Botão avançar uma página
3		Botão atualizar a página
4		Barra de Endereço.
5		Adicionar Favoritos
6		Usuário Atual
7		Exibe um menu de contexto que iremos relatar seguir.

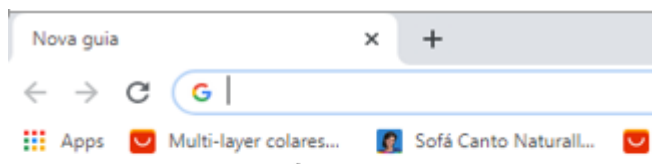
O que vimos até aqui, são opções que já estamos acostumados ao navegar na Internet, mesmo estando no Ubuntu, percebemos que o Chrome é o mesmo navegador, apenas está

instalado em outro sistema operacional. Como o Chrome é o mais comum atualmente, a seguir conferimos um pouco mais sobre suas funcionalidades.

Favoritos

No Chrome é possível adicionar sites aos favoritos. Para adicionar uma página aos favoritos, clique na estrela que fica à direita da barra de endereços, digite um nome ou mantenha o sugerido, e pronto.

Por padrão, o Chrome salva seus sites favoritos na Barra de Favoritos, mas você pode criar pastas para organizar melhor sua lista. Para removê-lo, basta clicar em excluir.



Barra de Favoritos

Histórico

O Histórico no Chrome funciona de maneira semelhante ao Firefox. Ele armazena os endereços dos sites visitados e, para acessá-lo, podemos clicar em Histórico no menu, ou utilizar atalho do teclado Ctrl + H. Neste caso o histórico irá abrir em uma nova aba, onde podemos pesquisá-lo por parte do nome do site ou mesmo dia a dia se preferir.



Pesquisar palavras

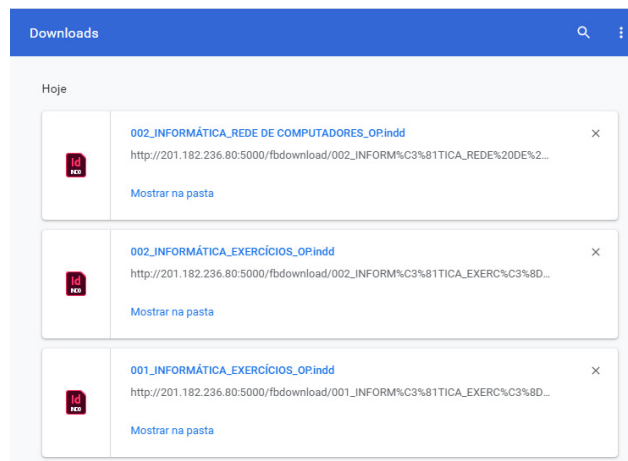
Muitas vezes ao acessar um determinado site, estamos em busca de uma palavra ou frase específica. Neste caso, utilizamos o atalho do teclado Ctrl + F para abrir uma caixa de texto na qual podemos digitar parte do que procuramos, e será localizado.

Salvando Textos e Imagens da Internet

Vamos navegar até a imagem desejada e clicar com o botão direito do mouse, em seguida salvá-la em uma pasta.

Downloads

Fazer um download é quando se copia um arquivo de algum site direto para o seu computador (texto, músicas, filmes etc.). Neste caso, o Chrome possui um item no menu, onde podemos ver o progresso e os downloads concluídos.



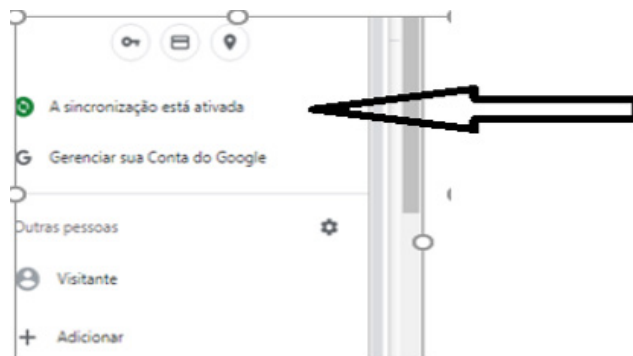
Sincronização

Uma nota importante sobre este tema: A sincronização é importante para manter atualizadas nossas operações, desta forma, se por algum motivo trocarmos de computador, nossos dados estarão disponíveis na sua conta Google.

Por exemplo:

- Favoritos, histórico, senhas e outras configurações estarão disponíveis.
- Informações do seu perfil são salvas na sua Conta do Google.

No canto superior direito, onde está a imagem com a foto do usuário, podemos clicar no 1º item abaixo para ativar e desativar.



— Safari

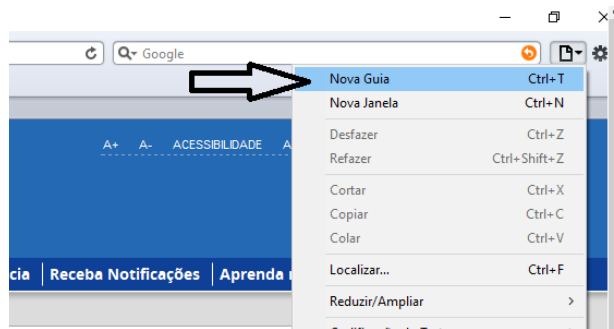


O Safari é o navegador da Apple, e disponibiliza inúmeras funções implementadas. Vejamos:

Guias



– Para abrímos outras guias podemos simplesmente teclar CTRL + T ou



Vejamos os comandos principais de acordo com os símbolos da imagem:

1		Botão Voltar uma página
2		Botão avançar uma página
3		Botão atualizar a página
4		Barra de Endereço.
5		Adicionar Favoritos
6		Ajustes Gerais
7		Menus para a página atual.
8		Lista de Leitura

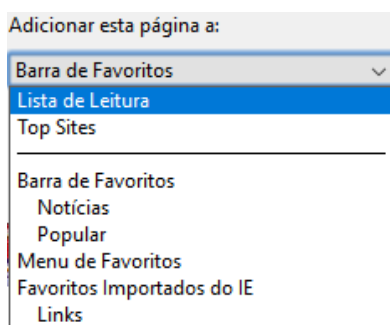
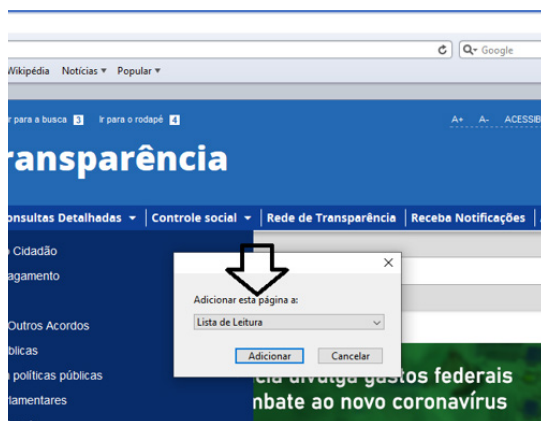
Perceba que o Safari, como os outros, oferece ferramentas bastante comuns.

Vejamos algumas de suas funcionalidades:

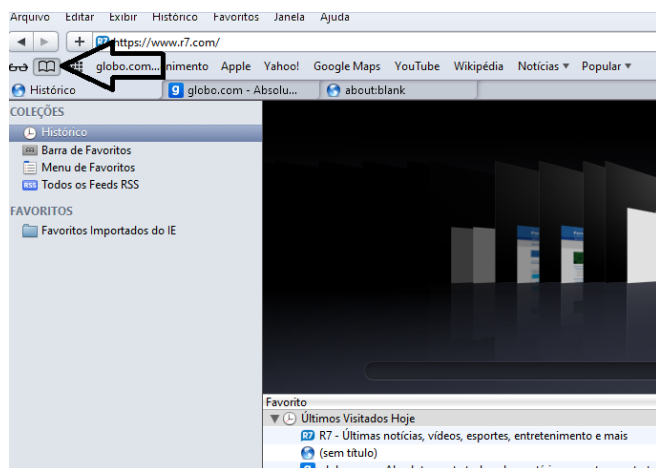
Lista de Leitura e Favoritos

No Safari é possível adicionar sites à lista de leitura para posterior consulta, ou aos favoritos, caso deseje salvar seus endereços. Para adicionar uma página, clique no “+” a que fica à esquerda da barra de endereços, digite um nome ou mantenha o sugerido e pronto.

Por padrão, o Safari salva seus sites na lista de leitura, mas você pode criar pastas para organizar melhor seus favoritos. Para removê-lo, basta clicar em excluir.



Histórico e Favoritos



Pesquisar palavras

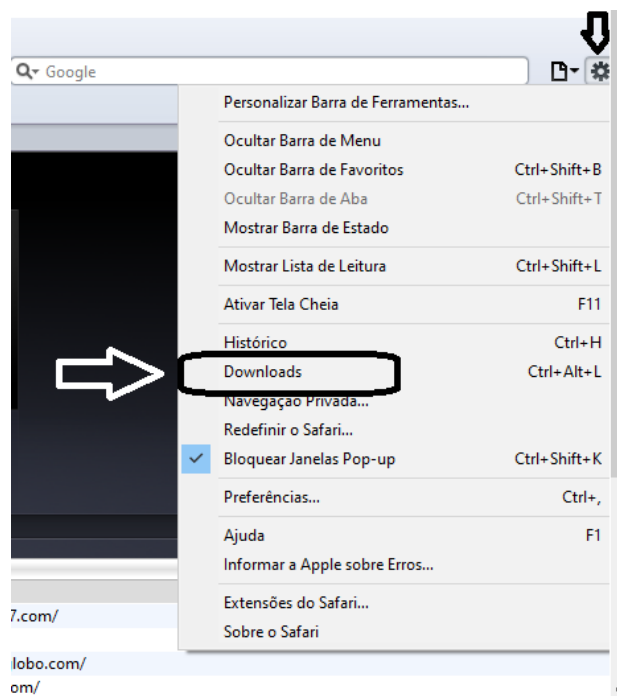
Muitas vezes, ao acessar um determinado site, estamos em busca de uma palavra ou frase específica. Neste caso utilizamos o atalho do teclado Ctrl + F, para abrir uma caixa de texto na qual podemos digitar parte do que procuramos, e será localizado.

Salvando Textos e Imagens da Internet

Vamos navegar até a imagem desejada e clicar com o botão direito do mouse, em seguida salvá-la em uma pasta.

Downloads

Fazer um download é quando se copia um arquivo de um algum site direto para o seu computador (texto, músicas, filmes etc.). Neste caso, o Safari possui um item no menu onde podemos ver o progresso e os downloads concluídos.



Sites de busca

Sites de busca são mecanismos de pesquisa que permitem buscar documentos, imagens, vídeos e quaisquer tipos de informações na rede. Eles utilizam um algoritmo capaz de varrer todas as informações da internet para buscar as informações desejadas. São exemplos de sites de busca mais comuns: Google, Bing e Yahoo.



Formas de acesso

GOOGLE	www.google.com.br
BING	www.bing.com.br
YAHOO	www.yahoo.com.br

Tipos de buscadores

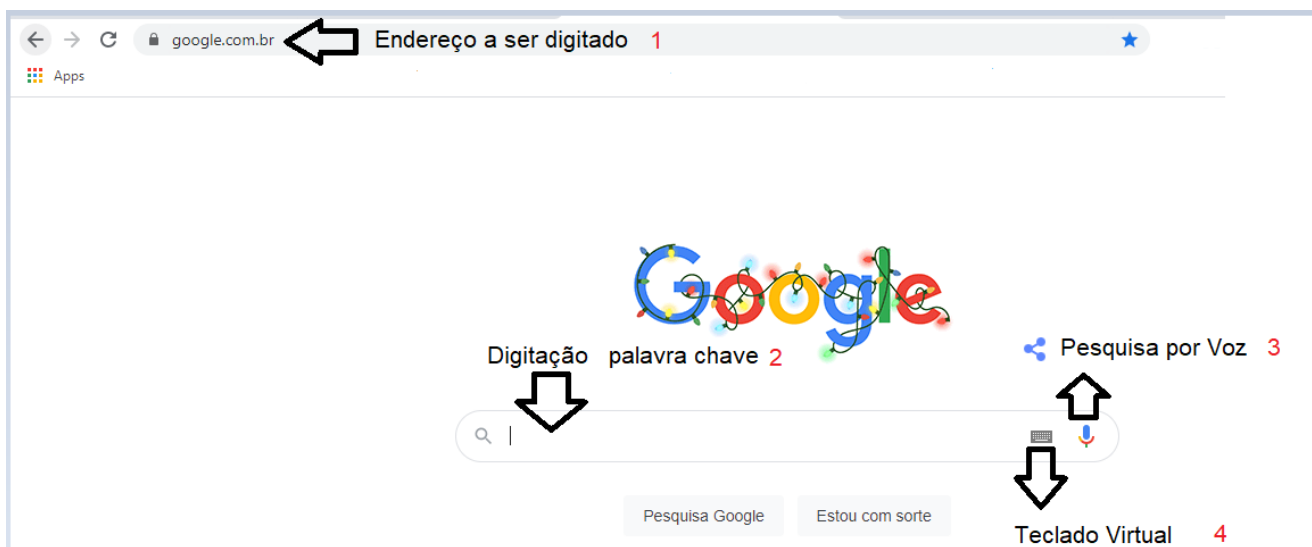
Buscadores Horizontais: São aqueles buscadores que varrem a Internet inteira.

Por exemplo, temos o Google que vai em busca de qualquer conteúdo relacionado a palavra chave.

Buscadores Verticais: São aqueles mais específicos que varrem somente um tipo de site.

Por exemplo, temos o Youtube que é um repositório de vídeos, logo ao pesquisarmos dentro dele a busca será limitada aos vídeos.

Atualmente o site de busca mais utilizado é o Google vejamos mais detalhes:

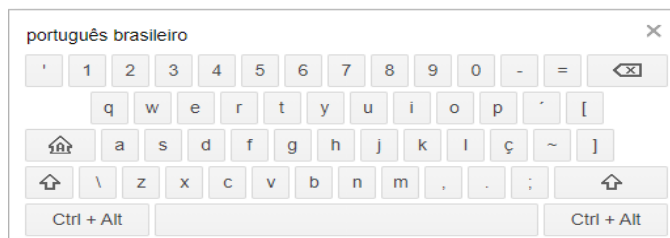


1 – Nesta barra digitaremos o endereço do site: www.google.com.br;

2 – Nesta barra digitaremos a palavra-chave que queremos encontrar;

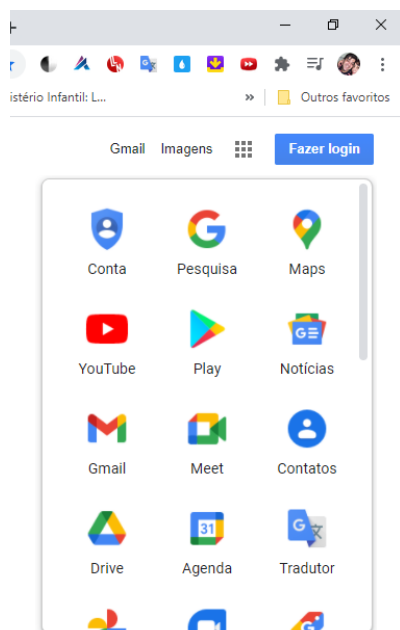
3 – Podemos também acionar este microfone para falar a palavra-chave e a mesma será escrita na barra de pesquisa;

4 – Podemos também acessar um teclado virtual que irá surgir na tela, permitindo a seleção dos caracteres desejados.



Após a entrada da palavra-chave, estamos prontos para realizar a pesquisa.

Outras funções do site de pesquisa do google



Menu do Google à direita, conforme a imagem acima

EMAIL	Acesso ao E-mail do Google;
IMAGENS	Acesso a barra de pesquisa imagens, neste caso o buscador irá atuar somente na procura de imagens, podemos digitar uma palavra-chave, ou até mesmo colar uma imagem na barra para iniciar a pesquisa;
CONTA	Acesso a informações de cadastro, nome, celular, etc.;
PESQUISA	Acesso ao buscador de pesquisas
MAPS	Acesso a informações de endereço e localização. No caso do celular funciona como um GPS;
YOUTUBE	ACESSO A VÍDEOS PUBLICADOS;
PLAY	Acesso a loja de aplicativos, no caso do celular temos a Play Store onde encontramos aplicativos;
NOTÍCIAS	Acesso a notícias;
MEET	Acesso a Reuniões (vídeo chamadas);
CONTATOS	Acesso a todos os contatos;
DRIVE	Acesso ao local de armazenamento na internet de arquivos, fotos, vídeos, etc.;
AGENDA	Acesso a agenda. É um local onde podemos marcar compromissos, tarefas, etc.;
TRADUTOR	Acesso ao tradutor do Google;

FOTOS	Acesso a todas as fotos armazenadas no drive, estas fotos são armazenadas na sua conta google. Conforme usamos o celular, enviamos as fotos automaticamente para o drive, a frequência deste envio depende de uma configuração prévia que temos que realizar;
LIVROS	Acesso a livros, neste caso somos remetidos para uma barra somente para a pesquisa de livros.
DOCUMENTOS	Acesso a documentos, neste caso são textos em geral, semelhantes a documentos em WORD, podemos acessar e até criar documentos para o uso;
PLANILHAS	Acesso a planilhas eletrônicas, neste caso são planilhas semelhantes ao EXCEL, podemos acessar e até criar planilhas para o uso;
BLOGGUEER	Permite a criação e gerenciamento de um blog. Blog é um site que permite a atualização rápida através de postagens, isso deve-se a sua estrutura extremamente flexível de uso;
HANGOUTS	Acesso a uma plataforma Google, onde podemos conectar pessoas através de vídeo conferência e mensagens, etc.

A Google está frequentemente atualizando esse menu, visto a adequação de aplicativos ao contexto atual.

TÓPICOS BÁSICOS DE AMBIENTES GOOGLE WORKSPACE (GMAIL, AGENDA, MEET, CHAT, DRIVE, DOCUMENTOS, PLANILHAS, APRESENTAÇÕES, FORMULÁRIOS) E MICROSOFT TEAMS (CHATS, CHAMADAS DE ÁUDIO E VÍDEO, CRIAÇÃO DE GRUPOS, TRABALHO EM EQUIPE: WORD, EXCEL, POWERPOINT)

GOOGLE WORKSPACE

O Google Workspace, anteriormente conhecido como G Suite, é um conjunto completo de ferramentas de produtividade baseadas na nuvem, desenvolvido pelo Google. Projetado para facilitar a colaboração e comunicação em tempo real, o Google Workspace oferece uma série de aplicativos que atendem às necessidades de indivíduos, equipes e empresas, proporcionando uma experiência integrada e fluída. Essas ferramentas ajudam a otimizar o trabalho em equipe, melhorar a organização e gerenciar fluxos de trabalho de maneira eficiente, independentemente da localização ou do dispositivo utilizado.

A seguir, apresentamos alguns dos principais aplicativos que compõem o Google Workspace, cada um oferecendo recursos específicos

— GMAIL

Gmail é uma plataforma de e-mail poderosa e fácil de usar, que oferece armazenamento generoso na nuvem, filtros avançados, organização de e-mails por meio de marcadores e uma interface limpa.



Acessando o Gmail

Para acessar o Gmail, abra seu navegador da web e vá para o site do Gmail em “www.gmail.com”.

Insira seu endereço de e-mail e senha associados à sua conta do Google e clique em “Fazer login”.

Interface do Gmail

Após fazer login, você será direcionado para a interface principal do Gmail.

Na parte superior esquerda, você encontrará o botão “Gmail” e o menu “Mais” que contém outros aplicativos do Google.

À esquerda, você verá a barra lateral com as opções de caixa de entrada, rascunhos, enviados, etc.

No meio, você encontrará sua caixa de entrada com os e-mails mais recentes.

Enviar e-mails

Para enviar um e-mail, clique no botão “Redigir” (ícone de lápis no canto superior esquerdo).

Uma nova janela será aberta. Insira o endereço de e-mail do destinatário no campo “Para”.

Adicione um assunto no campo “Assunto” e escreva sua mensagem no corpo do e-mail.

Quando terminar, clique em “Enviar” no canto inferior esquerdo.

Receber e-mails

Os e-mails recebidos aparecerão na sua caixa de entrada. Você pode clicar em um e-mail para abri-lo e ler seu conteúdo.

Organizar e-mails

Use as opções de etiquetas (labels), estrelas e categorias para organizar seus e-mails.

Você pode criar etiquetas personalizadas para categorizar e-mails relacionados.

Marcar e-mails importantes com uma estrela para fácil referência.

Responder e encaminhar e-mails

Para responder a um e-mail, clique em “Responder” ou “Responder a todos” abaixo do e-mail aberto.

Para encaminhar um e-mail, clique no ícone de seta para a frente e insira o endereço de e-mail do destinatário.

Anexar arquivos

Ao compor um e-mail, você pode anexar arquivos clicando no ícone de clipe de papel na parte inferior da janela de composição.

Selecione o arquivo que deseja anexar em seu computador e clique em “Abrir”.

Configurações do Gmail

Para acessar as configurações do Gmail, clique no ícone de engrenagem no canto superior direito e selecione “Ver todas as configurações”.

Aqui você pode personalizar várias configurações, como assinaturas de e-mail, filtros, encaminhamento, etc.

— GOOGLE DRIVE

O Google Drive é um serviço de armazenamento em nuvem que permite aos usuários armazenar, compartilhar e acessar arquivos de qualquer lugar. Ele também oferece ferramentas de colaboração em tempo real, como edição de documentos, planilhas e apresentações.



Acessando o Google Drive

Abra seu navegador da web e vá para o site do Google Drive em “drive.google.com”.

Faça login com sua conta do Google (se já não estiver conectado).

Interface do Google Drive

Na página principal do Google Drive, você verá uma lista de seus arquivos e pastas.

No lado esquerdo, há um menu com opções como “Meu Drive”, “Compartilhados comigo”, “Recentes”, “Computador” (para fazer upload de arquivos do seu dispositivo) e “Lixeira”.

Criando novos arquivos e pastas

Para criar uma nova pasta, clique no botão “Novo” no canto superior esquerdo e selecione “Pasta”. Dê um nome à sua pasta e pressione Enter.

Para criar um novo documento, planilha, apresentação ou formulário, clique em “Novo” e selecione o tipo de arquivo desejado.

Fazendo upload de arquivos

Para fazer upload de arquivos do seu computador, clique em “Novo” e selecione “Upload de arquivo” ou “Upload de pasta”.

Selecione o arquivo ou pasta que deseja fazer upload e clique em “Abrir”.

Compartilhando arquivos e pastas

Para compartilhar um arquivo ou pasta, clique com o botão direito do mouse sobre ele e selecione “Compartilhar”.

Insira os endereços de e-mail dos destinatários com quem deseja compartilhar.

Você pode definir permissões de acesso, como “Visualização”, “Edição” ou “Comentários”.

Organizando arquivos e pastas

Arraste e solte arquivos para mover ou reorganizar pastas. Use as opções de renomear, excluir, mover ou copiar arquivos e pastas clicando com o botão direito do mouse sobre eles.

Editando arquivos no Google Drive

Você pode editar documentos, planilhas e apresentações diretamente no Google Drive.

Clique duas vezes no arquivo para abri-lo e começar a editar. Suas alterações serão salvas automaticamente.

Pesquisando arquivos

Use a barra de pesquisa na parte superior para encontrar arquivos específicos por nome, tipo ou palavra-chave.

Configurações do Google Drive

Clique no ícone de engrenagem no canto superior direito e selecione “Configurações” para personalizar as configurações do Google Drive, como idioma, tema e configurações de upload.

— GOOGLE DOCS

O Google Docs é uma ferramenta de processamento de texto semelhante ao Microsoft Word. Ele permite criar, editar e colaborar em documentos de texto diretamente no navegador.



Acessando o Google Docs

Abra seu navegador da web e vá para o site do Google Docs em “docs.google.com”.

Faça login com sua conta do Google (se já não estiver conectado).

Criando um novo documento

Na página principal do Google Docs, clique no botão “+ Novo” no canto superior esquerdo e selecione “Documento”.

Editando o documento

Assim que o documento for aberto, você pode começar a digitar no espaço em branco.

Use a barra de ferramentas na parte superior para formatar o texto, adicionar listas, alterar o estilo, etc.

Formatando texto

Selecione o texto que deseja formatar e use as opções na barra de ferramentas para alterar a fonte, tamanho, cor, negrito, itálico, sublinhado, etc.

Inserindo imagens, links e outros elementos

Para inserir uma imagem, clique em “Inserir” na barra de menu e selecione “Imagem”. Você pode fazer upload de uma imagem do seu computador ou inserir uma imagem por meio de uma URL.

Para inserir um link, selecione o texto que deseja vincular, clique em “Inserir” e selecione “Link”. Insira o URL e clique em “Aplicar”.

Colaboração e comentários

Para colaborar com outras pessoas em tempo real, clique no botão “Compartilhar” no canto superior direito e insira os endereços de e-mail dos colaboradores.

Os colaboradores podem editar o documento ao mesmo tempo, e você pode ver as alterações em tempo real.

Você também pode adicionar comentários clicando com o botão direito do mouse em uma parte do documento e selecionando “Comentar”.

Revisão de alterações

Para revisar as alterações feitas no documento, vá para “Arquivo” na barra de menu e selecione “Revisão de Histórico”. Aqui, você pode ver todas as edições anteriores e revertê-las, se necessário.

Salvando e exportando o documento

O Google Docs salva automaticamente seu trabalho conforme você digita. No entanto, você também pode clicar em “Arquivo” e selecionar “Salvar” para garantir que suas alterações sejam salvas.

Para exportar o documento para outro formato, como Microsoft Word ou PDF, vá para “Arquivo” e selecione “Download” e escolha o formato desejado.

— GOOGLE PLANILHAS

O Google Planilhas é uma ferramenta de planilhas online semelhante ao Microsoft Excel. Com ela, é possível criar, editar e analisar dados em formato de tabela, realizar cálculos, criar gráficos e aplicar fórmulas de forma colaborativa.



Acessando o Google Planilhas

Abra seu navegador da web e vá para o site do Google Planilhas em “sheets.google.com”.

Faça login com sua conta do Google (se já não estiver conectado).

Criando uma nova planilha

Na página principal do Google Planilhas, clique no botão “+ Novo” no canto superior esquerdo e selecione “Planilha”.

Editando a planilha

Uma nova planilha será aberta e você poderá começar a inserir dados e trabalhar nela.

Cada célula pode conter texto, números ou fórmulas. Basta clicar na célula desejada e começar a digitar.

Formatação da planilha

Use as opções na barra de ferramentas superior para formatar suas células. Você pode alterar a fonte, tamanho, cor e estilos de texto, bem como formatar números, datas e mais.

Fórmulas e funções

Para realizar cálculos e manipular dados, você pode usar fórmulas e funções.

Digite “=” seguido pela fórmula desejada na célula onde deseja que o resultado apareça. Por exemplo, “=A1+B1” soma os valores das células A1 e B1.

Inserindo gráficos

Selecione os dados que deseja incluir no gráfico.

Na barra de menu, clique em “Inserir” e depois em “Gráfico”. Selecione o tipo de gráfico desejado e personalize conforme necessário.

Compartilhamento e colaboração

Clique no botão “Compartilhar” no canto superior direito para compartilhar sua planilha com outras pessoas.

Você pode definir permissões de visualização, edição ou comentário para os colaboradores.

Revisão de alterações

Para revisar as alterações feitas na planilha ao longo do tempo, vá para “Arquivo” na barra de menu e selecione “Histórico de revisão”. Aqui, você pode ver quem fez quais alterações e restaurar versões anteriores, se necessário.

Salvando e exportando a planilha

O Google Planilhas salva automaticamente suas alterações conforme você trabalha. No entanto, você pode clicar em “Arquivo” e selecionar “Salvar” para garantir que suas alterações sejam salvas.

Para exportar a planilha para outro formato, como Excel ou PDF, vá para “Arquivo” e selecione “Download” e escolha o formato desejado.

— GOOGLE APRESENTAÇÕES

O Google Apresentações é uma ferramenta de criação de slides, similar ao Microsoft PowerPoint. Ela permite a criação, edição e colaboração em apresentações de slides diretamente no navegador.



Acessando o Google Apresentações

Abra seu navegador da web e vá para o site do Google Apresentações em “slides.google.com”.

Faça login com sua conta do Google (se já não estiver conectado).

Criando uma nova apresentação

Na página principal do Google Apresentações, clique no botão “+ Novo” no canto superior esquerdo e selecione “Apresentação”.

Editando os slides

Uma nova apresentação será aberta e você poderá começar a criar seus slides.

Clique nos slides na barra lateral à esquerda para editá-los individualmente.

Use as ferramentas na barra de ferramentas superior para adicionar texto, imagens, formas, linhas, tabelas, vídeos e muito mais.

Adicionando conteúdo aos slides

Para adicionar texto, clique no ícone “T” na barra de ferramentas superior e clique no slide para começar a digitar.

Para adicionar imagens, clique no ícone “Imagem” na barra de ferramentas e faça o upload de uma imagem do seu computador ou insira uma URL.

Para adicionar outras formas, linhas ou elementos, clique nos ícones correspondentes na barra de ferramentas.

Formatando e estilizando os slides

Use as opções de formatação na barra de ferramentas para personalizar a aparência dos seus slides.

Você pode alterar a cor de fundo, o estilo de texto, a fonte, o tamanho e muito mais.

Adicionando transições e animações

Para tornar sua apresentação mais dinâmica, você pode adicionar transições entre os slides e animações aos elementos individuais.

Clique em “Transição” na barra de menu superior para escolher uma transição para o slide atual.

Clique em um elemento dentro do slide e vá para “Animação” para adicionar animações específicas.

Compartilhamento e colaboração

Clique no botão “Compartilhar” no canto superior direito para compartilhar sua apresentação com outras pessoas.

Você pode definir permissões de visualização, edição ou comentário para os colaboradores.

Revisão de alterações

Para revisar as alterações feitas na apresentação ao longo do tempo, vá para “Arquivo” na barra de menu e selecione “Histórico de revisão”. Aqui, você pode ver quem fez quais alterações e restaurar versões anteriores, se necessário.

Salvando e exportando a apresentação

O Google Apresentações salva automaticamente suas alterações conforme você trabalha. No entanto, você pode clicar em “Arquivo” e selecionar “Salvar” para garantir que suas alterações sejam salvas.

Para exportar a apresentação para outro formato, como PowerPoint ou PDF, vá para “Arquivo” e selecione “Download” e escolha o formato desejado.

— GOOGLE AGENDA

O Google Agenda é um aplicativo de calendário que ajuda os usuários a agendar compromissos, reuniões e eventos, além de facilitar a visualização e o gerenciamento de agendas compartilhadas.



Acessando o Google Agenda

Abra seu navegador da web e vá para o site do Google Agenda em “calendar.google.com”.

Faça login com sua conta do Google (se já não estiver conectado).

Visualizando a agenda

Na página principal do Google Agenda, você verá sua agenda diária, semanal ou mensal, dependendo da visualização selecionada.

Criando um novo evento

Para adicionar um novo evento à sua agenda, clique no botão “+ Criar” no canto superior esquerdo.

Insira o título do evento, a data e a hora de início e término, a localização (opcional) e quaisquer detalhes adicionais.

Você também pode adicionar convidados, definir lembretes e repetir eventos recorrentes.

Compartilhando eventos

Ao criar um evento, você pode adicionar convidados inserindo seus endereços de e-mail.

Os convidados receberão um convite por e-mail e poderão aceitar ou recusar o convite. Eles também poderão ver os detalhes do evento em sua própria agenda.

Visualização de calendários adicionais

Na barra lateral esquerda, você pode visualizar outros calendários, como feriados, aniversários ou calendários compartilhados.

Personalizando a visualização do calendário

Use os botões na parte superior direita para alternar entre visualizações diárias, semanais, mensais ou de agenda.

Você também pode personalizar a cor dos eventos, ocultar ou mostrar determinados calendários e definir fusos horários.

Recebendo lembretes e notificações

Você pode configurar lembretes para seus eventos para receber notificações por e-mail, notificações push ou pop-ups.

Clique no evento para abrir seus detalhes e selecione “Editar” para ajustar as configurações de notificação.

Pesquisando eventos

Use a barra de pesquisa na parte superior para encontrar eventos específicos digitando palavras-chave, títulos de eventos ou nomes de convidados.

Configurações do Google Agenda

Clique no ícone de engrenagem no canto superior direito e selecione “Configurações” para personalizar suas preferências de calendário, como fuso horário, notificações e preferências de visualização.

— GOOGLE MEET

O Meet é uma plataforma de videoconferência e colaboração que permite realizar chamadas de vídeo individuais e em grupo, com recursos como compartilhamento de tela, legendas automáticas e integração com o Google Agenda.



Acessando o Google Meet

Abra seu navegador da web e vá para o site do Google Meet em “meet.google.com”.

Faça login com sua conta do Google (se já não estiver conectado).

Agendando uma reunião

Na página inicial do Google Meet, você verá a opção de “Nova reunião” ou “Entrar em uma reunião”.

Para agendar uma reunião futura, clique em “Nova reunião” e insira os detalhes, como título, data e hora.

Você pode compartilhar o link da reunião com os participantes ou convidá-los diretamente por e-mail.

Entrando em uma reunião

Se você já tem um link para uma reunião agendada, basta clicar em “Entrar em uma reunião” e inserir o código da reunião ou o link fornecido.

Configurando a reunião

Antes de entrar na reunião, você pode configurar suas preferências, como habilitar ou desabilitar a câmera e o microfone.

Você também pode selecionar se deseja ingressar na reunião com um apelido específico.

Participando da reunião

Ao ingressar na reunião, você estará na sala de espera até que o organizador da reunião o aceite.

Assim que estiver na reunião, você poderá ver e ouvir os participantes.

Usando as opções durante a reunião

Durante a reunião, você pode ativar ou desativar sua câmera e microfone.

Você também pode compartilhar sua tela para apresentar conteúdo aos participantes.

Use o chat para enviar mensagens de texto para os participantes.

Encerrando a reunião

Quando a reunião terminar, você pode sair clicando em “Sair” no canto inferior direito da tela.

Utilizando o aplicativo Google Meet

Você também pode baixar o aplicativo Google Meet em seu dispositivo móvel para participar de reuniões em movimento.

O aplicativo oferece funcionalidades semelhantes à versão web.

— GOOGLE FORMS

O Forms é uma ferramenta para criar pesquisas, questionários e formulários personalizados, que podem ser usados para coletar dados e feedback de maneira fácil e eficiente.



Acessando o Google Forms

Abra seu navegador da web e vá para o site do Google Forms em “forms.google.com”.

Faça login com sua conta do Google (se já não estiver conectado).

Criando um novo formulário

Na página principal do Google Forms, clique no botão “+ Novo” no canto superior esquerdo para criar um novo formulário. Insira um título e uma descrição para o seu formulário.

Adicionando perguntas

Clique em “+ Adicionar pergunta” para começar a adicionar perguntas ao seu formulário.

Escolha o tipo de pergunta que você deseja adicionar, como texto curto, parágrafo longo, opções múltiplas, caixa de seleção, lista suspensa, escala linear, data ou hora.

Editando as perguntas

Clique na pergunta para editá-la. Você pode editar o texto da pergunta, adicionar opções de resposta, tornar a pergunta obrigatória, entre outras opções.

Reordenando e excluindo perguntas

Arraste e solte as perguntas para reordená-las conforme necessário.

Clique no ícone de lixeira ao lado de uma pergunta para excluí-la do formulário.

Personalizando o tema do formulário

Clique no ícone de pincel na parte superior para personalizar o tema do seu formulário, incluindo cores e imagens de plano de fundo.

Pré-visualizando o formulário

Clique no botão de visualização no canto superior direito para visualizar como o seu formulário será exibido para os respondentes.

Configurando as configurações do formulário

Clique no ícone de engrenagem na parte superior para acessar as configurações do formulário, onde você pode definir opções como permitir respostas múltiplas, limitar as respostas, coletar endereços de e-mail, entre outros.

Compartilhando o formulário

Depois de criar o formulário, você pode compartilhá-lo com outras pessoas clicando no botão “Enviar” no canto superior direito.

Você pode copiar o link do formulário e compartilhá-lo por e-mail, mídias sociais ou outras plataformas.

Visualizando as respostas

À medida que as pessoas respondem ao seu formulário, você pode ver as respostas em tempo real clicando no botão “Respostas” na parte superior.

Você também pode exportar as respostas para o Google Planilhas para análise adicional.

MICROSOFT TEAMS

O Microsoft Teams (MS Teams) consegue reunir todas as funções que o mercado necessita: compartilhamento, armazenamento e colaboração de arquivos, bate-papos (chats), videoconferências, agendamento de reuniões, criação de canais e grupos, integração de aplicativos no local de trabalho, edição de documentos em tempo real, etc.

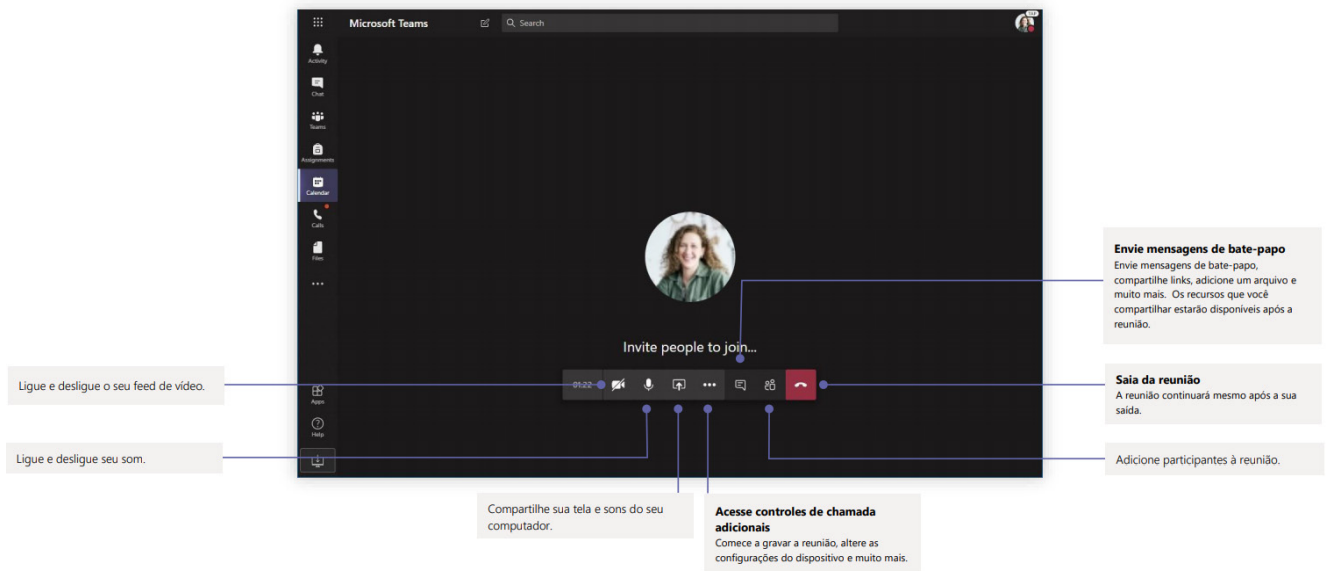
Ainda é possível curtir e fazer menções a mensagens enviadas, escolher fundos para as videochamadas (background), gravar e enviar (upload) vídeos, todas essas funcionalidades similares às que possuem uma rede social. O Microsoft Teams é gratuito para todas as instituições de ensino, públicas ou privadas, registradas no MEC.

O Chat trata-se de um bate-papos recentes individuais ou em grupo e de lista de contatos.

Inicie uma conversa

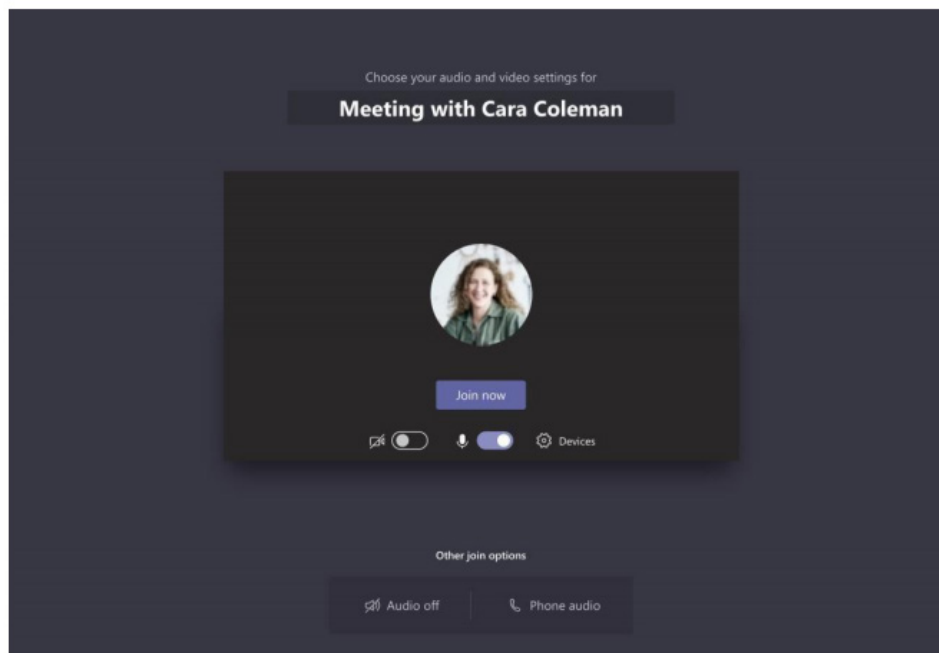
Com a equipe toda... Clique em Teams, escolha uma equipe e um canal, escreva sua mensagem e clique em Enviar.

Com uma pessoa ou grupo... Clique em Novo bate-papo, digite o nome da pessoa ou grupo no campo Para, escreva sua mensagem e clique em Enviar.

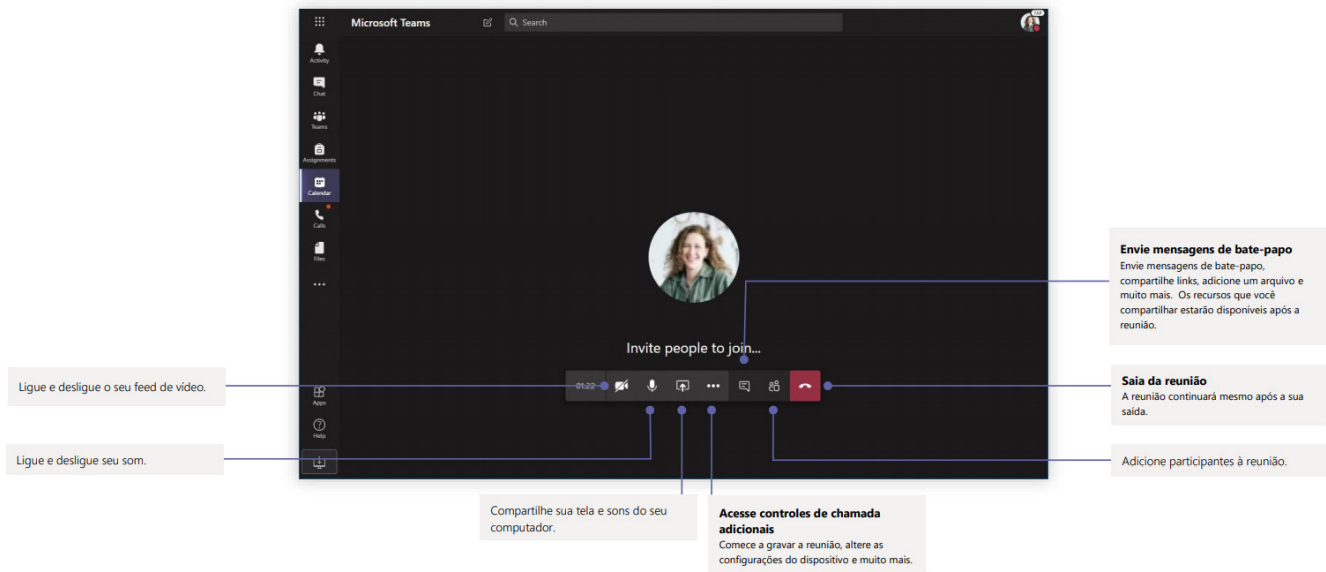


Chamadas de áudio e vídeo

Encontre o convite para a reunião no canal da sua equipe ou no calendário do Teams. Clique para abrir o item da reunião e selecione Entrar. Em uma chamada de vídeo o limite é de 300 pessoas.

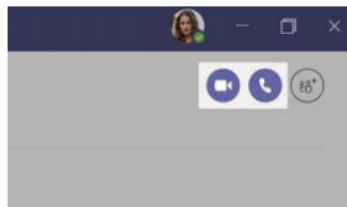


Verifique sua conexão de áudio e vídeo, ligue a câmera e ative o som do microfone para ser ouvido. Selecione Entrar agora para entrar na reunião. Você também pode ingressar em uma reunião com o áudio e a câmera “desligada”, para isso é só dele selecionar os ícones correspondentes e muta-los.



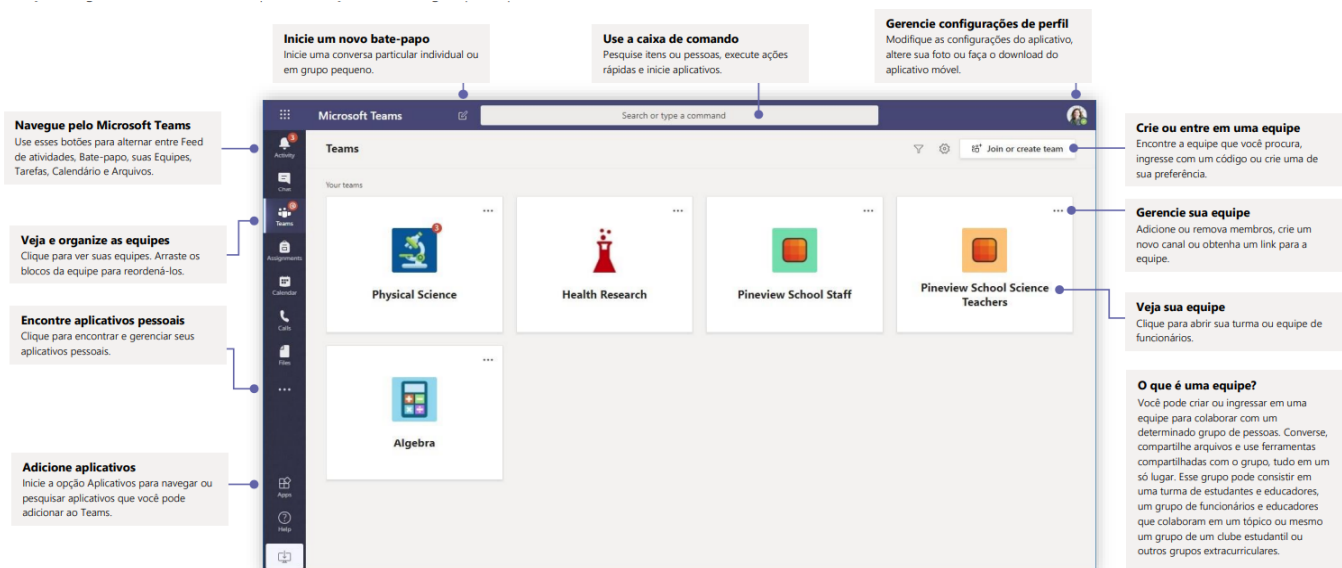
Faça chamadas de vídeo e áudio

Clique em Chamada de vídeo ou Chamada de áudio para ligar para alguém de um bate-papo. Para discar um número, clique em Chamadas à esquerda e digite um número de telefone. Veja seu histórico de chamadas e correio de voz na mesma área.



Criação de grupos

O MS Teams está organizado em equipes (grupos de trabalho) e canais (acesso para compartilhar arquivos). Ao invés da usual troca de e-mails, é possível criar equipes diversas para reuniões pontuais, assim como grupos de trabalho que se reúnem semanalmente ou mensalmente, conforme a demanda ou projeto. A equipe pode ser pública ou privada. Dentro dela, além de trocar informações com todos os participantes, é possível incluir e até mesmo criar arquivos que ficarão salvos no grupo.



Adicione canais e gerencie sua equipe
 Você pode alterar as configurações da equipe, adicionar membros à equipe de classe e adicionar canais.

Abra Tarefas e Notas
 As tarefas permitem que os educadores criem e distribuam tarefas. Os alunos podem realizar e entregar suas tarefas sem sair do aplicativo. Os educadores podem usar a guia Notas para fornecer feedback sobre as tarefas e acompanhar o progresso dos alunos. Os alunos também podem ver seu progresso.

Toda equipe tem canais
 Clique em um deles para ver os arquivos e conversas sobre o. Você pode até ter canais privados para projetos em grupo!

Cada equipe vem com um canal Geral. Abra as configurações de canal para adicionar novos canais, gerenciar notificações e outras configurações.

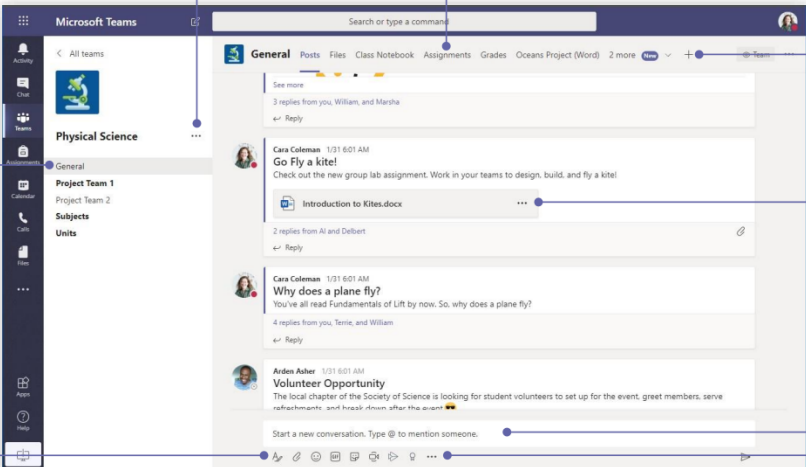
Formate sua mensagem
 Adicione um assunto, formate o texto, converta a mensagem em um aviso, publique em várias equipes ou controle quem pode responder e muito mais.

Adicione guias
 Explore e fixe aplicativos, ferramentas, documentos e muito mais para enriquecer sua aula. Estamos sempre adicionando mais guias específicas de educação. Confira com frequência.

Compartilhe arquivos
 Permita que os alunos vejam um arquivo ou trabalhem juntos nele.

Inicie uma discussão com a turma
 Digite e formate sua mensagem ou aviso aqui. Adicione um arquivo, emoji, GIF ou adesivo para animar!

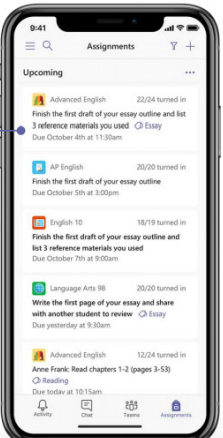
Adicione mais opções de mensagens
 Clique aqui para adicionar novos recursos de mensagens como pesquisas, elogios e muito mais para enriquecer a discussão em sala de aula.



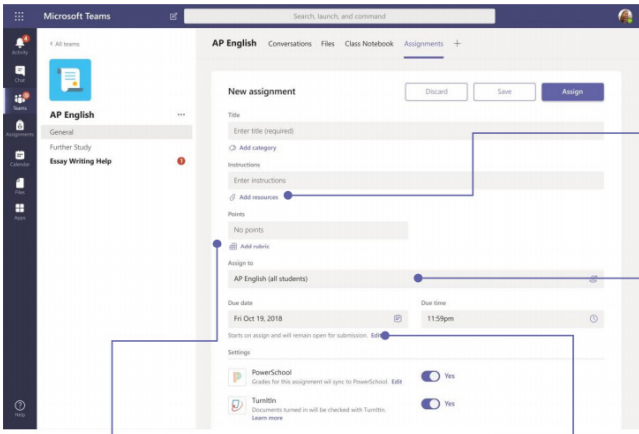
Trabalho em equipe: Word, Excel, PowerPoint, SharePoint e OneNote

É possível criar atividades de aprendizagem para alunos com aplicativos integrados do Office (Word, Excel, PowerPoint, SharePoint e OneNote).

Veja as próximas tarefas
 Veja as tarefas futuras e entregue por turma ou visualize-as em todas as suas turmas. A seleção de uma tarefa permitirá que você a entregue ou visualize comentários e pontuações.



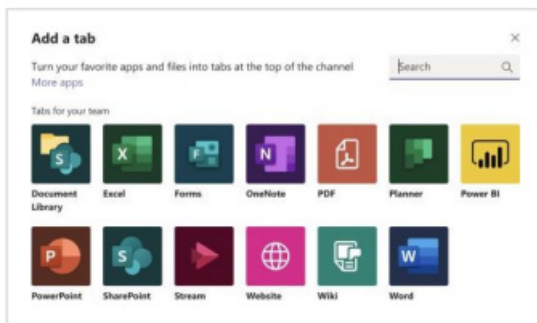
Adicione uma rubrica de nota
 Use a ferramenta de rubricas para criar rubricas personalizáveis que os alunos possam consultar e para avaliar o trabalho deles.

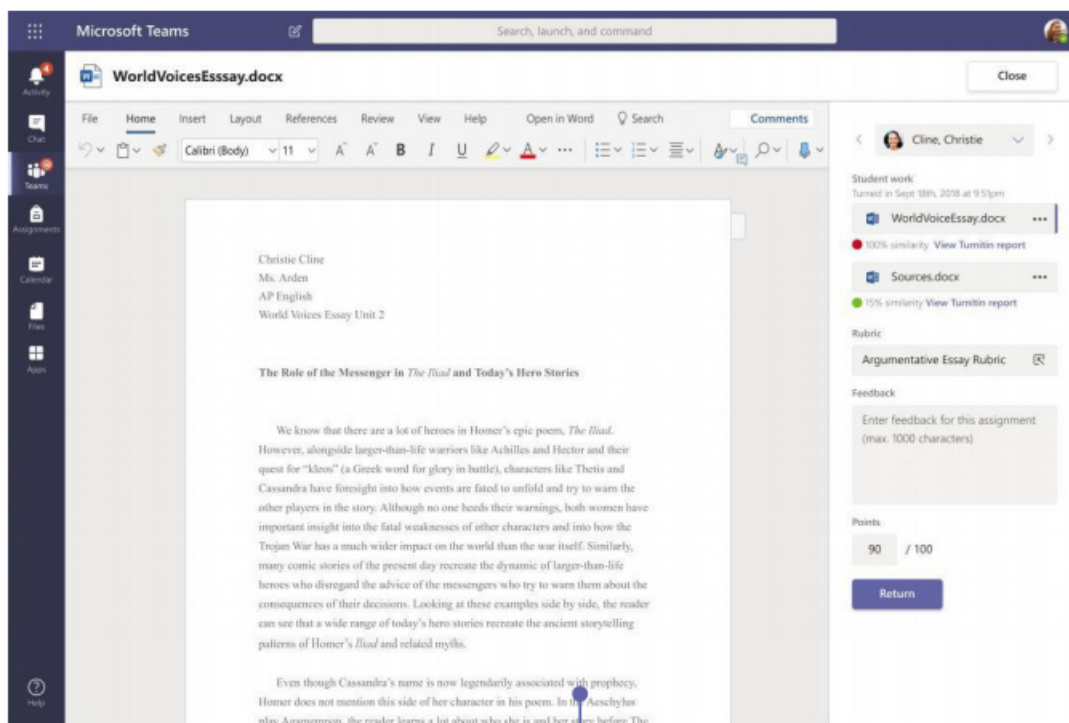


Adicione recursos
 Personalize a tarefa com o conteúdo do OneDrive ou de seu dispositivo, links e muito mais.

Atribua para a turma ou indivíduos
 As tarefas podem ser distribuídas para várias turmas ou personalizadas para cada aluno.

Altere prazos, data de fechamento e agende tarefas
 Personalize todas as datas e horas que são importantes para a tarefa.





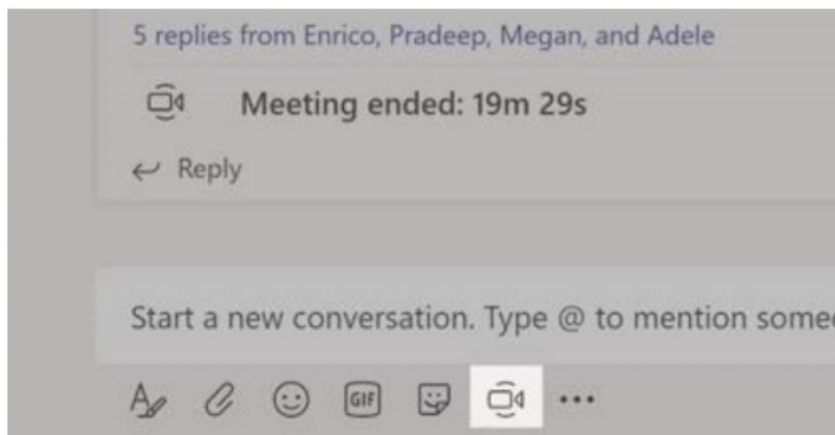
Devolva e reveja tarefas usando o ciclo de feedback

Deixe comentários, faça edições, atribua notas com critérios/padrões, verifique similaridades e muito mais na visualização das notas.

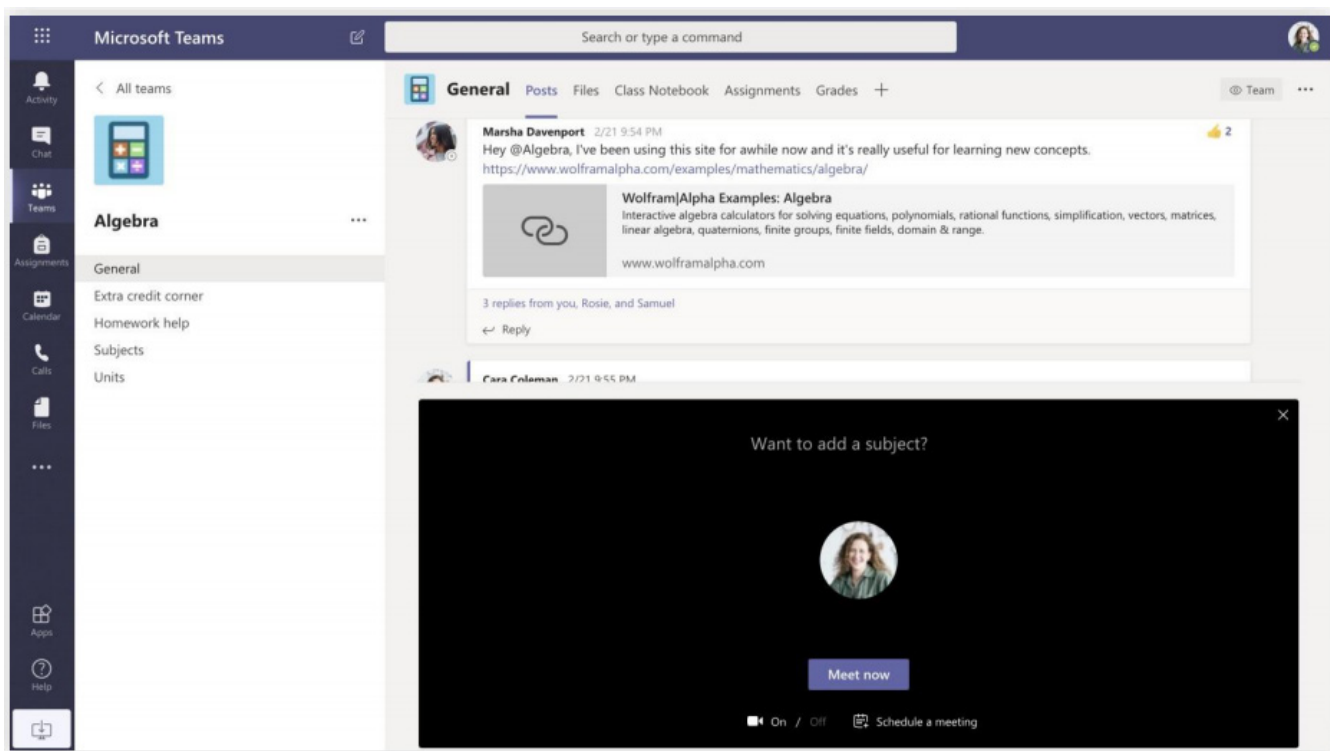
Agendamento de reuniões e gravação

Com esta ferramenta você realiza aulas, reuniões de colaboração da equipe ou treinamentos em reuniões online. Qualquer Teams ou chamada pode ser gravada para capturar atividades de compartilhamento de áudio, vídeo e tela. A gravação acontece na nuvem e é salva para que você possa compartilhá-la com segurança em toda a sua organização.

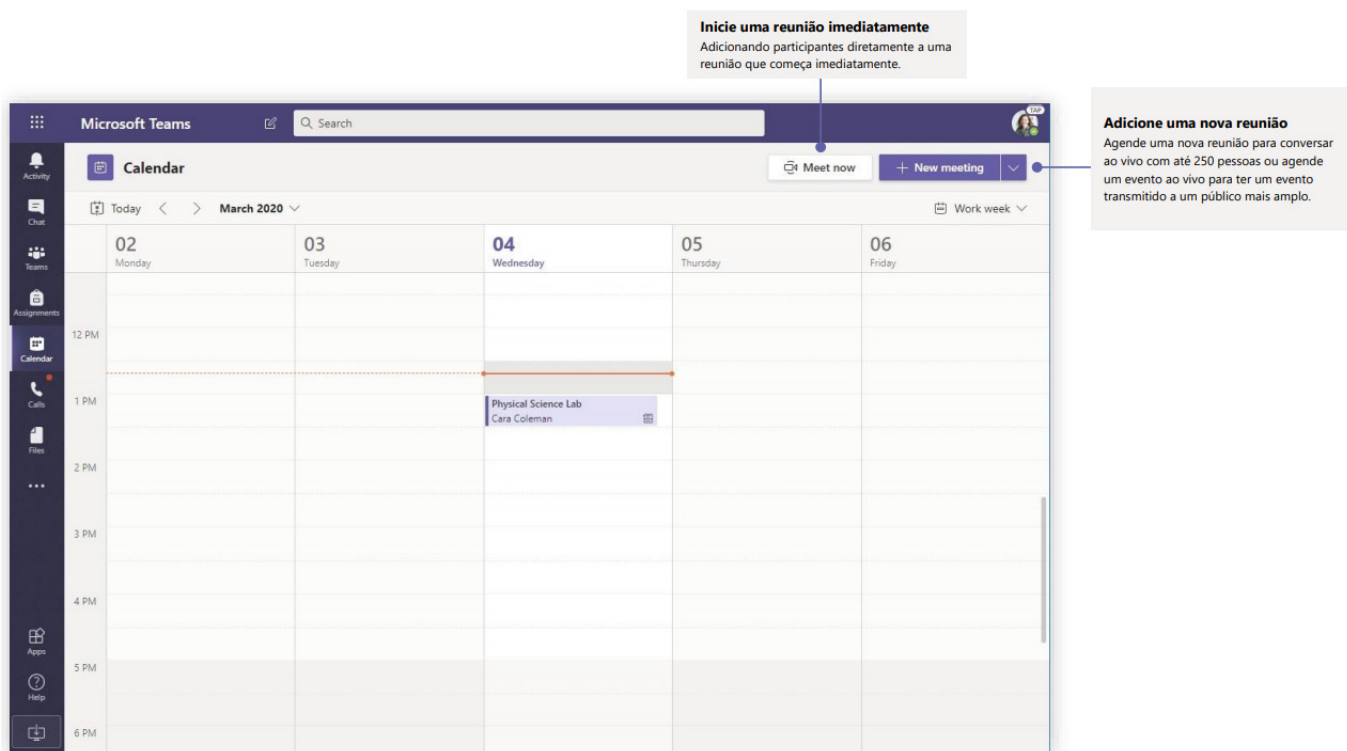
Atenção: a partir de agosto de 2021, o Teams de reunião não serão mais salvas no Microsoft Stream. Seguindo em frente, todas as gravações de reunião serão salvas OneDrive e SharePoint. Algumas organizações já estão optando por fazer essa alteração. Para esses usuários, a migração para OneDrive e SharePoint começou em outubro de 2020.



Clique em Reunir agora na área em que você digita uma mensagem para iniciar uma reunião em um canal. (Se você clicar em Responder e depois em Reunir agora, a reunião será baseada naquela conversa.) Crie um nome para a reunião e comece a convidar pessoas.



Selecione Reunir agora para iniciar a **reunião imediatamente** ou **agendar uma reunião** para agendar a reunião para o futuro. Os membros do canal verão um convite para a reunião no calendário se você decidir agendá-la para mais tarde.

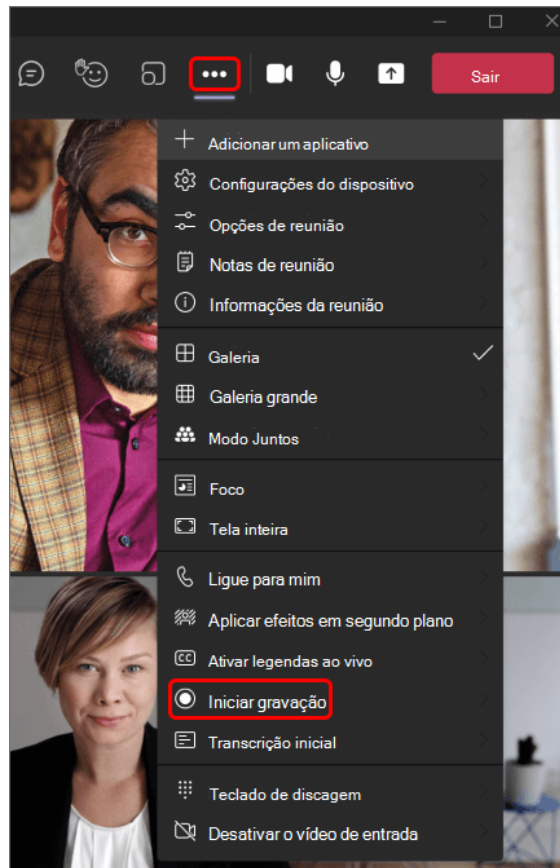


Depois que a gravação é interrompida, ela é processada (o que pode demorar um pouco) e salva no Microsoft Stream e, em seguida, está pronta para ser reproduzida.

Iniciar gravação

Ao começar a gravar uma reunião, você também ativará transcrições ao vivo (se o administrador de TI permitir transcrições). Através do passo a passo, podemos iniciar uma gravação:

- 1) Iniciar ou ingressar na reunião.
- 2) Vá para os controles de reunião e selecione Mais ações Botão Mais opções > Iniciar gravação.



Todos na reunião são notificados de que a gravação e a transcrição foram iniciadas.

⚠ Recording and transcription have started. Let everyone know they're being recorded and transcribed. [Privacy policy](#)

Fique atento: você não pode fazer várias gravações da mesma reunião ao mesmo tempo. Se uma pessoa começar a gravar uma reunião, essa gravação será armazenada na nuvem e estará disponível para todos os participantes.

Parar a gravação:

- 1) Vá para os controles de reunião e selecione Mais ações Botão Mais opções .
- 2) Escolha uma destas opções:
- 3) Parar a gravação: interrompe a gravação e a transcrição ao vivo.
- 4) Parar transcrição: interrompe apenas a transcrição ao vivo. A gravação continua até que você selecione Parar a gravação.

Encontrar gravações:

- 1) As gravações estão disponíveis em locais diferentes, dependendo do tipo de reunião.
- 2) gravação é processada e salva SharePoint se foi uma reunião de canal ou OneDrive se foi qualquer outro tipo de reunião.
- 3) A gravação da reunião aparece no chat de reunião ou na conversa do canal (se você estiver se encontrando em um canal). A gravação não expira.

QUESTÕES

1. FGV - 2024

Ao enviar uma mensagem de correio eletrônico, colocou-se o colaborador João em cópia, em um campo denotado por "CCo". Isto significa que

- (A) João não irá receber a mensagem original, apenas eventuais respostas dos demais destinatários, e estes não irão saber que João havia sido copiado na mensagem original.
- (B) João não irá receber a mensagem original, apenas eventuais respostas dos demais destinatários, e estes irão saber que João havia sido copiado na mensagem original.
- (C) João irá receber a mensagem original, assim como eventuais respostas dos demais destinatários, e estes não irão saber que João havia sido copiado na mensagem original.
- (D) João irá receber a mensagem original, mas não irá receber eventuais respostas dos demais destinatários, e estes irão saber que João havia sido copiado na mensagem original.
- (E) João irá receber a mensagem original, mas não irá receber eventuais respostas dos demais destinatários, e estes não irão saber que João havia sido copiado na mensagem original.

2. Instituto Verben - 2024

Ao enviar um e-mail contendo arquivos anexos, o comportamento padrão de um aplicativo cliente de e-mail consiste em

- (A) fazer o upload dos anexos para um servidor na Internet e enviar para o destinatário apenas um link para que possa fazer o download dos anexos.
- (B) enviar uma cópia completa dos arquivos anexos para o destinatário, juntamente com o texto da mensagem, desde que o tamanho dos anexos não ultrapasse um limite preestabelecido.
- (C) enviar uma cópia completa dos arquivos anexos para o destinatário, juntamente com o texto da mensagem, independentemente do tamanho dos arquivos anexados à mensagem.
- (D) enviar uma cópia completa dos arquivos anexos para o destinatário, juntamente com o texto da mensagem, removendo os arquivos do computador do remetente

3. CESGRANRIO - 2024

Ao enviar uma mensagem de e-mail para um destinatário original com uma cópia para outra pessoa, coloca-se o endereço de e-mail da pessoa copiada no campo "Cc:". Porém, algumas vezes, não se deseja que o destinatário original saiba que uma cópia do e-mail está sendo enviada para outra pessoa.

Nesse caso, o endereço de e-mail da pessoa copiada em segredo deve ser colocado no campo

- (A) Bc:
- (B) Cc:
- (C) Bbc:
- (D) Bcc:
- (E) Ccb:

4. ADM&TEC - 2024

Analise as informações a seguir:

I. É certo afirmar que todas as mensagens que chegam à caixa de Spam são vírus que tentam infectar o computador do destinatário.

II. É certo afirmar que ao adicionar endereços eletrônicos à caixa Cco (Com cópia oculta), uma cópia da mensagem será enviada a todos os endereçados, mas eles não saberão quem são os demais destinatários da mesma mensagem.

Marque a alternativa CORRETA:

- (A) As duas afirmativas são verdadeiras.
- (B) A afirmativa I é verdadeira, e a II é falsa.
- (C) A afirmativa II é verdadeira, e a I é falsa.
- (D) As duas afirmativas são falsas.

5. MS CONCURSOS - 2024

O que significa "anexar um arquivo" em um e-mail?

- (A) Enviar um arquivo para o destinatário como texto simples no corpo do e-mail.
- (B) Incluir um link para um arquivo hospedado em um site.
- (C) Inserir um arquivo como parte do corpo do e-mail.
- (D) Incluir um arquivo como parte do e-mail para que o destinatário possa baixá-lo.

6. IDCAP - 2024

Assinale a alternativa que corresponde à principal função da URL na Internet:

- (A) Localizar recursos na internet ou em uma intranet.
- (B) Definir a identidade visual de um site.
- (C) Criar links para páginas específicas em um site.
- (D) Armazenar recursos virtuais de um site.

7. FGV - 2024

Assinale a opção que indica a principal função do DNS (Domain Name System) na Internet.

- (A) Gerenciar a segurança dos dados transmitidos.
- (B) Criar novos protocolos de comunicação.
- (C) Traduzir nomes de domínio em endereços IP.
- (D) Controlar o tráfego de dados entre diferentes redes.
- (E) Compactar os dados transmitidos para economizar largura de banda.

8. MS CONCURSOS - 2024

Um navegador de internet é um software que ajuda você usuário acessar os conteúdos da internet. Por meio dele você acessa sites de notícias, vê blogs de conteúdos como a Central de Favoritos ou escuta música, ou seja, através dele você navega na internet. Acerca de navegação na internet, _____ é a ligação entre as páginas, já a _____ é o endereço da página. Assinale a alternativa que preencha, corretamente, as lacunas.

- (A) Hyperlink e Link
- (B) Link e URL
- (C) URL e HTTP
- (D) Hyperlink e URL
- (E) Link e HTTP

9. FEPESE - 2024

Um motor de busca ou motor de pesquisa na Internet é um sistema especializado em buscar informação na Web. O resultado da pesquisa para uma consulta pode consistir em páginas da web, imagens, vídeos e outros formatos. Um dos motores de busca mais utilizados no mundo é o Google.

Assinale a alternativa que apresenta corretamente dois outros exemplos de motores de busca.

- (A) Yahoo! e Bing
- (B) Mozilla e Bing
- (C) Mozilla e Firefox
- (D) Chrome e Yahoo!
- (E) Internet Explorer e Firefox

10. Instituto AVALIA - 2024

Assinale a alternativa correta que apresenta a principal função dos algoritmos de busca, utilizados pelos motores de busca na Web.

- (A) Armazenar todos os sites da internet.
- (B) Exibir anúncios relevantes para os usuários.
- (C) Classificar e ordenar páginas da web com base em relevância e qualidade.
- (D) Bloquear sites maliciosos.
- (E) Proteger a privacidade dos usuários.

11. VUNESP - 2024

Um usuário do MS-Windows 10, por meio do Explorador de Arquivos, ambos em configuração original, decidiu trabalhar em duas pastas locais de seu computador. A pasta Pasta1, contendo apenas os arquivos um.txt e dois.txt; e a pasta Pasta2, contendo apenas o arquivo tres.txt. O usuário acessa a Pasta1, seleciona os dois arquivos, pressiona Ctrl + C. Em seguida, acessa a Pasta2, seleciona o arquivo tres.txt, pressiona Ctrl + X e, por fim, Ctrl + V.

Considerando que o usuário tem permissão para executar todas as operações e que quaisquer mensagens do sistema foram confirmadas pelo usuário, ao final de todas as operações descritas, a Pasta2 possui

- (A) os arquivos um.txt, dois.txt e tres.txt.
- (B) os arquivos um.txt e dois.txt, apenas.
- (C) nenhum arquivo.
- (D) o arquivo tres.txt, apenas.
- (E) um arquivo chamado Cópia de tres.txt.

12. IBFC - 2024

Windows é um sistema operacional para computadores desenvolvido pela Microsoft. Existem várias funções principais do sistema operacional Windows. Assinale a alternativa incorreta.

- (A) Ser responsável por organizar e gerenciar todos os arquivos do computador
- (B) Oferecer uma interface gráfica amigável, com ícones, janelas, menus e barras de tarefas
- (C) O único propósito do Windows é gerenciar os softwares que operam no computador
- (D) Incluir recursos de segurança para proteger o computador contra malwares e vírus
- (E) O Windows é responsável por gerenciar os componentes de hardware do computador

13. CEBRASPE (CESPE) - 2024

No ambiente Windows, para evitar a perda de informações em casos de falhas de hardware, erros do sistema e exclusões acidentais, recomenda-se a criação de cópias de segurança de arquivos e dados. Tal procedimento consiste em

- (A) renomear arquivo.
- (B) realizar backup de arquivo.
- (C) criar atalho de arquivo.
- (D) reiniciar o sistema operacional.
- (E) compactar arquivo.

14. IBFC - 2024

Windows é um sistema operacional para computadores desenvolvido pela Microsoft. Existem várias funções principais do sistema operacional Windows. Assinale a alternativa incorreta.

- (A) Ser responsável por organizar e gerenciar todos os arquivos do computador
- (B) Oferecer uma interface gráfica amigável, com ícones, janelas, menus e barras de tarefas
- (C) O único propósito do Windows é gerenciar os softwares que operam no computador
- (D) Incluir recursos de segurança para proteger o computador contra malwares e vírus
- (E) O Windows é responsável por gerenciar os componentes de hardware do computador

15. VUNESP - 2024

Um usuário do MS-Windows 10, por meio do Explorador de Arquivos, ambos em configuração original, decidiu trabalhar em duas pastas locais de seu computador. A pasta Pasta1, contendo apenas os arquivos um.txt e dois.txt; e a pasta Pasta2, contendo apenas o arquivo tres.txt. O usuário acessa a Pasta1, seleciona os dois arquivos, pressiona Ctrl + C. Em seguida, acessa a Pasta2, seleciona o arquivo tres.txt, pressiona Ctrl + X e, por fim, Ctrl + V.

Considerando que o usuário tem permissão para executar todas as operações e que quaisquer mensagens do sistema foram confirmadas pelo usuário, ao final de todas as operações descritas, a Pasta2 possui

- (A) os arquivos um.txt, dois.txt e tres.txt.
- (B) os arquivos um.txt e dois.txt, apenas.
- (C) nenhum arquivo.
- (D) o arquivo tres.txt, apenas.
- (E) um arquivo chamado Cópia de tres.txt.

16. CEBRASPE (CESPE) - 2024

Julgue o próximo item, relativo ao Windows 10 e ao Microsoft Office.

A Barra de Pesquisa, localizada na Barra de Tarefas do Windows 10, permite realizar buscas na Internet.

- () CERTO
- () ERRADO

17. FGV - 2024

Ao identificar que um determinado processo está consumindo muitos recursos do sistema, devido a um mau funcionamento, o usuário do sistema operacional Windows 10 pode finalizá-lo utilizando o utilitário

- (A) MS Config.
- (B) Agendador de Tarefas.
- (C) Visualizador de Eventos.
- (D) Gerenciador de dispositivos.
- (E) Gerenciador de Tarefas.

18. SELECON - 2024

Entre as ferramentas Google, o antigo pacote G-Suíte e, atualmente, o Google Workspace oferecem diversos aplicativos, cada um com uma função bem definida. Assim, um deles possibilita a programação de reuniões e eventos com rapidez e recebimento de lembretes às futuras atividades para se ficar sempre informado. Ele foi criado para equipes, com o objetivo de facilitar o compartilhamento da agenda com outras pessoas e a criação de várias delas de uso compartilhado. Outro aplicativo pode ser usado no ambiente corporativo, como uma ferramenta de videoconferência, tendo padrão HD e acomodando até 500 participantes. Com esse aplicativo, é possível realizar a gravação da reunião online e controlar a interação dos participantes.

Esses programas são conhecidos, respectivamente, como Google:

- (A) Agenda e Meet
- (B) Tarefas e Chat
- (C) Video e Drive
- (D) Docs e Team

19. CONTEMAX - 2022

Sobre o pacote de aplicativos do Google baseado em AJAX. Podemos afirmar que:

I. O Google Docs funciona de forma síncrona e assíncrona, on-line para acessar dados em nuvens e off-line através de aplicativos de extensão instaladas diretamente do Google.

II. O Google Docs permite portabilidade de documentos, viabilizando a edição do mesmo documento por mais de um usuário.

III. O Google Docs não pode ser utilizado de forma gratuita.

IV. O Google Docs não é baseado em armazenamento em nuvem.

V. O Google Docs permite compartilhamento de arquivos via link

É correto o que consta APENAS em:

- (A) I, II e V
- (B) I, III e IV
- (C) I e II, IV e V
- (D) II, III, IV e V
- (E) IV e V

20. Quadrix - 2021

Assinale a alternativa que apresenta a ferramenta colaborativa do Google Workspace (antigo G Suite) que permite ao usuário, especificamente, armazenar os seus arquivos e acessá-los por meio do computador desktop ou por meio de dispositivos móveis.

- (A) Meet
- (B) Chat

- (C) Agenda
- (D) Drive
- (E) Formulário

21. FCM - 2020

Considere que a seguinte planilha foi elaborada no Microsoft Excel 2016, instalado em um computador com Windows 10.

	A	B
1	B	
2	B	
3	C	
4	B	
5	B	
6	A	
7	A	
8		

As colunas da planilha estão identificadas pelas letras A e B, no topo da imagem, e as linhas pelos números de 1 a 8, no canto esquerdo da imagem. Após inserir a função =CONT.SE(A1:A7;SE(A1="A";"A";"B")) na célula A8, será exibido, nessa célula, o número

- (A) 2
- (B) 3
- (C) 4
- (D) 5
- (E) 6

22. Avanço SP - 2021

Considerando o MS Excel 2016, qual das alternativas abaixo salva as configurações atuais de exibição e impressão, como um modo de exibição personalizado, para que o mesmo consiga ser aplicado rapidamente em novos documentos?

- (A) Barra de fórmulas.
- (B) Barra aleatória.
- (C) Modo de exibição personalizado.
- (D) Ajuste mecânico.
- (E) Acesso normal.

23. FEPESE - 2024

Assinale a alternativa que indica corretamente o operador de Diferente De ou Não Igual da linguagem M do MS Power Query do MS Excel do Microsoft 365 em português.

- (A) !
- (B) !=
- (C) ^
- (D) ^=
- (E) <>

24. PREFEITURA DE VILA VELHA/ES - 2020

O programa utilizado para criação/edição e exibição de slides é:

- (A) Excel.
- (B) Word.
- (C) Photoshop.
- (D) PowerPoint.
- (E) Media Player.

POLÍTICA DE SAÚDE

DIRETRIZES E BASES DA IMPLANTAÇÃO DO SUS; LEI FEDERAL Nº 8.080/1990; LEI FEDERAL Nº 8.142/1990; DECRETO FEDERAL Nº 7.508/2011

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é mundialmente conhecido por ser um dos maiores, mais complexos e mais completos sistemas de saúde vigentes. Ele abrange procedimentos de baixa complexidade, como aqueles oferecidos pela Atenção Primária à Saúde (APS), e de alta complexidade, como por exemplo, transplante de órgãos. Dessa maneira, garante acesso universal e integral, de forma gratuita para a população. O SUS pode ser definido como o conjunto de ações e de serviços de saúde prestados pela federação, junto de seus estados e municípios.

Até meados dos anos 80, a concepção de saúde era dada pela “ausência de doença”, contudo, com o fim da Ditadura Militar e com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), ampliou-se o conceito de saúde pública no Brasil quando propôs a ideia de uma saúde preventiva, participação da população nas decisões envolvendo a saúde brasileira, descentralização dos serviços e mudanças embasadas no direito universal a saúde.

Com a publicação do relatório das decisões e pautas discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a oficializar a saúde no meio jurídico brasileiro, determinando, ainda que seja promovida de forma gratuita, universal e de qualidade, para que todos tenham acesso de maneira igualitária. Dessa forma, a saúde passa a ser um direito do cidadão brasileiro e de todo aquele que estiver em território nacional e um dever do Estado.

Fernando Collor de Mello foi responsável pela sanção das leis que promoviam a criação e a organização do SUS.

***OBSERVAÇÃO:** Recomenda-se a leitura na íntegra da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ambas da Constituição Federal

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 da Constituição Federal: Também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, traz em seu texto original: “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Em referência a essa lei, os objetivos do SUS consistem em identificar fatores determinantes da saúde, formular políticas destinadas a promover nos âmbitos econômico e social, condições para pleno exercício da saúde e aplicar ações assistenciais de proteção, promoção e recuperação com enfoque em atividades preventivas.

Além disso, determina atribuições do SUS voltadas para a vigilância sanitária e epidemiológica, participação ativa em estratégias em saneamento básico e o desenvolvimento

técnico-científico, com o intuito de ampliar as atribuições sob responsabilidade dos órgãos gestores do SUS, como o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde.

Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 da Constituição Federal: É o resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde. Traz em seu texto original o objetivo: “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

A partir da criação dessa lei, foram criados também os Conselhos e as Conferências de Saúde, que são de extrema importância para o controle social do SUS. Os Conselhos de Saúde foram constituídos afim de fiscalizar, formular e promover ações deliberativas acerca das políticas de saúde.

Em seu texto, traz que a Conferência de Saúde é um espaço voltado para discussões sobre as políticas de saúde em todas as esferas governamentais, acontecendo de maneira ordinária a cada 4 anos em formato de fórum de discussão afim de avaliar e propor mudanças e novas políticas de saúde. Dentre as conferências nacionais, a mais importante que já aconteceu até os dias atuais foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que ficou conhecida como o pontapé inicial para a inclusão da saúde no âmbito legislativo do país.

Por fim, determina que a representação dos usuários do SUS dentro desses conselhos e conferências deve ser paritária em relação aos demais seguimentos, em outras palavras, 50% dos representantes devem ser usuários do SUS.

Princípios do SUS

Para que o SUS tenha a mesma forma de organização e a mesma doutrina em todo o território nacional, fica definido pela Constituição Federal um conjunto de elementos doutrinários e organizacionais.

— Princípios Doutrinários do SUS:

Universalização: Cabe o Estado assegurar a saúde como um direito de todas as pessoas, garantindo o acesso a todos os serviços do SUS sem distinção de sexo, raça ou qualquer outra característica pessoal ou social.

Equidade: Se faz necessário afim de diminuir desigualdades, visto que, todas as pessoas têm o mesmo direito aos serviços oferecidos pelo SUS, mas possuem necessidades distintas, ou seja, investir onde existe a maior carência de investimentos.

Integralidade: Visa tratar as pessoas em um todo, atendendo todas as necessidades de cada indivíduo, de modo a integrar ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças. Ou seja, o sistema de saúde deve estar preparado para acolher o usuário, ouvi-lo e entendê-lo como parte de um contexto social e, assim, identificar suas carências e buscar formas de supri-las.

— Princípios Organizativos:

Regionalização e Hierarquização: Define que os serviços promovidos pelo SUS devem ser organizados em níveis crescente de complexidade, abrangendo os critérios epidemiológicos, geográficos e baseados na população a ser atendida.

A hierarquização prevê a divisão de níveis de atenção (primário, secundário e terciário) afim de distribuir o atendimento de acordo com a necessidade real do paciente para o setor especializado naquilo que ele precisa.

Enquanto isso, a regionalização dispõe da necessidade de não somente dividir os serviços de saúde, mas também sistematizá-los de maneira eficiente, evitando que dois setores fiquem responsáveis pelo mesmo serviço e, consequentemente, poupar que recursos materiais, financeiros e humanos sejam gastos desnecessariamente.

Descentralização: A redistribuição do poder ligado as decisões, aos recursos, com o intuito de aproximar a tomada de decisão ao fato, pois entende-se que, dessa maneira, haverá mais chance de acerto. Graças a descentralização, têm-se a tendência da municipalização das decisões a respeito dos serviços de saúde.

Participação dos cidadãos: Há a necessidade, embasada a partir das Leis Orgânicas, da participação da população nas decisões relacionadas a administração pública do SUS por meio dos Conselhos de Saúde, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais. Além disso, com a ampliação do acesso à internet, foi possível aumentar o debate sobre assuntos importantes para a saúde através de consultas e audiências públicas.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

**TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013)

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

**TÍTULO II
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

**CAPÍTULO I
DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES**

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

e) de saúde bucal; (Incluída pela Lei nº 14.572, de 2023)

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

XII - a formulação e a execução da política de informação e assistência toxicológica e de logística de antídotos e medicamentos utilizados em intoxicações. (Incluído pela Lei nº 14.715, de 2023)

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

§ 4º Entende-se por saúde bucal o conjunto articulado de ações, em todos os níveis de complexidade, que visem a garantir promoção, prevenção, recuperação e reabilitação odontológica, individual e coletiva, inseridas no contexto da integralidade da atenção à saúde. (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

§ 5º Entende-se por assistência toxicológica, a que se refere o inciso XII do caput deste artigo, o conjunto de ações e serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento das intoxicações agudas e crônicas decorrentes da exposição a substâncias químicas, medicamentos e toxinas de animais peçonhentos e de plantas tóxicas. (Incluído pela Lei nº 14.715, de 2023)

Art. 6ºA. As diferentes instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) ficam obrigadas a disponibilizar nas respectivas páginas eletrônicas na internet os estoques de medicamentos das farmácias públicas que estiverem sob sua gestão, com atualização quinzenal, de forma acessível ao cidadão comum. (Incluído pela Lei nº 14.654, de 2023) Vigência

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

XIV – organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. (Redação dada pela Lei nº 13.427, de 2017)

XV – proteção integral dos direitos humanos de todos os usuários e especial atenção à identificação de maus-tratos, de negligência e de violência sexual praticados contra crianças e adolescentes. (Incluído pela Lei nº 14.679, de 2023)

Parágrafo único. Para os efeitos do inciso XIV do caput deste artigo, as mulheres vítimas de qualquer tipo de violência têm o direito de serem acolhidas e atendidas nos serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, na rede própria ou conveniada, em local e ambiente que garantam sua privacidade e restrição do acesso de terceiros não autorizados pela paciente, em especial o do agressor. (Incluído pela Lei nº 14.847, de 2024)

CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia; e

VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias

referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

SEÇÃO I DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização; (Vide ADIN 3454)

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

SEÇÃO II DA COMPETÊNCIA

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

Art. 16. À direção nacional do SUS compete: (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

XX - definir as diretrizes e as normas para a estruturação física e organizacional dos serviços de saúde bucal. (Incluído pela Lei nº 14.572, de 2023)

§ 1º A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional. (Renumerado do parágrafo único pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 2º Em situações epidemiológicas que caracterizem emergência em saúde pública, poderá ser adotado procedimento simplificado para a remessa de patrimônio genético ao exterior, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

§ 3º Os benefícios resultantes da exploração econômica de produto acabado ou material reprodutivo oriundo de acesso ao patrimônio genético de que trata o § 2º deste artigo serão repartidos nos termos da Lei nº 13.123, de 20 de maio de 2015. (Incluído pela Lei nº 14.141, de 2021)

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

d) de saúde do trabalhador;

e) de saúde bucal; (Incluída pela Lei nº 14.572, de 2023)

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do SUS compete: (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; (Redação dada pela Lei nº 14.572, de 2023)

e) de saúde do trabalhador;

f) de saúde bucal; (Incluída pela Lei nº 14.572, de 2023)

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º A União instituirá mecanismo de financiamento específico para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, sempre que houver necessidade de atenção secundária e terciária fora dos territórios indígenas. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 2º Em situações emergenciais e de calamidade pública: (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

I - a União deverá assegurar aporte adicional de recursos não previstos nos planos de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis) ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

II - deverá ser garantida a inclusão dos povos indígenas nos planos emergenciais para atendimento dos pacientes graves das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, explicitados os fluxos e as referências para o atendimento em tempo oportuno. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o caput deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º-A. A rede do SUS deverá obrigatoriamente fazer o registro e a notificação da declaração de raça ou cor, garantindo a identificação de todos os indígenas atendidos nos sistemas públicos de saúde. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 1º-B. A União deverá integrar os sistemas de informação da rede do SUS com os dados do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 14.021, de 2020)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VII (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023) DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO À MULHER NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Art. 19-J. Em consultas, exames e procedimentos realizados em unidades de saúde públicas ou privadas, toda mulher tem o direito de fazer-se acompanhar por pessoa maior de idade, durante todo o período do atendimento, independentemente de notificação prévia. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será de livre indicação da paciente ou, nos casos em que ela esteja impossibilitada de manifestar sua vontade, de seu representante legal, e estará obrigado a preservar o sigilo das informações de saúde de que tiver conhecimento em razão do acompanhamento. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 2º No caso de atendimento que envolva qualquer tipo de sedação ou rebaixamento do nível de consciência, caso a paciente não indique acompanhante, a unidade de saúde responsável pelo atendimento indicará pessoa para acompanhá-la, preferencialmente profissional de saúde do sexo feminino, sem custo adicional para a paciente, que poderá recusar o nome indicado e solicitar a indicação de outro, independentemente de justificativa, registrando-se o nome escolhido no documento gerado durante o atendimento. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 2º-A Em caso de atendimento com sedação, a eventual renúncia da paciente ao direito previsto neste artigo deverá ser feita por escrito, após o esclarecimento dos seus direitos, com no mínimo 24 (vinte e quatro) horas de antecedência, assinada por ela e arquivada em seu prontuário. (Incluído pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 3º As unidades de saúde de todo o País ficam obrigadas a manter, em local visível de suas dependências, aviso que informe sobre o direito estabelecido neste artigo. (Redação dada pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 4º No caso de atendimento realizado em centro cirúrgico ou unidade de terapia intensiva com restrições relacionadas à segurança ou à saúde dos pacientes, devidamente justificadas pelo corpo clínico, somente será admitido acompanhante que seja profissional de saúde. (Incluído pela Lei nº 14.737, de 2023)

§ 5º Em casos de urgência e emergência, os profissionais de saúde ficam autorizados a agir na proteção e defesa da saúde e da vida da paciente, ainda que na ausência do acompanhante requerido. (Incluído pela Lei nº 14.737, de 2023)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação

adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde, de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pela Associação Médica Brasileira. (Redação dada pela Lei nº 14.655, de 2023)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 3º As metodologias empregadas na avaliação econômica a que se refere o inciso II do § 2º deste artigo serão dispostas em regulamento e amplamente divulgadas, inclusive em relação aos indicadores e parâmetros de custo-efetividade utilizados em combinação com outros critérios. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

V - distribuição aleatória, respeitadas a especialização e a competência técnica requeridas para a análise da matéria; (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

VI - publicidade dos atos processuais. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Excetuam-se do disposto neste artigo: (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

I - medicamento e produto em que a indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro na Anvisa, desde que seu uso tenha sido recomendado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde; (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

II - medicamento e produto recomendados pela Conitec e adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso em programas de saúde pública do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. (Incluído pela Lei nº 14.313, de 2022)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: (Redação dada pela Lei nº 13.097, de 2015)

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar: (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

IV - demais casos previstos em legislação específica. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

CAPÍTULO II DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 5º Os valores a que se refere o caput deste artigo, para o conjunto das remunerações dos serviços de saúde, serão definidos no mês de dezembro de cada ano, por meio de ato do Ministério da Saúde, devendo-se buscar a garantia da qualidade do atendimento, o equilíbrio econômico-financeiro na prestação dos serviços e a preservação do valor real destinado à remuneração de serviços, observada a disponibilidade orçamentária e financeira. (Incluído pela Lei nº 14.820, de 2024)

TÍTULO III-A (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022) DA TELESSAÚDE

Art. 26-A. A telessaúde abrange a prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal e obedecerá aos seguintes princípios: (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

I - autonomia do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

II - consentimento livre e informado do paciente;

III - direito de recusa ao atendimento na modalidade telessaúde, com a garantia do atendimento presencial sempre que solicitado; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

IV - dignidade e valorização do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

V - assistência segura e com qualidade ao paciente; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VI - confidencialidade dos dados; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VII - promoção da universalização do acesso dos brasileiros às ações e aos serviços de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

VIII - estrita observância das atribuições legais de cada profissão; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

IX - responsabilidade digital. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-B. Para fins desta Lei, considera-se telessaúde a modalidade de prestação de serviços de saúde a distância, por meio da utilização das tecnologias da informação e da comunicação, que envolve, entre outros, a transmissão segura de dados e informações de saúde, por meio de textos, de sons, de imagens ou outras formas adequadas. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Parágrafo único. Os atos do profissional de saúde, quando praticados na modalidade telessaúde, terão validade em todo o território nacional. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-C. Ao profissional de saúde são asseguradas a liberdade e a completa independência de decidir sobre a utilização ou não da telessaúde, inclusive com relação à primeira

consulta, atendimento ou procedimento, e poderá indicar a utilização de atendimento presencial ou optar por ele, sempre que entender necessário. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-D. Compete aos conselhos federais de fiscalização do exercício profissional a normatização ética relativa à prestação dos serviços previstos neste Título, aplicando-se os padrões normativos adotados para as modalidades de atendimento presencial, no que não colidirem com os preceitos desta Lei. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-E. Na prestação de serviços por telessaúde, serão observadas as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento, observada a competência dos demais órgãos reguladores. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-F. O ato normativo que pretenda restringir a prestação de serviço de telessaúde deverá demonstrar a imprescindibilidade da medida para que sejam evitados danos à saúde dos pacientes. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-G. A prática da telessaúde deve seguir as seguintes determinações: (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

I - ser realizada por consentimento livre e esclarecido do paciente, ou de seu representante legal, e sob responsabilidade do profissional de saúde; (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

II - prestar obediência aos ditames das Leis nºs 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet), 12.842, de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados), 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor) e, nas hipóteses cabíveis, aos ditames da Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018 (Lei do Prontuário Eletrônico). (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

Art. 26-H. É dispensada a inscrição secundária ou complementar do profissional de saúde que exercer a profissão em outra jurisdição exclusivamente por meio da modalidade telessaúde. (Incluído pela Lei nº 14.510, de 2022)

TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I DOS RECURSOS

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. (Incluído pela Lei nº 13.097, de 2015)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III - plano de saúde;
- IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

DECRETO Nº 7.508/2011 - REGULAMENTA A LEI Nº 8.080/1990

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

SEÇÃO I DAS REGIÕES DE SAÚDE

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção primária;
- II - urgência e emergência;
- III - atenção psicossocial;
- IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

- I - seus limites geográficos;
- II - população usuária das ações e serviços;
- III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

SEÇÃO II DA HIERARQUIZAÇÃO

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regimentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

SEÇÃO I DA RELAÇÃO NACIONAL DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

SEÇÃO II DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações: (Redação dada pelo Decreto nº 11.161, de 2022) Vigência

I - da RENAME, a cada dois anos, e disponibilizará, nesse prazo, a lista de tecnologias incorporadas, excluídas e alteradas pela CONITEC e com a responsabilidade de financiamento pactuada de forma tripartite, até que haja a consolidação da referida lista; (Incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022) Vigência

II - do FTN, à medida que sejam identificadas novas evidências sobre as tecnologias constantes na RENAME vigente; e (Incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022) Vigência

III - de protocolos clínicos ou de diretrizes terapêuticas, quando da incorporação, alteração ou exclusão de tecnologias em saúde no SUS e da existência de novos estudos e evidências

científicas identificados a partir de revisões periódicas da literatura relacionada aos seus objetos. (Incluído pelo Decreto nº 11.161, de 2022) Vigência

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

SEÇÃO I DAS COMISSÕES INTERGESTORES

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

SEÇÃO II DO CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços

definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990 ;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL – SAÚDE

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

(...)

SEÇÃO II DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (Vide ADPF 672)

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 155 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, I, "a", e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 132, de 2023)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 156 e 156-A e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, I, "b", e § 3º. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 132, de 2023)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000) Regulamento

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV - (revogado) . (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 86, de 2015)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso

de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 7º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias fica sob responsabilidade da União, e cabe aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estabelecer, além de outros consectários e vantagens, incentivos, auxílios, gratificações e indenizações, a fim de valorizar o trabalho desses profissionais. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 8º Os recursos destinados ao pagamento do vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 9º O vencimento dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não será inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 10. Os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias terão também, em razão dos riscos inerentes às funções desempenhadas, aposentadoria especial e, somado aos seus vencimentos, adicional de insalubridade. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 11. Os recursos financeiros repassados pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para pagamento do vencimento ou de qualquer outra vantagem dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não serão objeto de inclusão no cálculo para fins do limite de despesa com pessoal. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 120, de 2022)

§ 12. Lei federal instituirá pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, a serem observados por pessoas jurídicas de direito público e de direito privado. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 13. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, até o final do exercício financeiro em que for publicada a lei de que trata o § 12 deste artigo, adequarão a remuneração dos cargos ou dos respectivos planos de carreiras, quando houver, de modo a atender aos pisos estabelecidos para cada categoria profissional. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 124, de 2022)

§ 14. Compete à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que trata o § 12 deste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

§ 15. Os recursos federais destinados aos pagamentos da assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios e às entidades filantrópicas, bem como aos prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo sistema único de saúde, para o cumprimento dos pisos salariais de que

trata o § 12 deste artigo serão consignados no orçamento geral da União com dotação própria e exclusiva. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 127, de 2022)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015)

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado em três níveis de assistência: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. Cada um desses níveis tem características específicas e funções bem definidas, sendo estruturados de maneira hierarquizada para garantir que a população tenha acesso a serviços de saúde de acordo com a complexidade de suas necessidades. Abaixo, vamos detalhar cada um desses níveis.

— Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de assistência e a porta de entrada para os usuários no SUS. Ela é responsável por cuidar da maior parte das necessidades de saúde da população e está organizada para ser acessível, próxima

da comunidade e de fácil resolução. A APS atua na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no tratamento de problemas de saúde mais comuns e menos complexos.

As principais características da APS incluem:

- **Acesso facilitado e territorializado:** As Unidades Básicas de Saúde (UBS), também conhecidas como postos de saúde, estão localizadas em áreas próximas à população e são responsáveis pelo atendimento de uma comunidade ou território específico. O objetivo é garantir que os serviços estejam acessíveis para todos.

- **Cuidado contínuo e integral:** A APS acompanha os indivíduos ao longo de todas as fases da vida, desde o nascimento até a velhice, atuando de forma integral. Isso significa que o atendimento engloba desde consultas de rotina, vacinação, controle de doenças crônicas (como hipertensão e diabetes), até o acompanhamento pré-natal e a saúde infantil.

- **Promoção da saúde e prevenção de doenças:** A APS tem um forte componente de educação em saúde, ajudando a prevenir doenças e a promover hábitos de vida saudáveis. Exemplo disso são as campanhas de vacinação, orientações sobre higiene e alimentação, além do acompanhamento regular de gestantes e crianças.

- **Estratégia Saúde da Família (ESF):** A ESF é a principal estratégia para organização da APS no Brasil. Equipes multiprofissionais, formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cuidam de um grupo definido de famílias em uma determinada área geográfica, garantindo um atendimento contínuo e personalizado.

A Portaria nº 2.436/2017, que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamenta a APS no Brasil, definindo suas funções e abrangência.

— Atenção Secundária à Saúde

A Atenção Secundária compreende serviços especializados e de média complexidade, oferecidos por profissionais que atuam em áreas mais específicas da saúde, como cardiologia, ortopedia, oftalmologia, psiquiatria, entre outras especialidades. Esses serviços não estão presentes em todas as unidades de saúde, mas são disponibilizados em policlínicas, centros de especialidades médicas, ambulatório de especialidades e hospitais de pequeno e médio porte.

As principais características da Atenção Secundária incluem:

- **Encaminhamento pela Atenção Primária:** Para acessar a Atenção Secundária, os pacientes geralmente são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Isso garante que a atenção primária resolva os casos mais comuns, enquanto a atenção secundária se concentra em condições mais específicas que exigem atendimento especializado.

- **Serviços diagnósticos e terapêuticos especializados:** Na atenção secundária, os pacientes podem realizar exames complementares (como ultrassonografia, mamografia, endoscopia) e obter atendimento especializado para o tratamento de condições que exigem maior cuidado, mas que ainda não demandam uma intervenção de alta complexidade.

- **Tratamento ambulatorial:** Muitos dos atendimentos na atenção secundária são realizados de maneira ambulatorial, ou seja, sem a necessidade de internação. Exemplo disso são as consultas com especialistas ou pequenos procedimentos cirúrgicos que não necessitam de acompanhamento hospitalar prolongado.

A atenção secundária é regulamentada por diferentes portarias e diretrizes do Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso a cuidados especializados de média complexidade de forma organizada e dentro da hierarquia do sistema.

— Atenção Terciária à Saúde

A Atenção Terciária é o nível de maior complexidade no SUS, voltado para o atendimento de casos graves, que exigem intervenções especializadas, uso de tecnologias avançadas e acompanhamento contínuo. Este nível inclui procedimentos de alta complexidade, como cirurgias delicadas, internações prolongadas e tratamentos intensivos.

As principais características da Atenção Terciária incluem:

- **Alta Complexidade:** A atenção terciária oferece tratamentos que requerem tecnologia avançada e equipes altamente especializadas. Isso inclui cirurgias complexas (como transplantes de órgãos), tratamento oncológico, terapia intensiva (UTI), neurocirurgia, entre outros. Esses serviços estão presentes em hospitais de grande porte, centros de referência e instituições especializadas.

- **Referência e Contra-referência:** Pacientes que necessitam de atenção terciária são encaminhados a partir da atenção primária ou secundária, e, após o tratamento especializado, retornam para esses níveis para continuar o acompanhamento. Esse processo de referência e contra-referência garante que o paciente tenha continuidade no cuidado.

- **Unidades de Tratamento Intensivo (UTI):** A atenção terciária inclui os hospitais gerais, centros especializados e UTIs, onde pacientes em estado crítico ou que passaram por intervenções cirúrgicas complexas são acompanhados por equipes multiprofissionais.

Além disso, a Portaria GM/MS nº 3.410/2013 regulamenta as diretrizes para o funcionamento da Atenção Terciária no SUS, incluindo as condições para organização e acesso a serviços de alta complexidade.

— Integração dos Níveis de Assistência no SUS

A organização hierarquizada do SUS visa garantir que os serviços de saúde funcionem de maneira integrada, promovendo a continuidade do cuidado e a racionalização dos recursos. A integração entre os níveis primário, secundário e terciário é crucial para que o sistema atenda de forma eficaz às diferentes demandas de saúde da população, otimizando o uso dos recursos e garantindo que cada pessoa seja atendida no nível correto, de acordo com a gravidade ou complexidade de seu caso.

O fluxo de encaminhamento é essencial para o bom funcionamento desse modelo. O paciente, ao ser atendido na atenção primária, pode ser resolvido ali mesmo, ou encaminhado para o nível secundário ou terciário, conforme a necessidade. Após o atendimento especializado, ele retorna ao nível primário, que será responsável por acompanhar sua saúde de forma contínua e preventiva.

Essa articulação entre os níveis de atenção permite que o SUS funcione de forma eficaz, garantindo a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado, atendendo as necessidades de saúde da população brasileira em todos os seus aspectos.

EPIDEMIOLOGIA, HISTÓRIA NATURAL E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

EPIDEMIOLOGIA: CONCEITOS E APLICAÇÕES

A epidemiologia é a ciência que estuda a distribuição, os determinantes e o controle de doenças em populações humanas. Seu objetivo principal é compreender os fatores que influenciam a ocorrência de enfermidades, auxiliando na formulação de políticas de saúde pública e no desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção.

A epidemiologia não se restringe a doenças infecciosas, abrangendo também doenças crônicas, fatores ambientais e comportamentais que afetam a saúde coletiva. Neste texto, serão abordados os principais conceitos epidemiológicos, seus métodos de estudo e suas aplicações práticas na saúde pública.

► Definição e Objetivos da Epidemiologia

A epidemiologia pode ser definida como o estudo dos padrões de saúde e doença em populações, buscando compreender seus fatores determinantes e os meios de controle.

Objetivos da Epidemiologia:

Os principais objetivos da epidemiologia incluem:

- Identificar a causa das doenças e os fatores de risco associados
- Descrever a distribuição das doenças na população em termos de tempo, lugar e pessoas afetadas
- Prevenir e controlar enfermidades por meio da formulação de políticas de saúde pública
- Avaliar a eficácia de intervenções e programas de saúde
- Fornecer suporte para a tomada de decisão baseada em evidências

A epidemiologia fornece as bases científicas para ações de saúde pública, ajudando a direcionar recursos e estratégias para grupos vulneráveis.

► Principais Conceitos Epidemiológicos

Para entender como as doenças se espalham e quais fatores influenciam sua ocorrência, é necessário conhecer alguns conceitos fundamentais da epidemiologia.

Indicadores Epidemiológicos:

Os indicadores são ferramentas essenciais para medir e monitorar o estado de saúde de uma população. Entre os principais, destacam-se:

- **Incidência:** número de novos casos de uma doença em uma população específica durante um período determinado.
- **Prevalência:** número total de casos (novos e antigos) de uma doença em uma população em um dado momento.
- **Mortalidade:** número de óbitos em uma população durante um período específico.
- **Letalidade:** proporção de pessoas com uma doença específica que evoluem para óbito.

Esses indicadores são essenciais para avaliar a magnitude dos problemas de saúde e planejar ações preventivas e assistenciais.

Fatores Determinantes da Saúde:

A epidemiologia considera que a ocorrência das doenças é influenciada por diversos fatores, conhecidos como determinantes da saúde, que incluem:

- **Biológicos:** idade, sexo, predisposição genética
- **Socioeconômicos:** nível de renda, escolaridade, condições de moradia
- **Ambientais:** saneamento básico, poluição, exposição a agentes químicos
- **Comportamentais:** alimentação, tabagismo, sedentarismo

A compreensão desses fatores é essencial para a formulação de estratégias eficazes de prevenção e promoção da saúde.

► **Métodos Epidemiológicos**

A epidemiologia utiliza diferentes métodos para investigar as doenças e seus determinantes. Esses métodos podem ser classificados em epidemiologia descritiva, analítica e experimental.

Epidemiologia Descritiva:

A epidemiologia descritiva tem o objetivo de caracterizar a distribuição das doenças na população, analisando tempo, lugar e pessoa.

- **Tempo:** variações sazonais, tendências ao longo dos anos
- **Lugar:** áreas geográficas afetadas, diferenças regionais
- **Pessoa:** grupos etários, sexo, nível socioeconômico

Essas informações são essenciais para identificar padrões e direcionar investigações mais detalhadas.

Epidemiologia Analítica:

A epidemiologia analítica busca entender as causas e fatores de risco das doenças, comparando grupos expostos e não expostos. São utilizados dois principais tipos de estudos:

- **Estudos de coorte:** acompanhamento de um grupo de pessoas ao longo do tempo para verificar a incidência da doença.
- **Estudos caso-controle:** comparação entre indivíduos doentes e saudáveis para identificar exposições associadas à enfermidade.

Esses métodos ajudam a estabelecer relações de causa e efeito entre fatores ambientais, comportamentais e genéticos.

Epidemiologia Experimental:

A epidemiologia experimental testa intervenções para prevenir ou tratar doenças. O principal tipo de estudo experimental é o ensaio clínico randomizado, onde os participantes são divididos aleatoriamente em grupos para avaliar a eficácia de medicamentos ou vacinas.

► **Aplicações da Epidemiologia na Saúde Pública**

A epidemiologia tem um papel essencial na formulação e implementação de políticas de saúde pública. Entre suas principais aplicações, destacam-se:

Prevenção e Controle de Doenças:

A epidemiologia permite o desenvolvimento de estratégias de prevenção primária, secundária e terciária para reduzir a incidência e os impactos das doenças.

- **Vacinação:** programas de imunização para reduzir doenças infecciosas
- **Monitoramento de surtos:** identificação e controle de epidemias
- **Promoção da saúde:** incentivo a hábitos saudáveis e redução de fatores de risco

Planejamento de Recursos em Saúde:

A análise epidemiológica auxilia na alocação eficiente de recursos, definindo prioridades para investimentos em infraestrutura, contratação de profissionais e distribuição de medicamentos.

Vigilância Epidemiológica:

A vigilância epidemiológica envolve a coleta, análise e interpretação contínua de dados para detectar e responder rapidamente a ameaças à saúde pública.

- Notificação de doenças compulsórias
- Investigação de surtos e epidemias
- Identificação de novos fatores de risco

Durante a pandemia de COVID-19, a vigilância epidemiológica foi essencial para monitorar a disseminação do vírus e orientar medidas de controle.

A epidemiologia é uma ferramenta essencial para a saúde pública, permitindo a identificação de fatores de risco, a descrição da distribuição das doenças e a formulação de estratégias de prevenção e controle. Seus métodos permitem a tomada de decisões baseadas em evidências, garantindo maior eficiência na alocação de recursos e na implementação de políticas de saúde.

O uso adequado da epidemiologia fortalece os sistemas de saúde e contribui para a melhoria da qualidade de vida da população, reduzindo a incidência de doenças e promovendo ambientes mais saudáveis.

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

A história natural da doença é o estudo da progressão das enfermidades desde sua origem até seus desfechos finais, sem qualquer intervenção médica. Compreender esse processo é essencial para a formulação de estratégias de prevenção e controle de doenças, auxiliando na estruturação de políticas públicas de saúde.

Esse conceito é amplamente utilizado na epidemiologia e na saúde pública, pois permite identificar os momentos ideais para a aplicação de medidas preventivas. A história natural da doença é dividida em dois períodos principais: período pré-patogênico e período patogênico, os quais serão detalhados a seguir.

► **Estrutura da História Natural da Doença**

A progressão das doenças segue um curso natural que pode ser interrompido ou modificado por intervenções em diferentes momentos. Esse processo é influenciado por três componentes principais:

- **Agente etiológico:** microorganismos, substâncias químicas, fatores genéticos ou ambientais que causam a doença.

▪ **Hospedeiro:** organismo que abriga o agente causador da doença, podendo desenvolver ou não sintomas.

▪ **Meio ambiente:** fatores externos que influenciam a ocorrência e a progressão da doença, como clima, condições sanitárias e estilo de vida.

A interação entre esses elementos determina o curso da doença e sua disseminação na população.

► Período Pré-Patogênico

O período pré-patogênico ocorre antes do início da doença. Durante essa fase, o indivíduo ainda não apresenta sinais ou sintomas, mas pode estar exposto a fatores de risco que favorecem o desenvolvimento da enfermidade.

Interação entre Agente, Hospedeiro e Meio Ambiente:

Durante esse período, ocorre a interação entre os determinantes da doença:

▪ **Agente etiológico:** vírus, bactérias, toxinas, predisposição genética.

▪ **Hospedeiro:** características individuais que influenciam a suscetibilidade à doença, como idade, imunidade e condições de saúde.

▪ **Meio ambiente:** fatores externos, como poluição, saneamento básico, qualidade da alimentação e hábitos de vida.

Se a exposição ao agente for suficiente para superar os mecanismos de defesa do organismo, inicia-se o período patogênico.

Fatores de Risco e Proteção:

Os fatores de risco aumentam a probabilidade de desenvolvimento da doença, enquanto os fatores de proteção reduzem esse risco.

Exemplo de fatores de risco:

- Tabagismo e câncer de pulmão
- Alimentação rica em gorduras e doenças cardiovasculares
- Falta de saneamento básico e infecções gastrointestinais

Exemplo de fatores de proteção:

- Vacinação contra doenças infecciosas
- Alimentação equilibrada e prática de exercícios físicos
- Uso de equipamentos de segurança no trabalho

A identificação desses fatores é essencial para a implementação de medidas preventivas que impeçam o avanço para o período patogênico.

► Período Patogênico

Esse período se inicia quando o organismo sofre alterações biológicas devido à exposição ao agente etiológico. Pode ser dividido em duas fases: fase subclínica e fase clínica.

Fase Subclínica:

Na fase subclínica, ocorrem mudanças no organismo, mas o indivíduo ainda não apresenta sintomas evidentes. Esse período pode incluir:

▪ **Período de incubação:** tempo entre a exposição ao agente infeccioso e o aparecimento dos primeiros sintomas (exemplo: gripe, COVID-19).

▪ **Período de latência:** tempo entre a exposição ao agente e a manifestação da doença, mais comum em doenças crônicas (exemplo: câncer, hipertensão).

Muitas vezes, o diagnóstico precoce é possível por meio de exames laboratoriais ou rastreamento populacional, o que permite a intervenção antes do desenvolvimento da fase clínica.

Fase Clínica:

Quando os sinais e sintomas se tornam evidentes, a doença entra na fase clínica. Esse estágio pode apresentar diferentes graus de gravidade, incluindo:

▪ **Doença leve:** sintomas discretos e sem grandes complicações (exemplo: resfriado comum).

▪ **Doença moderada:** sintomas mais intensos, podendo exigir tratamento médico (exemplo: pneumonia).

▪ **Doença grave:** evolução para complicações severas, com risco de sequelas ou morte (exemplo: infarto, meningite).

O tratamento durante essa fase busca reduzir os impactos da doença e prevenir complicações.

► Desfechos da Doença

A evolução da doença pode levar a diferentes desfechos, dependendo da efetividade do tratamento e da resposta do organismo. Os principais são:

▪ **Cura completa:** o organismo se recupera totalmente sem sequelas.

▪ **Crônica ou sequela:** a doença persiste ou deixa danos permanentes (exemplo: diabetes, paralisia pós-AVC).

▪ **Óbito:** ocorre quando as complicações não podem ser controladas.

Os desfechos variam de acordo com o tipo de doença, a precocidade do diagnóstico e a qualidade da assistência médica disponível.

► Relação com os Níveis de Prevenção

A história natural da doença está diretamente relacionada aos diferentes níveis de prevenção. Cada fase permite uma abordagem preventiva específica:

Prevenção Primária (Período Pré-Patogênico):

Tem como objetivo impedir que a doença ocorra, agindo sobre os fatores de risco. Exemplos:

- Vacinação
- Educação em saúde
- Saneamento básico
- Promoção da alimentação saudável

Prevenção Secundária (Início do Período Patogênico):

Visa detectar precocemente a doença e evitar sua progressão.

Exemplos:

- Exames de rastreamento (mamografia, Papanicolau)
- Diagnóstico precoce e início do tratamento
- Monitoramento de indivíduos com fatores de risco

Prevenção Terciária (Fase Clínica e Pós-Doença):

Busca minimizar sequelas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Exemplos:

- Reabilitação física para pessoas com sequelas de AVC
- Tratamento e controle de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes
- Apoio psicológico e social para pacientes com doenças terminais

A história natural da doença é um conceito fundamental para a epidemiologia e a saúde pública, pois permite compreender o curso das enfermidades e identificar oportunidades para a prevenção e o controle.

A adoção de medidas preventivas em cada fase da doença é essencial para reduzir a incidência, a morbidade e a mortalidade, garantindo uma melhor qualidade de vida para a população. Dessa forma, o conhecimento sobre a evolução das doenças possibilita intervenções eficazes que promovem um sistema de saúde mais eficiente e acessível.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS: NÍVEIS E ESTRATÉGIAS

A prevenção de doenças é um dos pilares da saúde pública, sendo essencial para reduzir a incidência de enfermidades, minimizar complicações e melhorar a qualidade de vida da população. A abordagem preventiva permite que os sistemas de saúde sejam mais eficientes, diminuindo a sobrecarga hospitalar e os custos com tratamentos de doenças avançadas.

A prevenção pode ser classificada em três níveis principais: prevenção primária, secundária e terciária, cada um com estratégias específicas voltadas para diferentes momentos da história natural da doença.

► Níveis de Prevenção

Os níveis de prevenção foram definidos pelo epidemiologista Leavell e Clark e estão diretamente relacionados ao curso natural das doenças. Cada nível atua em um estágio diferente da enfermidade, desde sua prevenção inicial até a reabilitação de pacientes acometidos.

Prevenção Primária:

A prevenção primária tem como objetivo impedir que a doença ocorra, atuando antes do seu surgimento. Isso é feito por meio da redução de fatores de risco e do fortalecimento de fatores protetores.

Principais Estratégias de Prevenção Primária:

- **Vacinação:** imunização contra doenças infecciosas como sarampo, hepatite B e gripe.
- **Promoção da saúde:** campanhas educativas sobre alimentação saudável, atividade física e combate ao tabagismo.
- **Saneamento básico:** acesso à água potável e ao tratamento de esgoto para evitar infecções gastrointestinais.

▪ **Segurança no trabalho:** uso de equipamentos de proteção para evitar acidentes e doenças ocupacionais.

▪ **Legislação sanitária:** normas para o controle da qualidade dos alimentos e ambientes de trabalho.

Exemplo Prático:

O programa de vacinação contra o HPV reduz significativamente a incidência de câncer do colo do útero ao impedir a infecção pelo vírus antes da exposição.

Prevenção Secundária:

A prevenção secundária tem como foco a detecção precoce e o tratamento inicial das doenças, evitando sua progressão para estágios mais graves.

Principais Estratégias de Prevenção Secundária:**Exames de rastreamento:**

- Mamografia para detecção precoce do câncer de mama.
- Teste de Papanicolau para identificar lesões precursoras do câncer de colo do útero.
- Glicemia de jejum para diagnóstico precoce do diabetes.
- **Diagnóstico precoce:** exames laboratoriais e de imagem para identificar doenças antes do aparecimento de sintomas graves.
- **Tratamento imediato:** início precoce da terapia para doenças diagnosticadas, reduzindo complicações e sequelas.

Exemplo Prático:

O rastreamento da hipertensão arterial permite o controle precoce da pressão alta, evitando complicações como infarto e AVC.

Prevenção Terciária:

A prevenção terciária busca minimizar os impactos de doenças já estabelecidas, reduzindo complicações, promovendo a reabilitação e melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

Principais Estratégias de Prevenção Terciária:

- **Reabilitação física:** fisioterapia para pacientes com sequelas de AVC ou amputações.
- **Reabilitação psicológica e social:** apoio emocional e inclusão de pessoas com deficiências ou doenças crônicas.
- **Tratamento de manutenção:** controle rigoroso de doenças como diabetes e insuficiência renal para evitar piora do quadro clínico.
- **Cuidados paliativos:** assistência a pacientes terminais para garantir conforto e dignidade no final da vida.

Exemplo Prático:

Pacientes que sofreram infarto podem ser encaminhados para programas de reabilitação cardiovascular, reduzindo o risco de novos eventos.

► Outras Abordagens de Prevenção

Além dos três níveis clássicos, há abordagens complementares que reforçam a eficácia das estratégias preventivas.

Prevenção Quaternária:

A prevenção quaternária visa evitar intervenções médicas desnecessárias que podem causar danos aos pacientes, como:

- Uso excessivo de medicamentos sem necessidade comprovada.
- Exames e procedimentos invasivos desnecessários.
- Diagnósticos exagerados que levam a tratamentos desnecessários.

Exemplo Prático:

Evitar a prescrição excessiva de antibióticos para infecções virais, prevenindo a resistência bacteriana.

Prevenção Baseada na Promoção da Saúde:

Além de evitar doenças, a promoção da saúde fortalece fatores que melhoram o bem-estar geral da população. Algumas estratégias incluem:

- Educação em saúde nas escolas.
- Incentivo à prática regular de exercícios físicos.
- Programas de redução do consumo de álcool e tabaco.

► Impacto das Estratégias Preventivas na Saúde Pública

A adoção de medidas preventivas traz inúmeros benefícios para a sociedade e para o sistema de saúde.

Redução da Morbimortalidade:

- A vacinação eliminou ou reduziu drasticamente doenças como poliomielite e sarampo.
- O rastreamento do câncer possibilitou o diagnóstico precoce, aumentando as chances de cura.

Redução de Custos no Sistema de Saúde:

- Prevenir uma doença custa menos do que tratá-la em estágio avançado.
- O controle do diabetes reduz internações por complicações como insuficiência renal e cegueira.

Melhoria da Qualidade de Vida:

- Pessoas saudáveis têm maior produtividade e menor absenteísmo no trabalho.
- Idosos com acompanhamento médico adequado mantêm sua independência por mais tempo.

A prevenção de doenças é fundamental para a promoção da saúde e a sustentabilidade dos sistemas de saúde. A implementação de estratégias preventivas em todos os níveis – primário, secundário e terciário – reduz a incidência de doenças, melhora a qualidade de vida da população e diminui os custos com tratamentos de longo prazo.

A efetividade das ações preventivas depende do engajamento do governo, dos profissionais de saúde e da população, tornando essencial a conscientização sobre a importância da prevenção para um futuro mais saudável e equilibrado.

IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica é um dos principais instrumentos da saúde pública, sendo responsável pela coleta, análise e interpretação contínua de dados sobre doenças e agravos à saúde. Seu objetivo é fornecer informações para a tomada de decisões e para a implementação de ações de prevenção e controle.

Com a globalização e o aumento da circulação de pessoas e mercadorias, a vigilância epidemiológica tornou-se ainda mais crucial para a detecção precoce de surtos e epidemias, permitindo respostas rápidas e eficazes.

► Conceito e Objetivos da Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica é definida como um conjunto de ações destinadas a detectar, monitorar e controlar doenças, permitindo que medidas sejam adotadas para reduzir sua disseminação e impacto na população.

Objetivos da Vigilância Epidemiológica:

- Detectar precocemente surtos e epidemias para impedir sua disseminação.
- Monitorar a incidência e prevalência de doenças para orientar políticas de saúde.
- Fornecer dados para o planejamento de serviços de saúde e distribuição de recursos.
- Avaliar a efetividade de programas de controle e prevenção (exemplo: campanhas de vacinação).
- Prevenir e reduzir o impacto de doenças transmissíveis e crônicas.

A vigilância epidemiológica é um componente essencial do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo coordenada por órgãos como o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

► Componentes da Vigilância Epidemiológica

Para ser eficiente, a vigilância epidemiológica deve contar com um sistema estruturado que inclua diferentes etapas de atuação.

Coleta de Dados:

A obtenção de informações sobre doenças e agravos à saúde pode ocorrer por diversas fontes, como:

- Notificação compulsória de doenças (exemplo: dengue, tuberculose, meningite).
- Registros hospitalares e ambulatoriais.
- Inquéritos epidemiológicos e pesquisas populacionais.
- Sistemas de informação em saúde (exemplo: Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN).

Análise e Interpretação dos Dados:

Os dados coletados são analisados para identificar padrões e tendências, respondendo a perguntas como:

- A doença está aumentando ou diminuindo?
- Quais grupos populacionais estão mais afetados?
- Existem fatores de risco específicos?

A interpretação dessas informações permite a tomada de decisões baseadas em evidências.

Investigação Epidemiológica:

Quando há um aumento inesperado no número de casos de uma doença, é necessária uma investigação epidemiológica para determinar suas causas e formas de transmissão.

- Identificação da origem e da disseminação do surto.
- Definição de medidas de controle, como isolamento de pacientes e vacinação emergencial.
- Monitoramento da eficácia das intervenções adotadas.

Implementação de Medidas de Controle e Prevenção:

Com base nos dados analisados, são aplicadas medidas para conter a propagação da doença, como:

- Campanhas de vacinação.
- Controle de vetores (exemplo: combate ao *Aedes aegypti* para reduzir dengue e zika).
- Isolamento de pacientes e quarentenas.
- Educação em saúde e campanhas de conscientização.

Divulgação das Informações:

Os dados e as ações tomadas precisam ser comunicados para gestores de saúde, profissionais e a população. A transparência na divulgação das informações fortalece a confiança nas medidas adotadas.

► Tipos de Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica pode ser realizada de diferentes formas, dependendo do tipo de doença e do objetivo da investigação.

Vigilância Passiva:

Ocorre quando os profissionais de saúde notificam espontaneamente os casos de doenças aos órgãos competentes.

- **Vantagens:** baixo custo, abrangência ampla.
- **Desvantagens:** pode haver subnotificação, pois depende do registro adequado dos casos.

Vigilância Ativa:

A vigilância ativa busca ativamente os casos, por meio de visitas a hospitais, laboratórios e comunidades.

- **Vantagens:** maior precisão e detecção precoce de surtos.
- **Desvantagens:** maior custo e necessidade de equipes especializadas.

Vigilância Sentinela:

Baseia-se no monitoramento de doenças em unidades de saúde específicas (hospitais de referência), servindo como amostras para avaliar tendências.

- **Exemplo:** monitoramento da circulação de vírus respiratórios, como influenza e COVID-19.

Vigilância Genômica:

Utiliza análise genética para identificar mutações e novas variantes de agentes infecciosos, sendo essencial no controle de epidemias.

- **Exemplo:** monitoramento de variantes do coronavírus durante a pandemia de COVID-19.

► Importância da Vigilância Epidemiológica na Saúde Pública

A vigilância epidemiológica desempenha um papel central na proteção da saúde coletiva e no fortalecimento das políticas de saúde pública.

Deteção Precoce e Controle de Epidemias:

A rápida identificação de surtos permite a implementação de medidas imediatas para conter a propagação de doenças.

Exemplo:

No surto de febre amarela no Brasil, a vigilância epidemiológica identificou áreas de risco e direcionou a vacinação para conter a transmissão.

Planejamento e Avaliação de Políticas de Saúde:

Os dados epidemiológicos orientam a formulação de políticas públicas e programas de saúde, garantindo o uso eficiente de recursos.

Exemplo:

A análise da prevalência de diabetes permite a criação de programas de prevenção e tratamento para reduzir complicações da doença.

Prevenção de Doenças Emergentes e Reemergentes:

Doenças emergentes, como a COVID-19, e doenças reemergentes, como o sarampo, exigem vigilância constante para evitar sua disseminação.

Exemplo:

A vigilância epidemiológica identificou rapidamente os primeiros casos de COVID-19 no Brasil, permitindo a adoção de medidas preventivas.

Redução de Custos no Sistema de Saúde:

A prevenção e o controle de doenças por meio da vigilância epidemiológica reduzem a necessidade de tratamentos caros e internações prolongadas.

Exemplo:

O monitoramento de surtos de dengue permite o combate ao vetor antes que a doença se espalhe amplamente, reduzindo hospitalizações.

Promoção da Saúde e Educação da População:

A vigilância epidemiológica permite a criação de campanhas educativas eficazes, conscientizando a população sobre medidas preventivas.

Exemplo:

Campanhas de combate ao tabagismo baseiam-se em dados epidemiológicos sobre o impacto do cigarro na saúde.

A vigilância epidemiológica é uma ferramenta essencial para a saúde pública, pois permite a detecção precoce de doenças, a resposta rápida a surtos e epidemias e o planejamento eficiente de ações preventivas. Seu papel vai além do monitoramento, pois influencia diretamente a formulação de políticas públicas, a distribuição de recursos e a promoção da saúde da população.

Investir em sistemas de vigilância eficientes fortalece a capacidade de resposta dos governos e melhora a qualidade de vida da população, prevenindo doenças e reduzindo sua carga sobre os sistemas de saúde.

REFORMA SANITÁRIA E MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

HISTÓRICO DA REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

A Reforma Sanitária brasileira foi um movimento político e social que visou transformar o modelo de saúde do país, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Essa reforma surgiu da necessidade de superar um sistema fragmentado e excludente, que deixava grande parte da população sem acesso adequado aos serviços de saúde.

O movimento reformista teve forte influência de sanitaristas, profissionais da saúde, intelectuais e movimentos sociais que defendiam um sistema universal, integral e equânime. Para compreender a importância dessa transformação, é fundamental analisar o contexto histórico que levou à sua consolidação e os desafios enfrentados ao longo do tempo.

► Origens da Reforma Sanitária

Modelo Excludente antes da Reforma:

Até a década de 1970, o sistema de saúde brasileiro era segmentado e baseado no modelo previdenciário. O acesso aos serviços de saúde dependia da vinculação ao mercado de trabalho formal, ou seja, apenas trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes tinham direito à assistência médica por meio dos institutos de previdência, como o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

As pessoas que não estavam inseridas no mercado formal de trabalho – incluindo trabalhadores informais, desempregados e populações vulneráveis – ficavam à margem do sistema, dependendo de serviços de caridade, instituições filantrópicas ou ações pontuais do governo. Esse modelo excludente gerava profundas desigualdades no acesso à saúde.

Crise do Modelo Previdenciário:

A crise econômica da década de 1970 agravou as falhas do modelo previdenciário de saúde. O aumento do desemprego e da informalidade deixou um número crescente de pessoas sem assistência médica. Além disso, os altos custos do modelo hospitalocêntrico e curativo tornaram sua manutenção inviável a longo prazo.

Paralelamente, surgia no Brasil um movimento crítico à forma como o Estado geria a saúde, inspirado por experiências internacionais e pelos princípios da Medicina Social e da Saúde Coletiva. Esse movimento defendia uma visão ampliada da saúde, considerando não apenas o acesso a serviços médicos, mas também os determinantes sociais, como moradia, saneamento, alimentação e condições de trabalho.

► A Luta pela Reforma Sanitária

Mobilização da Sociedade:

Na década de 1970, médicos, pesquisadores e sanitaristas começaram a questionar o modelo vigente e a propor alternativas baseadas na universalização do acesso à saúde. Instituições acadêmicas, como a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e a Universidade de São Paulo (USP), tornaram-se centros de produção de conhecimento crítico sobre a saúde pública.

A luta pela Reforma Sanitária ganhou força na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Esse evento histórico contou com ampla participação da sociedade civil e consolidou propostas que defendiam a criação de um sistema de saúde universal e público, desvinculado da Previdência Social e acessível a todos os brasileiros.

Constituição de 1988 e a Criação do SUS:

Com a redemocratização do Brasil e a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado. O artigo 196 da Constituição estabeleceu que o sistema de saúde deveria ser universal, integral e gratuito, consolidando o princípio da equidade.

A partir desse marco constitucional, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que se tornou responsável por organizar e ofertar serviços de saúde para toda a população, garantindo acesso igualitário e promovendo ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

► Consolidação do SUS e Desafios

Primeiras Décadas do SUS:

Após sua criação, o SUS passou por um processo de implementação gradual, enfrentando desafios estruturais, como o subfinanciamento, a falta de profissionais em regiões remotas e a necessidade de reorganização dos serviços de saúde.

Apesar dos obstáculos, avanços significativos foram alcançados, incluindo a ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e a implementação de políticas públicas voltadas para a saúde coletiva, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Desafios Atuais:

Mesmo sendo um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, o SUS enfrenta desafios como:

- Subfinanciamento crônico, com investimentos insuficientes para garantir a qualidade e a cobertura universal dos serviços;
- Desigualdade regional, com disparidades no acesso à saúde entre diferentes estados e municípios;
- Crescimento das doenças crônicas e envelhecimento populacional, que demandam uma reestruturação do modelo assistencial para atender às novas necessidades de saúde da população.

A Reforma Sanitária representou uma mudança fundamental na organização do sistema de saúde brasileiro, garantindo a todos o direito à saúde. A criação do SUS foi um marco na democratização da assistência à saúde, mas sua plena consolidação ainda enfrenta desafios estruturais e financeiros.

Para garantir a sustentabilidade do SUS e a efetividade do modelo universal de saúde, é fundamental fortalecer o financiamento do sistema, investir na formação e qualificação dos profissionais e garantir maior equidade na distribuição dos serviços. Somente assim será possível manter e aprimorar o legado da Reforma Sanitária, assegurando saúde de qualidade para toda a população brasileira.

MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

Os modelos assistenciais de saúde são formas organizadas de prestação de serviços de saúde à população, refletindo diferentes concepções sobre como prevenir e tratar doenças. Ao longo da história do Brasil, esses modelos evoluíram conforme mudanças políticas, sociais e econômicas, influenciando a maneira como o sistema de saúde é estruturado.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 representou uma mudança significativa, buscando um modelo assistencial baseado na universalidade, integralidade e equidade. Entretanto, o SUS convive com resquícios de modelos anteriores e desafios para consolidar um sistema verdadeiramente integrado e resolutivo.

► Definição e Características dos Modelos Assistenciais

Os modelos assistenciais de saúde referem-se à forma como os serviços de saúde são organizados e prestados à população. Cada modelo possui características específicas quanto à abordagem, ao financiamento e à relação entre prevenção e assistência curativa.

Os principais modelos assistenciais no Brasil são:

1. Modelo Médico-Assistencial Privatista
2. Modelo Sanitarista ou Campanhista
3. Modelo Médico-Centrado e Hospitalocêntrico
4. Modelo de Atenção Primária à Saúde
5. Modelo da Vigilância à Saúde

A seguir, detalhamos as características de cada um desses modelos.

► Principais Modelos Assistenciais de Saúde

Modelo Médico-Assistencial Privatista:

- Predominante no Brasil até a década de 1980.
- Baseado na assistência médica individual e curativa.
- Forte dependência do setor privado e da medicina liberal.
- Financiado principalmente pela Previdência Social, beneficiando apenas trabalhadores formais.
- Centralizado em hospitais e consultas especializadas.

Consequências:

- Acesso restrito à saúde, excluindo desempregados e trabalhadores informais.
- Foco na doença, com pouca ênfase na prevenção e promoção da saúde.
- Baixa eficiência no controle de doenças transmissíveis e na melhoria da qualidade de vida da população.

Esse modelo foi gradualmente substituído com a criação do SUS, mas ainda mantém influência no setor privado de saúde.

Modelo Sanitarista ou Campanhista:

- Surge no início do século XX, focado em ações de saúde pública.
- Baseado em campanhas de vacinação, controle de epidemias e saneamento básico.
- Centralizado no Estado, com forte atuação do governo federal.
- Intervenção pontual em grandes problemas sanitários, como febre amarela e varíola.

Consequências:

- Eficiente no controle de epidemias, mas insuficiente para garantir assistência médica contínua à população.
- Abordagem vertical e impositiva, sem participação ativa da população.
- Desconsideração dos determinantes sociais da saúde, tratando apenas problemas emergenciais.

Esse modelo contribuiu para o fortalecimento da vigilância sanitária e epidemiológica, mas não garantia acesso universal aos serviços de saúde.

Modelo Médico-Centrado e Hospitalocêntrico:

- Baseado na assistência médica especializada e na hospitalização.
- Ênfase no tratamento de doenças, sem grande preocupação com prevenção.
- Alta dependência da tecnologia e de procedimentos caros.
- Reforça a ideia do médico como figura central do cuidado à saúde.

Consequências:

- Baixa resolutividade na atenção primária, pois a população busca atendimento diretamente nos hospitais.
- Encargos financeiros elevados, tornando o sistema oneroso e ineficaz para atender toda a população.
- Falta de continuidade do cuidado, já que o paciente é tratado apenas no momento da doença.

Este modelo ainda influencia o sistema de saúde brasileiro, pois muitas pessoas preferem hospitais e especialistas em vez de buscar atenção primária.

Modelo de Atenção Primária à Saúde:

- Baseado na promoção da saúde, prevenção de doenças e atenção integral à população.
- Organização dos serviços em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF).
- Trabalho multiprofissional, envolvendo médicos, enfermeiros, agentes comunitários e outros profissionais.
- Fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

Consequências:

- Redução da sobrecarga nos hospitais, pois muitas doenças são prevenidas ou tratadas precocemente.
- Maior equidade no acesso à saúde, atingindo populações vulneráveis.
- Cuidado contínuo e humanizado, promovendo melhor qualidade de vida.

Esse modelo é a base do SUS, mas enfrenta desafios como falta de financiamento e desigualdades regionais na distribuição dos serviços.

Modelo da Vigilância à Saúde

- Integra vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e da saúde do trabalhador.
- Baseia-se no monitoramento contínuo dos fatores de risco à saúde da população.
- Atua na prevenção de doenças, controle de surtos e promoção da qualidade de vida.
- Utiliza dados epidemiológicos para orientar políticas públicas de saúde.

Consequências:

- Ações mais eficazes de prevenção e controle de doenças.
- Uso racional de recursos, evitando gastos desnecessários com internações e tratamentos complexos.
- Maior participação social, incentivando o envolvimento da comunidade na construção de políticas de saúde.

O modelo da Vigilância à Saúde complementa a Atenção Primária, garantindo um olhar mais amplo sobre os fatores determinantes da saúde da população.

► Comparação entre os Modelos Assistenciais

Modelo	Foco	Tipo de Atendimento	Abrangência	Principais Problemas
Médico-Assistencial Privatista	Curativo	Individual	Trabalhadores formais	Exclusão da população não segurada
Sanitarista	Prevenção	Coletivo	Controle de epidemias	Pouca assistência médica contínua
Médico-Centrado e Hospitalocêntrico	Curativo	Especializado	População geral (com restrições)	Alto custo e baixa resolutividade na atenção primária
Atenção Primária à Saúde	Integral	Preventivo e curativo	Universal	Subfinanciamento e desigualdades regionais
Vigilância à Saúde	Prevenção	Coletivo e individual	Universal	Necessidade de melhor estrutura e integração com outros níveis de atenção

Os modelos assistenciais de saúde refletem diferentes abordagens na organização dos serviços e no cuidado à população. O Brasil passou de um modelo excludente e curativo para um sistema baseado na universalização do acesso e na promoção da saúde.

No entanto, ainda há desafios a serem superados, como o fortalecimento da atenção primária, a ampliação do financiamento do SUS e a integração entre os diferentes níveis de assistência. A consolidação de um modelo eficiente e equitativo depende da continuidade das políticas públicas e do envolvimento da sociedade na defesa de um sistema de saúde justo e acessível a todos.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Vigilância em Saúde é um modelo assistencial que visa monitorar, prevenir e controlar riscos e agravos à saúde da população. Ela integra diferentes áreas, como vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador, atuando na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Esse conceito foi fortalecido no Brasil a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando-se como uma estratégia essencial para garantir a saúde coletiva e a qualidade de vida. A Vigilância em Saúde permite uma atuação proativa do Estado, identificando e reduzindo riscos antes que eles se tornem problemas de saúde pública de grande escala.

► Conceito de Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde é definida como um conjunto de ações destinadas a detectar, monitorar e intervir em fatores de risco e agravos à saúde da população. Diferentemente do modelo tradicional curativo, que foca no tratamento de doenças, a Vigilância em Saúde tem um caráter preventivo e estratégico, promovendo o bem-estar coletivo.

Ela opera por meio da coleta, análise e disseminação de informações para orientar decisões e políticas públicas. Sua atuação é essencial em situações como:

- Controle de epidemias e surtos de doenças infecciosas.
- Monitoramento da qualidade da água, ar e alimentos.
- Fiscalização de produtos e serviços que impactam a saúde da população.
- Proteção da saúde do trabalhador em diferentes setores da economia.

A Vigilância em Saúde está organizada em quatro principais áreas de atuação, que trabalham de forma integrada para garantir a saúde pública.

► Áreas da Vigilância em Saúde

Vigilância Epidemiológica:

A Vigilância Epidemiológica é responsável por monitorar a ocorrência de doenças e agravos à saúde, permitindo a adoção de medidas preventivas e de controle.

Principais Ações:

- Investigação de surtos e epidemias.
- Coleta e análise de dados sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis.
- Implementação de programas de vacinação.
- Monitoramento de doenças emergentes, como dengue, COVID-19 e influenza.

Importância:

Essa vigilância permite respostas rápidas a emergências sanitárias e auxilia na formulação de políticas públicas de saúde, reduzindo impactos negativos de epidemias e pandemias.

Vigilância Sanitária:

A Vigilância Sanitária tem como objetivo garantir a segurança sanitária de produtos, serviços e ambientes que possam afetar a saúde da população.

Principais Ações:

- Fiscalização de alimentos, medicamentos e cosméticos.
- Controle da qualidade da água potável.
- Inspeção de estabelecimentos de saúde, farmácias e indústrias.
- Regulamentação da publicidade de produtos com impacto na saúde.

Importância:

A atuação da Vigilância Sanitária reduz riscos à saúde relacionados a produtos e serviços inadequados, prevenindo surtos de doenças e garantindo maior segurança para os consumidores.

Vigilância Ambiental em Saúde:

Essa área monitora e investiga fatores ambientais que afetam a saúde humana, como a poluição do ar, solo e água.

Principais Ações:

- Controle da qualidade da água para consumo humano.
- Monitoramento da poluição atmosférica e seus efeitos na saúde.
- Investigação de surtos de doenças associadas a desastres ambientais.
- Controle de vetores e pragas, como mosquitos transmissores de dengue e malária.

Importância:

A degradação ambiental tem impacto direto na saúde pública. A Vigilância Ambiental permite a identificação precoce de problemas ambientais e a adoção de medidas preventivas.

Vigilância em Saúde do Trabalhador:

Essa vigilância tem como foco proteger a saúde dos trabalhadores, prevenindo doenças e acidentes ocupacionais.

Principais Ações:

- Monitoramento de condições de trabalho insalubres.
- Investigação de doenças ocupacionais, como LER/DORT e pneumoconioses.
- Promoção da segurança no trabalho e uso de equipamentos de proteção.
- Fiscalização de empresas quanto às normas de saúde e segurança do trabalho.

Importância:

A saúde do trabalhador é essencial para a produtividade e bem-estar da população. A Vigilância em Saúde do Trabalhador reduz riscos ocupacionais e promove ambientes de trabalho mais seguros.

► A Importância da Vigilância em Saúde no SUS

A Vigilância em Saúde desempenha um papel fundamental no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essencial para:

- Prevenção de doenças e promoção da saúde, reduzindo a necessidade de tratamentos complexos e hospitalizações.
- Rápida resposta a emergências sanitárias, como pandemias e surtos de doenças infecciosas.
- Planejamento de políticas públicas baseadas em evidências, otimizando recursos e aumentando a eficiência do sistema de saúde.
- Fortalecimento da atenção primária à saúde, promovendo uma abordagem integral e preventiva.

► Desafios da Vigilância em Saúde no Brasil

Subfinanciamento:

O SUS enfrenta dificuldades financeiras, o que impacta a estrutura e a atuação da Vigilância em Saúde, limitando a capacidade de resposta a crises sanitárias.

Falta de integração entre sistemas de informação:

A descentralização dos sistemas de dados dificulta a troca de informações entre diferentes níveis de gestão, reduzindo a eficácia das ações de vigilância.

Desigualdade regional:

O Brasil apresenta diferenças significativas na infraestrutura e nos recursos destinados à saúde, resultando em acesso desigual aos serviços de vigilância.

Novos desafios epidemiológicos:

O surgimento de novas doenças, como a COVID-19, e o aumento de doenças crônicas exigem adaptações constantes na estrutura da Vigilância em Saúde.

► Perspectivas Futuras

Para fortalecer a Vigilância em Saúde no Brasil, algumas estratégias podem ser adotadas:

- Aumento do financiamento para modernizar a infraestrutura e capacitar profissionais.
- Integração dos sistemas de informação, garantindo maior eficiência na análise e resposta a emergências.
- Ampliação da participação social, envolvendo a comunidade na promoção da saúde.
- Uso de novas tecnologias, como inteligência artificial e big data, para prever surtos e otimizar recursos.

A Vigilância em Saúde é um dos pilares do SUS, garantindo a proteção da população contra riscos sanitários, ambientais e ocupacionais. Seu foco preventivo e estratégico reduz custos com tratamentos hospitalares e melhora a qualidade de vida dos brasileiros.

Apesar dos desafios, a Vigilância em Saúde tem um papel essencial na construção de um sistema de saúde mais eficiente e equitativo. O fortalecimento dessa estratégia é fundamental para a promoção da saúde pública e a redução das desigualdades no acesso à saúde no Brasil.

DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO BRASIL

A Vigilância em Saúde é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando na prevenção, monitoramento e controle de riscos sanitários, ambientais e ocupacionais. No entanto, sua efetividade enfrenta uma série de desafios que dificultam a implementação plena de suas estratégias.

Entre os principais desafios estão o subfinanciamento, as desigualdades regionais, a fragmentação dos sistemas de informação e os novos desafios epidemiológicos, como o crescimento das doenças crônicas e as ameaças de pandemias.

Por outro lado, existem perspectivas promissoras, como o uso de novas tecnologias, a integração de políticas públicas e o fortalecimento da participação social, que podem contribuir para uma vigilância mais eficiente e acessível.

► Desafios da Vigilância em Saúde**Subfinanciamento:**

O financiamento da saúde pública no Brasil tem sido historicamente insuficiente para atender às demandas da população. A Vigilância em Saúde, apesar de sua importância estratégica, sofre com orçamentos reduzidos, o que impacta a capacidade de monitoramento e intervenção.

Impactos do subfinanciamento:

- Infraestrutura precária, especialmente em regiões mais remotas.
- Falta de profissionais capacitados, reduzindo a qualidade dos serviços.
- Dificuldade na aquisição de insumos essenciais, como vacinas, testes laboratoriais e equipamentos de monitoramento.
- Limitações na resposta a emergências sanitárias, como surtos de doenças infecciosas.

Desigualdades Regionais:

O Brasil é um país de dimensões continentais, e a distribuição desigual de recursos afeta diretamente a qualidade da Vigilância em Saúde. Enquanto algumas regiões possuem infraestrutura avançada e equipes capacitadas, outras enfrentam escassez de profissionais, equipamentos e laboratórios de análise.

Consequências das desigualdades regionais:

- Dificuldade no monitoramento de doenças em áreas remotas, como na região amazônica.
- Baixa cobertura vacinal em algumas regiões, favorecendo o ressurgimento de doenças erradicadas.
- Desigualdade no acesso a saneamento básico, aumentando a incidência de doenças relacionadas à água contaminada.

Fragmentação dos Sistemas de Informação:

A eficiência da Vigilância em Saúde depende da coleta, análise e compartilhamento de dados sobre doenças, surtos e riscos sanitários. No entanto, o Brasil ainda possui um sistema fragmentado, com diferentes bancos de dados que nem sempre se comunicam entre si.

Problemas causados pela fragmentação dos sistemas de informação:

- Dificuldade na detecção precoce de surtos epidemiológicos.
- Demora na resposta a emergências sanitárias.
- Falta de integração entre estados e municípios, prejudicando o planejamento estratégico da saúde pública.

A unificação dos sistemas e a adoção de tecnologias avançadas de análise de dados são fundamentais para superar essa barreira.

Novos Desafios Epidemiológicos:

O perfil de saúde da população brasileira tem mudado ao longo dos anos. Além das doenças infecciosas, o país enfrenta um crescimento acelerado de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como diabetes, hipertensão e obesidade.

Principais desafios epidemiológicos:

- **Doenças crônicas:** exigem um novo modelo de vigilância, com foco na prevenção e no acompanhamento contínuo.
- **Ameaças globais:** surtos de doenças emergentes, como a COVID-19, exigem uma vigilância mais ágil e preparada.
- **Resistência antimicrobiana:** o uso indiscriminado de antibióticos favorece o surgimento de microrganismos resistentes, dificultando o tratamento de infecções.
- **Mudanças climáticas:** impactam a disseminação de doenças transmitidas por vetores, como dengue, zika e chikungunya.

Falta de Participação Social e Educação em Saúde:

A Vigilância em Saúde não depende apenas de profissionais e gestores, mas também da participação ativa da sociedade. No entanto, a baixa adesão da população às campanhas de prevenção e o desconhecimento sobre medidas de controle sanitário comprometem a eficácia das ações de vigilância.

Consequências da falta de participação social:

- Baixas coberturas vacinais, levando ao ressurgimento de doenças eliminadas, como o sarampo.
- Descumprimento de medidas sanitárias em pandemias, dificultando o controle de epidemias.
- Falta de envolvimento comunitário em ações de prevenção, como o combate ao *Aedes aegypti*.

► Perspectivas para a Vigilância em Saúde

Apesar dos desafios, há caminhos promissores para fortalecer a Vigilância em Saúde no Brasil. Entre as principais perspectivas estão:

Aumento do Financiamento e Melhor Gestão de Recursos:

Para superar o subfinanciamento, é necessário:

- Ampliar os investimentos no SUS, garantindo recursos suficientes para a Vigilância em Saúde.
- Priorizar a alocação eficiente de verbas, evitando desperdícios e garantindo maior impacto das ações.
- Estimular parcerias público-privadas, especialmente para inovação tecnológica e pesquisa.

Integração dos Sistemas de Informação:

A implementação de sistemas unificados e interligados pode otimizar a resposta a emergências e tornar a vigilância mais eficaz. Algumas estratégias incluem:

- Criação de um banco de dados nacional que integre informações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.
- Uso de inteligência artificial e análise de big data para prever surtos e melhorar o planejamento das ações.
- Ampliação do acesso dos gestores municipais e estaduais a informações estratégicas, garantindo decisões baseadas em evidências.

Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde:

A Atenção Primária é a porta de entrada do SUS e tem papel essencial na vigilância. Para fortalecê-la, é necessário:

- Expandir a Estratégia Saúde da Família (ESF), garantindo cobertura em áreas vulneráveis.
- Capacitar equipes de saúde para atuação em vigilância epidemiológica e sanitária.

- Aprimorar a integração entre atenção primária e vigilância, garantindo maior eficácia na prevenção e controle de doenças.

Uso de Tecnologias para Aprimorar a Vigilância:

A inovação tecnológica pode revolucionar a Vigilância em Saúde. Algumas tendências incluem:

- Monitoramento digital de surtos, utilizando algoritmos para detectar padrões epidemiológicos.
- Aplicativos e plataformas de saúde, permitindo que cidadãos reportem sintomas e auxiliem na detecção precoce de surtos.
- Uso de drones e sensores ambientais, melhorando a vigilância ambiental e a fiscalização sanitária.

Educação em Saúde e Mobilização Social:

Para garantir o sucesso da Vigilância em Saúde, é essencial fortalecer a educação sanitária e estimular a participação da população. Algumas ações incluem:

- Campanhas de conscientização sobre vacinação e prevenção de doenças.
- Engajamento comunitário em programas de combate a vetores, como o *Aedes aegypti*.
- Parcerias com escolas e universidades para disseminação de informações sobre vigilância sanitária.

A Vigilância em Saúde é essencial para a promoção da saúde pública e o controle de riscos sanitários. No entanto, desafios como subfinanciamento, desigualdades regionais e novos problemas epidemiológicos comprometem sua efetividade.

Para fortalecer a Vigilância em Saúde no Brasil, é necessário aumentar os investimentos, modernizar os sistemas de informação, fortalecer a atenção primária e promover maior participação social. Com essas ações, será possível garantir um sistema de saúde mais eficiente, ágil e capaz de responder às demandas da população de forma equitativa e sustentável.

INDICADORES DE NÍVEL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

“Indicadores de saúde¹ são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo” (Rouquayrol, 1993).

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilita sua compreensão.

¹ Texto adaptado de ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, Luiz. (Organizadores). *Epidemiologia e Indicadores de Saúde*. In: *Bases de Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001.

Para a Organização Mundial da Saúde, esses indicadores gerais podem subdividir-se em três grupos:

1. aqueles que tentam traduzir a saúde ou sua falta em um grupo populacional. Exemplos: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis;

2. aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde. Exemplo: saneamento básico;

3. aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. Exemplos: número de unidades básicas de saúde, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares e número de consultas em relação a determinada população (Laurenti e cols., 1987).

Dadas as inúmeras definições de saúde, a imprecisão delas e a dificuldade de mensurá-la, os indicadores mais empregados têm sido aqueles referentes à ausência de saúde - razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças específicas. Esses indicadores são bastante abrangentes, embora tenham sido utilizados para comparar países em diferentes estágios de desenvolvimento econômico e social.

Há necessidade de desenvolvimento de indicadores mais específicos e capazes de traduzir com fidedignidade a realidade e complexidade da saúde, apontando, quando necessário, aspectos de maior interesse para uma dada realidade.

Tanto para estudos da situação de saúde, como para o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica é importante considerar a necessidade de dados (que vão gerar as informações) fidedignos e completos.

Esses dados podem ser registrados de forma contínua (como no caso de óbitos, nascimentos, doenças de notificação obrigatória), de forma periódica (recenseamento da população e levantamento do índice CPO - dentes cariados, perdidos e obturados - da área de Odontologia - são alguns exemplos) ou podem, ainda, ser levantados de forma ocasional (pesquisas realizadas com fins específicos, como, por exemplo, para conhecer a prevalência da hipertensão arterial ou diabetes em uma comunidade, em determinado momento) (LAURENTI et al., 1987).

Os dados de importância para a análise de situação de saúde são inúmeros e de fontes diversas. Poderíamos destacar, por exemplo, os dados sobre a população (número de habitantes, idade, sexo, raça, etc.), os dados socioeconômicos (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação), os dados ambientais (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo), os dados sobre serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, acesso aos serviços), os dados de morbidade (doenças que ocorrem na comunidade) e os eventos vitais (óbitos, nascimentos vivos e mortos, principalmente).

Alguns desses dados (morbidade e eventos vitais) são gerados a partir do próprio setor saúde, de forma contínua, constituindo sistemas de informação nacionais, administrados pelo Ministério da Saúde.

No Brasil, há, atualmente, cinco grandes bancos de dados nacionais (CARVALHO, 1997), continuamente alimentados: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); o Sistema

de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN); o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Independentemente de que tipo de dado usar para avaliar o estado de saúde de uma população é importante, portanto, conhecer as limitações inerentes ao próprio tipo de dado.

Além disso, é imprescindível levar-se em conta a qualidade dos dados e a cobertura do sistema de informação, tanto em nível nacional, como local, para evitar conclusões equivocadas. Exemplificando: se numa determinada cidade o acesso ao serviço de saúde é maior, com maior possibilidade de realização do diagnóstico correto e, se o médico preenche adequadamente a declaração de óbito, a taxa de mortalidade específica por uma determinada doença (*diabetes mellitus*, por exemplo) pode ser maior do que em outra localidade, onde esta doença não é adequadamente diagnosticada ou que apresente problemas no preenchimento da declaração de óbito.

Nessa comparação, pode ser que, na realidade, a taxa de mortalidade por esta doença seja maior na segunda localidade, mas o sistema de informação não possui qualidade suficiente para detectar esse problema. O mesmo raciocínio pode ser feito para as demais variáveis do Sistema de Informação sobre Mortalidade (ocupação, idade, escolaridade, etc.), bem como para outros tipos de informação (peso ao nascer, doença que motivou a internação, etc.).

Com relação à cobertura dos eventos, há que se observar se todos os eventos estão entrando no sistema de informação. Por exemplo, em locais onde existem cemitérios "clandestinos" ou que façam o enterramento sem a exigência da declaração de óbito, provavelmente estarão sendo enterradas pessoas sem a respectiva declaração de óbito, não contando no respectivo sistema (mortalidade).

Se a criança nasce e o hospital não emite a Declaração de Nascido Vivo, esta também não contará no sistema (nascidos vivos). Se o médico faz um diagnóstico de doença de notificação obrigatória na Unidade de Saúde, mas nada se anota na ficha do SINAN, outro caso será "perdido".

De especial importância são os dados a respeito de crianças nascidas vivas e que morreram antes de completar 1 ano de idade (morte infantil), especialmente aquelas que nascem vivas e morrem logo nas primeiras horas. Algumas vezes, estas crianças podem ser classificadas erroneamente como "óbito fetal", ao invés de "óbito não fetal", alterando os coeficientes que são construídos a partir de dados de nascidos vivos e de óbitos infantis, como será mais detalhado adiante.

Além dos cinco grandes bancos de dados nacionais já mencionados, há, ainda, outros que trabalham dados específicos e/ou não têm abrangência nacional, entre os quais se destacam: o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informação sobre Acidentes de Trabalho (SISCAT), o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI).

Após os cuidados a serem observados quanto à *qualidade* e cobertura dos dados de saúde, é preciso transformar esses dados em indicadores que possam servir para comparar o observado em determinado local com o observado em outros locais ou com o observado em diferentes tempos.

Portanto, a construção de indicadores de saúde é necessária para (VAUGHAN e MORROW, 1992):

- Analisar a situação atual de saúde;
- Fazer comparações;
- Avaliar mudanças ao longo do tempo.

Os indicadores de saúde, tradicionalmente, têm sido construídos por meio de números. Em geral, números absolutos de casos de doenças ou mortes não são utilizados para avaliar o nível de saúde, pois não levam em conta o tamanho da população. Dessa forma, os indicadores de saúde são construídos por meio de razões (frequências relativas), em forma de proporções ou coeficientes.

As proporções representam a “fatia da pizza” do total de casos ou mortes, indicando a importância desses casos ou mortes no conjunto total. Os coeficientes (ou taxas) representam o “risco” de determinado evento ocorrer na população (que pode ser a população do país, estado, município, população de nascidos vivos, de mulheres, etc.).

É preciso destacar, ainda, a diferença entre coeficientes (ou taxas) e **índices**. Índices não expressam uma probabilidade (ou risco) como os coeficientes, pois o que está contido no denominador não está sujeito ao risco de sofrer o evento descrito no numerador (LAURENTI *et al.*, 1987).

Dessa forma, geralmente, o denominador do coeficiente representa a população exposta ao risco de sofrer o evento que está no numerador. Exceções são o coeficiente de mortalidade infantil - CMI - e de mortalidade materna - CMM - para os quais o denominador utilizado (nascidos vivos) é uma estimativa tanto do número de menores de 1 ano, como de gestantes, parturientes e puérperas expostos ao risco do evento óbito.

No caso do Coeficiente de Mortalidade Infantil, alguns nascidos vivos do ano anterior não fazem parte do denominador, apesar de ainda terem menos de um ano de vida no ano em estudo dos óbitos. Por exemplo, se uma criança nasceu em 31/12/1998 e morreu em 02/01/1999 (com dois dias) entrará no numerador do CMI de 1999, mas não no denominador. Pressupõe-se que haja uma “compensação” de nascidos vivos e óbitos de um para outro ano, de forma que o CMI é uma boa estimativa do risco de óbito infantil.

É preciso destacar, ainda, a diferença entre coeficientes (ou taxas) e índices. Índices não expressam uma probabilidade (ou risco) como os coeficientes, pois o que está contido no denominador não está sujeito ao risco de sofrer o evento descrito no numerador (LAURENTI *et al.*, 1987).

Assim, a relação telefones/habitantes é um índice, da mesma forma que médicos/habitantes, leitos/habitantes, etc. (os numeradores “telefones”, “médicos” e “leitos” não fazem parte do denominador população). A rigor, portanto, tanto o Coeficiente de Mortalidade Infantil como materna não são coeficientes, mas índices.

No entanto, o termo “coeficiente” já está consolidado para ambos os indicadores.

— Conceitos

Coeficiente de incidência: constitui medida do risco de doença ou agravamento, fundamentalmente nos estudos da etiologia de doenças agudas e crônicas. É a razão entre o número de casos novos de uma doença que ocorre em uma coletividade, em um intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir referida doença no mesmo período, multiplicando-se o resultado por potência de 10, que é a base referencial da população.

Coeficiente de letalidade: coeficiente resultante da relação entre o número de óbitos decorrentes de determinada causa e o número de pessoas que foram realmente acometidas pela doença, expressando-se sempre em percentual. É um indicador útil para avaliar a virulência de um determinado bioagente.

Coeficiente de morbidade: relação entre o número de casos de uma doença e a população exposta a adoecer. Discriminado em coeficiente de incidência e coeficiente de prevalência. Muito útil para o objetivo de controle de doenças ou de agravos, bem como para estudos de análise do tipo causa/efeito.

Coeficiente de mortalidade: relação entre a frequência absoluta de óbitos e o número dos expostos ao risco de morrer. Pode ser geral, quando inclui todos os óbitos e toda a população da área em estudo, e pode ser específico por idade, sexo, ocupação, causa, etc.

Coeficiente de prevalência: coeficiente que mede a força com que subsiste a doença na coletividade. Expressa-se como a relação entre o número de casos conhecidos de uma dada doença e a população, multiplicando-se o resultado pela base referencial da população, que é potência de 10, usualmente 1.000, 10.000 ou 100.000.

Curva de Nelson Moraes: esta curva é uma representação gráfica da mortalidade proporcional por idade. A Curva de Nelson Moraes pode assumir a forma de N invertido, L (ou J invertido), V (ou U) e J. Estas formas correspondem, respectivamente a condições de vida e saúde Muito Baixas, Baixas, Regulares ou Elevadas.

Esperança de vida: é o termo técnico utilizado em estatística vital para designar “O número médio de anos que ainda restam para serem vividos pelos indivíduos que sobrevivem até a idade considerada, pressupondo-se que as probabilidades de morte que serviram para o cálculo continuem as mesmas”.

Incidência: termo que em epidemiologia traduz a ideia de intensidade com que acontece a morbidade em uma população.

Índice de Guedes/Indicador de Guedes & Guedes/Quantificação de Guedes: este índice é uma quantificação da Curva de Nelson Moraes. Embora a forma da curva esteja associada a um determinado diagnóstico das condições de saúde de uma população, a interpretação pode ser afetada pela avaliação subjetiva, e pode ser difícil, para curvas parecidas, realizar a diferenciação. No Índice de Guedes e Guedes, são atribuídos, arbitrariamente, pesos para cada faixa etária da

mortalidade proporcional, sendo que o peso mais negativo é atribuído à mortalidade proporcional na faixa etária de menores de 1 ano, enquanto que a mortalidade proporcional na faixa etária de 50 anos e mais recebe um peso positivo, pois está relacionada a melhores condições de vida.

Índice de Swaroop-Uemura: este índice é a mortalidade proporcional de 50 anos ou mais, ou seja: a proporção de óbitos ocorridos em indivíduos com 50 anos ou mais. Óbitos abaixo desta faixa etária são considerados, grosso modo, óbitos evitáveis; desta forma, quanto maior a proporção de óbitos entre indivíduos adultos maduros e idosos (50 anos ou mais), melhor a condição de vida e saúde da população.

Letalidade: entende-se como o maior ou menor poder que uma doença tem de provocar a morte das pessoas. Obtém-se a letalidade calculando-se a relação entre o número de óbitos resultantes de determinada causa e o número de pessoas que foram realmente acometidas pela doença, com o resultado expresso em percentual. A letalidade da escabiose é nula, e a da raiva é de 100%, havendo uma extensa gama de porções intermediárias entre esses extremos.

Morbidade: variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta.

Mortalidade: variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo.

Mortalidade infantil: termo para designar todos os óbitos de crianças menores de 1ano, ocorridos em determinada área, em dado período de tempo.

Mortalidade neonatal: referente aos óbitos de menores de 28 dias de idade (até 27 dias). Sinônimo: mortalidade infantil precoce.

Mortalidade pós-neonatal: compreende os óbitos ocorridos no período que vai do 28dia de vida até o 12 mês, antes de a criança completar 1ano de idade. Sinônimo: mortalidade tardia.

Prevalência: casuística de morbidade que se destaca por seus valores maiores do que zero sobre os eventos de saúde ou não-doença. É termo descritivo da força com que subsistem as doenças nas coletividades.

— Medidas de Frequência de Doenças

Descrever as condições de saúde da população, medindo a frequência com que ocorrem os problemas de saúde em populações humanas, é um dos objetivos da Epidemiologia. Para fazer essas mensurações, utilizamos as medidas de incidência e prevalência.

A incidência diz respeito à frequência com que surgem novos casos de uma doença num intervalo de tempo, como se fosse um “filme” sobre a ocorrência da doença, no qual cada quadro pode conter um novo caso ou novos casos (PEREIRA, 1995). É, por conseguinte, uma medida dinâmica.

Vejamos Como Calcular a Incidência

Incidência = $\frac{\text{número de casos novos em determinado período}}{\text{Número de pessoas expostas ao risco no mesmo período}}$ x constante³

Imagine, como exemplo, que, entre 400 crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família e acompanhadas durante um ano, foram diagnosticados, neste período, 20 casos novos de anemia.

O cálculo da taxa de incidência será:

$$\frac{20}{400} = 0,05$$

Que multiplicando por 1.000 (constante) nos dará a seguinte taxa de incidência: 50 casos novos de anemia por 1.000 crianças no ano.

Os casos novos, ou incidentes, são aqueles que não estavam doentes no início do período de observação, mas que adoeceram no decorrer desse período. Para que possam ser detectados, é necessário que cada indivíduo seja observado no mínimo duas vezes, ou que se conheça a data do diagnóstico.

Já a prevalência se refere ao número de casos existentes de uma doença em um dado momento; é uma “fotografia” sobre a sua ocorrência, sendo assim uma medida estática. Os casos existentes são daqueles que adoeceram em algum momento do passado, somados aos casos novos dos que ainda estão vivos e doentes (MEDRONHO, 2005, PEREIRA, 1995).

Existem Três Tipos de Medidas de Prevalência

a) Prevalência pontual ou instantânea

Frequência de casos existentes em um dado instante no tempo (ex.: em determinado dia, como primeiro dia ou último dia do ano).

b) Prevalência de período

Frequência de casos existentes em um período de tempo (ex.: durante um ano).

c) Prevalência na vida

Frequência de pessoas que apresentaram pelo menos um episódio da doença ao longo da vida.

Ao contrário da incidência, para medir a prevalência, os indivíduos são observados uma única vez.

Vejamos Como Calcular a Prevalência

Prevalência = $\frac{\text{número de casos existentes em determinado período}}{\text{Número de pessoas na população no mesmo período}} \times \text{constante}$

Suponha que em determinada semana todas as crianças fizeram exames laboratoriais. Das 400 crianças, foram encontradas 40 com resultado positivo para *Ascaris lumbricoides*.
Cálculo da prevalência de verminose por *Ascaris*:

$$\frac{40}{400} = 0,1$$

Que, multiplicado por 100 (constante), nos dará a seguinte prevalência: 10 casos existentes de verminose por *Ascaris* a cada 100 crianças.

A prevalência é alimentada pela incidência. Por outro lado, dependendo do agravo à saúde, as pessoas podem se curar ou morrer. Quanto maior e mais rápida a cura, ou quanto maior e mais rápida a mortalidade, mais se diminui a prevalência, que é uma medida estática, mas resulta da dinâmica entre adoecimentos, curas e óbitos.

Portanto, entre os fatores que aumentam a prevalência, podemos citar (PEREIRA, 1995, MEDRONHO, 2005, ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003):

- a) a maior frequência com que surgem novos casos (incidência);
- b) melhoria no tratamento, prolongando-se o tempo de sobrevivência, porém sem levar à cura (aumento da duração da doença).

A diminuição da prevalência pode ser devido à:

- a) redução no número de casos novos, atingida mediante a prevenção primária (conjunto de ações que atuam sobre os fatores de risco e que visam evitar a instalação das doenças na população através de medidas de promoção da saúde e proteção específica);
- b) redução no tempo de duração dos casos, atingida através da prevenção secundária (conjunto de ações que visam identificar e corrigir, o mais precocemente possível, qualquer desvio da normalidade, seja por diagnóstico precoce ou por tratamento adequado). O tempo de duração dos casos também pode ser reduzido em razão do óbito mais precoce pela doença em questão, ou seja, menor tempo de sobrevivência.

Entre os principais usos das medidas de prevalência estão: o planejamento de ações e serviços de saúde, previsão de recursos humanos, diagnósticos e terapêuticos. Por exemplo, o conhecimento sobre a prevalência de hipertensão arterial entre os adultos de determinada área de abrangência pode orientar o número necessário de consultas de acompanhamento, reuniões de grupos de promoção da saúde e provisão de medicamentos para hipertensão na farmácia da Unidade de Saúde (PEREIRA, 1995, MEDRONHO, 2005, ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

A incidência, por outro lado, é mais utilizada em investigações etiológicas para elucidar relações de causa e efeito, avaliar o impacto de uma política, ação ou serviço de saúde, além de estudos de prognóstico.

Um exemplo é verificar se o número de casos novos (incidência) de hipertensão arterial sistêmica declinou depois da implementação de determinadas medidas de promoção da saúde, como incentivo a uma dieta saudável, realização de atividade física e combate ao tabagismo no bairro.

A partir de algumas variações do conceito de incidência, podemos chegar aos conceitos de:

Mortalidade: é uma medida muito utilizada como indicador de saúde; é calculada dividindo-se o número de óbitos pela população em risco.

Letalidade: é uma medida da gravidade da doença, calculada dividindo-se o número de óbitos por determinada doença pelo número de casos da mesma doença. Algumas doenças apresentam letalidade nula, como, por exemplo, escabiose; enquanto para outras, a letalidade é igual ou próxima de 100%, como a raiva humana.

Coeficientes Mais Utilizados na Área da Saúde

Os coeficientes mais utilizados na área da saúde baseiam-se em dados sobre doenças (morbidade) e sobre eventos vitais (nascimentos e mortes).

- Coeficientes de MORBIDADE (doenças):

a) Coeficiente de incidência da doença: representa o risco de ocorrência (casos novos) de uma doença na população. Pode ser calculado por regra de três ou através da seguinte fórmula:

Casos NOVOS da doença em determinada comunidade e tempo x 10n (100.000)
População da área no mesmo tempo

b) Coeficiente de prevalência da doença: representa o número de casos presentes (novos + antigos) em uma determinada comunidade num período de tempo especificado. É representado por:

Casos PRESENTES da doença em determinada comunidade e tempo x 10n
População da área no mesmo tempo

Para compararmos o risco de ocorrência de doenças entre populações usamos, dessa forma, o coeficiente de incidência, pois este estima o risco de novos casos da doença em uma população.

O coeficiente de prevalência é igual ao resultado do coeficiente de incidência multiplicado pela duração média da doença (LILIENFELD e LILIENFELD, 1980).

Portanto:

Coeficiente de Prevalência = coeficiente de incidência x duração média da doença

Da fórmula acima fica evidente que a prevalência, além dos casos novos que acontecem (incidência), é afetada também pela duração da doença, a qual pode diferir entre comunidades, devido a causas ligadas à qualidade da assistência à saúde, acesso

aos serviços de saúde, condições nutricionais da população, etc. Assim, quanto maior a duração média da doença, maior será a diferença entre a prevalência e a incidência.

A prevalência é ainda afetada por casos que imigram (entram) na comunidade e por casos que saem (emigram), por curas e por óbitos.

Dessa maneira, temos como “entrada” na prevalência os casos novos (incidentes) e os imigrados e como “saída” os casos que curam, que morrem e os que emigram.

Assim, a prevalência não é uma medida de risco de ocorrência da doença na população, mas pode ser útil para os administradores da área de saúde para o planejamento de recursos necessários (leitos hospitalares, medicamentos, etc.) para o adequado tratamento da doença.

c) Coeficiente de letalidade: representa a proporção de óbitos entre os casos da doença, sendo um indicativo da gravidade da doença ou agravo na população. Isso pode ser uma característica da própria doença (por exemplo, a raiva humana é uma doença que apresenta 100% de letalidade, pois todos os casos morrem) ou de fatores que aumentam ou diminuem a letalidade da doença na população (condições socioeconômicas, estado nutricional, acesso a medicamentos, por exemplo). É dado pela relação:

Mortes devido à doença “X” em determinada comunidade e tempo x 100

Casos da doença “X” na mesma área e tempo

Seu resultado é dado, portanto, sempre em percentual (%). Não deve ser confundido com coeficiente de mortalidade geral, que é dado por 1000 habitantes, e representa o risco de óbito na população. A letalidade, ao contrário, representa o risco que as pessoas com a doença têm de morrer por essa mesma doença.

Coeficientes de MORTALIDADE:

a) coeficiente geral de mortalidade (CGM): representa o risco de óbito na comunidade. É expresso por uma razão, e pode ser calculado, como todos os demais coeficientes, também através de regra de três simples (se numa população de 70.000 habitantes tenho 420 óbitos, em 1000 habitantes terei “x”, sendo 1000 o parâmetro que permitirá comparar com outros locais ou outros tempos):

Número de óbitos em determinada comunidade e ano x 1.000

População estimada para 01 de julho do mesmo ano

Este coeficiente, no entanto, não é muito utilizado para comparar o nível de saúde de diferentes populações, pois não leva em consideração a estrutura etária dessas populações (se a população é predominantemente jovem ou idosa).

Um coeficiente geral de mortalidade alto para uma população mais idosa significa apenas que as pessoas já viveram o que tinham para viver e, por isso, estão morrendo. Já para uma população mais jovem estaria significando mortalidade prematura.

Para comparação de duas ou mais populações com diferentes estruturas etárias, ou de sexo, há necessidade de padronizar os coeficientes, tendo como referência uma população padrão (geralmente a mundial, quando se comparam diferentes países, ou nacional, quando se comparam diferentes locais do mesmo país), mas isto não será abordado aqui (a respeito de padronização ver LAURENTI et al., 1987).

b) coeficiente de mortalidade infantil (CMI): é uma estimativa do risco que as crianças nascidas vivas têm de morrer antes de completar um ano de idade. É considerado um indicador sensível das condições de vida e saúde de uma comunidade. Pode ser calculado por regra de três ou através da seguinte razão:

Óbitos de menores de 1 ano em determinada comunidade e ano x 1.000

Nascidos vivos na mesma comunidade e ano

Cuidado especial deve ser tomado quando se vai calcular o coeficiente de mortalidade infantil de uma localidade, pois tanto o seu numerador (óbitos de menores de 1 ano), como seu denominador (nascidos vivos) podem apresentar problemas de classificação. Para evitar esses problemas, o primeiro passo é verificar se as definições, citadas pela Organização Mundial de Saúde (1994), estão sendo corretamente seguidas por quem preencheu a declaração de óbito da criança.

Estas definições são as seguintes:

Nascido vivo: é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Óbito fetal: é a morte do produto de concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito se o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Óbito infantil: é a criança que, nascida viva, morreu em qualquer momento antes de completar um ano de idade.

Dessas definições, fica claro que uma criança que nasceu viva, nem que tenha apresentado apenas batimentos do cordão umbilical, e morrido em seguida, deve ser considerada como óbito de menor de 1 ano (óbito infantil) e entrar no cálculo do coeficiente de mortalidade infantil (CMI). Nesse caso, deve ser emitida uma Declaração de Nascido Vivo (DN) e uma Declaração de óbito (DO), indicando que se trata de óbito não fetal, e providenciados os respectivos registros de nascimento e óbito em cartório de registro civil.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil Pode Ainda Ser Dividido Em:

- **Coeficiente de mortalidade neonatal** (óbitos de 0 a 27 dias inclusive) em relação ao total de nascidos vivos (por 1000);

- **Coefficiente de mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia** (óbitos de 28 dias a 364 dias inclusive) em relação ao total de nascidos vivos (por 1000).

Obs.: o coeficiente de mortalidade neonatal pode ainda ser subdividido em coeficiente de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias inclusive) e coeficiente de mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias).

Essa divisão, relacionada à idade da criança quando morreu, deve-se à observação de que no período neonatal predominam as causas ligadas a problemas da gestação e do parto (causas perinatais e anomalias congênicas), e de que, no período pós-neonatal, prevalecem as causas de morte relacionadas ao meio ambiente e às condições de vida e de acesso aos serviços de saúde (doenças infecciosas, pneumonias, diarreia, por exemplo) (LAURENTI et al., 1987).

Dessa forma, nos países desenvolvidos, onde a mortalidade infantil é baixa e problemas relacionados ao meio ambiente já se encontram quase totalmente resolvidos, o componente neonatal predomina, enquanto em muitos países pobres ainda prevalece o componente pós-neonatal.

c) coeficiente de mortalidade perinatal:

Óbitos fetais a partir da 22ª semana de gestação +

Óbitos de menores de 7 dias de vida x 1.000

Nascidos vivos + nascidos mortos na mesma comunidade e ano

d) coeficiente de mortalidade materna:

Óbitos devidos a causas ligadas a gestação, parto e puerpério x 100.000

Nascidos vivos na mesma comunidade e ano

Para fins de comparação internacional, somente as mortes que ocorrem até 42 dias após o parto entram no cálculo do coeficiente.

e) coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis:

Óbitos devidos a doenças infecciosas e parasitárias (DIP) x 100.000

População estimada para o meio do ano na mesma área

Coefficientes de NATALIDADE:

Nascidos vivos em determinada área e período x 1.000

População da mesma área, no meio período

Cabe aqui ainda a definição de indicadores para a assistência médica: “Indicadores são medidas quantitativas de qualidade relacionadas a estrutura, processo e resultado da atenção médica” (Novaes, 1996).

Indicadores podem e devem ser utilizados como ferramentas para auxiliar o gerenciamento da qualidade. Ainda hoje, determinações precisas da qualidade da assistência carecem de revisões sistemáticas, tanto de processos quanto de resultados.

Conceitos como os de boa prática, por mais clara que seja sua compreensão, são interpretados de maneiras diferentes. Há mais de uma boa prática possível e não se pode esquecer que o emprego da boa prática não garante resultados adequados/satisfatórios.

—Características

Indicadores muitas vezes são apresentados sob a forma de taxas, e existe um intervalo definido para a vigilância de cada indicador. Alguns indicadores referem-se a eventos corriqueiros e outros a eventos indesejáveis, que nunca deveriam ter ocorrido - são os eventos sentinela (exemplo: casos de hepatite A repetidas vezes num mesmo bairro, queda de leito).

Os indicadores avaliam estrutura, processo e resultado da assistência médica. Relembrando as definições de Donabedian, estrutura refere-se a planta física, recursos humanos e materiais disponíveis e características organizacionais da instituição; processos dizem respeito às atividades desenvolvidas na assistência médica propriamente dita; resultado significa o produto final da assistência, isto é, envolve, além da satisfação do paciente, o impacto do tratamento sobre o estado de saúde do paciente.

Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2012:

- Indicadores demográficos;
- Indicadores socioeconômicos;
- Indicadores de mortalidade;
- Indicadores de morbidade;
- Indicadores de fatores de risco e proteção;
- Indicadores de recursos;
- Indicadores de cobertura.

— Uso de Indicadores²

Uma dimensão relevante na gestão de um serviço de saúde é o uso efetivo dos dados qualitativos e quantitativos disponíveis, como os relativos ao desempenho dos processos, satisfação de clientes, aplicação de recursos, entre outros; são os indicadores de qualidade e produtividade.

Pode-se definir indicador como “dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e de uma organização como um todo”. Constitui a representação quantificada da qualidade de um produto ou serviço.

Os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da organização e, de acordo com essa avaliação, verificar a necessidade de melhorias. Importante destacar as qualidades esperadas em um bom indicador, tais como:

- Simplicidade: quanto mais simples e clara for a relação matemática do indicador, menos distorções apresentará;
- Inteligibilidade: de fácil entendimento pelos usuários e respectivos analistas;
- Objetividade: não depender da interpretação do observador;
- Estabilidade: seus elementos (numerador e denominador) são constantes ao longo do tempo;
- Especificidade: capta eventos bem definidos;

2 BURMESTER, H. *Gestão da Qualidade Hospitalar*. Editora Saraiva, 2013.

- Sensibilidade: capaz de captar pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;
- Rastreabilidade: conhecimento e controle de suas variáveis; fundamental para a avaliação da qualidade;
- Baixo custo de obtenção: utiliza os relatórios e boletins rotineiros da instituição. Evita a criação de novos instrumentos de coleta de dados paralelos aos existentes, bem como a construção de modelos sofisticados e complicados.

Como exemplos de indicadores incluímos aqueles relacionados à estrutura, aos processos organizacionais, resultados gerais da organização, e às melhorias geradas. Incluem-se entre os indicadores aqueles relacionados ao grau de atualização e confiabilidade dos sistemas de informação, tempo para disponibilizá-la, quantidade, adequação dos recursos alocados à tecnologia da informação e do sistema de indicadores às necessidades da organização.

O valor de um indicador será tanto melhor quanto mais fidedigno for seu resultado. Porém, mais importante do que o resultado isolado de um indicador é a construção da série histórica desse indicador, capaz de apontar tendências.

A Fundação Nacional da Qualidade define tendência como o comportamento conjunto de resultados ao longo do tempo, indicando que, para sua análise, os critérios de excelência requerem a apresentação de um conjunto de, pelo menos, três resultados consecutivos.

—Processos

Na área da saúde, muitos indicadores referentes aos vários processos organizacionais são bastante conhecidos e frequentemente utilizados; outros deverão ser construídos de acordo com as características e necessidades de cada organização. Exemplos de indicadores de processos largamente utilizados:

- Taxa de infecção hospitalar;
- Taxa de mortalidade institucional;
- Taxa de ocupação hospitalar;
- Tempo médio de permanência;
- Giro do leito (intervalo de substituição);
- Índice de renovação (rotatividade do leito).

Esses indicadores são parte de muitos outros descritos pelo Ministério da Saúde, e alguns foram revisados pela Portaria SAS n. 312, de 02.05.2002 (padronização da nomenclatura do censo hospitalar). A maioria deles é utilizada para medir a eficiência dos serviços prestados.

Porém, são necessários também indicadores capazes de medir a qualidade intrínseca dos processos de assistência, ou seja, avaliar se os procedimentos ou condutas médicas adotadas levaram aos melhores resultados clínicos, associados aos melhores resultados financeiros.

Por fim, é necessário estabelecer uma sistemática para melhorar as práticas relativas à gestão das informações em geral e em particular das comparativas. Para que essa avaliação seja feita de forma estruturada e contínua, é necessário que existam responsáveis definidos e um período pré-determinado para a realização das avaliações.

Esses indicadores e informações devem ser utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas para a avaliação crítica do desempenho da organização com base em comparações com organizações similares.

A gestão das informações e do conhecimento constitui um dos fatores críticos para o sucesso tanto de um modesto empreendimento comercial como da administração de complexos sistemas de saúde modernos.

POLÍTICAS DE DESCENTRALIZAÇÃO E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE; PRINCÍPIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

POLÍTICAS DE DESCENTRALIZAÇÃO

A descentralização e a atenção primária à saúde (APS) são pilares fundamentais na construção e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Esses elementos visam assegurar que a assistência à saúde seja acessível, eficiente e equitativa para toda a população. Este texto explorará em detalhes a legislação específica que rege a descentralização e a APS no Brasil, contextualizando historicamente, discutindo os princípios fundamentais, analisando a implementação prática, os desafios enfrentados e as perspectivas futuras.

Contexto Histórico e Legal

A descentralização do sistema de saúde brasileiro tem suas raízes na Constituição Federal de 1988, que estabeleceu o SUS com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. A criação do SUS foi uma resposta às demandas por um sistema de saúde mais justo e acessível, que contemplasse todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua condição socioeconômica.

A Lei Orgânica da Saúde, composta pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, formou o arcabouço legal do SUS. A Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei do SUS, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. A Lei nº 8.142/1990 estabelece a participação da comunidade na gestão do SUS e trata das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Princípios da Descentralização

A descentralização do SUS busca transferir responsabilidades administrativas, financeiras e de gestão dos serviços de saúde para estados e municípios, permitindo uma administração mais próxima das necessidades locais e promovendo uma maior eficiência na prestação dos serviços.

Norma Operacional Básica e Norma Operacional da Assistência à Saúde

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 foram marcos importantes na regulamentação da descentralização. A NOB 96 introduziu os conceitos de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, permitindo que os municípios assumissem integralmente a gestão dos serviços de saúde em seus territórios. A NOAS 2001, por sua vez, buscou ampliar o acesso e a integralidade da atenção, promovendo a regionalização dos serviços de saúde.

Regionalização e Hierarquização

A regionalização e a hierarquização são princípios estruturantes do SUS que complementam a descentralização. A regionalização visa organizar os serviços de saúde de forma que atendam às necessidades de saúde da população em uma determinada região, garantindo o acesso e a integralidade do cuidado. A hierarquização organiza os serviços em níveis de complexidade crescente, desde a atenção primária até a terciária, assegurando um fluxo ordenado e coordenado de pacientes através dos diferentes níveis de atenção.

Atenção Primária à Saúde (APS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e centro de comunicação do SUS, coordenando o cuidado e ordenando o fluxo de serviços nos diferentes níveis de atenção. A APS é caracterizada por ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, sendo essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.436/2017, define as diretrizes para a organização da APS no SUS. A PNAB estabelece que a APS deve ser acessível, contínua, integral e coordenada, promovendo a saúde da população e prevenindo agravos. A APS deve ser desenvolvida por meio de uma rede de serviços, articulando diferentes níveis de complexidade e garantindo o acesso universal e equitativo.

Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal modelo de organização da APS no Brasil. A ESF visa a reorientação do modelo assistencial, com base na atenção primária, através da implementação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Implementação Prática da Descentralização e APS

A implementação prática da descentralização e da APS no Brasil envolve a coordenação entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Cada nível tem suas responsabilidades e atribuições, sendo a gestão compartilhada um princípio fundamental para o funcionamento do SUS.

Governo Federal

O governo federal, através do Ministério da Saúde, é responsável pela formulação de políticas nacionais de saúde, pelo financiamento do SUS e pela coordenação das ações de saúde em âmbito nacional. O Ministério da Saúde também estabelece normas e diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de saúde, além de promover a capacitação e a qualificação dos profissionais de saúde.

Estados

Os estados têm a função de coordenar e apoiar os municípios na execução das políticas de saúde, promovendo a regionalização e a descentralização dos serviços. Os estados

também são responsáveis pela gestão de serviços de média e alta complexidade e pela regulação do acesso aos serviços especializados.

Municípios

Os municípios são responsáveis pela gestão da APS e pela execução das ações e serviços de saúde em seus territórios. Isso inclui a organização das unidades básicas de saúde, a implementação da ESF, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Os municípios também devem assegurar a participação da comunidade na gestão do SUS, promovendo o controle social.

Desafios da Descentralização e APS

Apesar dos avanços significativos, a descentralização e a APS no Brasil ainda enfrentam desafios importantes que precisam ser superados para garantir a eficiência e a equidade do SUS.

Desigualdade Regional

A desigualdade regional na distribuição de recursos e serviços de saúde é um dos principais desafios. Municípios menores e com menor capacidade de gestão enfrentam dificuldades para garantir a integralidade e a qualidade dos serviços de saúde. A falta de infraestrutura adequada e a escassez de profissionais de saúde qualificados são problemas comuns em áreas mais remotas e vulneráveis.

Financiamento

O financiamento do SUS é outro desafio crítico. Embora a descentralização preveja a transferência de recursos financeiros para estados e municípios, muitas vezes esses recursos são insuficientes para atender às demandas locais. A necessidade de uma gestão eficiente dos recursos e a busca por fontes de financiamento adicionais são questões fundamentais para a sustentabilidade do SUS.

Formação e Fixação de Profissionais de Saúde

A formação e a fixação de profissionais de saúde, especialmente em áreas de difícil acesso, são desafios persistentes. Programas como o Mais Médicos têm buscado mitigar esse problema, mas ainda há muito a ser feito para garantir que todas as regiões do país tenham acesso a profissionais de saúde qualificados.

Perspectivas Futuras

Para fortalecer a descentralização e a APS no Brasil, é necessário continuar avançando em várias frentes, promovendo a integração e a coordenação dos serviços de saúde, aumentando a participação da comunidade na gestão do SUS e investindo na formação e na valorização dos profissionais de saúde.

Integração dos Serviços de Saúde

A integração dos serviços de saúde, promovendo a continuidade e a coordenação do cuidado, é essencial para a eficiência do SUS. A APS deve ser fortalecida como centro de comunicação e coordenação da Rede de Atenção à Saúde, assegurando que os pacientes tenham acesso a todos os níveis de atenção conforme suas necessidades.

Participação da Comunidade

A participação da comunidade na gestão do SUS, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, é fundamental para garantir a transparência e a accountability do sistema. A promoção do controle social é um princípio basilar do SUS e deve ser continuamente incentivada e fortalecida.

Formação e Valorização dos Profissionais de Saúde

Investir na formação e na valorização dos profissionais de saúde é crucial para a sustentabilidade do SUS. Programas de capacitação contínua, incentivos para a fixação de profissionais em áreas vulneráveis e a melhoria das condições de trabalho são estratégias essenciais para garantir que o SUS tenha um corpo profissional qualificado e motivado.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde e desempenha um papel essencial na prevenção de doenças, na promoção da saúde e no tratamento de condições agudas e crônicas. A APS é a base de um sistema de saúde eficiente e acessível, promovendo um atendimento contínuo, integral e coordenado para indivíduos e comunidades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Declaração de Alma-Ata (1978) destacam a Atenção Primária como fundamental para atingir a saúde para todos. No Brasil, a APS é organizada principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), e sua implementação faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS).

1. Conceito de Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) é definida como o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. Ela envolve um conjunto de ações de saúde que abrangem desde a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, até o acompanhamento contínuo de condições crônicas. A APS tem como objetivo atender à maioria das necessidades de saúde da população de forma acessível, integral e resolutiva.

A APS é o ponto de entrada para o sistema de saúde e atua de maneira descentralizada, sendo organizada para oferecer cuidado contínuo e próximo da comunidade. Ela busca prevenir doenças, detectar problemas de saúde precocemente, e promover ações de saúde pública que melhorem a qualidade de vida da população. A APS também tem a função de coordenar o cuidado, integrando os serviços de saúde e organizando os encaminhamentos para níveis de atenção mais complexos, quando necessário.

No Brasil, a APS é implementada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atua em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e é composta por equipes multiprofissionais, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Características principais da APS:

- **Acessibilidade:** Proporcionar acesso a cuidados de saúde para toda a população, de maneira fácil e contínua.
- **Integralidade:** Atender às necessidades físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos.

- **Longitudinalidade:** Oferecer acompanhamento ao longo do tempo, construindo uma relação de confiança entre o paciente e os profissionais de saúde.

- **Coordenação do cuidado:** Integrar e organizar os diferentes níveis de atenção em saúde.

- **Enfoque familiar e comunitário:** Focar nas necessidades de saúde da família e da comunidade, considerando fatores socioeconômicos e ambientais.

A APS é fundamental para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, uma vez que promove a prevenção de doenças, reduz internações desnecessárias e garante um cuidado mais humanizado e próximo das realidades locais.

2. Princípios da Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) é estruturada com base em princípios fundamentais que orientam sua prática e garantem sua eficácia na promoção de saúde e prevenção de doenças. Esses princípios asseguram que a APS seja um serviço acessível, contínuo e focado nas necessidades da população, com uma abordagem integral e coordenada. A seguir, são apresentados os principais princípios da APS:

a) Acesso Universal e Contínuo

Este princípio garante que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde de forma igualitária, independente de sua localização geográfica, classe social ou situação econômica. A APS deve estar próxima da população e ser acessível no momento necessário, proporcionando atendimento contínuo ao longo da vida, não apenas em situações de emergência ou doença.

- **Exemplo:** A criação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em áreas rurais e urbanas, garantindo que toda a comunidade tenha acesso a serviços de saúde de forma regular e constante.

b) Integralidade

A integralidade se refere à capacidade da APS de atender todas as necessidades de saúde da população, abrangendo desde a promoção e prevenção, até o tratamento e a reabilitação. O paciente é visto de forma holística, ou seja, o cuidado vai além do problema de saúde pontual, considerando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais que influenciam a saúde.

- **Exemplo:** Um paciente que vai à UBS com sintomas de hipertensão recebe, além do tratamento medicamentoso, orientações sobre alimentação saudável, atividades físicas e apoio psicológico, se necessário.

c) Coordenação do Cuidado

A coordenação do cuidado na APS garante que o paciente tenha um acompanhamento contínuo ao longo do tempo, e que, quando necessário, seja referenciado para outros níveis de atenção (secundário e terciário), como especialistas ou hospitais, mantendo a integração e comunicação entre os serviços. A APS atua como gestora do cuidado do paciente, garantindo que ele não se perca no sistema de saúde e receba o tratamento adequado em cada etapa.

- **Exemplo:** Um paciente com suspeita de diabetes é atendido na UBS e, ao ser diagnosticado, é encaminhado para um endocrinologista. A APS acompanha o processo, garantindo que o paciente continue sendo monitorado após as consultas especializadas.

d) Longitudinalidade

A longitudinalidade envolve o acompanhamento contínuo do paciente pela equipe de saúde ao longo do tempo, criando uma relação duradoura entre o paciente e os profissionais de saúde. Isso permite que a equipe conheça profundamente o histórico de saúde do indivíduo, suas particularidades e as condições de saúde de sua família e comunidade, proporcionando um cuidado mais personalizado e efetivo.

- **Exemplo:** Um paciente que frequenta a mesma UBS ao longo de vários anos desenvolve uma relação de confiança com os profissionais, que conhecem sua história de saúde e podem oferecer um atendimento mais eficaz e personalizado.

e) Enfoque Familiar e Comunitário

A APS adota uma abordagem familiar e comunitária, levando em consideração não apenas o indivíduo, mas também o contexto familiar e social em que ele está inserido. A saúde é vista como um fenômeno influenciado por vários fatores externos, como condições socioeconômicas, hábitos culturais e condições ambientais, e a APS busca intervir nesses fatores para melhorar a saúde geral da comunidade.

- **Exemplo:** Programas de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que avaliam as condições de vida das famílias, orientam sobre prevenção de doenças e identificam necessidades específicas que podem influenciar a saúde.

f) Participação Social

A participação social é um dos pilares da APS, garantindo que a comunidade tenha um papel ativo na gestão e avaliação dos serviços de saúde. Através de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, os cidadãos podem discutir, propor e fiscalizar políticas de saúde, assegurando que os serviços atendam às reais necessidades da população.

- **Exemplo:** A população local participa de reuniões do Conselho Municipal de Saúde, opinando sobre a qualidade dos serviços prestados pelas UBS e propondo melhorias para o atendimento na comunidade.

3. Estrutura e Organização da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil

A Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil é organizada e estruturada de forma descentralizada e próxima da comunidade, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) o principal modelo de sua implementação. A APS no país é desenvolvida por meio de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes multiprofissionais que atuam na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de diversas condições de saúde, com foco na comunidade e na família. Essa estrutura permite um atendimento contínuo e integral, promovendo saúde e bem-estar nas diferentes regiões do Brasil.

- 1. Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a base da APS no Brasil e foi criada como uma forma de reorientar o modelo assistencial. A ESF prioriza a atenção preventiva, ao invés de se concentrar exclusivamente em tratar doenças. Seu objetivo é garantir o acesso universal à saúde, organizando o atendimento a partir da atenção primária, o que possibilita o acompanhamento regular da saúde dos indivíduos e da comunidade.

a) Composição das Equipes de Saúde da Família

As equipes da ESF são multiprofissionais e formadas por:

- **Médico de família e comunidade:** Responsável por acompanhar a saúde da população cadastrada, realizar diagnósticos e tratamentos iniciais, além de orientar sobre prevenção.

- **Enfermeiro:** Atua na coordenação do cuidado, acompanhamento de pacientes crônicos, vacinação e educação em saúde.

- **Técnico de enfermagem:** Auxilia o enfermeiro nas atividades clínicas, realiza coletas e vacinações.

- **Agentes Comunitários de Saúde (ACS):** Fazem o elo entre a unidade de saúde e a comunidade. Realizam visitas domiciliares, orientam sobre prevenção de doenças e identificam necessidades específicas da população.

- **Dentista e auxiliar de saúde bucal:** Em algumas equipes, são responsáveis pelos cuidados relacionados à saúde bucal da população.

Essas equipes são responsáveis por áreas geográficas delimitadas, cuidando de uma população cadastrada e oferecendo atenção contínua ao longo do tempo.

- 2. Unidades Básicas de Saúde (UBS)

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são o local de atendimento onde as equipes de Saúde da Família e outros profissionais da APS atuam. Elas estão distribuídas em todo o território nacional e são a porta de entrada do sistema de saúde para a maioria dos brasileiros. As UBSs têm um papel central na oferta de serviços de saúde de baixa complexidade, mas de alta resolutividade.

a) Serviços Oferecidos pelas UBS

As UBS oferecem um amplo leque de serviços, que incluem:

- Consultas médicas e de enfermagem;
- Acompanhamento de doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e asma;

- Vacinação;
- Assistência pré-natal e ao planejamento familiar;
- Programas de controle de tuberculose e hanseníase;
- Atenção à saúde mental básica;
- Prevenção e diagnóstico precoce de câncer;
- Atendimento odontológico em algumas unidades.

b) Organização do Atendimento

As UBS são organizadas para realizar atendimentos programados e demandas espontâneas. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel fundamental ao monitorar as famílias da área coberta pela unidade, identificando riscos e orientando sobre a necessidade de comparecimento à UBS para prevenção ou tratamento de doenças.

- 3. Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são fundamentais para o funcionamento da APS no Brasil. Eles fazem a ponte entre a comunidade e a UBS, sendo responsáveis por visitar famílias, orientar sobre prevenção de doenças, identificar problemas de saúde e ajudar na organização do atendimento na unidade.

a) Funções dos ACS

- **Mapeamento da área:** Identificar as famílias sob sua responsabilidade e acompanhar suas condições de saúde.

- **Visitas domiciliares:** Realizar visitas periódicas para monitorar as condições de saúde dos moradores, especialmente os grupos vulneráveis, como idosos, gestantes e pacientes crônicos.

- **Educação em saúde:** Oferecer orientações sobre hábitos saudáveis, prevenção de doenças e promoção da saúde.

- **Identificação de riscos:** Detectar problemas de saúde precocemente e encaminhar os moradores à UBS quando necessário.

Os ACS são profissionais locais, o que facilita sua interação com a comunidade e a criação de um vínculo de confiança entre os serviços de saúde e a população.

- 4. Programas e Ações Complementares

A APS no Brasil também é apoiada por uma série de programas e ações complementares que visam fortalecer o atendimento à saúde e garantir que as necessidades específicas da população sejam atendidas. Alguns exemplos incluem:

a) Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Um dos pilares da APS é o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que organiza as campanhas de vacinação em nível nacional, garantindo o acesso da população a vacinas essenciais para a prevenção de doenças.

b) Programa Saúde na Escola (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma iniciativa que busca integrar saúde e educação. O programa promove ações de prevenção e educação em saúde dentro das escolas públicas, como campanhas de vacinação, prevenção de obesidade, cuidado com a saúde bucal e prevenção ao uso de álcool e drogas.

c) Atenção à Saúde da Mulher e Criança

A APS foca na saúde materno-infantil, promovendo cuidados durante a gestação, o parto e o puerpério, além de acompanhar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida. A atenção pré-natal é oferecida em todas as UBS, incluindo o incentivo ao aleitamento materno e a realização de testes neonatais (como o teste do pezinho).

- 5. Financiamento e Gestão

A APS é financiada por um modelo tripartite, ou seja, com recursos da União, estados e municípios. O Ministério da Saúde repassa recursos financeiros aos municípios, que são os responsáveis pela gestão direta das equipes e das UBS. A gestão da APS é descentralizada, o que significa que os municípios têm autonomia para gerenciar as unidades de saúde de acordo com as necessidades locais.

a) Programação Pactuada e Integrada (PPI)

A PPI organiza e coordena a oferta de serviços de saúde entre os níveis de governo (federal, estadual e municipal), ajustando a distribuição de recursos e serviços de acordo com as demandas locais e regionais.

b) Participação Social na Gestão

A população participa da gestão e fiscalização da APS por meio dos Conselhos de Saúde, que atuam na fiscalização e no planejamento das ações de saúde, garantindo que as políticas sejam alinhadas com as necessidades da comunidade.

4. Principais Ações da Atenção Primária em Saúde (APS)

A Atenção Primária em Saúde (APS) desempenha um papel fundamental no cuidado integral e na prevenção de doenças, promovendo a saúde de maneira abrangente e contínua. Suas ações visam atender à maioria das necessidades de saúde da população, oferecendo desde promoção da saúde até tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. As principais ações da APS podem ser divididas em diferentes categorias, de acordo com os objetivos específicos para atender a população.

1. Promoção da Saúde

A promoção da saúde na APS tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da população, incentivando hábitos saudáveis e prevenindo doenças antes que elas ocorram. As ações de promoção da saúde estão voltadas para a educação em saúde e a mudança de comportamento, com foco em reduzir os fatores de risco que afetam a saúde individual e coletiva.

a) Educação em saúde

A equipe de saúde realiza orientações sobre diversos temas, como alimentação saudável, atividade física, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), uso consciente de medicamentos, saúde mental e combate ao tabagismo.

- **Exemplo:** Realização de palestras e campanhas sobre alimentação saudável e a importância da prática de exercícios físicos regulares, visando prevenir doenças crônicas como obesidade e diabetes.

b) Ações intersetoriais

A promoção da saúde também envolve a articulação com outros setores, como educação, meio ambiente, saneamento básico e assistência social, para enfrentar os determinantes sociais da saúde.

- **Exemplo:** Parcerias entre as escolas e as equipes de Saúde da Família para promover programas de saúde nas escolas que incentivem a adoção de hábitos saudáveis desde a infância.

2. Prevenção de Doenças

A prevenção de doenças é uma das áreas mais importantes da APS e inclui ações voltadas para evitar o surgimento de doenças, reduzir sua gravidade ou prevenir complicações. Essas medidas ajudam a minimizar o impacto de doenças transmissíveis e não transmissíveis, como as doenças crônicas.

a) Imunização

A vacinação é uma ação essencial na APS, visando a prevenção de doenças infecciosas. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) garante o acesso a vacinas gratuitas para a população.

- **Exemplo:** Campanhas de vacinação contra a gripe, hepatite, sarampo, febre amarela e outras doenças, que são realizadas anualmente em todo o país.

b) Prevenção de doenças crônicas

A APS monitora e previne doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e dislipidemias, identificando fatores de risco e oferecendo acompanhamento contínuo.

- **Exemplo:** Realização de exames periódicos de controle, como aferição da pressão arterial e glicemia capilar, além de orientações sobre como gerenciar essas doenças com mudanças no estilo de vida.

c) Prevenção de doenças infecciosas

Além da vacinação, a APS trabalha no controle de doenças infecciosas, como tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS e dengue.

- **Exemplo:** Campanhas de conscientização sobre o controle do mosquito *Aedes aegypti*, vetor da dengue, zika e chikungunya, com o objetivo de reduzir o número de casos e evitar epidemias.

3. Tratamento e Acompanhamento de Condições Crônicas e Agudas

A APS oferece tratamento inicial e acompanhamento contínuo de condições crônicas e agudas, sendo responsável pela maior parte dos cuidados ambulatoriais de baixa complexidade, mas de alta resolutividade.

a) Acompanhamento de doenças crônicas

A APS desempenha um papel central no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), entre outras.

- **Exemplo:** Programas de acompanhamento para pacientes com hipertensão e diabetes, onde os pacientes são regularmente avaliados, orientados sobre a importância do uso de medicamentos e incentivados a manter uma alimentação adequada e prática de atividade física.

b) Tratamento de doenças agudas

A APS trata de doenças agudas, como infecções respiratórias, doenças gastrointestinais e lesões menores, garantindo tratamento imediato e prevenindo complicações.

- **Exemplo:** Atendimento de crianças com infecções respiratórias, como bronquite ou pneumonia, fornecendo o diagnóstico e prescrevendo medicamentos quando necessário, além de orientar sobre o cuidado domiciliar.

c) Atenção à saúde mental

A saúde mental é uma prioridade da APS, com foco no diagnóstico precoce e no tratamento de transtornos mentais leves e moderados, além de oferecer suporte psicossocial.

- **Exemplo:** Acompanhamento de pacientes com depressão ou ansiedade, com suporte psicológico, encaminhamento para especialistas quando necessário, e promoção de grupos de apoio na comunidade.

4. Atenção Materno-Infantil e ao Idoso

A APS promove o acompanhamento da saúde em todas as fases da vida, com destaque para o cuidado com gestantes, crianças e idosos, oferecendo ações específicas voltadas para essas populações.

a) Saúde da mulher e atenção pré-natal

A atenção pré-natal na APS garante o acompanhamento de gestantes desde o início da gravidez até o pós-parto, com consultas regulares, exames de rotina e orientações para uma gravidez saudável.

- **Exemplo:** Exames periódicos para monitorar a saúde da mãe e do bebê, incluindo a realização de ultrassonografias e testes de diagnóstico precoce, como o teste do pezinho no recém-nascido.

b) Atenção à saúde do idoso

A APS oferece atendimento integral à população idosa, promovendo o envelhecimento saudável e prevenindo complicações decorrentes de doenças crônicas e problemas de mobilidade.

- **Exemplo:** Programas de acompanhamento domiciliar para idosos com mobilidade reduzida, oferecendo suporte na gestão de doenças crônicas e orientações sobre cuidados preventivos e físicos.

5. Reabilitação e Cuidados Paliativos

A reabilitação e os cuidados paliativos também são parte da APS, garantindo o suporte necessário para que pacientes em recuperação ou em estado terminal tenham melhor qualidade de vida.

a) Reabilitação de pacientes

A APS realiza acompanhamento e reabilitação de pacientes com sequelas de doenças ou acidentes, especialmente aqueles que necessitam de suporte para retomar suas atividades diárias.

- **Exemplo:** Atividades de reabilitação para pacientes que sofreram acidente vascular cerebral (AVC), proporcionando apoio fisioterapêutico, orientações de cuidados domiciliares e acompanhamento contínuo.

b) Cuidados paliativos

Os cuidados paliativos na APS são voltados para o alívio do sofrimento e melhora da qualidade de vida de pacientes com doenças incuráveis ou em fase terminal.

- **Exemplo:** Acompanhamento de pacientes com câncer em estágio avançado, oferecendo apoio psicológico, controle da dor e assistência domiciliar quando necessário.

6. Cuidado Domiciliar

O cuidado domiciliar na APS é uma extensão dos serviços oferecidos na UBS, garantindo que pacientes com mobilidade reduzida ou em condições graves recebam atendimento adequado em casa.

a) Visitas domiciliares

As equipes de saúde, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), realizam visitas regulares às casas dos pacientes, especialmente para monitorar condições crônicas e oferecer suporte.

- **Exemplo:** Visitas periódicas a pacientes acamados para aferir a pressão arterial, administrar medicamentos e orientar os familiares sobre cuidados diários.

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

As **Doenças de Notificação Compulsória (DNC)** são condições de saúde cuja notificação é obrigatória às autoridades sanitárias, permitindo o monitoramento e controle de surtos e epidemias. Essas notificações ajudam na adoção de medidas preventivas e controle de doenças, tanto a nível local quanto nacional. No Brasil, o sistema é regulamentado pelo Ministério da Saúde, e os estados seguem suas próprias listas, que podem incluir doenças específicas de interesse local.

No **Estado de São Paulo**, a notificação compulsória segue a Resolução SS nº 88, de 24 de abril de 2024 do Ministério da Saúde, com algumas adaptações regionais. A lista de doenças, agravos e eventos de interesse epidemiológico para notificação compulsória inclui aquelas que precisam ser comunicadas imediatamente ou semanalmente, dependendo da gravidade e do potencial de transmissão.

Tabela: Doenças de Notificação Compulsória no Estado de São Paulo

A tabela a seguir lista algumas das principais Doenças de Notificação Compulsória no Estado de São Paulo, divididas em categorias conforme a periodicidade da notificação.

Doença/Agravo	Categoria de Notificação	Observações
Acidente de trabalho com exposição a material biológico	Notificação Compulsória	-
Acidente de trabalho	Notificação Compulsória	-
Acidente por animal peçonhento	Notificação Compulsória	-
Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva	Notificação Compulsória	-
Anemia falciforme	Notificação Compulsória	-
Botulismo	Notificação Compulsória Imediata ()	Alta prioridade devido à gravidade
Cólera	Notificação Compulsória Imediata ()	Requer resposta rápida
Coqueluche	Notificação Compulsória Imediata ()	-
Conjuntivite (SURTO)	Notificação Compulsória (, para surtos)	Casos isolados não necessitam notificação
Covid-19	Notificação Compulsória Imediata ()	Inclui casos e óbitos
Criptococose	Notificação Compulsória	-
Dengue (Casos e Óbitos)	Notificação Compulsória Imediata para Óbitos ()	Casos gerais notificados, com óbitos sendo prioritários
Difteria	Notificação Compulsória Imediata ()	Risco de transmissão comunitária
Distúrbios da voz (Doenças Relacionadas ao Trabalho)	Notificação Compulsória (, Trabalho)	Relacionada ao ambiente ocupacional
Doença de Chagas	Notificação Compulsória	Inclui forma aguda () e crônica
Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)	Notificação Compulsória	-
Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"	Notificação Compulsória (, Interesse Estadual)	Casos graves
Doença Meningocócica e outras meningites	Notificação Compulsória Imediata ()	Inclui outras meningites virais e bacterianas
Doenças com suspeita de disseminação intencional	Notificação Compulsória Imediata ()	Inclui Antraz pneumônico, Tularemia, Varíola

Doença/Agravo	Categoria de Notificação	Observações
Doenças exantemáticas	Notificação Compulsória Imediata ()	Inclui Sarampo e Rubéola
Doenças febris hemorrágicas emergentes/re-emergentes	Notificação Compulsória Imediata ()	Inclui Arenavírus, Ebola, Marburg, Lassa, Febre purpúrica brasileira
Doença pelo vírus Zika	Notificação Compulsória	Inclui casos em gestantes e óbitos (), além da síndrome congênita
Escarlatina (SURTO)	Notificação Compulsória (, Surtos)	Apenas surtos
Esporotricose	Notificação Compulsória (, Interesse Estadual)	Interesse estadual
Esquistossomose	Notificação Compulsória	-
Estomatite vesicular por enterovírus	Notificação Compulsória (, Surtos)	Conhecida como Doença Mão-Pé-Boca
Evento de Saúde Pública (ESP)	Notificação Compulsória Imediata ()	Ameaça à saúde pública
Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização	Notificação Compulsória Imediata ()	Investigação de reações adversas
Febre Amarela	Notificação Compulsória Imediata ()	Alta prioridade em áreas de risco
Febre de Chikungunya	Notificação Compulsória	Inclui casos em áreas sem transmissão () e óbitos suspeitos ()
Febre do Nilo Ocidental	Notificação Compulsória Imediata ()	Inclui outras arboviroses de importância em saúde pública
Febre Maculosa e outras Riquetisioses	Notificação Compulsória Imediata ()	-
Febre tifoide	Notificação Compulsória Imediata ()	-
Hanseníase	Notificação Compulsória	-
Hantavirose	Notificação Compulsória Imediata ()	-
Hepatites virais	Notificação Compulsória	Inclui hepatite A em surtos ()
AIDS e Infecção pelo HIV	Notificação Compulsória	Notificação de gestantes e crianças expostas
Infecção pelo Vírus Linfotrófico de Células T Humanas (HTLV)	Notificação Compulsória	Casos de transmissão vertical em gestantes e parturientes
Infecções Agudas não Especificadas das Vias Aéreas Inferiores	Notificação Compulsória (, Interesse Estadual)	-
Influenza por novo subtipo viral	Notificação Compulsória Imediata ()	Necessidade de resposta rápida
Intoxicação exógena	Notificação Compulsória	Inclui agrotóxicos, metais pesados e gases tóxicos
Leishmaniose Tegumentar e Visceral	Notificação Compulsória	Inclui ambas as formas
Malária nas regiões Amazônica e extra-amazônica	Notificação Compulsória Imediata () para extra-Amazônia	-
Monkeypox (varíola dos macacos)	Notificação Compulsória Imediata ()	Conhecida como “mpox”
Síndrome Respiratória Aguda Grave	Notificação Compulsória Imediata ()	Inclui SARS-CoV, MERS-CoV e SARS-CoV-2 (COVID-19)
Violência e Tentativa de Suicídio	Notificação Compulsória Imediata ()	Inclui violência doméstica e sexual

Explicação das Categorias

- **Imediata:** Quando a notificação deve ser feita em até 24 horas após a suspeita ou confirmação do caso. Essas doenças têm alta gravidade, risco de rápida disseminação ou exigem intervenções urgentes.

- **Semanal:** Para doenças que não têm necessidade de intervenção imediata, mas cujo monitoramento contínuo é importante para o controle da transmissão ou para políticas de saúde pública.

Como Funciona a Notificação Compulsória

1. Identificação do Caso: A notificação compulsória começa com a identificação de um caso suspeito ou confirmado por profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc.) em unidades de saúde, clínicas ou hospitais.

2. Preenchimento da Ficha de Notificação: Após identificar o caso, o profissional preenche a ficha de notificação correspondente à doença. Essa ficha contém informações essenciais, como dados pessoais do paciente, sintomas, e possíveis fatores de risco.

3. Envio às Autoridades de Saúde: As fichas são enviadas para a Vigilância Epidemiológica Municipal, que centraliza as notificações e as encaminha para as esferas estaduais e federais, conforme o tipo de doença.

4. Investigação e Medidas de Controle: Em casos de notificação imediata, como dengue grave ou meningite, uma equipe de vigilância pode ser enviada para investigar o caso mais de perto e tomar medidas de contenção, como campanhas de vacinação ou fumigação para controle de mosquitos.

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA EM NÍVEL ESTADUAL E NACIONAL

A notificação compulsória, dentro da vigilância em saúde, é a comunicação obrigatória da incidência de casos, suspeitas, confirmações ou eventos de saúde descrita pelo Ministério da Saúde, deve ser realizada por médicos ou profissionais responsáveis por serviços de saúde.

A notificação é realizada através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), é alimentado pelas instituições de saúde. O SINAN apresenta a lista de doenças e agravos do Ministério da Saúde, entretanto, é facultado a municípios e estados incluir a notificação de outras doenças se o achar necessário.

A utilização do SINAN facilita a vigilância epidemiológica nacional a realização do diagnóstico dinâmico, podendo observar a incidência dentro de um determinado espaço geográfico e, assim, analisando sua realidade epidemiológica.

Outra funcionalidade do SINAN é permitir que todos os profissionais de saúde tenham acesso a informação. Dessa forma, favorece o planejamento de saúde, auxilia na definição de prioridades e na avaliação do impacto das intervenções adotadas

PORTARIA GM/MS Nº 5.201, DE 15 DE AGOSTO DE 2024

Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos em saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, e modifica o Anexo XLIII à Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para revogar o item I da Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela.

A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, resolve:

Art. 1º Ficam incluídas as seguintes doenças na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional:

I- Câncer relacionado ao trabalho;

II- Dermatose ocupacionais;

III- Distúrbio de voz relacionado ao trabalho;

IV- Infecção pelo vírus da hepatite B em gestante, parturiente ou puerpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical da hepatite B;

V- Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT);

VI- Perda Auditiva relacionada ao trabalho;

VII- Pneumoconioses relacionadas ao trabalho; e

VIII- Transtornos mentais relacionados ao trabalho;

Art. 2º O Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar na forma do Anexo I a esta Portaria.

Art. 3º O Anexo XLIII à Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, passa a vigorar na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I
LISTA NACIONAL DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS, AGRAVOS E EVENTOS DE SAÚDE PÚBLICA
(Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação MS nº 4, de 28 de setembro de 2017)

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Câncer relacionado ao trabalho				X
6	Cólera	X	X	X	
7	Coqueluche		X	X	
8	Covid-19	X	X	X	
9	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
10	Dermatose ocupacionais				X
11	Difteria		X	X	
12	Distúrbio de voz relacionado ao trabalho				X
13	a. Doença de Chagas Aguda		X	X	
	b. Doença de Chagas Crônica				X
14	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
15	Doença Falciforme				X
16	a. Doença Invasiva por “Haemophilus Influenza”		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
17	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Varíola	X	X	X	
18	Doenças febris hemorrágicas emergentes/ reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
19	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
	d. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika				X
20	Esquistossomose				X
21	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
22	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação	X	X	X	

23	Febre Amarela	X	X	X	
24	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
25	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
26	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
27	Febre Tifoide		X	X	
28	Hanseníase				X
29	Hantavirose	X	X	X	
30	Hepatites virais				X
31	Infecção pelo vírus da hepatite B em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical da hepatite B				X
32	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
33	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
34	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
35	Infecção pelo Vírus Linfotrópico de Células T Humanas (HTLV)				X
36	Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV				X
37	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
38	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
39	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
40	Leishmaniose Visceral				X
41	Leptospirose			X	
42	Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT)				X
43	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra-Amazônica	X	X	X	
44	Monkeypox (varíola dos macacos)	X	X	X	
45	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
46	Perda Auditiva relacionada ao trabalho				X
47	Pneumoconioses relacionadas ao trabalho				X
48	Peste	X	X	X	
49	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
50	Raiva humana	X	X	X	
51	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
52	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
53	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X

54	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
55	Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19	X	X	X	
56	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19	X	X	X	
57	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a Coronavírus a. SARSCoV b. MERS- CoV c. SARS-CoV-2	X	X	X	
58	Síndrome Gripal suspeita de covid-19	X	X	X	
59	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
60	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
61	Transtornos mentais relacionados ao trabalho				X
62	Tuberculose				X
63	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
64	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

ANEXO II

LISTA NACIONAL DE DOENÇAS E AGRAVOS A SEREM MONITORADOS PELA ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA SENTINELA
(Anexo XLIII da Portaria de Consolidação MS nº 5, de 28 de setembro de 2017)

I.	Vigilância de doenças de transmissão respiratória
1	Doença pneumocócica invasiva
2	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)
3	Síndrome Gripal (SG)
II.	Vigilância de doenças de transmissão hídrica e/ou alimentar
1	Rotavírus
2	Doença Diarreica Aguda
3	Síndrome Hemolítica Urêmica
III.	Vigilância de doenças sexualmente transmissíveis
1	Síndrome de Corrimento Uteral Masculino
IV.	Síndrome neurológica pós infecção febril exantemática

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

O Calendário Nacional de Vacinação do Brasil é uma ferramenta essencial para a promoção da saúde pública, oferecendo um cronograma detalhado de imunizações recomendadas para diferentes faixas etárias e grupos específicos. Atualizado regularmente pelo Ministério da Saúde, o calendário garante que a população tenha acesso às vacinas mais recentes e eficazes para prevenir diversas doenças. A seguir, apresentamos o calendário atualizado:

Considerações Especiais

O calendário nacional de vacinação é dinâmico e pode ser ajustado conforme surgem novas recomendações científicas e epidemiológicas. É crucial que a população siga as recomendações do Ministério da Saúde e mantenha o cartão de vacinação atualizado. Além disso, é importante que profissionais de saúde estejam sempre informados sobre as atualizações e novas diretrizes para garantir a cobertura vacinal adequada e a proteção da saúde pública.

O acesso às vacinas é gratuito em toda a rede pública de saúde, o que reflete o compromisso do Brasil com a prevenção de doenças e a promoção da saúde coletiva. A adesão ao calendário de vacinação é fundamental para manter o controle, a eliminação e a erradicação de doenças preveníveis, assegurando uma melhor qualidade de vida para todos os brasileiros.

Tabela das Vacinas Infantis do Calendário Nacional de Vacinação

A tabela abaixo resume as vacinas recomendadas pelo Calendário Nacional de Vacinação para crianças, incluindo a idade, a vacina, a via de administração e as doenças evitadas.

Idade	Vacina	Via de Administração	Doenças Evitadas
Ao nascer	BCG	Intradérmica (ID)	Formas graves da tuberculose (miliar e meníngea)
	Hepatite B (recombinante)	Intramuscular (IM)	Hepatite B
2 meses	Adsorvida DTP + Hib + Hepatite B (Penta)	Intramuscular (IM)	Difteria, tétano, coqueluche, Hib, hepatite B
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) (VIP)	Intramuscular (IM)	Poliomielite
	Pneumocócica 10-valente (Pneumo 10)	Intramuscular (IM)	Meningite, pneumonia, otite
	Rotavírus humano G1P1 [8] (VRH)	Oral (VO)	Diarreia por rotavírus
	Meningocócica C (conjugada) (Meningo C)	Intramuscular (IM)	Meningite C
4 meses	Adsorvida DTP + Hib + Hepatite B (Penta)	Intramuscular (IM)	Difteria, tétano, coqueluche, Hib, hepatite B
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) (VIP)	Intramuscular (IM)	Poliomielite
	Rotavírus humano G1P1 [8] (VRH)	Oral (VO)	Diarreia por rotavírus
5 meses	Meningocócica C (conjugada) (Meningo C)	Intramuscular (IM)	Meningite C
6 meses	Adsorvida DTP + Hib + Hepatite B (Penta)	Intramuscular (IM)	Difteria, tétano, coqueluche, Hib, hepatite B
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) (VIP)	Intramuscular (IM)	Poliomielite
	Influenza (anual)	Intramuscular (IM)	Gripe
	Vacina Covid-19	Intramuscular (IM)	COVID-19
9 meses	Febre amarela (atenuada) (FA)	Subcutânea (SC)	Febre amarela
12 meses	Pneumocócica 10-valente (Pneumo 10)	Intramuscular (IM)	Meningite, pneumonia, otite
	Meningocócica C (conjugada) (Meningo C)	Intramuscular (IM)	Meningite C
	Tríplice viral (Sarampo, caxumba, rubéola) (SCR)	Subcutânea (SC)	Sarampo, caxumba, rubéola
15 meses	Adsorvida Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)	Intramuscular (IM)	Difteria, tétano, coqueluche
	Poliomielite 1 e 3 (atenuada) (VOPb)	Oral (VO)	Poliomielite
	Adsorvida hepatite A (inativada)	Intramuscular (IM)	Hepatite A
	Tetraviral (Sarampo, caxumba, rubéola, varicela)	Subcutânea (SC)	Sarampo, caxumba, rubéola, varicela



Idade	Vacina	Via de Administração	Doenças Evitadas
4 anos	Adsorvida Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)	Intramuscular (IM)	Difteria, tétano, coqueluche
	Febre amarela (atenuada)	Subcutânea (SC)	Febre amarela
	Poliomielite 1 e 3 (atenuada) (VOPb)	Oral (VO)	Poliomielite
	Varicela (monovalente) (Varicela)	Subcutânea (SC)	Varicela
9 e 10 anos	HPV (Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18) (HPV4 - recombinante)	Intramuscular (IM)	Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18

Tabela das Vacinas para Adolescentes do Calendário Nacional de Vacinação

Idade	Vacina	Via de Administração	Doenças Evitadas
11-12 anos	dT (Difteria e Tétano)	Intramuscular (IM)	Difteria e tétano
	Meningocócica ACWY (conjugada)	Intramuscular (IM)	Meningite ACWY
	HPV (Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18) (HPV4 - recombinante)	Intramuscular (IM)	HPV (prevenção de câncer de colo de útero, pênis e ânus)
11-14 anos	Febre amarela (atenuada) (FA)	Subcutânea (SC)	Febre amarela
12-13 anos	Hepatite B (recombinante)	Intramuscular (IM)	Hepatite B
12-13 anos	Tríplice viral (Sarampo, caxumba, rubéola) (SCR)	Subcutânea (SC)	Sarampo, caxumba, rubéola
Anual	Influenza	Intramuscular (IM)	Gripe
Dependendo do histórico vacinal	COVID-19	Intramuscular (IM)	COVID-19

Tabela das Vacinas para Adultos e Idosos do Calendário Nacional de Vacinação

Idade	Vacina	Via de Administração	Doenças Evitadas
20-59 anos	Hepatite B	Intramuscular (IM)	Hepatite B
	dT (Difteria e Tétano)	Intramuscular (IM)	Difteria e tétano
	Febre Amarela	Subcutânea (SC)	Febre amarela
Anual	Influenza	Intramuscular (IM)	Gripe
A partir de 60 anos	Pneumocócica 23-valente	Intramuscular (IM)	Infecções invasivas por Streptococcus pneumoniae
	Herpes Zóster	Subcutânea (SC)	Herpes zóster
	dTpa (Difteria, Tétano e Pertussis acelular)	Intramuscular (IM)	Difteria, tétano, coqueluche
Dependendo do histórico vacinal	COVID-19	Intramuscular (IM)	COVID-19

Tabela das Vacinas para Adultos e Idosos do Calendário Nacional de Vacinação

Idade Gestacional	Vacina	Via de Administração	Doenças Evitadas
A qualquer tempo	Hepatite B (recombinante)	Intramuscular (IM)	Hepatite B
A qualquer tempo	Difteria e Tétano (dT)	Intramuscular (IM)	Difteria e tétano
20ª semana de gravidez e puérperas até 45 dias	Difteria, Tétano, Pertussis (dTpa - acelular)	Intramuscular (IM)	Difteria, tétano e coqueluche

Observações para as Vacinas do Calendário Nacional de Vacinação

Abaixo estão as principais observações relacionadas às vacinas do Calendário Nacional de Vacinação, conforme especificado nos documentos do Ministério da Saúde.

Geral

- **Manter o Cartão de Vacinação Atualizado:** É fundamental que o cartão de vacinação seja mantido atualizado para garantir a proteção contínua e adequada contra doenças preveníveis.

Específicas por Idade

Crianças

- **BCG:** Aplicada ao nascer, intradérmica, pode causar uma pequena cicatriz.

- **Hepatite B:** Primeira dose ao nascer deve ser administrada nas primeiras 24 horas de vida.

- **Rotavírus:** Deve ser administrada observando-se a idade máxima recomendada (8 meses para a segunda dose), pois a administração fora dessa janela pode aumentar o risco de invaginação intestinal.

- **Tríplice Viral (SCR):** Deve ser aplicada aos 12 meses com reforço aos 15 meses como tetraviral (incluindo varicela).

- **Pneumocócica 10-valente:** Inclui doses aos 2, 4 e 12 meses, importante para prevenir pneumonia, meningite e otite.

Adolescentes

- **HPV:** Duas doses para meninas e meninos, com a segunda dose administrada seis meses após a primeira. A vacina é importante para a prevenção de cânceres associados ao HPV.

- **Meningocócica ACWY:** Dose única, protegendo contra quatro sorogrupos de meningococo.

Adultos e Idosos

- **Hepatite B:** Três doses para adultos não vacinados, com esquema 0, 1 e 6 meses.

- **Influenza:** Aplicada anualmente, especialmente recomendada para idosos, gestantes e pessoas com comorbidades.

- **Pneumocócica 23-valente:** Recomendada para idosos e grupos de risco para prevenir doenças invasivas pelo pneumococo.

- **Herpes Zóster:** Recomendada para idosos, especialmente para prevenir neuralgia pós-herpética.

Gestantes

- **dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche):** Reforço a cada gestação, a partir da 20ª semana de gestação, para proteger o bebê contra a coqueluche.

- **Hepatite B:** Iniciar ou completar o esquema vacinal de três doses, conforme histórico vacinal.

Considerações Adicionais

- **Intervalos Mínimos entre Doses:** Devem ser respeitados para garantir a eficácia e segurança das vacinas.

- **Contraindicações:** Algumas vacinas têm contraindicações específicas, como para indivíduos imunocomprometidos ou alérgicos a componentes da vacina.

- **Vacinação de Contato:** Em alguns casos, vacinar contatos próximos pode ser necessário para proteger pessoas imunocomprometidas ou não elegíveis para determinadas vacinas.

- **Reforços:** Muitas vacinas requerem doses de reforço para manter a imunidade ao longo do tempo, como a dT (difteria e tétano) a cada 10 anos.

Logística e Administração

- **Armazenamento e Transporte:** As vacinas devem ser armazenadas e transportadas conforme as recomendações de temperatura para manter a eficácia.

- **Registro de Eventos Adversos:** Qualquer evento adverso pós-vacinação deve ser registrado e monitorado pelas autoridades de saúde.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma das principais estratégias organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), criadas para garantir um cuidado contínuo, coordenado e integral à população. A RAS visa integrar os diferentes serviços de saúde oferecidos pelo SUS, de modo que o paciente transite de forma eficiente e organizada entre os níveis de atenção (primário, secundário e terciário), de acordo com suas necessidades. Esse conceito de rede ajuda a combater a fragmentação do sistema de saúde, promovendo a eficiência, a resolutividade e a qualidade do atendimento.

1. Conceito e Objetivo das RAS

As Redes de Atenção à Saúde foram regulamentadas no Brasil pelo Decreto nº 7.508/2011 e têm como objetivo organizar o fluxo de atendimento e melhorar a integração entre os níveis de atenção à saúde. Elas são definidas como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados de forma regionalizada e hierarquizada, com diferentes graus de complexidade.

O principal objetivo das RAS é garantir que a atenção integral à saúde seja prestada de maneira contínua, desde os cuidados básicos da Atenção Primária até os serviços mais complexos oferecidos em hospitais de referência. Essa estrutura em rede busca promover o acesso ao cuidado certo, no momento adequado, e no local mais próximo possível do cidadão, reduzindo as desigualdades regionais e otimizando o uso dos recursos públicos.

2. Componentes das Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são compostas por três componentes principais que garantem o funcionamento integrado e articulado dos serviços de saúde:

- **Atenção Primária à Saúde (APS):** É a porta de entrada do SUS e o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. A APS é responsável pela maior parte da resolução dos problemas de saúde da população e pela coordenação do cuidado, encaminhando os pacientes para níveis mais complexos quando necessário. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Equipes de Saúde da Família (ESF) desempenham um papel central na APS.

- **Atenção Secundária e Terciária:** Refere-se à oferta de serviços de maior complexidade, como consultas especializadas, exames diagnósticos avançados e tratamentos hospitalares de alta complexidade. A atenção secundária é oferecida em policlínicas e centros de especialidades, enquanto a atenção terciária é prestada em hospitais de referência e unidades de terapia intensiva (UTI).

- **Sistemas de Apoio:** Incluem serviços de diagnóstico e terapia, como laboratórios, centros de imagem e serviços de reabilitação, que oferecem suporte tanto para a atenção primária quanto para a atenção especializada. Esses sistemas de apoio são fundamentais para garantir a resolutividade do cuidado nos diferentes níveis de atenção.

Além disso, as RAS contam com mecanismos de governança, que incluem os Gestores de Saúde (nos níveis municipal, estadual e federal) e os Conselhos de Saúde, que coordenam a integração entre os diferentes serviços e garantem o planejamento e a alocação adequada dos recursos.

3. Princípios das RAS

As Redes de Atenção à Saúde são organizadas com base em princípios fundamentais que visam garantir a qualidade e a equidade no acesso à saúde:

- **Integralidade:** As RAS garantem que o cuidado à saúde seja prestado de maneira completa, desde a promoção da saúde até a reabilitação. Isso significa que o paciente tem acesso a todas as etapas do cuidado, conforme sua necessidade, em uma lógica de atenção contínua e coordenada.

- **Regionalização:** O SUS organiza seus serviços de saúde em Regiões de Saúde, que são áreas geográficas delimitadas, onde os municípios compartilham a oferta de serviços. As Regiões de Saúde permitem que os recursos sejam distribuídos de forma estratégica, garantindo que todas as áreas tenham acesso aos serviços de saúde, conforme suas necessidades locais.

- **Hierarquização:** Os serviços de saúde são organizados de acordo com o nível de complexidade, de forma que os casos mais simples sejam resolvidos na atenção primária, enquanto os casos mais graves e complexos são encaminhados para a atenção secundária ou terciária. Isso evita a sobrecarga dos serviços especializados e garante a eficiência no uso dos recursos.

- **Coordenação do Cuidado:** A APS é responsável por coordenar o cuidado dos pacientes dentro das RAS. Isso inclui acompanhar os pacientes de forma contínua e garantir que eles sejam referenciados e contra-referenciados adequadamente entre os diferentes níveis de atenção, conforme suas necessidades de saúde.

4. Exemplos de Redes de Atenção à Saúde no SUS

As Redes de Atenção à Saúde são organizadas por linhas de cuidado específicas, de acordo com as necessidades de saúde da população. Alguns exemplos de Redes Temáticas no SUS incluem:

- **Rede de Atenção às Urgências e Emergências:** Organizada para garantir o atendimento de situações de risco imediato à vida, essa rede inclui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e os hospitais de urgência e emergência. A rede busca garantir que os pacientes em situação de urgência recebam atendimento no tempo adequado, aumentando as chances de sobrevivência e reduzindo complicações.

- **Rede Cegonha:** Voltada para o cuidado com a saúde materna e neonatal, a Rede Cegonha foi criada para garantir um pré-natal de qualidade, o parto humanizado e o acompanhamento da saúde da criança nos primeiros meses de vida. Essa rede articula ações desde a atenção primária até a atenção hospitalar, garantindo que as gestantes e os recém-nascidos recebam o cuidado necessário.

- **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS):** Focada no cuidado com a saúde mental, a RAPS oferece suporte para pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas. A rede inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de emergência psiquiátrica e unidades de acolhimento, com o objetivo de promover o cuidado integral e a inclusão social dos usuários.

- **Rede de Atenção Oncológica:** Organizada para garantir o diagnóstico precoce e o tratamento de câncer, essa rede inclui centros especializados de oncologia, hospitais de referência e unidades de tratamento oncológico, que oferecem quimioterapia, radioterapia e cirurgias oncológicas.

5. Integração e Fluxo de Pacientes nas RAS

A integração entre os níveis de atenção nas RAS é garantida pelo uso de protocolos clínicos e sistemas de referência e contra-referência. Quando o paciente é atendido na Atenção Primária, e seu caso exige um cuidado mais complexo, ele é referenciado para a atenção secundária ou terciária. Após o atendimento especializado, o paciente é contra-referenciado para a APS, que continua acompanhando seu quadro clínico e promovendo a gestão do cuidado.

Essa integração horizontal e vertical entre os diferentes níveis de atenção permite que o paciente seja acompanhado de forma contínua e que seu histórico de saúde seja mantido em todas as etapas do atendimento. O uso do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) também facilita esse processo, permitindo que os profissionais de saúde acessem os dados clínicos do paciente de forma integrada.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) desempenha um papel crucial na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e atualizada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a PNAB define as diretrizes e estratégias para o funcionamento dos serviços de Atenção Básica, que são a porta de entrada prioritária do SUS e a base para a organização das ações de saúde no país.

A Atenção Básica, também conhecida como Atenção Primária à Saúde (APS), é fundamental para promover o acesso universal e equitativo à saúde. Ela busca garantir a integralidade do cuidado, desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até o acompanhamento de condições crônicas e tratamento de agravos. As portarias citadas, ao longo dos anos, serviram para consolidar e fortalecer as políticas de saúde pública, especialmente nas áreas mais vulneráveis, como zonas rurais e periferias urbanas.

A PNAB de 2011 foi um avanço na organização das equipes de Saúde da Família (ESF), ao definir a atuação dos profissionais e os princípios que norteiam a Atenção Básica. Essa política buscou não apenas ampliar o acesso aos serviços, mas também aumentar a qualidade do atendimento, com ênfase na territorialização, na adscrição da população, na continuidade do cuidado e no fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e comunidade.

Em 2017, a revisão dessa política, através da Portaria nº 2.436, foi motivada pela necessidade de atualizar e aperfeiçoar as diretrizes de acordo com os novos desafios da saúde pública no Brasil. Entre as principais mudanças, destaca-se a ampliação das possibilidades de atuação das equipes de saúde, a inclusão de novas modalidades de organização do trabalho e a reafirmação do papel central da Atenção Básica como coordenadora do cuidado no SUS.

Diretrizes Gerais da PNAB

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), conforme instituída pela Portaria nº 2.488 de 2011 e atualizada pela Portaria nº 2.436 de 2017, estabelece diretrizes fundamentais para organizar e coordenar a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Essas diretrizes são orientadas pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, e têm como objetivo assegurar o acesso aos serviços de saúde de maneira contínua, organizada e próxima das comunidades. A seguir, apresentamos as principais diretrizes que guiam a PNAB.

- Universalidade, Equidade e Integralidade

A PNAB segue os princípios do SUS, sendo o primeiro deles a universalidade, que garante o direito de todos os cidadãos brasileiros ao acesso aos serviços de saúde, sem distinção de raça, gênero, classe social ou local de moradia. A atenção básica é, portanto, o ponto inicial de entrada para qualquer cidadão no sistema público de saúde.

Além disso, o princípio da equidade busca corrigir desigualdades no acesso aos serviços de saúde, atendendo de forma diferenciada as populações mais vulneráveis. A Atenção

Básica precisa estar preparada para identificar as necessidades específicas de cada comunidade, ajustando suas ações para garantir que todos recebam o cuidado adequado.

A integralidade também é um princípio central, garantindo que o cuidado de saúde oferecido seja completo, ou seja, que considere todas as dimensões da vida do paciente – física, psicológica e social. A PNAB promove um cuidado que vai além do tratamento de doenças, incorporando ações de promoção da saúde e prevenção de agravos.

- Territorialização e Adscrição da População

Outro ponto fundamental da PNAB é a territorialização, que significa o mapeamento e a delimitação de áreas geográficas específicas sob a responsabilidade de cada equipe de Atenção Básica. Cada equipe é responsável por um determinado território, o que facilita o conhecimento das características sociais, econômicas e de saúde daquela população.

A adscrição da população refere-se à vinculação formal das famílias e indivíduos às equipes de saúde. Isso permite que a equipe de saúde conheça melhor suas condições de vida e crie um vínculo com os usuários, favorecendo o acompanhamento contínuo e personalizado das condições de saúde dos pacientes. O acompanhamento longitudinal, característico da Atenção Básica, favorece a criação de uma relação de confiança entre os profissionais e a comunidade, fundamental para o sucesso das ações de saúde.

- Organização e Acesso aos Serviços

A PNAB estabelece que os serviços de Atenção Básica devem ser organizados de forma a garantir o acesso a todos os cidadãos, com horários de funcionamento compatíveis com as necessidades da população, inclusive com estratégias para atendimento fora do horário comercial, como o horário estendido em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Equipes de Saúde da Família (ESF) são os principais instrumentos de acesso aos serviços da Atenção Básica. A política incentiva que as UBS sejam organizadas de forma acolhedora e que se tornem espaços onde a população se sinta parte do processo de cuidado.

- Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Um dos pilares centrais da Atenção Básica é a promoção da saúde e a prevenção de doenças. As ações de saúde pública não devem se limitar apenas ao tratamento de doenças, mas também incluir medidas de promoção da saúde, como campanhas educativas, ações de incentivo a hábitos saudáveis e atividades físicas, além da prevenção de agravos.

Entre as principais iniciativas de prevenção de doenças estão as campanhas de vacinação, o acompanhamento de crianças e gestantes, a vigilância de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, e as ações de controle de doenças infecciosas. Essas iniciativas são realizadas em parceria com a comunidade e são fundamentais para reduzir a incidência de doenças e melhorar a qualidade de vida da população.

- Coordenação e Integração do Cuidado

A PNAB também destaca a importância da coordenação do cuidado. A Atenção Básica é responsável por coordenar e integrar os cuidados de saúde do indivíduo, seja por meio

de encaminhamentos para outros níveis de atenção (como especialistas ou hospitais) ou por meio da articulação com outros setores sociais, como educação e assistência social.

Essa integração é essencial para garantir que o cuidado seja contínuo e que o paciente não seja “perdido” ao ser transferido para outro nível de atendimento. Além disso, a coordenação do cuidado é importante para evitar a fragmentação do tratamento, oferecendo ao paciente um acompanhamento mais completo e integrado.

Estrutura e Composição das Equipes de Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tanto na Portaria nº 2.488/2011 quanto na nº 2.436/2017, define a organização das equipes de saúde que atuam diretamente na Atenção Básica. A composição dessas equipes visa garantir o atendimento integral à população, considerando as características do território em que atuam. São várias as modalidades de equipes que integram a Atenção Básica, sendo a principal delas a Equipe de Saúde da Família (ESF), além de outras formações como as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Essa estrutura tem como base o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, o que permite um cuidado mais completo e focado nas necessidades individuais e coletivas da população.

- Equipe de Saúde da Família (ESF)

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é o núcleo central da Atenção Básica. Seu objetivo é atuar de maneira próxima à comunidade, estabelecendo vínculos de confiança e promovendo um cuidado integral e contínuo. As equipes são formadas por, no mínimo, os seguintes profissionais:

- **Médico de família e comunidade:** responsável pelo atendimento clínico, acompanhamento de doenças crônicas, diagnóstico de agravos e prescrição de tratamentos.

- **Enfermeiro:** coordena o trabalho da equipe, realiza consultas de enfermagem, atividades de promoção da saúde, supervisão de cuidados e gerencia casos mais complexos em parceria com o médico.

- **Técnico de enfermagem:** auxilia nas atividades de cuidado direto aos pacientes, realiza procedimentos como curativos, administração de medicamentos e coleta de material para exames.

- **Agentes comunitários de saúde (ACS):** têm papel fundamental na conexão entre a equipe de saúde e a comunidade. Os ACS visitam regularmente as famílias, identificam suas necessidades e promovem ações educativas, além de informar a equipe sobre as condições de saúde do território.

Cada equipe é responsável por acompanhar cerca de 2.000 a 3.500 pessoas, conforme a densidade populacional do território. A territorialização permite que a equipe conheça profundamente a realidade da comunidade, facilitando a identificação de problemas locais e a formulação de estratégias de intervenção.

Além desses profissionais, a ESF pode contar com agentes de combate às endemias (ACE), dependendo da realidade epidemiológica local. Esses agentes são fundamentais no controle de vetores de doenças, como a dengue e a chikungunya, realizando visitas domiciliares e orientando a população sobre cuidados de prevenção.

- Equipes de Saúde Bucal (ESB)

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram incorporadas à Atenção Básica para garantir o atendimento odontológico dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Elas são compostas, em sua formação mínima, por:

- **Cirurgião-dentista:** realiza consultas odontológicas, diagnóstico, prevenção e tratamento de problemas de saúde bucal.

- **Auxiliar ou técnico em saúde bucal:** presta suporte ao dentista nos atendimentos, realiza atividades preventivas e educativas, e auxilia no atendimento aos pacientes.

Essas equipes trabalham em conjunto com as ESF, integrando o cuidado odontológico às demais ações de saúde, de modo que o cuidado bucal faça parte do atendimento integral à saúde da população. As ESB também têm a responsabilidade de atuar em atividades educativas e preventivas, como campanhas de escovação supervisionada e orientações sobre saúde bucal nas escolas.

- Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram criados para expandir a capacidade de atendimento das equipes de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde. O NASF-AB atua de forma integrada, apoiando tecnicamente as ESF e ESB, e ampliando o escopo de atuação das equipes por meio da contribuição de diferentes especialidades. O NASF-AB é composto por profissionais de diversas áreas da saúde, que podem incluir:

- Psicólogos
- Fisioterapeutas
- Assistentes sociais
- Nutricionistas
- Farmacêuticos
- Fonoaudiólogos
- Terapeutas ocupacionais
- Educadores físicos

A atuação desses profissionais é feita de maneira integrada com as equipes de Saúde da Família, em um modelo de apoio matricial. Isso significa que os profissionais do NASF-AB não têm uma clientela própria, mas atuam em parceria com as equipes da Atenção Básica, oferecendo suporte técnico, acompanhamento conjunto de casos e construção de projetos terapêuticos.

Esse modelo de trabalho permite que as ESF tenham acesso a um leque mais amplo de intervenções, que incluem desde o atendimento a pacientes com necessidades especiais até ações de reabilitação, saúde mental, controle de doenças crônicas e promoção da alimentação saudável. O NASF-AB também tem um papel importante na formação continuada das equipes, promovendo a troca de conhecimentos e a qualificação dos processos de trabalho.

- Modalidades Diferenciadas de Equipes

Além das formações básicas de equipes mencionadas, a PNAB permite a criação de modalidades diferenciadas para atender necessidades específicas, como:

- **Equipes de Atenção Básica Prisional:** atuam em unidades prisionais, garantindo o acesso à saúde para pessoas privadas de liberdade.

- **Equipes de Atenção Básica para Populações Ribeirinhas e Fluviais:** são adaptadas para atender as peculiaridades dessas populações, levando em conta o difícil acesso e as condições específicas de saúde.

- **Equipes de Atenção Básica para População em Situação de Rua:** voltadas para a assistência a indivíduos que vivem nas ruas, muitas vezes em situações de extrema vulnerabilidade.

Essas equipes são organizadas para responder às especificidades de cada território e grupo populacional, sempre com o objetivo de garantir o cuidado integral e de qualidade.

Atribuições Específicas da Equipe de Saúde da Família (ESF)

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é a principal estrutura de atendimento da Atenção Básica no Brasil. Sua atuação é centrada no território e na comunidade, com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado integral e contínuo. Cada membro da equipe possui atribuições específicas, que se complementam para garantir um cuidado completo e de qualidade. A seguir, detalharemos as principais funções de cada profissional que compõe a ESF, conforme orientado pela PNAB.

- Médico de Família e Comunidade

O médico de família e comunidade é responsável por garantir o cuidado integral e longitudinal dos pacientes, ou seja, deve acompanhar cada pessoa ao longo do tempo, independente do tipo de problema de saúde que ela apresente. Suas atribuições principais incluem:

- **Consultas clínicas:** realiza diagnósticos, prescreve tratamentos e orienta o paciente sobre sua condição de saúde.

- **Acompanhamento de doenças crônicas:** monitora e gerencia condições como diabetes, hipertensão e asma, ajustando tratamentos conforme necessário.

- **Atenção à saúde materno-infantil:** acompanha gestantes e crianças, garantindo o pré-natal e o desenvolvimento saudável dos bebês.

- **Visitas domiciliares:** quando necessário, realiza atendimentos na casa dos pacientes, especialmente nos casos de acamados, idosos e portadores de necessidades especiais.

- **Encaminhamentos:** caso o paciente necessite de atendimento especializado, o médico é responsável por encaminhá-lo a outros níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado.

O papel do médico vai além do simples tratamento de doenças; ele deve ser um facilitador do cuidado, promovendo a saúde e prevenindo agravos. Também é responsável por coordenar o cuidado com os outros profissionais da equipe e do NASF-AB, quando necessário.

- Enfermeiro

O enfermeiro desempenha um papel de liderança dentro da ESF, coordenando as ações da equipe e gerenciando os cuidados prestados aos pacientes. Suas atribuições incluem:

- **Consultas de enfermagem:** realiza atendimentos preventivos e terapêuticos, como acompanhamento de hipertensos e diabéticos, consultas pré-natal e orientações sobre saúde.

- **Procedimentos clínicos:** pode realizar ações como curativos, administração de vacinas, coleta de material para exames, entre outros procedimentos.

- **Ações de promoção e prevenção:** participa de campanhas de saúde, como vacinação e educação sobre hábitos saudáveis, além de organizar grupos educativos para gestantes, pacientes com doenças crônicas, entre outros.

- **Supervisão da equipe:** coordena o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e dos técnicos de enfermagem, garantindo que as atividades de cuidado direto e as visitas domiciliares sejam realizadas de maneira eficaz.

- **Planejamento das ações de saúde:** participa da análise dos dados de saúde do território e ajuda a definir prioridades de ação, em parceria com a equipe e a comunidade.

O enfermeiro também tem papel fundamental na vigilância em saúde, acompanhando indicadores de saúde da população, como taxas de vacinação, controle de doenças infecciosas e monitoramento de grupos de risco.

- Técnico de Enfermagem

O técnico de enfermagem atua diretamente no cuidado dos pacientes, executando atividades técnicas de menor complexidade sob a supervisão do enfermeiro e do médico. Entre suas atribuições estão:

- **Apoio ao cuidado direto:** realiza procedimentos como administração de medicamentos, aplicação de vacinas, curativos e coleta de exames.

- **Assistência durante consultas e exames:** auxilia o enfermeiro e o médico nas consultas e em procedimentos que demandem apoio técnico, garantindo a organização e o preparo dos materiais necessários.

- **Educação em saúde:** orienta os pacientes sobre cuidados básicos de saúde, como a correta administração de medicamentos em casa, além de participar de campanhas educativas na comunidade.

A função do técnico de enfermagem é essencial para o bom funcionamento da equipe, pois permite que o cuidado básico seja prestado de maneira eficiente e segura.

- Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O agente comunitário de saúde (ACS) é a ponte entre a equipe de saúde e a comunidade. Ele tem um papel fundamental na promoção da saúde e na articulação das ações dentro do território onde atua. Suas atribuições são as seguintes:

- **Visitas domiciliares:** o ACS visita regularmente as casas das famílias adscritas à ESF, acompanhando as condições de saúde dos moradores, identificando possíveis problemas e orientando sobre cuidados preventivos.

- **Educação em saúde:** promove ações educativas e preventivas, como orientações sobre higiene, alimentação saudável, prevenção de doenças e uso correto de medicamentos.

- **Mapeamento e vigilância:** monitora as condições de saúde do território, identificando situações de risco e informando a equipe de saúde sobre mudanças nas condições epidemiológicas da área.

- **Apoio à equipe:** auxilia nas campanhas de vacinação, distribuição de medicamentos, marcação de consultas e exames, e no acompanhamento de pacientes em tratamento contínuo.

O ACS é fundamental para a vigilância em saúde, pois, estando em contato direto com a população, consegue detectar rapidamente mudanças no perfil de saúde da comunidade, como o surgimento de surtos de doenças.

- Agente de Combate às Endemias (ACE)

Embora não faça parte de todas as equipes de Saúde da Família, o agente de combate às endemias (ACE) pode ser integrado às ESF em áreas onde há necessidade de controle de doenças transmitidas por vetores, como a dengue, zika e chikungunya. Suas atribuições incluem:

- **Controle de vetores:** realiza visitas domiciliares para identificar e eliminar focos de criadouros de mosquitos e outros vetores de doenças.

- **Educação ambiental:** orienta a população sobre práticas de prevenção de doenças, como o correto armazenamento de água e o descarte de resíduos.

- **Apoio às campanhas de prevenção:** participa de mutirões e outras atividades comunitárias voltadas para o controle de endemias.

- Outras Atribuições Gerais da ESF

Além das atribuições específicas de cada profissional, a equipe de Saúde da Família como um todo é responsável por:

- **Planejamento conjunto das ações:** o planejamento das atividades da equipe deve ser realizado de maneira coletiva, levando em conta as características do território e as necessidades de saúde da população.

- **Vigilância epidemiológica:** a equipe deve monitorar e investigar situações de risco à saúde da comunidade, como surtos de doenças, condições inadequadas de saneamento e outros fatores que possam comprometer a saúde coletiva.

- **Promoção da saúde:** a ESF é responsável por promover ações que incentivem a adoção de hábitos saudáveis, com atividades voltadas para a alimentação adequada, prática de exercícios físicos, prevenção ao uso de substâncias nocivas, entre outros.

Atribuições dos Demais Membros da Equipe de Saúde

Além da Equipe de Saúde da Família (ESF), a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) contempla outros profissionais que integram o cuidado primário à saúde, expandindo a capacidade de atendimento e aumentando a abrangência das ações. Entre esses profissionais, destacam-se os membros das Equipes de Saúde Bucal (ESB) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Esses grupos atuam em parceria com as ESF, oferecendo suporte especializado e contribuindo para o cuidado integral.

- Equipe de Saúde Bucal (ESB)

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) têm um papel fundamental na promoção e cuidado da saúde bucal da população, garantindo que o atendimento odontológico esteja integrado ao restante das ações da Atenção Básica. As ESB podem ser de dois tipos: Modalidade I, composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar em saúde bucal (ASB), e Modalidade II, que inclui um técnico em saúde bucal (TSB), além dos profissionais da Modalidade I. As principais atribuições da ESB são:

- **Atendimento clínico individual:** o cirurgião-dentista é responsável por realizar consultas e tratamentos clínicos, como restaurações, extrações, tratamento de cáries e doenças periodontais, além de procedimentos preventivos, como a aplicação de flúor e selantes.

- **Ações de prevenção e promoção da saúde bucal:** a equipe deve realizar atividades de educação em saúde bucal, tanto no consultório quanto em escolas e comunidades. Essas atividades incluem campanhas de conscientização sobre a importância da escovação correta, o uso de fio dental e a prevenção de doenças bucais.

- **Atendimento de urgências odontológicas:** além dos atendimentos de rotina, a ESB também deve estar preparada para lidar com situações de urgência odontológica, como dores agudas e traumas bucais.

- **Apoio às ações interdisciplinares:** a ESB trabalha em conjunto com a Equipe de Saúde da Família e os profissionais do NASF-AB, contribuindo para o cuidado integral dos pacientes. Por exemplo, a saúde bucal é considerada em casos de doenças crônicas como diabetes, onde o controle da saúde geral impacta diretamente na saúde bucal.

- **Visitas domiciliares e comunitárias:** em áreas de difícil acesso ou em situações especiais (como pacientes acamados ou com mobilidade reduzida), a ESB pode realizar visitas domiciliares, levando o atendimento odontológico diretamente à casa dos usuários.

A integração da saúde bucal no âmbito da Atenção Básica é uma conquista importante da PNAB, pois amplia o conceito de cuidado integral, considerando todas as dimensões da saúde.

- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado para apoiar e complementar as ações das ESF, ampliando o escopo de atuação das equipes por meio de uma abordagem interdisciplinar. O NASF-AB é composto por profissionais de diferentes áreas da saúde, e sua formação pode variar de acordo com as necessidades da população atendida. Os principais profissionais que podem integrar o NASF-AB são:

- **Psicólogos:** atuam no apoio à saúde mental, oferecendo suporte terapêutico a indivíduos, famílias e grupos. Realizam intervenções voltadas para o cuidado com transtornos psicológicos, como ansiedade e depressão, e desenvolvem ações preventivas, como grupos de apoio emocional.

- **Fisioterapeutas:** promovem a reabilitação física de pacientes com limitações motoras, auxiliando na recuperação de movimentos e na melhoria da qualidade de vida. Eles também

atuam na prevenção de lesões e no tratamento de condições crônicas que afetam a mobilidade, como dores lombares e doenças articulares.

- **Assistentes sociais:** realizam o acompanhamento de indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social, articulando ações com políticas de assistência social e direitos sociais. Eles desempenham um papel importante na mediação entre o serviço de saúde e outras redes de apoio social.

- **Nutricionistas:** orientam sobre a alimentação saudável e realizam o acompanhamento nutricional de pacientes com necessidades especiais, como gestantes, crianças em fase de crescimento, diabéticos e obesos. Também participam de campanhas educativas sobre nutrição e hábitos alimentares.

- **Farmacêuticos:** auxiliam na gestão e uso racional de medicamentos, orientando pacientes sobre os cuidados necessários com suas medicações. Realizam o acompanhamento farmacoterapêutico, garantindo que os tratamentos medicamentosos sejam seguidos corretamente e que não haja interações prejudiciais.

- **Fonoaudiólogos:** realizam o diagnóstico e tratamento de distúrbios da fala, audição e deglutição. Esses profissionais são importantes no acompanhamento de crianças com dificuldades de aprendizado, idosos com perda auditiva e pacientes com problemas de comunicação.

- **Terapeutas ocupacionais:** ajudam pacientes a recuperar ou manter a capacidade de realizar atividades diárias, especialmente em casos de limitações físicas, mentais ou emocionais. Eles podem atuar em reabilitação de AVCs, deficiências motoras e no acompanhamento de idosos.

- **Educadores físicos:** atuam na promoção da prática regular de exercícios físicos, essencial para a prevenção de doenças crônicas, como hipertensão, obesidade e diabetes. Desenvolvem atividades físicas adequadas para diferentes grupos etários e perfis de saúde.

- Atribuições Gerais do NASF-AB

O NASF-AB trabalha de forma integrada e complementar às Equipes de Saúde da Família, por meio de um modelo de apoio matricial, que envolve:

- **Suporte técnico às ESF:** os profissionais do NASF-AB atuam como consultores das equipes de Saúde da Família, oferecendo suporte especializado para casos mais complexos. Eles participam de reuniões de planejamento e de discussões de casos, ajudando a construir um cuidado mais integral e adaptado às necessidades dos pacientes.

- **Atendimento conjunto:** em situações onde há necessidade de intervenção especializada, os profissionais do NASF-AB podem atuar em conjunto com os membros da ESF, realizando atendimentos compartilhados. Por exemplo, um psicólogo pode acompanhar um médico de família em uma consulta de um paciente com depressão, oferecendo uma visão complementar.

- **Promoção de saúde e prevenção de doenças:** além do atendimento clínico, o NASF-AB organiza atividades coletivas e ações educativas voltadas para a promoção da saúde. Isso inclui a realização de oficinas de alimentação saudável, atividades físicas para grupos de risco, rodas de conversa sobre saúde mental e campanhas de vacinação.

- Fortalecimento da Interdisciplinaridade

A presença do NASF-AB fortalece a interdisciplinaridade na Atenção Básica. A atuação integrada entre diferentes profissionais promove um cuidado mais completo, que leva em consideração as várias dimensões da saúde – física, mental e social. Isso garante que os pacientes recebam um tratamento mais holístico, que aborde não apenas os sintomas, mas também as causas subjacentes de suas condições de saúde.

A troca de conhecimentos entre os profissionais das diferentes áreas permite a construção de soluções mais criativas e eficazes para os problemas de saúde. O NASF-AB também é um importante recurso para a formação continuada das ESF, promovendo discussões e capacitações que ajudam a equipe a enfrentar os desafios do cotidiano.

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, considerando:

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimoramento do Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que institui o Programa Mais Médicos, alterando a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução CIT Nº 21, de 27 de julho de 2017 Consulta Pública sobre a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), agosto de 2017; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 31 de agosto de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde - RAS.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/inequidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;

- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde e visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersetorialidade.

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS. Parágrafo único. Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

CAPÍTULO I DAS RESPONSABILIDADES

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas diretrizes contidas nesta portaria;

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica;

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, garantindo espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as normas vigentes;

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica;

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, estratégias e metas para a organização da Atenção Básica;

VII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica com vistas a promover ofertas de cuidado e o vínculo;

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, garantindo mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes, pessoas para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios;

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de cooperação horizontal, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XV - estimular a participação popular e o controle social;

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde;

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado;

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e

XX - articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede assistencial.

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, sendo responsabilidades da União:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal, regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do SUS, com vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação e pósgraduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado à Atenção Básica; e

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de saúde da Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do componente estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, estratégias, diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente nos Estados e Distrito Federal;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo regular e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios;

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização do monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica; e

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.

Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;

III - organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.

IV - estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;

V - manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;

VII - fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;

VIII - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

IX - ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios;

X - inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica;

XI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

XII - definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XIII - desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas;

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;

XVI - garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;

XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;

XVIII - organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e

IX - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.

Art. 11 A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo a esta Portaria.

Art. 12 Fica revogada a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
RICARDO BARROS

ANEXO POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, conforme normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica serão orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1 - Princípios

- **Universalidade:** possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- **Equidade:** ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

- **Integralidade:** É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade.

1.2 - Diretrizes

- **Regionalização e Hierarquização:** dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, e a hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e referências estabelecidos.

- **Territorialização e Adscrição:** de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço e estão, portanto, adscritos a ele. Para efeitos desta portaria, considerase Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas.

III - **População Adscrita:** população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado.

- **Cuidado Centrado na Pessoa:** aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

- **Resolutividade:** reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI - **Longitudinalidade do cuidado:** pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado.

VII - **Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX - Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

2 - A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem

a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

- a) Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- b) Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

3 - INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e de recursos humanos às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1 Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os parâmetros de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e os tipos de equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam previstos espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normativas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES, bem como

nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de segurança sanitária.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomenda-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou dificultar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, escala dos profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional na Atenção Básica, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

3.2 Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

a. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros ambientes conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório, sala de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário consultório odontológico com equipo odontológico completo;

b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com leitos em número suficiente para toda a equipe; cozinha e outros ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:

Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-x para radiografias periapicais e interproximais; aventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra ângulo, e alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e

refletor odontológico; unidade auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se:

i) - População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: População/2.000.

iv) - Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe de acordo com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equidade, ou, ainda, pela decisão de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica

devem considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na Atenção Básica; e

- **Padrões Ampliados** - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas instâncias interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para mensurar sua capacidade resolutive, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, concisa e de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizarem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o país, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locais/regionais.

As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o acesso aos demais níveis de atenção da RAS.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos. As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutive, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado em local visível, próximo à entrada da UBS:

- Identificação e horário de atendimento;
- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;
- Identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;
- Relação de serviços disponíveis; e
- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4 - Tipos de Equipes:

1 - Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

2 - Equipe da Atenção Básica (eAB): esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário.

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar o perfil demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como generalistas nas equipes de Atenção Básica (eAB).

Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

3 - Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção básica, constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar nas seguintes modalidades:

Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;

Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

Cada equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de

forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas;

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatria; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades dos territórios.

5 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica. São itens necessários à implantação desta estratégia:

a. a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b. o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c. o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários, por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d. o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;

e. cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e h. cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5 - EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. Em algumas realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde às populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que devem atuar de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as equipes que atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se faça uma transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as pessoas e populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6 - ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1 - Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantaneira: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneiras podem optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o restante do país:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e

ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as ESFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 11 (onze) Auxiliares/Técnicos de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As ESFR poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação.

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carga horária equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que servem para atuação das eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, a eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s) ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente da especialidade de Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família e 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão incluir, na composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Nasf - AB

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará circuito de deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s) ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

1 - Equipe de Consultório na Rua (eCR) -equipe de saúde com composição variável, responsável por articular e prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em determinado território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos em portaria específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica.

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais da mesma profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar agentes comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Entende-se por agente social o pro-fissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma específica.

Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em situação de rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profissionais de saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do território onde estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados como base os dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes, valor do incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de consultório na rua entre outras disposições.

1 - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que deve estar cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada do sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais ou nas Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir normativas específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal.

4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolatividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adscrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros pro-gramas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1 - Médico:

I - Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3 - Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV - Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII - Processar filme radiográfico;

XVIII - Selecionar moldeiras;

XIX - Preparar modelos em gesso;

XX - Manipular materiais de uso odontológico.

XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4 - Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII - Processar filme radiográfico;

VIII - Selecionar moldeiras;

IX - Preparar modelos em gesso;

X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5 - Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gestoral. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3 - Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV - Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII - Processar filme radiográfico;

XVIII - Selecionar moldeiras;

XIX - Preparar modelos em gesso;

XX - Manipular materiais de uso odontológico.

XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4 - Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII - Processar filme radiográfico;

VIII - Selecionar moldeiras;

IX - Preparar modelos em gesso;

X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5 - Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gestoral. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se tiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II - Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III - Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV - Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território; e

V - Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

5. DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera as pessoas em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I - Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade,

considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional de AB na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

II - Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de referência (adstrição), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidemiológicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os itinerantes (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

III - Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de outro nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV - Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado).

V - Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para a forma

como esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de horário de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc), e outros, para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo o acesso da população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidade da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de maior incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas unidades, de modo a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI - O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige resposta e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da UBS, na organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, na definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individual, nas ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número

limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe defina quais profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos para encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica o Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: 1- consulta ou procedimento imediato;

1. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;

2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;

3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de linha de cuidado bem definida;

4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o protocolo aplicável; e

5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe de saúde organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de

risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII - Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de saúde da população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o contato inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir amplo escopo de ofertas e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o cuidado, encaminhando de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui o uso de diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes de saúde para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de danos. Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes, como as ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolutividade e abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII - Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção Básica à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada.

IX - Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade Básica de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para famílias e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e envolva a participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI - Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que, além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação social dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a qualificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular formas de andar a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a saúde e a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, através de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades e demandas singulares do território de atuação da AB, denotando uma ampla possibilidade de temas para atuação, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável.

XII - Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de acepção deste termo (primária, secundária, terciária e quaternária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preveníveis, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção Básica e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e

d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da saúde e prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a realidade local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e rediscutir as ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Atenção Básica.

XIII - Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV - Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV - Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiência e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organização do serviço em função delas, entre outras;

XVI - Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das realidades presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de acordo com a necessidade/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas, situação epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de ações e de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII - Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial segura, envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado centrado na pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionando a identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII - Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos conselhos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores e da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX - Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse contexto, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores refletem, aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em

relações horizontais que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (estágios de graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam AB e instituições de ensino e pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde mais qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde sob a responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento da integração ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é possível oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente como estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das temáticas relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6. DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano Municipal de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de gestão do SUS. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para este fim, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I - Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, tais como os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB), as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde da Família Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III - Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV - Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, aplicação e comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V - Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I - Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do Município.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, a depender da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

1. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipe de Saúde Bucal (eSB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

1. O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

1. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipe de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos

em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

4.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades preexistentes ao Programa de Construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR)

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será definido em portaria específica.

5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) O valor do incentivo federal para o custeio de cada NASFAB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria específica. Os valores dos incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS (EACS) implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os dados de alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem transferir os dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SCNES.

III - Do credenciamento

Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica, pelos Municípios/ Distrito Federal;

a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da proposta de projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;

b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e

c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo devem estar inseridas no plano de saúde e programação anual.

II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Estaduais de Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:

a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB); e

b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de equipes por estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.

Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

III - O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acordo com o teto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e

IV - Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União, a gestão municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, num prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efetivamente credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, os Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por duplicidade de profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, con-forme normatização vigente; e

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigente por três meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II: O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/

ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as equipes descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica, e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e < >- ausência de alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) com os profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspensão de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros específicos para saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2-Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vigente, por parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que a mesma ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;- realizar as adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo; e-enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo, acompanhado do anexo referido no item I e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.Parágrafo único: as orientações sobre a documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/ SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa do gestor, para deferimento ou não da solicitação.

DETERMINANTES SOCIAIS E PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA

O setor Saúde não é o gestor das políticas de saneamento básico ou ambiental, mas deve participar da formulação dessas políticas, o que significa colaborar na definição das estratégias de atuação daqueles setores, em cada esfera de governo, especialmente pela identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde da população, pela disponibilização de informações epidemiológicas e ainda pela execução de ações de saneamento típicas do setor Saúde, tais como o controle de vetores, da poluição sonora, da qualidade do ar e da água de consumo humano e dos ambientes físicos de utilização coletiva, das emissões eletromagnéticas, monitoramento do destino dos efluentes líquidos domésticos e do lixo hospitalar, colaboração com a proteção do meio ambiente e do ambiente de trabalho, dentre outros.

A saúde é um direito humano fundamental e a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (CONASS)

A maior parte da carga mundial de morbidade e as causas principais das iniquidades em saúde, que se encontram em todos os países, surgem das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Estas condições são conhecidas como Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e incluem os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. (CONASS)

DSS - Conceito e Exemplos

A saúde permeia as áreas de atuação da administração pública dos municípios, estados e nação.

Assim, compreende-se então que **Determinantes Sociais de Saúde** são fatores sociais, políticos, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e de comportamento que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. **Exemplos de DSS:** alimentação, saneamento básico, educação, emprego e renda (condições de trabalho), habitação (moradia adequada), lazer (no modo como nos divertimos), meio ambiente (preservação dos recursos naturais e do meio ambiente - mares, rios, lagos, florestas etc.), transporte, acesso a serviços de saúde (na organização dos serviços de saúde), liberdade, acesso e posse da terra, valorização das culturas locais, participação popular, dever do governo de melhorar as condições de vida do povo.

Os Determinantes Sociais de Saúde, atualmente denominados por alguns como **condicionantes**, são definidos como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e que influenciam suas oportunidades à saúde, doença e expectativa de vida. Vários modelos foram construídos, procurando demonstrar a rede de relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde.

Sua base conceitual foi definida pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS, 2008), por meio do modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (apud CARVALHO; BUSS, 2008), sintetizado na Figura 2 a seguir.



Figura 2 - Determinantes sociais de saúde: Modelo de Dahlgren e Whitehead

Esse modelo estratifica os determinantes sociais de saúde em camadas, de acordo com seu nível de abrangência, dos determinantes individuais até os macrodeterminantes. Na base do desenho, a organização do modelo prevê os indivíduos, com suas características individuais, como sexo, idade e fatores genéticos, interferindo em seu potencial e sua condição de saúde.

Na camada intermediária, identificamos o comportamento e os estilos de vida individuais. Na camada seguinte, situam-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos, o acesso a ambientes saudáveis e serviços essenciais, como saúde e educação.

Por fim, o último nível apresenta aqueles que são considerados os “macro-determinantes”, que estão relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais da sociedade. Nesse nível, estão incluídos também determinantes supranacionais, como o modo de produção e consumo de uma cidade, um estado ou país e o processo de globalização. Essas condições são as que geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos populacionais, posicionando-os em camadas sociais distintas e provocando diferenciais de saúde.

LINHAS DE CUIDADOS

O QUE SÃO LINHAS DE CUIDADO

As Linhas de Cuidado são um modelo organizacional dentro da saúde que estrutura o percurso do paciente ao longo dos diferentes níveis de atendimento, garantindo um acompanhamento contínuo e integral. Elas visam proporcionar assistência coordenada desde a prevenção até a reabilitação, evitando falhas ou descontinuidades no tratamento.

► Características das Linhas de Cuidado

▪ **Atenção integral:** Consideram todas as necessidades do paciente, desde o primeiro atendimento até o acompanhamento de longo prazo.

▪ **Fluxo organizado:** Definem quais serviços e profissionais devem ser acionados em cada etapa do cuidado.

▪ **Coordenação entre níveis de atenção:** Conectam a atenção primária, secundária e terciária para evitar lacunas no atendimento.

▪ **Foco na humanização:** Respeitam as particularidades de cada paciente, promovendo um atendimento mais personalizado e eficiente.

Objetivos das Linhas de Cuidado:

- Melhorar a qualidade do atendimento.
- Reduzir a fragmentação dos serviços de saúde.
- Garantir acesso ágil e tratamento adequado.
- Otimizar o uso dos recursos do sistema de saúde.

Exemplos de Linhas de Cuidado:

▪ **Linha de Cuidado da Hipertensão e Diabetes:** acompanhamento contínuo para prevenir complicações como AVC e infarto.

▪ **Linha de Cuidado Materno-Infantil:** assegura atendimento adequado durante o pré-natal, parto e pós-parto.

▪ **Linha de Cuidado em Saúde Mental:** articula atendimento psicossocial, internações quando necessárias e suporte comunitário.

No Brasil, as Linhas de Cuidado fazem parte da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo um atendimento estruturado e acessível para diferentes condições e perfis de pacientes.

LINHAS DE CUIDADO NO SUS

As Linhas de Cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) são estratégias organizacionais que estruturam o percurso do paciente dentro da rede de atenção, garantindo acesso, continuidade e qualidade na assistência.

Elas são fundamentais para a organização do SUS, pois promovem a integralidade e evitam a fragmentação do cuidado.

► Objetivos das Linhas de Cuidado no SUS

- Garantir acesso adequado e tratamento contínuo aos pacientes.
- Integrar os diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária).
- Reduzir lacunas e desorganização no atendimento.
- Melhorar os indicadores de saúde e reduzir complicações de doenças.
- Otimizar a utilização dos recursos públicos.

► Estrutura das Linhas de Cuidado no SUS

As Linhas de Cuidado no SUS são organizadas dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que segue uma hierarquia de serviços:

Atenção Primária à Saúde (APS):

- Porta de entrada do SUS.
- Inclui Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes de Saúde da Família.
- Responsável pela prevenção, diagnóstico inicial e acompanhamento de doenças crônicas.

Atenção Secundária:

- Serviços especializados, como centros de especialidades e policlínicas.
- Atendimento por especialistas (cardiologistas, endocrinologistas, psiquiatras, etc.).
- Exames complementares e diagnósticos mais complexos.

Atenção Terciária:

- Inclui hospitais de média e alta complexidade.
- Realização de cirurgias e tratamentos especializados, como oncologia e neurologia.
- Atendimento a pacientes em estado grave ou com condições complexas.

Atenção à Reabilitação e Cuidados Paliativos:

- Serviços que auxiliam na recuperação e na qualidade de vida.
- Inclui reabilitação física, psicológica e social.
- Cuidados para pacientes crônicos e terminais.

► Exemplos de Linhas de Cuidado no SUS

O SUS organiza diversas Linhas de Cuidado para atender as principais necessidades da população. Algumas das mais importantes incluem:

Linha de Cuidado da Hipertensão e Diabetes:

- Identificação precoce de pacientes com pressão alta e diabetes.
- Acompanhamento na Atenção Primária para controle das doenças.
- Encaminhamento para especialistas quando há risco de complicações.

Linha de Cuidado Materno-Infantil:

- Acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério.
- Monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil.
- Vacinação e ações de promoção da saúde da criança e da gestante.

Linha de Cuidado do Câncer:

- Rastreamento precoce (mamografia, exames de colo do útero, PSA para próstata).
- Encaminhamento rápido para diagnóstico e tratamento.
- Atendimento multidisciplinar, incluindo suporte psicológico e paliativo.

Linha de Cuidado em Saúde Mental:

- Atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde.
- Acompanhamento para transtornos mentais e dependência química.
- Suporte familiar e reinserção social do paciente.

Linha de Cuidado das Doenças Respiratórias:

- Acompanhamento de doenças como asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).
- Distribuição de medicamentos essenciais pelo SUS.
- Educação para prevenção e manejo da doença.

► Desafios na Implementação das Linhas de Cuidado no SUS

Apesar da importância das Linhas de Cuidado, sua implementação enfrenta desafios:

Fragmentação dos Serviços:

- Muitas vezes, há falha na comunicação entre os níveis de atenção.
- O paciente pode ter dificuldades para dar continuidade ao tratamento.

Falta de Profissionais e Infraestrutura:

- Déficit de médicos especialistas em algumas regiões.
- Falta de equipamentos e insumos para exames e tratamentos.

Dificuldades no Acesso aos Serviços:

- Longas filas de espera para exames e consultas especializadas.
- Dificuldade no transporte de pacientes entre cidades para atendimento especializado.

As Linhas de Cuidado no SUS são fundamentais para garantir um atendimento estruturado, integral e contínuo. Elas permitem que os pacientes sejam acompanhados desde a atenção básica até tratamentos mais complexos, promovendo um cuidado eficaz e humanizado.

No entanto, desafios como falta de recursos, dificuldade de integração entre serviços e filas de espera precisam ser superados para que as Linhas de Cuidado cumpram seu papel de oferecer assistência de qualidade a toda a população.

O fortalecimento da atenção primária, o investimento em tecnologia e a qualificação das equipes de saúde são medidas essenciais para aprimorar esse modelo no SUS.

DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO

A implementação das Linhas de Cuidado enfrenta diversos desafios que dificultam sua efetividade dentro do sistema de saúde, especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS).

Esses desafios envolvem desde questões estruturais e organizacionais até a disponibilidade de profissionais e a integração entre os níveis de atenção.

► Falta de Integração entre os Níveis de Atenção

Um dos maiores desafios é garantir a articulação entre a atenção primária, secundária e terciária. Muitas vezes, os serviços funcionam de maneira isolada, sem um fluxo eficiente de comunicação entre as unidades de saúde.

Consequências da Falta de Integração:

- O paciente pode não conseguir dar continuidade ao tratamento, sendo perdido no sistema.
- Exames e diagnósticos feitos em um nível de atenção podem não ser aproveitados no outro, gerando repetição de procedimentos e desperdício de recursos.
- A demora no encaminhamento para especialistas pode agravar o quadro do paciente.

Soluções Possíveis:

- Implementação de prontuário eletrônico unificado para facilitar o compartilhamento de informações entre os serviços.
- Criação de protocolos bem definidos para garantir o fluxo adequado dos pacientes entre os níveis de atenção.
- Capacitação dos profissionais para que saibam como encaminhar corretamente os pacientes.

► Deficiência na Regulação do Acesso aos Serviços

O acesso a exames, consultas especializadas e procedimentos hospitalares muitas vezes é lento e burocrático, gerando longas filas de espera.

Principais Problemas:

- Falta de vagas para consultas e exames especializados.
- Dificuldade na priorização de casos urgentes devido à falta de critérios padronizados.
- Ausência de um sistema informatizado eficiente para a regulação das demandas.

Soluções Possíveis:

- Uso de tecnologia e inteligência artificial para otimizar a regulação dos pacientes.
- Expansão da telemedicina, permitindo consultas com especialistas a distância.
- Adoção de centros de diagnóstico regionalizados, evitando sobrecarga dos grandes hospitais.

► Déficit de Profissionais Especializados

A falta de médicos especialistas e outros profissionais de saúde compromete a efetividade das Linhas de Cuidado, especialmente em cidades do interior.

Principais Problemas:

- Baixa fixação de especialistas em áreas remotas.
- Sobrecarga dos profissionais existentes, resultando em menor qualidade do atendimento.
- Falta de capacitação contínua para atualização dos profissionais.

Soluções Possíveis:

- Incentivos financeiros e estruturais para que especialistas se fixem em áreas carentes.
- Ampliação de programas de residência médica e capacitação de profissionais.
- Maior uso da telemedicina para suprir a carência de especialistas em locais distantes.

► Falhas na Infraestrutura e Recursos Insuficientes

Muitas unidades de saúde não possuem equipamentos adequados, insumos básicos e estrutura física apropriada, dificultando a execução das Linhas de Cuidado.

Principais Problemas:

- Hospitais e unidades de saúde sucateados ou com falta de manutenção.
- Déficit de equipamentos essenciais, como tomógrafos e ultrassons.
- Falta de medicamentos e materiais básicos.

Soluções Possíveis:

- Aumento do investimento público na saúde para melhorar a infraestrutura das unidades.
- Parcerias entre os setores público e privado para modernização dos serviços.
- Melhor gestão de compras e distribuição de insumos para evitar desperdícios e escassez.

► Dificuldade na Educação e Engajamento do Paciente

O paciente precisa entender e participar ativamente do seu tratamento, mas muitas vezes falta orientação adequada.

Principais Problemas

- Baixa adesão ao tratamento por falta de informação.
- Desconhecimento sobre os serviços disponíveis dentro da Linha de Cuidado.
- Falta de ações educativas para prevenção de doenças.

Soluções Possíveis

- Fortalecimento das ações de educação em saúde dentro da Atenção Primária.
- Uso de tecnologias, como aplicativos e mensagens, para lembrar os pacientes de consultas e exames.
- Capacitação dos profissionais para que saibam orientar melhor os pacientes.

A implementação das Linhas de Cuidado é essencial para garantir um atendimento contínuo e de qualidade dentro do SUS, mas enfrenta desafios estruturais, organizacionais e humanos. A falta de integração entre os serviços, os problemas na regulação do acesso, o déficit de profissionais, a precariedade da infraestrutura e a baixa educação do paciente são obstáculos que comprometem a efetividade desse modelo.

Superar esses desafios exige investimento financeiro, uso de tecnologia, capacitação profissional e fortalecimento da Atenção Primária. Com um planejamento adequado, as Linhas de Cuidado podem se tornar um pilar fundamental para um sistema de saúde mais eficiente e humanizado.

PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, à busca da equidade e à incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas. A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, enquanto aposta ético-estético-política, fundamenta-se nos princípios de transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, e protagonismo dos sujeitos e coletivos, visando a transformar as práticas de saúde de modo a valorizar a dimensão subjetiva e coletiva dos processos de trabalho.

Avanços e Conquistas do SUS

Entre os avanços e conquistas, pode-se facilmente destacar que há um SUS que dá certo, pois:

- **Presença Nacional:** A rede de atenção pública de saúde está presente em todo o território nacional, em todos os estados e municípios, garantindo acesso universal à saúde.

- **Inovações nas Práticas de Saúde:** Muitos serviços de saúde têm experimentado, em todo território nacional, inovações na organização e oferta das práticas de saúde, permitindo a articulação de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

- **Reorganização da Rede de Atenção:** O SUS vem reorganizando a rede de atenção à saúde, produzindo impacto significativo na qualidade de vida dos brasileiros.

- **Produção de Cidadania:** O SUS tem propiciado a produção de cidadania, envolvendo e corresponsabilizando a sociedade na condução da política de saúde, criando um sistema de gestão colegiada com forte presença e atuação de conferências e conselhos de saúde.

- **Novos Arranjos e Instrumentos de Gestão:** O SUS construiu novos arranjos e instrumentos de gestão, que ampliaram a capacidade de gestão e de corresponsabilização, servindo inclusive de referência para a organização de outras políticas públicas no Brasil.

- **Fortalecimento da Descentralização:** O SUS vem fortalecendo o processo de descentralização, ampliando a presença, a autonomia e a responsabilização sanitária dos municípios na organização das redes de atenção à saúde.

- **Articulação Regional:** Tem havido uma ampliação da articulação regional, melhorando a oferta de recursos assistenciais e a relação custo-efetividade, ampliando o acesso da população ao conjunto dos serviços de saúde.

Desafios para a Produção de Saúde

Apesar dos avanços, o SUS ainda é uma reforma incompleta na saúde, encontrando-se em pleno curso de mudanças. Muitos desafios para a produção de saúde permanecem, como por exemplo:

- **Qualificar o Sistema de Co-gestão do SUS:** Melhorar a qualidade da gestão compartilhada entre gestores, trabalhadores e usuários.

- **Criar um Sistema de Saúde em Rede:** Superar o isolamento dos serviços em níveis de atenção, promovendo maior integração e comunicação entre as equipes, reduzindo a segmentação do cuidado.

- **Fortalecer a Atenção Básica:** Ampliar e qualificar a atenção básica como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde.

- **Regionalização Cooperativa e Solidária:** Fortalecer os processos de regionalização para ampliar o acesso com equidade.

- **Diversidade Cultural e Desigualdade Socioeconômica:** Considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional na formulação e implementação das políticas de saúde.

- **Complexo Padrão Epidemiológico:** Considerar o complexo padrão epidemiológico do povo brasileiro, utilizando estratégias e tecnologias diversas para atender às diferentes necessidades de saúde.

- **Recursos e Corresponsabilidades Sanitárias:** Superar a disputa de recursos entre os entes federados e afirmar a contratação de corresponsabilidades sanitárias.

- **Interferência da Lógica Privada:** Diminuir a interferência da lógica privada na organização da rede de saúde, ampliando a corresponsabilização nos processos de cuidado.

- **Concepção de Saúde:** Ampliar a concepção de saúde além da ausência de doença, fortalecendo a visão de saúde como produção social, econômica e cultural.

- **Financiamento Adequado:** Garantir recursos suficientes para o financiamento do SUS, superando o subfinanciamento crônico.

- **Fragmentação do Trabalho:** Superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais de saúde.

- **Diretrizes de Acolhimento e Clínica Ampliada:** Implementar diretrizes de acolhimento e clínica ampliada, reforçando o compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida.

- **Interação nas Equipes:** Melhorar a interação nas equipes de saúde, qualificando-as para lidar com as singularidades dos sujeitos e coletivos.

- **Valorização do Trabalhador:** Promover estratégias de valorização do trabalhador, incluindo melhorias nas condições de trabalho e investimentos na qualificação profissional.

- **Processos de Co-gestão:** Fomentar processos de co-gestão, incentivando a inclusão de trabalhadores e usuários em todo o processo de produção de saúde.

- **Direitos dos Usuários:** Incorporar de forma efetiva nas práticas de gestão e atenção os direitos dos usuários da saúde.

A Humanização como Política Transversal na Rede

A humanização, vista não como um programa, mas como uma política pública que transversaliza as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, implica em:

- **Princípios do SUS em Ação:** Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde.

- **Práticas Orientadas pela Experiência:** Orientar as práticas de atenção e gestão a partir da experiência concreta do trabalhador e usuário, construindo um sentido positivo de humanização.

- **Trocas Solidárias:** Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos.

- **Eixo Articulador das Práticas:** Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente.

- **Atitudes Humanizadoras:** Contagiar, por atitudes e ações humanizadoras, a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

- **Posicionamento como Política Pública:** Posicionar-se como política pública nos limites da máquina do Estado e nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, promovendo a intersetorialidade.

Conceitos Fundamentais da Humanização no SUS

- **Valorização dos Sujeitos:** Valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

- **Autonomia e Protagonismo:** Fomentar a autonomia e o protagonismo desses sujeitos e dos coletivos.

- **Corresponsabilidade na Produção de Saúde:** Aumentar o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos.

- **Vínculos Solidários:** Estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão.

- **Interação com Demandas Sociais:** Mapear e interagir com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde.

- **Inclusão e Equidade:** Defender um SUS que reconheça a diversidade do povo brasileiro e ofereça a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual.

- **Modelos de Atenção e Gestão:** Promover mudanças nos modelos de atenção e gestão, focando nas necessidades dos cidadãos e na valorização dos trabalhadores e das relações sociais no trabalho.

- **Compromisso com a Qualidade dos Serviços:** Propor um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, ágil e resolutivo, comprometido com a qualidade dos serviços e a saúde integral.

Operacionalização da Humanização no SUS

A humanização do SUS se operacionaliza através de:

- **Resgate dos Fundamentos Básicos:** Reconhecendo gestores, trabalhadores e usuários como sujeitos ativos e protagonistas das ações de saúde.

- **Espaços de Encontro:** Construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos, como Grupos de Trabalho em Humanização e Colegiados de Gestão.

- **Troca de Saberes:** Fomento da construção e troca de saberes.

- **Trabalho em Rede:** Promoção do trabalho em rede com equipes multiprofissionais e transdisciplinares.

- **Mapeamento de Demandas:** Mapeamento, análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde.

- **Pactos entre Níveis de Gestão:** Estabelecimento de pactos entre os diferentes níveis de gestão do SUS e entre gestores, trabalhadores e usuários.

- **Redes Solidárias e Participativas:** Construção de redes solidárias, interativas, participativas e protagonistas do SUS.

Princípios Norteadores da Política de Humanização

Os princípios norteadores da política de humanização incluem:

- **Dimensão Subjetiva e Coletiva:** Valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão.

- **Trabalho em Equipe Multiprofissional:** Fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade.

- **Redes Cooperativas e Solidárias:** Apoio à construção de redes cooperativas e solidárias comprometidas com a produção de saúde e sujeitos.

- **Autonomia e Protagonismo:** Construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos.

- **Corresponsabilidade nos Processos de Gestão:** Fortalecimento da corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção.

- **Controle Social Participativo:** Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS.

- **Democratização das Relações de Trabalho:** Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores.

- **Valorização da Ambiência:** Valorização da ambiência com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores.

Estrutura da PNH

A PNH se estrutura a partir de:

- **Princípios:** Transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, e protagonismo dos sujeitos e coletivos.

- **Método:** Inclusão dos diferentes sujeitos, análise coletiva dos conflitos e fomento das redes.

- **Diretrizes:** Clínica ampliada, co-gestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, coletivos e redes, e construção da memória do SUS que dá certo.

- **Dispositivos:** Diversos dispositivos como Grupo de Trabalho de Humanização, colegiados gestores, contratos de gestão, sistemas de escuta qualificada, visita aberta e direito a acompanhante, entre outros.

Resultados Esperados com a PNH

Os resultados esperados com a implementação da PNH incluem:

- **Redução de Filas e Tempo de Espera:** Redução das filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo.

- **Conhecimento dos Profissionais:** Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços responsável por sua referência territorial e atenção integral.

- **Garantia dos Direitos dos Usuários:** As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, ampliando os mecanismos de sua participação ativa e de sua rede sociofamiliar.

- **Gestão Participativa:** Garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente em saúde e na adequação de ambiência e espaços saudáveis de trabalho.

- **Valorização dos Trabalhadores:** Implementação de atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde.

Estratégias Gerais

Para a implementação da PNH, são propostas ações nos seguintes eixos:

- **Instituições do SUS:** Inclusão da PNH nos planos estaduais e municipais de saúde.

- **Gestão do Trabalho:** Promoção da participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão.

- **Financiamento:** Integração de recursos vinculados a programas de humanização, repassados fundo a fundo.

- **Atenção:** Política incentivadora de ações integrais e intersectoriais de saúde.

- **Educação Permanente em Saúde:** Inclusão da PNH como conteúdo curricular e orientação de processos de educação permanente em saúde.

- **Informação e Comunicação:** Inclusão da PNH no debate da saúde por meio da mídia e discurso social amplo.

- **Gestão da PNH:** Práticas de planejamento, monitoramento e avaliação baseadas nos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.

Parâmetros para Implementação de Ações

Para orientar a implementação de ações de humanização na rede SUS, são definidos objetivos específicos como:

- **Ampliar o Diálogo:** Promover a gestão participativa e a gestão compartilhada dos cuidados.

- **Implantar Grupos de Trabalho:** Fortalecer os Grupos de Trabalho e Câmaras Técnicas de Humanização.

- **Práticas de Atenção Compartilhadas:** Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizando o uso de recursos.

- **Reforçar a Clínica Ampliada:** Compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas.

- **Sensibilizar para a Violência:** Sensibilizar as equipes de saúde para a violência em todas as suas manifestações.

- **Adequar Serviços à Cultura dos Usuários:** Respeitar a privacidade e promover uma ambiência acolhedora e confortável.

- **Viabilizar a Participação dos Trabalhadores:** Promover a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde.

- **Implementar Sistemas de Comunicação:** Desenvolver sistemas de comunicação e informação que promovam a autonomia e protagonismo das equipes e da população.

- **Valorizar a Jornada de Trabalho Integral:** Incentivar a jornada de trabalho integral no SUS e a participação dos trabalhadores em processos de educação permanente.

- **Promover a Qualidade de Vida no Trabalho:** Implementar atividades voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores da saúde.

QUESTÕES

1. VUNESP - 2023

Determinada pela Constituição Federal e pela Lei nº 8.142/1990, a participação da comunidade de forma institucional é uma conquista do SUS, que torna efetiva a participação de gestores, trabalhadores e usuários na fiscalização e formulação da política pública da saúde.

É correto afirmar sobre o controle social no SUS:

(A) está diretamente relacionado ao grau de centralização das políticas públicas, visando ao fortalecimento da gestão federal no que se refere ao financiamento.

(B) a busca pela gestão participativa na política pública de saúde deve envolver os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

(C) conselhos de saúde, conselhos gestores de unidade, conselhos intersetoriais, conferências e assembleias constituem as instâncias colegiadas para o exercício da participação e controle social.

(D) é condição para o repasse de recursos para o financiamento das ações de saúde da União para os Estados e dos Estados para os Municípios, incluindo a destinação de recursos via emenda parlamentar, a existência de Conselho e Conferência de Saúde.

(E) a participação popular confere à gestão do SUS transparência, comprometimento com as demandas sociais e ampliação das perspectivas das ações e serviços de saúde, na busca pelo enfrentamento de iniquidades.

2. VUNESP - 2022

A respeito da governança do Sistema Único de Saúde (SUS), é correto afirmar, com base na Lei nº 8.080/1990, que

(A) a direção do sistema é múltipla, sendo exercida no âmbito dos municípios pelas Secretarias de Saúde, pelas Vigilâncias Sanitárias, Conselhos de Saneamento e Conselhos de Saúde.

(B) a iniciativa privada não participa do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que em caráter complementar.

(C) a centralização político-administrativa é um dos princípios fundamentais do SUS, sendo base da sua organização.

(D) no nível municipal, o SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

(E) é competência exclusiva da União a organização e coordenação do sistema de informação de saúde.

3. VUNESP - 2020

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde – SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal. Dentre os princípios doutrinários da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 8.080/90). Assinale a alternativa correta.

(A) Universalidade: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

(B) Integralidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, integralidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

(C) Universalização: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

(D) Comando único: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida.

(E) Equidade: é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, a equidade objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos.

4. VUNESP - 2021

O art. 5º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, estabelece que, para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, algumas ações e serviços, dentre eles:

(A) urgência e emergência e vigilância epidemiológica.

(B) atenção psicossocial e atenção quaternária.

(C) atenção ambulatorial especializada e hospitalar e atenção terciária.

(D) vigilância em saúde e atenção secundária.

(E) atenção primária e urgência e emergência.

5. VUNESP - 2023

O componente da Atenção Primária em Saúde, intermediário entre ela e a atenção secundária, que possibilita a articulação com outros pontos da rede e também a ocupação dos aparatos sociais disponíveis no território visando aumentar a coordenação do cuidado, é denominado

(A) Serviços Especiais de Acesso Aberto.

(B) Equipes de Atenção Básica.

(C) Equipes de Saúde da Família.

- (D) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.
(E) Equipes de Consultórios de Rua.

6. VUNESP - 2021

O desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS é estratégico para a reestruturação do sistema de saúde brasileiro. Assinale a alternativa correta a respeito das diretrizes da RAS.

- (A) As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de apoio técnico, logístico de gestão, que buscam garantir a integralidade de cuidado.
(B) Caracterizam-se pela formação de relações verticais entre equipamentos de saúde com o centro de comunicação na Atenção Hospitalar, pela centralidade na necessidade da saúde da população, pela responsabilização na atenção especializada e pelo cuidado multiprofissional.
(C) As RAS são estabelecidas em cada esfera de governo, não necessitando de articulação entre os serviços municipais, estaduais e federais.
(D) As RAS estarão compreendidas no âmbito de um município apenas, pactuado nas Comissões Intergestores.
(E) RAS é composta por serviços de saúde, da Atenção Primária de Saúde a hospitais especializados, para assistir as demandas de judicialização da saúde.

7. VUNESP - 2023

Indicadores em saúde são muito importantes para o acompanhamento de processos e modelos de gestão assistencial, uma vez que permitem também estabelecer metas dentro de políticas públicas voltadas para a população.

A taxa de novos casos de uma doença contagiosa é também chamada de

- (A) incidência.
(B) prevalência.
(C) mortalidade.
(D) virulência.
(E) morbidade.

8. VUNESP - 2022

São doenças de notificação compulsória em até 24 horas para o Ministério da Saúde:

- (A) rubéola, casos de dengue, doença de Chagas e tularemia.
(B) botulismo, febre amarela, febre maculosa e poliomielite.
(C) malária, hantavirose, esquistossomose e varíola.
(D) raiva humana, sarampo, chikungunya e hepatites virais.
(E) hanseníase, febre tifoide, leishmaniose tegumentar e leptospirose.

9. VUNESP - 2021

O Calendário Nacional de Vacinação prevê imunização, entre outras doenças, contra

- (A) tétano, leptospirose e varíola.
(B) sarampo, AIDS e varicela.
(C) hepatite B, doença de Chagas e febre amarela.
(D) poliomielite, HPV e rubéola.
(E) AIDS, dengue e tuberculose.

10. VUNESP - 2023

Além de outras vacinas oferecidas em campanhas nacionais, o Ministério da Saúde preconiza que as gestantes recebam, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação, vacinas contra

- (A) tétano, sarampo, caxumba e rubéola.
(B) hepatite B, difteria, coqueluche e tétano.
(C) papiloma vírus humano 6, tétano, meningite meningocócica e rubéola.
(D) tétano e rubéola.
(E) hepatite B, sarampo, rubéola e tétano.

11. VUNESP - 2022

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica

- (A) a centralização das ações é um dos princípios que a norteiam.
(B) a atenção básica deve ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.
(C) as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são um arranjo político de ações e serviços de saúde, de densidade tecnológica básica, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão.
(D) as RAS devem ser capazes de solucionar mais de 50% dos problemas de saúde de sua população.
(E) os pontos de atenção à saúde são constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistema de assistência farmacêutica.

12. VUNESP - 2023

De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é um princípio do Sistema Único de Saúde e da Rede de Atenção à Saúde a ser operacionalizado na Atenção Básica

- (A) a integralidade.
(B) a participação da sociedade.
(C) a ordenação do cuidado.
(D) o cuidado centrado na pessoa.
(E) a territorialização.

13. VUNESP - 2023

Com relação à prática da tele saúde, assinale a alternativa correta, com base na Lei Federal nº 8.080/90.

- (A) Embora seja permitida para a saúde privada, a prestação remota de serviços de saúde é vedada no âmbito do Sistema Único de Saúde.
(B) Consiste na prestação remota de serviços relacionados a todas as profissões da área da saúde regulamentadas pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal.
(C) É dispensada a inscrição complementar para até dez atendimentos mensais para o profissional de saúde que exercer a profissão em outra jurisdição por meio da modalidade tele saúde.

(D) Trata da prestação de remota de serviços de medicina, excluído os médicos veterinários, a ser regulamentado pelos órgãos competentes do Poder Executivo federal.

(E) A prestação de remota de serviços de medicina deve envolver chamadas de voz e vídeo, vedadas a utilização somente de mensagens de texto, garantindo-se a transmissão segura de dados e informações de saúde.

14. VUNESP - 2022

A participação da comunidade no SUS é uma das diretrizes da Constituição Federal de 1988 e da implantação do SUS. Assinale a alternativa correta a respeito das instâncias dessa participação.

(A) Desde que foi criado em 1937, o Conselho Nacional de Saúde mudou a composição, mas manteve o seu caráter consultivo e seus objetivos.

(B) A Lei nº 8.142 definiu a participação da comunidade instituindo as Conferências e os Conselhos de Saúde.

(C) O Conselho Nacional de Saúde existe legalmente desde 1937 e, portanto, já havia definição de como se daria a participação da comunidade.

(D) O Conselho Nacional de Saúde é presidido pelo Ministro da Saúde, salvo nos casos em que renuncie a este cargo.

(E) Os conselhos de saúde têm em sua composição, obrigatoriamente, representantes de pessoas com doenças crônicas.

15. VUNESP - 2022

Assinale a alternativa correta sobre a Reforma Sanitária, a criação e a implementação do SUS.

(A) O termo Reforma Sanitária foi usado pela primeira vez no país inspirado no sistema de saúde norte-americano.

(B) A Reforma Sanitária preconizava mudanças além do setor saúde, introduzindo uma nova ideia cujo resultado era entendido como a melhoria das condições de vida da população.

(C) A participação dos movimentos sociais na 8ª Conferência Nacional de Saúde dificultou a discussão sobre a relação público-privado na saúde.

(D) A criação do SUS foi possível graças a um acordo de não se definir em legislação as fontes de seu financiamento.

(E) Como a prioridade do SUS é a prevenção de adoecimento, sua linha de atuação prioritária tem sido o cumprimento do programa nacional de imunização ao longo dos anos.

16. VUNESP - 2021

A saúde foi uma das áreas em que os avanços constitucionais foram mais significativos. O Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da Seguridade Social e uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, foi regulamentado, em 1990, pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Ao compreender o SUS como uma estratégia, o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destaca-se como premissa básica a

(A) defesa da saúde como direito de todos e dever do Estado.

(B) defesa da privatização consciente da saúde.

(C) importância da saúde privada na contenção de gastos.

(D) contribuição da iniciativa da sociedade civil à saúde.

(E) eficiência do Estado perante a saúde.

17. VUNESP - 2021

A diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) que reflete o processo de transferência de responsabilidade de gestão aos municípios no desenvolvimento das ações de saúde como atenção básica, vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, promoção da saúde e educação em saúde é denominada

(A) participação da comunidade.

(B) atendimento integral.

(C) descentralização.

(D) resolutividade.

(E) participação do setor privado.

18. VUNESP - 2020

A notificação compulsória de doenças tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica. A lista nacional das doenças de notificação vigente está restrita a alguns agravos e doenças de interesse sanitário para o País, e compõe o Sistema de Doenças de Notificação Compulsória. Para o Sistema, a notificação deve

(A) ser feita única e exclusivamente por médicos sanitaristas credenciados.

(B) sempre aguardar a confirmação do caso por meio laboratorial.

(C) contemplar apenas as doenças transmitidas por vetores.

(D) ser sigilosa, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos.

(E) ser realizada apenas no final de cada bimestre.

19. VUNESP - 2021

Fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Trata-se da definição de

(A) inequidades em saúde.

(B) processo de saúde das populações.

(C) epidemiologia.

(D) determinantes sociais da saúde.

(E) situação de saúde.

20. VUNESP - 2023

Uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, que visa qualificar a atenção através da valorização da autonomia do usuário e na aposta das diferentes especialidades compartilhando cuidados na equipe e com o usuário:

(A) hierarquização.

(B) clínica ampliada.

(C) universalidade.

(D) terceirização.

(E) verticalidade.

GABARITO

1	E
2	D
3	A
4	E
5	D
6	A
7	A
8	B
9	D
10	B
11	B
12	A
13	B
14	B
15	B
16	A
17	C
18	D
19	D
20	B

ANOTAÇÕES

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro

INTRODUÇÃO À ENFERMAGEM: FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM

Os modelos conceituais de enfermagem são estruturas teóricas que orientam a prática profissional, proporcionando uma base sólida para a tomada de decisões e a implementação de cuidados de saúde. Esses modelos são fundamentais porque oferecem uma perspectiva organizada e coerente sobre como os enfermeiros devem pensar sobre o cuidado, interagir com os pacientes e adaptar suas práticas às necessidades individuais.

A utilização de modelos conceituais na enfermagem não é apenas uma questão acadêmica, mas uma prática essencial para garantir que os cuidados sejam consistentes, eficazes e centrados no paciente. Eles ajudam a vincular teoria e prática, oferecendo diretrizes sobre como avaliar os pacientes, planejar intervenções e avaliar resultados. Além disso, esses modelos promovem uma linguagem comum entre os profissionais, facilitando a comunicação e a colaboração dentro das equipes de saúde.

Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias

O Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção em Famílias (MCF) é um dos modelos mais amplamente utilizados para trabalhar com famílias no contexto da enfermagem. Desenvolvido por Lorraine M. Wright e Maureen Leahey, esse modelo foi criado com o objetivo de oferecer uma estrutura teórica e prática para a avaliação e intervenção com famílias que estão enfrentando problemas de saúde.

O MCF é dividido em três grandes áreas de avaliação: **Estrutural**, **Desenvolvimento** e **Funcional**.

1. Avaliação Estrutural: Esta área foca na composição da família, incluindo os membros da família e suas relações. Ferramentas como genogramas e ecomapas são utilizadas para visualizar as relações familiares e os padrões de interação com o ambiente.

2. Avaliação do Desenvolvimento: Aqui, o foco é nos estágios de desenvolvimento da família e nos eventos que influenciam essas fases. Entender em que fase a família se encontra e como eventos como nascimento, casamento, morte ou mudanças de emprego afetam a dinâmica familiar é crucial para fornecer cuidados adequados.

3. Avaliação Funcional: Esta área investiga como os membros da família interagem entre si. São analisadas tanto as funções instrumentais, como as atividades diárias, quanto as funções expressivas, como a comunicação, apoio emocional e solução de problemas.

Na prática, o MCF é utilizado para identificar as necessidades da família e planejar intervenções que fortaleçam suas capacidades, promovam a saúde e previnam doenças. Um exemplo comum de aplicação é em situações onde um membro da família

enfrenta uma doença crônica. O enfermeiro usa o MCF para avaliar como a família lida com a doença, qual é o papel de cada membro e como o ambiente familiar pode influenciar o processo de tratamento e recuperação.

Este modelo é particularmente útil em contextos onde a saúde do paciente está intimamente ligada ao suporte familiar, como em cuidados paliativos, tratamento de doenças crônicas e saúde mental. O MCF reconhece a importância da família como uma unidade de cuidado e fornece uma estrutura para apoiar e fortalecer essa unidade, contribuindo para melhores resultados de saúde.

Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas (TNHB) é uma das contribuições mais significativas da enfermagem brasileira para a prática global. Desenvolvida por Wanda Horta, essa teoria é baseada no conceito de que a enfermagem deve focar no atendimento das necessidades humanas básicas, que são essenciais para a saúde e o bem-estar.

Wanda Horta, influenciada pelas ideias de Abraham Maslow sobre a hierarquia das necessidades humanas, organizou as necessidades em três categorias principais: **Necessidades Psicobiológicas**, **Necessidades Psicossociais** e **Necessidades Psicoespirituais**.

1. Necessidades Psicobiológicas: Estas necessidades são relacionadas aos processos físicos e biológicos, como alimentação, hidratação, eliminação, respiração e sono. Horta argumenta que a manutenção dessas necessidades é fundamental para a sobrevivência e que o enfermeiro deve estar atento a qualquer desvio que possa comprometer a saúde do paciente.

2. Necessidades Psicossociais: Esta categoria envolve necessidades relacionadas à interação social e bem-estar psicológico, como comunicação, afeto, segurança e participação social. A enfermagem, segundo Horta, deve garantir que essas necessidades sejam atendidas, especialmente em pacientes hospitalizados que podem sofrer de isolamento ou ansiedade.

3. Necessidades Psicoespirituais: Incluem as necessidades relacionadas ao sentido da vida, espiritualidade, crenças e valores. Horta enfatiza que a enfermagem não deve negligenciar essa dimensão, pois ela é crucial para o equilíbrio emocional e espiritual do paciente.

A TNHB propõe que o papel do enfermeiro é identificar qual dessas necessidades está comprometida e planejar intervenções que visem restabelecer o equilíbrio do paciente. Por exemplo, em um paciente hospitalizado por uma cirurgia, o enfermeiro deve avaliar não apenas as necessidades psicobiológicas (como a dor e a cicatrização), mas também as necessidades psicossociais (como a ansiedade em relação à recuperação) e as necessidades psicoespirituais (como a necessidade de apoio espiritual).

A teoria de Wanda Horta tem um impacto profundo na prática de enfermagem no Brasil, influenciando a formação de enfermeiros e a organização dos serviços de saúde. Ela promove uma visão holística do cuidado, onde o paciente é visto como um ser integral, com necessidades que vão além do físico e que requerem atenção em todas as dimensões da vida.

Notas sobre Enfermagem de Florence Nightingale

As “Notas sobre Enfermagem” de Florence Nightingale, publicadas pela primeira vez em 1859, são amplamente reconhecidas como o primeiro texto que sistematiza o conhecimento em enfermagem. Florence Nightingale é muitas vezes referida como a fundadora da enfermagem moderna, e suas ideias continuam a influenciar a prática até hoje.

Nightingale enfatizou a importância do ambiente no cuidado ao paciente. Ela acreditava que fatores como ventilação, iluminação, limpeza e nutrição eram essenciais para a recuperação dos doentes. Suas ideias podem ser resumidas em alguns princípios fundamentais:

1. Higiene e Saneamento: Nightingale insistia na limpeza rigorosa do ambiente hospitalar e na desinfecção de feridas, o que, na época, revolucionou a prática da enfermagem e da medicina. Sua ênfase na higiene contribuiu para a redução significativa das taxas de mortalidade em hospitais.

2. Ventilação e Luz: Ela acreditava que o ar puro e a luz solar eram cruciais para a cura. Nightingale recomendava janelas abertas e ambientes bem ventilados, argumentando que o ar fresco era um remédio natural.

3. Cuidado Holístico: Nightingale via o paciente como um ser integral, cujo corpo, mente e ambiente deviam ser cuidados conjuntamente. Ela defendia que os enfermeiros deviam observar e atender às necessidades emocionais e espirituais dos pacientes, além das físicas.

4. Educação e Treinamento: Nightingale também foi uma defensora fervorosa da educação formal para enfermeiros. Ela fundou a primeira escola de enfermagem secular, o que ajudou a profissionalizar a prática e a garantir padrões mais elevados de cuidado.

As “Notas sobre Enfermagem” de Florence Nightingale não apenas estabeleceram um padrão para a prática de enfermagem, mas também elevaram o status da profissão, enfatizando a importância de um ambiente de cura adequado e de um cuidado centrado no paciente. Sua abordagem metódica e baseada em evidências ainda é relevante, especialmente em tempos de crises sanitárias, onde os princípios de saneamento e controle de infecções são cruciais.

O legado de Florence Nightingale perdura, refletido na moderna prática de enfermagem que continua a valorizar o ambiente, o cuidado holístico e a importância da educação contínua dos profissionais.

Comparação e Conexões entre os Modelos

Ao comparar o Modelo Calgary, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e as Notas sobre Enfermagem de Florence Nightingale, podemos identificar tanto convergências quanto divergências que enriquecem a prática de enfermagem.

Semelhanças:

- **Cuidado Holístico:** Todos os modelos discutidos reconhecem a importância de um cuidado que vai além das necessidades físicas do paciente. Seja na abordagem familiar do Modelo Calgary, nas dimensões psicossociais e psicoespirituais da Teoria de Wanda Horta, ou na ênfase de Florence Nightingale no ambiente e nas necessidades emocionais do paciente, há uma clara valorização do ser humano em sua totalidade.

- **Importância do Ambiente:** Tanto Nightingale quanto o Modelo Calgary destacam a influência do ambiente na saúde e recuperação dos pacientes. Enquanto Nightingale foca no ambiente físico, o MCF expande essa ideia para o ambiente familiar e social.

Diferenças:

- **Foco do Cuidado:** O Modelo Calgary se concentra na unidade familiar, enquanto a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta é mais focada nas necessidades individuais do paciente.

As Notas de Nightingale, por sua vez, oferecem uma visão centrada no ambiente e na higiene.

- **Abordagem Teórica:** A TNHB de Wanda Horta é profundamente enraizada na psicologia e nas necessidades humanas, enquanto as Notas de Nightingale são mais práticas e menos teóricas. O Modelo Calgary, por outro lado, utiliza ferramentas específicas como genogramas, que são mais voltadas para a prática clínica em relação à dinâmica familiar.

Integração na Prática:

Integrar esses modelos na prática diária pode oferecer uma abordagem mais completa e personalizada para o cuidado. Por exemplo, ao cuidar de um paciente idoso com uma doença crônica, o enfermeiro pode usar o MCF para entender o papel da família no cuidado, aplicar a TNHB para garantir que todas as necessidades do paciente sejam atendidas, e seguir os princípios de Nightingale para manter um ambiente limpo e propício à recuperação.

EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM: CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM; LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL – COFEN/COREN

O Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que trata sobre o exercício da enfermagem no Brasil. Ele estabelece as normas e diretrizes para o trabalho de Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Parteiros, além de definir suas funções e competências. Esse decreto é importante porque organiza e formaliza a profissão, garantindo segurança e regulamentação para os trabalhadores da área e para a sociedade que depende desses serviços.

Pilares Principais do Decreto:

1. Exclusividade do Exercício Profissional da Enfermagem

- O exercício da enfermagem em suas diferentes categorias – enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiros – é restrito a profissionais habilitados e regis-

trados nos Conselhos Regionais de Enfermagem. Apenas esses profissionais podem desempenhar funções de enfermagem, garantindo o controle da qualidade dos serviços prestados e a segurança dos pacientes.

2. Definição de Competências Específicas

- O decreto detalha as funções e atribuições específicas para cada nível profissional da enfermagem:

- **Enfermeiros:** Realizam atividades mais complexas, como planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de enfermagem, além de prestar cuidados diretos a pacientes graves e prescrever cuidados e medicamentos dentro de programas de saúde pública.

- **Técnicos de Enfermagem:** Auxiliam o enfermeiro no planejamento e execução de cuidados e realizam atividades de assistência de enfermagem, exceto aquelas de maior complexidade e que sejam privativas do enfermeiro.

- **Auxiliares de Enfermagem:** Executam tarefas de assistência sob supervisão, como administração de medicamentos, realização de curativos e cuidados básicos com o paciente.

- **Parteiros:** Prestam assistência ao parto normal, cuidam da gestante e do recém-nascido, observando as condições para garantir segurança no parto.

3. Supervisão e Organização Hierárquica

- O decreto estabelece que as atividades dos técnicos e auxiliares de enfermagem devem ser exercidas sob a supervisão direta de um enfermeiro. Isso garante uma cadeia hierárquica clara na organização das atividades de enfermagem, promovendo segurança e eficiência nos cuidados de saúde.

4. Prescrição e Cuidado Privativos do Enfermeiro

- A prescrição da assistência de enfermagem e a realização de cuidados de maior complexidade técnica são funções privativas do enfermeiro, que também é responsável por atuar em situações de risco de vida e tomada de decisões imediatas. O enfermeiro também é o profissional autorizado a emitir pareceres e realizar auditorias no âmbito da enfermagem.

5. Participação na Equipe de Saúde e Programas de Saúde Pública

- O enfermeiro, como membro integrante da equipe de saúde, participa diretamente do planejamento, execução e avaliação de programas de saúde pública. Isso inclui:

- Prevenção e controle de doenças transmissíveis.
- Educação em saúde, promovendo medidas preventivas e de promoção da saúde.
- Implementação de medidas de segurança e controle de infecções hospitalares.
- Participação na prescrição de medicamentos em programas de saúde pública, conforme as rotinas institucionais.

6. Registro e Responsabilidade Ética

- O decreto exige que todos os profissionais de enfermagem sigam o Código de Deontologia da Enfermagem, que regula as normas de conduta ética. Além disso, é obrigatória a anotação em prontuário das atividades realizadas, para fins de controle e estatísticas.

7. Educação Continuada e Desenvolvimento Profissional

- Os profissionais de enfermagem devem participar de programas de educação continuada e treinamentos para aprimorar suas habilidades e se manterem atualizados nas práticas da profissão. O decreto também destaca a importância da participação em programas de treinamento de pessoal de saúde e em concursos para cargos na área.

Esses pilares garantem a organização e qualidade da enfermagem no Brasil, estabelecendo uma base sólida para a segurança dos pacientes e a eficiência dos serviços de saúde.

Estrutura e Responsabilidades no Decreto nº 94.406/87

O Decreto nº 94.406/87 define a estrutura hierárquica e as responsabilidades de cada profissional da equipe de enfermagem, dividindo-os em enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e parteiros. Cada categoria possui funções específicas e atua em níveis diferentes de complexidade, sempre respeitando o grau de habilitação e o nível de responsabilidade de cada um. Abaixo estão detalhadas as responsabilidades de cada categoria profissional, conforme o decreto:

1. Enfermeiros

Os enfermeiros são profissionais com maior nível de responsabilidade dentro da equipe de enfermagem. Eles realizam atividades de maior complexidade técnica e têm a função de liderança e supervisão da equipe. Suas responsabilidades incluem:

Funções Privativas dos Enfermeiros:

- **Direção e chefia de enfermagem:** O enfermeiro tem a atribuição exclusiva de dirigir os órgãos de enfermagem em instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas. Também pode ser responsável pela chefia de serviços e unidades de enfermagem.

- **Planejamento e coordenação:** O enfermeiro é o responsável pelo planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem, assegurando que os cuidados prestados estejam de acordo com os padrões de qualidade.

- **Consultoria e auditoria:** Realiza consultoria e auditoria sobre assuntos relacionados à enfermagem e pode emitir pareceres técnicos sobre a assistência prestada.

- **Prescrição de cuidados:** Pode prescrever a assistência de enfermagem e realizar consultas de enfermagem, decidindo as intervenções apropriadas para cada paciente.

- **Cuidados complexos:** Presta cuidados diretos a pacientes graves ou em risco de vida, sendo responsável por procedimentos de maior complexidade técnica, que exigem conhecimentos científicos aprofundados e a tomada de decisões imediatas.

1. Funções do Enfermeiro como Integrante da Equipe de Saúde:

- **Participação no planejamento de saúde:** O enfermeiro integra as equipes de planejamento das ações de saúde pública, colaborando na elaboração, execução e avaliação de programas e planos assistenciais.

- **Controle de infecções e doenças transmissíveis:** Participa ativamente na prevenção e controle de infecções hospitalares e doenças transmissíveis, sendo membro das comissões responsáveis por essas atividades.

- **Assistência à gestante e ao recém-nascido:** O enfermeiro também está envolvido na assistência integral à saúde da gestante, parturiente e recém-nascido, promovendo o cuidado durante o pré-natal e o parto.

2. Técnicos de Enfermagem

Os técnicos de enfermagem são profissionais de nível técnico que atuam em atividades auxiliares sob a supervisão de um enfermeiro. Suas responsabilidades envolvem assistência direta ao enfermeiro e a execução de cuidados intermediários.

Responsabilidades dos Técnicos de Enfermagem:

- **Assistência ao enfermeiro:** Auxiliam o enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de enfermagem, além de prestar cuidados diretos a pacientes em estado grave.

- **Prevenção e controle:** Auxiliam na prevenção e controle de doenças transmissíveis em geral, em programas de vigilância epidemiológica e no controle sistemático de infecções hospitalares.

- **Execução de cuidados diretos:** Realizam atividades de assistência de enfermagem, exceto aquelas que são de competência exclusiva do enfermeiro, como a prescrição de cuidados complexos.

- **Atuação em equipe:** Participam da equipe de saúde, contribuindo para o cumprimento dos objetivos dos programas de saúde, como os voltados para educação sanitária e promoção de saúde.

3. Auxiliares de Enfermagem

Os auxiliares de enfermagem são profissionais de nível médio, cuja atuação está focada na execução de atividades auxiliares da enfermagem, sempre sob a supervisão do enfermeiro. As suas funções são mais básicas em comparação às dos técnicos e enfermeiros.

Responsabilidades dos Auxiliares de Enfermagem:

- **Preparo de pacientes:** São responsáveis por preparar os pacientes para consultas, exames e tratamentos, além de auxiliar os profissionais de saúde em diversas atividades assistenciais.

- **Administração de medicamentos:** Podem administrar medicamentos por via oral e parenteral (exceto medicações mais complexas), sob prescrição e supervisão.

- **Cuidados gerais:** Prestam cuidados básicos, como realizar curativos, aplicar oxigenoterapia, nebulização e controle hídrico, além de realizar testes simples e coletar materiais para exames laboratoriais.

- **Assistência pré e pós-operatória:** Participam da assistência ao paciente no período pré e pós-operatório, auxiliando no preparo e acompanhamento do paciente.

- **Atividades rotineiras:** Cuidam da higiene e conforto dos pacientes, zelam pela segurança, e são responsáveis pela limpeza e organização dos materiais e equipamentos utilizados.

Atuação em Programas de Saúde:

- **Educação em saúde:** Participam de atividades educativas, orientando os pacientes após consultas e auxiliando na execução de programas de educação em saúde.

- **Vacinação e controle de doenças:** Executam tarefas ligadas à vacinação, ao controle de pacientes com doenças transmissíveis e aos cuidados de rotina no controle de doenças crônicas.

4. Parteiros

Os parteiros são responsáveis por prestar assistência ao parto normal, tanto em instituições de saúde quanto em domicílios, sob supervisão de enfermeiros obstetras quando necessário.

Responsabilidades dos Parteiros:

- **Assistência à gestante:** Prestam cuidados durante a gestação, o parto e o pós-parto, atuando principalmente em partos normais.

- **Cuidado ao recém-nascido:** Também cuidam do recém-nascido após o parto, promovendo os primeiros cuidados de saúde.

- **Supervisão e apoio:** Quando atuam em instituições de saúde, seus serviços são sempre realizados sob a supervisão de um enfermeiro obstetra.

5. Supervisão e Hierarquia

- As atividades dos técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem devem ser realizadas sob a supervisão e orientação de um enfermeiro. Isso garante a segurança e qualidade no atendimento prestado aos pacientes, além de assegurar que as responsabilidades de cada nível sejam respeitadas.

- O enfermeiro é o responsável por coordenar, dirigir e supervisionar a equipe de enfermagem, garantindo que todos os procedimentos sejam realizados de acordo com os protocolos e padrões técnicos estabelecidos.

Condições para o Exercício Profissional no Decreto nº 94.406/87

O Decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498/86 sobre o exercício da enfermagem, estabelece as condições obrigatórias que devem ser atendidas para o exercício legal das atividades de enfermagem no Brasil. Essas condições visam garantir que apenas profissionais devidamente habilitados e registrados possam exercer funções de enfermagem, assegurando a qualidade e a segurança dos serviços prestados.

Abaixo estão os principais pontos sobre as condições para o exercício profissional estabelecidas pelo decreto:

1. Registro Profissional no Conselho Regional de Enfermagem (COREN)

Para exercer qualquer atividade relacionada à enfermagem, seja como enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem ou parteiro, o profissional deve estar devidamente inscrito no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) da respectiva região onde atua. Esse registro é um requisito obrigatório para garantir que o profissional tenha a formação necessária e esteja apto a exercer sua função.

- **Obrigatoriedade de Inscrição:** O decreto estabelece que o exercício da atividade de enfermagem só será permitido ao profissional que possuir inscrição válida no COREN, o órgão responsável pela fiscalização e regulamentação da prática da enfermagem.

- **Fiscalização:** Cabe ao COREN a responsabilidade de fiscalizar o cumprimento das disposições legais e garantir que os profissionais inscritos estejam aptos a exercer suas funções dentro dos padrões éticos e técnicos estabelecidos.

2. Formação e Titulação Adequada

Cada categoria profissional tem requisitos específicos de formação e habilitação:

- **Enfermeiros:** Devem ser titulares de diploma de Enfermagem conferido por uma instituição de ensino reconhecida nos termos da lei. Também podem exercer a função os titulares de diplomas estrangeiros revalidados no Brasil ou emitidos com base em acordos de intercâmbio cultural.

- **Técnicos de Enfermagem:** Devem possuir diploma ou certificado de Técnico de Enfermagem, expedido por instituições legalmente reconhecidas e registrado no órgão competente. Diplomas estrangeiros também podem ser aceitos desde que sejam revalidados no Brasil ou emitidos em conformidade com acordos culturais.

- **Auxiliares de Enfermagem:** Devem ter o certificado de Auxiliar de Enfermagem emitido por uma instituição de ensino qualificada e registrado no órgão competente. Também são aceitos diplomas obtidos por meio de cursos anteriores à regulamentação da Lei 7.498/86, desde que legalmente reconhecidos.

- **Parteiras:** Para atuar como parteira, o profissional deve possuir o certificado específico previsto no Decreto-lei nº 8.778/46 ou diplomas estrangeiros equivalentes, devidamente revalidados.

3. Supervisão e Hierarquia Profissional

As atividades de técnicos e auxiliares de enfermagem só podem ser realizadas sob a supervisão e direção de um enfermeiro. O decreto reforça que as atividades dos níveis mais básicos da equipe de enfermagem precisam ser orientadas por um enfermeiro para garantir que os protocolos e normas técnicas sejam seguidos adequadamente.

- **Supervisão dos Técnicos de Enfermagem:** O técnico de enfermagem auxilia o enfermeiro na execução de cuidados e prevenção de doenças, mas sempre sob sua supervisão direta, especialmente em casos de pacientes graves ou em situações que exigem maior complexidade.

- **Supervisão dos Auxiliares de Enfermagem:** Os auxiliares de enfermagem desempenham atividades de assistência básica e cuidados simples, também subordinados à supervisão do enfermeiro, para assegurar que as normas de segurança e qualidade sejam respeitadas.

4. Prova de Inscrição no COREN para Ingresso em Cargos Públicos

No âmbito da administração pública – seja federal, estadual ou municipal – a inscrição no COREN é um pré-requisito essencial para o provimento de cargos ou funções na área de enfermagem, assim como para a contratação de profissionais de todos os graus (enfermeiros, técnicos e auxiliares).

- **Comprovação de Inscrição:** Para a contratação de profissionais na área de enfermagem em cargos públicos, é exigido que o candidato comprove sua inscrição no respectivo Conselho Regional de Enfermagem. Sem essa comprovação, o exercício da profissão não é permitido.

5. Cumprimento do Código de Deontologia da Enfermagem

Todos os profissionais de enfermagem devem seguir o Código de Deontologia da Enfermagem, que estabelece as normas éticas e de conduta para o exercício da profissão. Esse código regula o comportamento ético esperado dos profissionais e a responsabilidade no cuidado aos pacientes, destacando a importância do respeito à dignidade humana e da qualidade da assistência prestada.

- **Responsabilidade Ética:** O cumprimento das normas éticas é parte integrante da atuação profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares. O decreto prevê que os profissionais anotem em prontuários as atividades realizadas, o que também tem fins estatísticos e de controle.

6. Participação em Programas de Educação Continuada

O decreto também valoriza a educação continuada como um elemento essencial para a formação contínua dos profissionais de enfermagem. Isso garante que os profissionais se mantenham atualizados sobre as novas práticas e tecnologias aplicadas na área da saúde.

- **Treinamento e Atualização:** Os profissionais são incentivados a participar de programas de capacitação e treinamento voltados para o aprimoramento técnico e científico, bem como para a atualização constante em novas metodologias e técnicas assistenciais.

- **Programas de Educação em Saúde:** Enfermeiros, técnicos e auxiliares também são responsáveis por participar ativamente de programas de educação para a saúde, tanto para capacitar outros profissionais como para promover a educação da população.

7. Responsabilidade e Anotação de Atividades

O decreto exige que os profissionais de enfermagem, ao prestar cuidados aos pacientes, anotem suas atividades nos prontuários para fins de controle e acompanhamento.

- **Anotações no Prontuário:** O registro das atividades da assistência de enfermagem é essencial tanto para controle estatístico quanto para garantir que haja uma documentação formal das intervenções realizadas, promovendo transparência e responsabilidade nos cuidados prestados.

Em resumo:

Categoria Profissional	Atribuições Principais	Supervisão
Enfermeiro	- Direção e chefia de serviços de enfermagem. - Planejamento, organização, coordenação e avaliação de serviços. - Prescrição da assistência de enfermagem. - Cuidados diretos a pacientes graves. - Consultoria, auditoria e parecer técnico. - Participação em programas de saúde pública e controle de infecções. - Assistência à gestante, parturiente e recém-nascido.	Nível superior, supervisiona técnicos e auxiliares de enfermagem.
Técnico de Enfermagem	- Assistência ao enfermeiro no planejamento e execução de cuidados. - Cuidados diretos a pacientes graves sob supervisão. - Participação no controle de infecções e doenças transmissíveis. - Execução de atividades de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro.	Supervisionado pelo enfermeiro
Auxiliar de Enfermagem	- Preparo de pacientes para consultas, exames e tratamentos. - Administração de medicamentos e curativos. - Cuidados básicos de higiene e conforto. - Coleta de material para exames laboratoriais. - Participação em atividades de educação em saúde e programas de vacinação. - Participação em cuidados pós-operatórios e atividades de rotina.	Supervisionado por enfermeiro e/ou técnico de enfermagem
Parteiro	- Assistência ao parto normal. - Cuidados à gestante, parturiente e recém-nascido. - Realização de parto em domicílio, quando necessário. - Atuação sob supervisão do enfermeiro obstetra.	Supervisionado por enfermeiro obstetra, quando necessário

LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986.

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.

Art. 2º A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de enfermagem.

Art. 4º A programação de enfermagem inclui a prescrição da assistência de enfermagem.

Art. 5º (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

Art. 6º São enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea d do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente;

II - o titular de diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º São Parteiras:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta lei, como certificado de Parteira.

Art. 10. (VETADO).

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) (VETADO);

e) (VETADO);

f) (VETADO);

g) (VETADO);

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;

g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

a) participar da programação da assistência de enfermagem;

b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;

c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;

d) participar da equipe de saúde.

Art. 13. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;

b) executar ações de tratamento simples;

c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;

d) participar da equipe de saúde.

Art. 14. (VETADO).

Art. 15. As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 15-A. O piso salarial nacional dos Enfermeiros contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, será de R\$ 4.750,00 (quatro mil setecentos e cinquenta reais) mensais. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022) (Vide ADI 7222)

Parágrafo único. O piso salarial dos profissionais celetistas de que tratam os arts. 7º, 8º e 9º desta Lei é fixado com base no piso estabelecido no caput deste artigo, para o Enfermeiro, na razão de: (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

I - 70% (setenta por cento) para o Técnico de Enfermagem; (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

II - 50% (cinquenta por cento) para o Auxiliar de Enfermagem e para a Parteira. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Art. 15-B. O piso salarial nacional dos Enfermeiros contratados sob o regime dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, nos termos da Lei nº

8.112, de 11 de dezembro de 1990, será de R\$ 4.750,00 (quatro mil setecentos e cinquenta reais) mensais. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022) (Vide ADI 7222)

Parágrafo único. O piso salarial dos servidores de que tratam os arts. 7º, 8º e 9º desta Lei é fixado com base no piso estabelecido no caput deste artigo, para o Enfermeiro, na razão de: (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

I - 70% (setenta por cento) para o Técnico de Enfermagem; (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

II - 50% (cinquenta por cento) para o Auxiliar de Enfermagem e para a Parteira. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Art. 15-C. O piso salarial nacional dos Enfermeiros servidores dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de suas autarquias e fundações será de R\$ 4.750,00 (quatro mil setecentos e cinquenta reais) mensais. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022) (Vide ADI 7222)

Parágrafo único. O piso salarial dos servidores de que tratam os arts. 7º, 8º e 9º desta Lei é fixado com base no piso estabelecido no caput deste artigo, para o Enfermeiro, na razão de: (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

I - 70% (setenta por cento) para o Técnico de Enfermagem; (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

II - 50% (cinquenta por cento) para o Auxiliar de Enfermagem e para a Parteira. (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Art. 15-D. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 14.434, de 2022)

Art. 15-E. As instituições de saúde, públicas e privadas, ofertarão aos profissionais de enfermagem referidos no parágrafo único do art. 2º condições adequadas de repouso, durante todo o horário de trabalho. (incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

Parágrafo único. Os locais de repouso dos profissionais de enfermagem devem, na forma do regulamento: (incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

I - ser destinados especificamente para o descanso dos profissionais de enfermagem; (incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

II - ser arejados; (incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

III - ser providos de mobiliário adequado; (incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

IV - ser dotados de conforto térmico e acústico; (incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

V - ser equipados com instalações sanitárias; (incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

VI - ter área útil compatível com a quantidade de profissionais diariamente em serviço. (incluído pela Lei nº 14.602, de 2023)

Art. 16. (VETADO).

Art. 17. (VETADO).

Art. 18. (VETADO).

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 19. (VETADO).

Art. 20. Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta lei.

Parágrafo único. Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21. (VETADO).

Art. 22. (VETADO).

Art. 23. O pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem, observado o disposto no art. 15 desta lei.

Parágrafo único. É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem, observado o disposto em seu artigo 15. (Redação dada pela Lei nº 8.967, de 1986)

Art. 24. (VETADO).

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 25. O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27. Revogam-se (VETADO) as demais disposições em contrário.

Brasília, 25 de junho de 1986; 165ª da Independência e 98ª da República.

DECRETO Nº 94.406, DE 8 DE JUNHO DE 1987

Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando das atribuições que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 25 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, DECRETA:

Art. 1º O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva Região.

Art. 2º As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 4º São Enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos itens anteriores, obtiveram título de Enfermeiro conforme o disposto na letra d do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 6º São auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III do art. 2º da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular do certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º São Parteiros:

I - o titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.

Art. 8º Ao Enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

e) consulta de enfermagem;

f) prescrição da assistência de enfermagem;

g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante de equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;

f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;

g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;

h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;

m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;

o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;

q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;

r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II - identificação das distocias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico;

III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10. O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - assistir ao Enfermeiro:

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;

b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave;

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;

d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;

e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

f) na execução dos programas referidos nas letras i e o do item II do art. 8º;

II - executar atividades de assistência de enfermagem, executadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;

III - integrar a equipe de saúde.

Art. 11. O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:

a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, enema e calor ou frio;

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde;

V - integrar a equipe de saúde;

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12. Ao Parteiro incumbe:

I - prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único. As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13. As atividades relacionadas nos arts. 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

Art. 14. Incumbe a todo o pessoal de enfermagem:

I - cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;

II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.

Art. 15. Na administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 8 de junho de 1987; 166ª da Independência e 99ª da República.

CÓDIGO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM

A ética é um conjunto de normas de condutas inerentes a uma sociedade, e que nas sociedades modernas, a partir da reflexão filosófica, ética ou filosofia moral, o conjunto de normas é racionalizado, isto é, são explicitados os valores e razões da sua validade¹.

Para instituir valores ou critérios éticos para o estabelecimento de normas morais, podem ser utilizados diferentes fundamentos, em relação à reflexão moderna sobre a ética.

Uma empresa, enquanto instituição social, e, no nosso caso, numa sociedade pluralista e democrática, pode também adotar diferentes critérios para definir seus valores éticos e, consequentemente, as normas de conduta que deverão ser respeitadas pelos que nela trabalham. Sua identidade, ou sua imagem, no entanto, depende dos critérios que adota e pratica, o que a tornará confiável ou não no meio social.

O mesmo raciocínio pode ser adotado em relação às pessoas que formam uma empresa, pois elas, enquanto sujeito ético, isto é, enquanto capazes de compreender as normas necessárias para o bom ambiente de trabalho e, consequentemente, de assumir voluntariamente uma postura em relação a essa empresa na qual decidiram ou conseguiram trabalhar, também podem, a partir de sua consciência e liberdade, adotar uma postura que não seja condizente com o que delas se espera.

Postura profissional

A ética profissional está ligada à postura que se espera de um profissional, no exercício de uma determinada tarefa ou profissão. Ou seja, é a conduta que o indivíduo deve observar em sua atividade, no sentido de valorizar a profissão ou atividade laboral e bem servir aos que dela dependem.

Esse aspecto da vida profissional é tão importante que as profissões regulamentadas criam um código de ética profissional, ou seja, um conjunto de normas que deverá ser observado pelas pessoas que exercerem a profissão. O código prevê, inclusive, penalidades para a não observância das normas, que podem culminar com a cassação do direito de exercer a profissão.

1 http://www.nre.seed.pr.gov.br/arquivos/File/guarapuava/eudcao_profissional/etica_prof2.pdf

Os códigos de ética profissional também são chamados de códigos deontológicos, palavra que deriva do grego *deon*, que significa o que deve ser feito. O código deontológico é o conjunto dos deveres exigidos no exercício de uma determinada profissão, que se expressará em obrigações profissionais, ou seja, o que um profissional deve fazer e o que ele não pode fazer no exercício da profissão.

Formação do perfil profissional ético

Em geral, durante o processo de formação profissional, principalmente quando o estudante tem contato com o mundo do trabalho, ele toma conhecimento de que o perfil ético é um dos grandes critérios das empresas para a seleção de profissionais.

Por isso, é de fundamental importância que a escola ou o curso de formação profissional propicie ao candidato a uma nova vaga no mundo do trabalho uma formação sólida na área de ética.

Tal formação, no entanto, não pode se dar somente no nível teórico, mas, sobretudo no nível prático. É na condescendência ou não em relação aos comportamentos antiéticos do estudante, principalmente em relação às pequenas normas que fazem o dia a dia da escola e, por conseguinte, o dia a dia da formação, como por exemplo, a pontualidade, a assiduidade, a responsabilidade em relação aos prazos estabelecidos, o empenho nas tarefas empreendidas, a solidariedade com os colegas, que poderá se estruturar ou não uma base mais sólida de formação moral profissional.

O processo de formação é o momento de o aluno refletir e dialogar com colegas sobre as necessidades do mundo do trabalho.

O profissional ético é uma pessoa com uma formação técnica consolidada, mas, sobretudo, com uma formação moral adequada para exercer uma atividade laboral numa empresa, seja ela grande ou pequena, ou de forma autônoma. A formação técnica também é um dos elementos da formação ética, porque um profissional que se diz preparado, mas que não possui as habilidades necessárias para realizar uma tarefa, na realidade prejudica a si próprio, aos colegas e à empresa que o contratou.

A conduta ética dos profissionais de uma empresa poderá levá-los, por exemplo, a dizer não para um cliente, sempre que for necessário dizer não, mesmo que isso venha a desagradá-lo. Embora uma postura como essa possa fazer parecer que a empresa vai perder clientes ou fornecedores, isso se dará no curto prazo, porque no médio e longo prazo, se as decisões foram acertadas e tomadas a partir de critérios éticos, esses ou outros clientes ou fornecedores tenderão a ver na empresa uma coerência que possibilitará mais segurança e fidelização.

A conduta ética também não inibe a iniciativa e a criatividade dos funcionários. Ao contrário, um profissional ético tem condições de deliberar o que é bom para a organização em que trabalha e propor as inovações que considera importantes.

Em algumas situações, é óbvio que a cultura institucional pode não aceitar a postura do funcionário. Nesse caso, cabe uma avaliação criteriosa, por parte da pessoa que tem critérios éticos no seu agir, se realmente vale a pena trabalhar numa empresa na qual a cultura institucional não prima pela coerência ética.

A ética profissional

Os códigos de ética profissional, são normas criteriosamente estabelecidas pelos conselhos profissionais que regulam cada profissão, para que o exercício profissional em uma determinada área se pautar por razões bem definidas.

Em outras palavras, a ética profissional se constitui em princípios básicos que orientam o profissional para o exercício de uma profissão. Define o que ele pode fazer e o que ele não deve fazer.

Alguns desses princípios são comuns à maior parte dos Códigos de Ética Profissional. A seguir, destacamos alguns princípios afirmativos e outros restritivos, relacionados ao que o profissional deve fazer e o que o profissional não pode fazer no exercício da profissão.

A maioria dos códigos de ética determina que um profissional, ao exercer uma profissão, deve:

- primar pela honestidade, entendida como uma conduta exemplar, no sentido de respeitar as normas de trabalho e os valores definidos como positivos em nossa sociedade;
- executar seu trabalho procurando maximizar suas realizações, no sentido da busca constante da excelência. Ou seja, para ser ético, um profissional não pode nunca se acomodar e acreditar que já sabe tudo; ao contrário, deve buscar constantemente aperfeiçoamento de si próprio e da profissão que exerce;
- formar uma consciência profissional, isto é, agir em conformidade com os princípios que a profissão define como os corretos para a atividade que exerce;
- respeitar a dignidade da pessoa humana em si e nas relações que estabelece com colegas, com pessoas que recebem o serviço de sua profissão, etc. Neste princípio está implícita a ideia de que o profissional deve manter um tratamento respeitoso e educado com as pessoas com as quais se relaciona, com colegas de trabalho, com subordinados e superiores hierárquicos;
- ter lealdade profissional, ou seja, honrar a própria profissão ou a instituição na qual exerce a atividade laboral;
- manter sempre segredo profissional em relação a situações, informações e acontecimentos para os quais a atividade profissional exigir sigilo;
- ser discreto no exercício profissional. Por exemplo, a profissão ou situações profissionais não podem ser utilizadas para buscar fama instantânea através de sensacionalismo midiático;
- prestar contas aos superiores. É um dos pilares da ética profissional o dever da pessoa que exerce uma profissão de manter as situações de hierarquia imediata no ambiente de trabalho;
- seguir as normas administrativas da empresa na qual trabalha e principalmente as normas definidas para o exercício profissional.

Por outro lado, alguns comportamentos são considerados antiéticos, de tal forma que os códigos proíbem algumas condutas, entre elas:

- negar-se a colaborar com os colegas nas dependências da empresa para a qual trabalha;
- mentir e semear a discórdia entre os colegas de trabalho;
- utilizar informações privilegiadas conseguidas na atividade laboral para obter vantagens pessoais;
- fazer concorrência desleal, oferecendo seus serviços a preço abaixo do definido na profissão para prejudicar colegas;
- não realizar adequadamente seus serviços profissionais;

- ter conduta egoísta não transmitindo conhecimentos e experiências necessárias para o bom funcionamento do ambiente profissional;
- fazer publicações ou declarações indecorosas e inexatas.

Fazendo uma análise das orientações acima, verifica-se que todas elas têm como “razões” não a simples determinação de uma norma pela norma, mas a orientação do exercício profissional. No sentido de que o profissional, ao realizar sua função, deve primar por uma conduta que tenha como fim o aprimoramento do exercício profissional, a melhoria dos serviços para quem a profissão é destinada e, enfim, a melhoria ou aprimoramento da sociedade como um todo, a quem, em última instância, se destinam os serviços profissionais.

A Ética Profissional está relacionada à postura de uma pessoa, enquanto sujeito ético, isto é, enquanto capaz de compreender as normas necessárias para o bom ambiente de trabalho e, conseqüentemente, capaz de assumir voluntariamente uma postura ética no ambiente de trabalho.

A partir de sua consciência e liberdade, a pessoa poderá adotar uma postura que não seja condizente com o que dela se espera. Nesse caso estará construindo uma imagem profissional difícil de ser revertida.

É muito importante que o profissional tenha consciência do que está fazendo no exercício profissional e que tenha claros os critérios que estão orientando suas atividades laborais.

Ética Profissional na Enfermagem

Cada profissão requer o seu Código de Ética e, na Enfermagem, este vem sendo formulado e reformulado com participação da categoria em suas várias instâncias representativas, com discussões ampliadas em reuniões abertas a todos os inscritos, nos Conselhos Regionais, encaminhando tais contribuições ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Intencionalmente, o código contém conceitos filosóficos correspondentes ao que a profissão traz como imagem em sua prática na sociedade. O sentido da ética encaminha o código como uma bússola ao enfrentamento de desafios da realidade do trabalho profissional de Enfermagem.

É a ética que consagra valor à vida, e a Enfermagem destina seu trabalho, essencialmente, a este valor. O preâmbulo de um código traz um texto que em breves linhas, posiciona a profissão no mundo dos valores e expõe referenciais de ênfase aos Direitos; Deveres; e inclui Proibições, a fim de orientar os profissionais quanto ao zelo do seu exercício individual e coletivo, em seu compromisso com o bem estar social retratado pelo trabalho que realiza na sociedade.

O COFEN edita a forma unificada por revisão das contribuições recebidas e torna o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em sua forma final e aprovada, uma Resolução, anexando o Código de Ética, na íntegra como o documento composto e instituído pelo Conselho Federal de Enfermagem. A unificação do Código de Ética Profissional, traz consigo o assentamento filosófico para guiar o rumo desejável ao conceito de desempenho da profissão de Enfermagem brasileira, e sua imagem na sociedade.

Do ponto de vista objetivo, como qualquer introdução do leitor ao teor principal do texto é feita uma apresentação ordenada e sumária do que contém o código em seus capítulos, des-

dobramentos e temáticas abordadas. Para sedimentar e mostrar os valores a ser defendido constantemente pelos profissionais, o Código busca esclarecer em Títulos de Capítulos, Artigos, Incisos e Parágrafos, cada enunciado com propriedades de esclarecimento de condutas técnicas e éticas.

Tudo busca convergir ao encontro de maneiras prudentes e peritas para evitar riscos e atender a finalidade de produzir benefícios à pessoa, grupos ou comunidades que participam do trabalho realizado pelos profissionais de Enfermagem. Assim, trata-se de um guia ao bom exercício profissional e, mais que isso, uma ordenação de preceitos éticos que reúnem elementos conceituais que visam exprimir de forma concreta, as bases da profissão exercida responsavelmente na sociedade brasileira.

Desse modo, um código ético-profissional pode e deve ser tomado, seja na assistência, ensino, ou pesquisa profissional, como uma sólida base de princípios nele contidos. Cada situação profissional enfrentada precisa encontrar respostas codificadas a questões como:

A ética, evidentemente, não se resume a um Código Profissional, mas é um referencial que se impõe como soberano, a funcionar como justos limites às práticas exercidas em nome da Enfermagem brasileira.

A Resolução Cofen nº 311 de 08 de fevereiro de 2007 previa o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no entanto, a mesma foi **revogada pela Resolução COFEN nº 564/2017**. A nova revisão reúne os direitos, os deveres, as proibições, as infrações, as proibições e as infrações e penalidades a serem observados e cumpridos durante o exercício da profissão.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem é o documento criado para estabelecer direitos e deveres dos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, parteiras), delimitando padrões éticos e morais.

A resolução mais recente aprovada e editada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem foi publicada no Diário Oficial da União em novembro de 2017 (Resolução COFEN N°564/2017).

RESOLUÇÃO COFEN N°564/2017

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

CONSIDERANDO que nos termos do inciso III do artigo 8º da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, compete ao Cofen elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO que o Código de Deontologia de Enfermagem deve submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra (1949), cujos postulados estão contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiras (1953, revisado em 2012);

CONSIDERANDO a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005);

CONSIDERANDO o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993, reformulado em 2000 e 2007), as normas nacionais de pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 196/1996), revisadas pela Resolução nº 466/2012, e as normas internacionais sobre pesquisa envolvendo seres humanos;

CONSIDERANDO a proposta de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, consolidada na 1ª Conferência Nacional de Ética na Enfermagem – 1ª CONEENF, ocorrida no período de 07 a 09 de junho de 2017, em Brasília – DF, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem e Coordenada pela Comissão Nacional de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituída pela Portaria Cofen nº 1.351/2016;

CONSIDERANDO a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, nos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos e privados;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

CONSIDERANDO a Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

CONSIDERANDO a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

CONSIDERANDO as sugestões apresentadas na Assembleia Extraordinária de Presidentes dos Conselhos Regionais de Enfermagem, ocorrida na sede do Cofen, em Brasília, Distrito Federal, no dia 18 de julho de 2017, e

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem em sua 491ª Reunião Ordinária,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem, que poderá ser consultado através do sítio de internet do Cofen (www.cofen.gov.br).

Art. 2º Este Código aplica-se aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Obstetrias e Parteiras, bem como aos atendentes de Enfermagem.

Art. 3º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 4º Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por proposta de 2/3 dos Conselheiros Efetivos do Conselho Federal ou mediante proposta de 2/3 dos Conselhos Regionais.

Parágrafo Único. A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais, sob a coordenação geral do Conselho Federal de Enfermagem, em formato de Conferência Nacional, precedida de Conferências Regionais.

Art. 5º A presente Resolução entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007.

ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

PREÂMBULO

O Conselho Federal de Enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE, norteou-se por princípios fundamentais, que representam imperativos para a conduta profissional e consideram que a Enfermagem é uma ciência, arte e uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos. Sobre tudo, esses princípios fundamentais reafirmam que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

Inspirado nesse conjunto de princípios é que o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 8º, inciso III, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, aprova e edita esta nova revisão do CEPE, exortando os profissionais de Enfermagem à sua fiel observância e cumprimento.

— Princípios fundamentais

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

CAPÍTULO I DOS DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

Art. 3º Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 5º Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.

Art. 6º Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

Art. 7º Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

Art. 8º Requerer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional ou que atinja a profissão.

Art. 9º Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 10 Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração.

Art. 11 Formar e participar da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como de comissões interdisciplinares da instituição em que trabalha.

Art. 12 Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.

Art. 13 Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 14 Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

Art. 15 Exercer cargos de direção, gestão e coordenação, no âmbito da saúde ou de qualquer área direta ou indiretamente relacionada ao exercício profissional da Enfermagem.

Art. 16 Conhecer as atividades de ensino, pesquisa e extensão que envolvam pessoas e/ou local de trabalho sob sua responsabilidade profissional.

Art. 17 Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.

Art. 18 Ter reconhecida sua autoria ou participação em pesquisa, extensão e produção técnico-científica.

Art. 19 Utilizar-se de veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e/ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social.

Art. 20 Anunciar a prestação de serviços para os quais detenha habilidades e competências técnico-científicas e legais.

Art. 21 Negar-se a ser filmado, fotografado e exposto em mídias sociais durante o desempenho de suas atividades profissionais.

Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 23 Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem.

CAPÍTULO II DOS DEVERES

Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 25 Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

Art. 26 Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 27 Incentivar e apoiar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades em organizações da categoria.

Art. 28 Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

Art. 29 Comunicar formalmente, ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que envolvam recusa e/ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

Art. 30 Cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 31 Colaborar com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional.

Art. 32 Manter inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorrer o exercício profissional.

Art. 33 Manter os dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 34 Manter regularizadas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 35 Apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional.

§ 1º É facultado o uso do carimbo, com nome completo, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

§ 2º Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Art. 37 Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

Art. 39 Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 41 Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 42 Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

Parágrafo único. Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

Art. 43 Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte.

Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Parágrafo único. Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente.

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 46 Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

§ 1º O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegibilidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional, registrando no prontuário.

§ 2º É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

Art. 47 Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

Parágrafo único. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 49 Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado.

Art. 50 Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial.

Parágrafo único. Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal.

Art. 51 Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

Parágrafo único. Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente.

Art. 52 Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

§ 1º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2º O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

§ 3º O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

§ 4º É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

§5º A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será devida, independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 53 Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade.

Art. 54 Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 56 Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

Art. 57 Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Art. 58 Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas.

Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 60 Respeitar, no exercício da profissão, a legislação vigente relativa à preservação do meio ambiente no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

CAPÍTULO III DAS PROIBIÇÕES

Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 63 Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

Art. 64 Provocar, cooperar, ser conivente ou omisso diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

Art. 65 Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão motivada pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional; bem como pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 66 Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congênere, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação.

Art. 67 Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 68 Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 69 Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

Art. 70 Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

Art. 71 Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

Art. 72 Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

Art. 73 Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

Parágrafo único. Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

Art. 74 Promover ou participar de prática destinada a antecipar a morte da pessoa.

Art. 75 Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

Art. 76 Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco à integridade física do profissional.

Art. 77 Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.

Art. 81 Prestar serviços que, por sua natureza, competem a outro profissional, exceto em caso de emergência, ou que estiverem expressamente autorizados na legislação vigente.

Art. 82 Colaborar, direta ou indiretamente, com outros profissionais de saúde ou áreas vinculadas, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização humana, reprodução assistida ou manipulação genética.

Art. 83 Praticar, individual ou coletivamente, quando no exercício profissional, assédio moral, sexual ou de qualquer natureza, contra pessoa, família, coletividade ou qualquer

membro da equipe de saúde, seja por meio de atos ou expressões que tenham por consequência atingir a dignidade ou criar condições humilhantes e constrangedoras.

Art. 84 Anunciar formação profissional, qualificação e título que não possa comprovar.

Art. 85 Realizar ou facilitar ações que causem prejuízo ao patrimônio das organizações da categoria.

Art. 86 Produzir, inserir ou divulgar informação inverídica ou de conteúdo duvidoso sobre assunto de sua área profissional.

Parágrafo único. Fazer referência a casos, situações ou fatos, e inserir imagens que possam identificar pessoas ou instituições sem prévia autorização, em qualquer meio de comunicação.

Art. 87 Registrar informações incompletas, imprecisas ou inverídicas sobre a assistência de Enfermagem prestada à pessoa, família ou coletividade.

Art. 88 Registrar e assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que suas ações sejam assinadas por outro profissional.

Art. 89 Disponibilizar o acesso a informações e documentos a terceiros que não estão diretamente envolvidos na prestação da assistência de saúde ao paciente, exceto quando autorizado pelo paciente, representante legal ou responsável legal, por determinação judicial.

Art. 90 Negar, omitir informações ou emitir falsas declarações sobre o exercício profissional quando solicitado pelo Conselho Regional de Enfermagem e/ou Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 91 Delegar atividades privativas do(a) Enfermeiro(a) a outro membro da equipe de Enfermagem, exceto nos casos de emergência.

Parágrafo único. Fica proibido delegar atividades privativas a outros membros da equipe de saúde.

Art. 92 Delegar atribuições dos(as) profissionais de enfermagem, previstas na legislação, para acompanhantes e/ou responsáveis pelo paciente.

Parágrafo único. O dispositivo no *caput* não se aplica nos casos da atenção domiciliar para o autocuidado apoiado.

Art. 93 Eximir-se da responsabilidade legal da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados realizados por alunos e/ou estagiários sob sua supervisão e/ou orientação.

Art. 94 Apropriar-se de dinheiro, valor, bem móvel ou imóvel, público ou particular, que esteja sob sua responsabilidade em razão do cargo ou do exercício profissional, bem como desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

Art. 95 Realizar ou participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, em que os direitos inalienáveis da pessoa, família e coletividade sejam desrespeitados ou ofereçam quaisquer tipos de riscos ou danos previsíveis aos envolvidos.

Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família e coletividade.

Art. 97 Falsificar ou manipular resultados de pesquisa, bem como usá-los para fins diferentes dos objetivos previamente estabelecidos.

Art. 98 Publicar resultados de pesquisas que identifiquem o participante do estudo e/ou instituição envolvida, sem a autorização prévia.

Art. 99 Divulgar ou publicar, em seu nome, produção técnico-científica ou instrumento de organização formal do qual não tenha participado ou omitir nomes de coautores e colaboradores.

Art. 100 Utilizar dados, informações, ou opiniões ainda não publicadas, sem referência do autor ou sem a sua autorização.

Art. 101 Apropriar-se ou utilizar produções técnico-científicas, das quais tenha ou não participado como autor, sem concordância ou concessão dos demais partícipes.

Art. 102 Aproveitar-se de posição hierárquica para fazer constar seu nome como autor ou coautor em obra técnico-científica.

CAPÍTULO IV DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 103 A caracterização das infrações éticas e disciplinares, bem como a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

Art. 104 Considera-se infração ética e disciplinar a ação, omissão ou convivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, bem como a inobservância das normas do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 105 O(a) Profissional de Enfermagem responde pela infração ética e/ou disciplinar, que cometer ou contribuir para sua prática, e, quando cometida(s) por outrem, dela(s) obtiver benefício.

Art. 106 A gravidade da infração é caracterizada por meio da análise do(s) fato(s), do(s) ato(s) praticado(s) ou ato(s) omissivo(s), e do(s) resultado(s).

Art. 107 A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos do Código de Processo Ético-Disciplinar vigente, aprovado pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 108 As penalidades a serem impostas pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

I – Advertência verbal;

II – Multa;

III – Censura;

IV – Suspensão do Exercício Profissional;

V – Cassação do direito ao Exercício Profissional.

§ 1º A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

§ 2º A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional à qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

§ 3º A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 4º A suspensão consiste na proibição do exercício profissional da Enfermagem por um período de até 90 (noventa) dias e será divulgada nas publicações oficiais do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, jornais de grande circulação e comunicada aos órgãos empregadores.

§ 5º A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem por um período de até 30 anos e será divulgada nas publicações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

§ 6º As penalidades aplicadas deverão ser registradas no prontuário do infrator.

§ 7º Nas penalidades de suspensão e cassação, o profissional terá sua carteira retida no ato da notificação, em todas as categorias em que for inscrito, sendo devolvida após o cumprimento da pena e, no caso da cassação, após o processo de reabilitação.

Art. 109 As penalidades, referentes à advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício profissional, são da responsabilidade do Conselho Regional de Enfermagem, serão registradas no prontuário do profissional de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único. Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem e nos casos de cassação do exercício profissional, terá como instância superior a Assembleia de Presidentes dos Conselhos de Enfermagem.

Art. 110 Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

- I – A gravidade da infração;
- II – As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração;
- III – O dano causado e o resultado;
- IV – Os antecedentes do infrator.

Art. 111 As infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas, segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso.

§ 1º São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

§ 2º São consideradas infrações moderadas as que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 3º São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

§ 4º São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

Art. 112 São consideradas circunstâncias atenuantes:

I – Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as consequências do seu ato;

II – Ter bons antecedentes profissionais;

III – Realizar atos sob coação e/ou intimidação ou grave ameaça;

IV – Realizar atos sob emprego real de força física;

V – Ter confessado espontaneamente a autoria da infração;

VI – Ter colaborado espontaneamente com a elucidação dos fatos.

Art. 113 São consideradas circunstâncias agravantes:

I – Ser reincidente;

II – Causar danos irreparáveis;

III – Cometer infração dolosamente;

IV – Cometer a infração por motivo fútil ou torpe;

V – Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração;

VI – Aproveitar-se da fragilidade da vítima;

VII – Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função ou exercício profissional;

VIII – Ter maus antecedentes profissionais;

IX – Alterar ou falsificar prova, ou concorrer para a desconstrução de fato que se relacione com o apurado na denúncia durante a condução do processo ético.

CAPÍTULO V

DA APLICAÇÃO DAS PENALIDADES

Art. 114 As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 115 A pena de Advertência verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 65, 66, 67, 69, 76, 77, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 116 A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101 e 102.

Art. 117 A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 31, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 100, 101 e 102.

Art. 118 A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 32, 41, 42, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94 e 95.

Art. 119 A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 45, 64, 70, 72, 73, 74, 80, 82, 83, 94, 96 e 97.

**PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO:
CONSIDERAÇÕES GERAIS; CALENDÁRIO
DE VACINAÇÃO PARA O ESTADO DE SÃO
PAULO; VACINAÇÃO CONTRA AS DOENÇAS
IMUNOPREVENÍVEIS; CADEIA DE FRIO**

PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (PNI)

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil, estabelecida em 1973, com o objetivo de controlar, eliminar e erradicar doenças preveníveis por meio da vacinação. O PNI é um dos programas mais bem-sucedidos e abrangentes do mundo, proporcionando acesso universal e gratuito a vacinas essenciais para a população brasileira.

Objetivos e Metas

Os principais objetivos do PNI incluem a redução da morbidade e mortalidade associadas a doenças imunopreveníveis, a ampliação da cobertura vacinal em todo o território nacional e a manutenção de altas taxas de imunização para garantir a proteção coletiva. O programa visa também a erradicação de doenças como a poliomielite, que já não é mais uma ameaça no Brasil desde 1990.

Estrutura e Funcionamento

O PNI funciona através de uma rede nacional de unidades de saúde, que inclui postos de vacinação em centros de saúde, hospitais, clínicas, e unidades móveis em áreas de difícil acesso. As vacinas são adquiridas pelo governo federal e distribuídas para os estados e municípios, que são responsáveis pela aplicação das doses e pelo monitoramento das coberturas vacinais.

Calendário de Vacinação

O calendário de vacinação do PNI é elaborado com base em evidências científicas e recomendações de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Ele inclui vacinas para diferentes faixas etárias, desde o nascimento até a terceira idade, além de grupos específicos como gestantes, profissionais de saúde e pessoas com comorbidades.

Algumas das principais vacinas incluídas no calendário do PNI são:

- **BCG:** para prevenção da tuberculose.
- **Hepatite B:** administrada ao nascer e com doses subsequentes.
- **Pentavalente:** protege contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e Haemophilus influenzae tipo b.
- **Poliomielite:** vacina inativada (VIP) e oral (VOP).
- **Rotavírus:** para prevenção de diarreia grave.
- **Tríplice viral:** contra sarampo, caxumba e rubéola.
- **HPV:** para meninas e meninos, prevenindo cânceres associados ao vírus.

Resultados e Impacto

Desde a sua criação, o PNI tem alcançado resultados significativos na saúde pública brasileira. Doenças como sarampo, rubéola, e poliomielite foram praticamente eliminadas no país. Além disso, a cobertura vacinal de rotina é mantida em níveis elevados, contribuindo para a redução de surtos e epidemias.

Desafios e Perspectivas

Apesar dos avanços, o PNI enfrenta desafios como a hesitação vacinal, a desigualdade no acesso em áreas remotas e a necessidade de constante atualização do calendário vacinal frente a novas ameaças. A pandemia de COVID-19 ressaltou a importância da imunização e a capacidade do PNI de responder rapidamente com a introdução de novas vacinas.

O futuro do PNI envolve a ampliação das estratégias de comunicação, a integração com tecnologias digitais para monitoramento e registro vacinal, e a manutenção de parcerias internacionais para garantir a disponibilidade e eficácia das vacinas.

Em resumo, o Programa Nacional de Imunizações é uma peça fundamental da saúde pública no Brasil, demonstrando a importância da vacinação para a proteção coletiva e a melhoria da qualidade de vida da população.

BASES IMUNOLÓGICAS DAS VACINAS

A imunologia, como ciência, estuda a imunidade, abordando os eventos moleculares e celulares que ocorrem quando o organismo interage com micro-organismos ou macromoléculas estranhas presentes no ambiente. Com o avanço das pesquisas, o entendimento sobre os mecanismos de defesa do sistema imune tem se aprofundado, revelando a complexidade e a sofisticação desse sistema.

Os seres humanos são constantemente expostos a uma variedade de agentes infecciosos, incluindo parasitas, bactérias, vírus e fungos. O sistema imune, para se defender desses agentes, atua em duas principais frentes:

1. Resposta Imune Inata (Natural ou Inespecífica): Reage rapidamente, em minutos a horas, por meio de mecanismos como fagocitose e outras ações que já estão presentes no organismo antes da infecção. Esta resposta é mediada por células como os neutrófilos e macrófagos, que são capazes de reconhecer padrões moleculares comuns a diversos patógenos através de receptores de reconhecimento de padrões (PRRs), como os receptores Toll-like (TLRs).

2. Resposta Imune Adaptativa (Adquirida ou Específica): Desenvolve-se mais lentamente, ao longo de dias ou semanas, e envolve a produção de respostas específicas contra antígenos, como a produção de anticorpos específicos por linfócitos B. A resposta adaptativa é caracterizada pela formação de memória imunológica, que confere proteção duradoura contra reinfecções pelo mesmo patógeno.

Imunidade Inata

A imunidade inata constitui a primeira linha de defesa contra infecções, utilizando mecanismos que respondem prontamente e não requerem exposição prévia ao agente infeccioso. Recentemente, tem-se descoberto que, além de atuar na defesa imediata, a imunidade inata também pode modular a resposta adaptativa através de citocinas e outros mediadores inflamatórios.

Componentes da Imunidade Inata:

- **Barreiras Físicas:** A pele e as mucosas continuam a ser barreiras cruciais contra a entrada de patógenos. Pesquisas recentes destacam a importância do microbioma humano, a comunidade de micro-organismos que coloniza essas superfícies, na modulação da resposta imune.

- **Barreiras Fisiológicas:** As secreções glandulares, atividade ciliar, acidez gástrica e urinária, e a presença de enzimas como a lisozima são mecanismos conhecidos de defesa. Estudos recentes têm investigado o papel das defensinas, pequenas proteínas antimicrobianas, como componentes críticos dessa barreira.

- **Fatores Séricos e Teciduais:** O sistema complemento, um conjunto de proteínas plasmáticas, é ativado de várias formas e desempenha papel central na opsonização e lise de patógenos.

Novas pesquisas exploram o potencial terapêutico de moduladores do complemento no tratamento de doenças autoimunes e inflamatórias.

- **Fagocitose:** Envolve a ingestão e destruição de patógenos por células fagocíticas. Recentemente, tem-se dado atenção à autofagia, um processo celular que contribui para a eliminação de patógenos intracelulares.

Interferon e Complemento:

- O **interferon**, conhecido por sua capacidade de inibir a replicação viral, continua a ser estudado como potencial terapêutico em infecções virais emergentes e em doenças autoimunes. O desenvolvimento de análogos de interferon para tratamento clínico tem avançado.

- O **complemento**, além de sua função na destruição de patógenos, tem sido estudado em seu papel em diversas doenças, incluindo Alzheimer e doenças renais, onde a ativação anormal do complemento pode ter efeitos prejudiciais.

Imunidade Adaptativa

A imunidade adaptativa envolve a resposta específica contra antígenos, mediada principalmente pelos linfócitos T e B, e é essencial para a memória imunológica, que confere proteção a longo prazo.

Respostas Primária e Secundária:

- **Resposta Primária:** Ocorre na primeira exposição ao antígeno, com produção inicial de IgM seguida por IgG. A geração de células de memória durante essa fase é crítica para a proteção contra futuras infecções.

- **Resposta Secundária:** É mais rápida e eficaz devido à presença de células de memória, resultando em uma produção acelerada de anticorpos e uma resposta imune mais robusta.

Vacinas e Memória Imunológica:

- O desenvolvimento de vacinas, especialmente aquelas baseadas em novas plataformas como mRNA, tem focado na indução de uma resposta imune robusta e duradoura, com a geração eficiente de células de memória. As vacinas contra COVID-19 são um exemplo recente do sucesso dessas novas tecnologias.

- A eficácia das vacinas depende da capacidade de estimular a resposta adaptativa de forma segura e eficaz, permitindo a geração de imunidade de longo prazo com o menor número de doses possíveis.

Imunidade Ativa e Passiva

Imunidade Ativa:

- **Natural:** Resultante da infecção natural, que leva à produção de uma resposta imunológica duradoura.

- **Artificial:** Induzida pela vacinação, que simula a infecção para gerar memória imunológica sem causar a doença.

Imunidade Passiva:

- **Natural:** Transmitida de mãe para filho através da placenta e do leite materno.

- **Artificial:** Obtida pela administração de soros ou imunoglobulinas, que fornecem proteção imediata, mas temporária. O uso de anticorpos monoclonais tem se expandido em terapias específicas para doenças infecciosas e crônicas, oferecendo uma nova dimensão à imunidade passiva.

O campo da imunologia tem se expandido rapidamente, com novas descobertas sobre a interconexão entre os componentes inatos e adaptativos do sistema imune. O avanço nas tecnologias de imunização e na compreensão dos mecanismos de memória imunológica tem permitido o desenvolvimento de vacinas mais eficazes e terapias imunomoduladoras que têm potencial para revolucionar a medicina preventiva e o tratamento de doenças autoimunes e infecciosas. A contínua pesquisa em imunologia é fundamental para enfrentar desafios emergentes em saúde pública e para a criação de novas estratégias de intervenção.

- Vacinas

As vacinas são preparações biológicas que estimulam o sistema imunológico a reconhecer e combater agentes infecciosos específicos, como vírus e bactérias. As bases imunológicas das vacinas envolvem a ativação do sistema imunológico adaptativo, que compreende células T e B, responsáveis pela memória imunológica e resposta específica a patógenos.

Mecanismos de Ação

1. Resposta Primária e Secundária:

- **Resposta Primária:** Quando uma vacina é administrada pela primeira vez, o sistema imunológico monta uma resposta primária. As células apresentadoras de antígenos (APCs) capturam o antígeno da vacina e o apresentam às células T, que, por sua vez, ativam as células B. As células B produzem anticorpos específicos contra o antígeno.

- **Resposta Secundária:** Em exposições subsequentes ao mesmo antígeno, a resposta secundária é mais rápida e robusta devido à memória imunológica. As células B de memória produzem rapidamente grandes quantidades de anticorpos, enquanto as células T de memória auxiliam na coordenação da resposta imunológica.

2. Tipos de Vacinas:

- **Vacinas Inativadas:** Contêm microorganismos mortos. Ex.: vacina contra poliomielite inativada (VIP).

- **Vacinas Atenuadas:** Contêm microorganismos vivos, mas enfraquecidos. Ex.: vacina contra o sarampo, caxumba e rubéola (SCR).

- **Vacinas de Subunidades:** Contêm partes específicas do microorganismo (antígenos). Ex.: vacina contra hepatite B.

- **Vacinas Conjugadas:** Utilizam antígenos ligados a uma proteína transportadora para melhorar a resposta imunológica. Ex.: vacina pneumocócica conjugada.

- **Vacinas de Toxóides:** Contêm toxinas inativadas produzidas por bactérias. Ex.: vacina contra difteria e tétano.

- **Vacinas de RNA/DNA:** Utilizam material genético para instruir células a produzir um antígeno. Ex.: algumas vacinas contra COVID-19.

Vias de Administração

As vias de administração de vacinas são as diferentes formas pelas quais uma vacina pode ser administrada no organismo para induzir uma resposta imunológica. Cada via de administração tem suas próprias vantagens e desvantagens, e a escolha da via depende do tipo de vacina, da faixa etária do paciente, da eficácia da resposta imunológica desejada e da praticidade. As principais vias de administração de vacinas incluem:

1. Via Intramuscular (IM)

- **Descrição:** A vacina é injetada diretamente no músculo.
- **Locais Comuns:** Músculo deltoide (braço) ou vasto lateral (coxa).
- **Vantagens:** Boa absorção, resposta imunológica robusta.
- **Exemplos de Vacinas:** Vacina contra a Hepatite B, DTP (Difteria, Tétano e Coqueluche).

2. Via Subcutânea (SC)

- **Descrição:** A vacina é injetada na camada de gordura abaixo da pele.
- **Locais Comuns:** Parte superior do braço (tríceps) ou coxa.
- **Vantagens:** Menor risco de reações locais dolorosas comparado à via IM.
- **Exemplos de Vacinas:** Vacina contra o Sarampo, Caxumba e Rubéola (MMR).

3. Via Intradérmica (ID)

- **Descrição:** A vacina é injetada na camada superior da pele.
- **Locais Comuns:** Face interna do antebraço.
- **Vantagens:** Utiliza menor volume de vacina, potencial para resposta imunológica forte.
- **Exemplos de Vacinas:** Vacina BCG (contra tuberculose).

4. Via Oral (VO)

- **Descrição:** A vacina é administrada por via oral, geralmente em forma líquida.
- **Vantagens:** Fácil administração, especialmente em crianças.
- **Exemplos de Vacinas:** Vacina contra o Rotavírus, vacina oral contra a Poliomielite (OPV).

5. Via Intranasal

- **Descrição:** A vacina é administrada na forma de spray nasal.
- **Vantagens:** Não invasiva, fácil administração, induz imunidade nas mucosas.
- **Exemplos de Vacinas:** Vacina contra a Influenza (gripe) em spray nasal.

6. Via Intravenosa (IV)

- **Descrição:** A vacina é injetada diretamente na corrente sanguínea.
- **Vantagens:** Rápida distribuição pelo corpo.
- **Desvantagens:** Usada raramente devido ao risco de reações adversas graves.

Considerações Finais:

- **Eficácia e Segurança:** A via de administração deve ser escolhida de acordo com estudos que comprovem sua eficácia e segurança para cada tipo específico de vacina.
- **População Alvo:** A idade, condição de saúde e características da população alvo também influenciam a escolha da via de administração.
- **Reações Adversas:** Cada via de administração pode apresentar diferentes tipos e frequências de reações adversas, que devem ser monitoradas.

A escolha correta da via de administração é crucial para garantir a eficácia da vacina e minimizar os riscos de reações adversas.

CALENÁRIO ESTADUAL DE VACINAÇÃO²

Calendário de Vacinação para Crianças Menores de 7 Anos – SP (2021)

Idade	Vacinas
Ao nascer	BCG, Hepatite B
2 meses	VIP (Poliomielite inativada), Pentavalente (DTP + Hib + Hepatite B), Rotavírus, Pneumocócica 10-valente
3 meses	Meningocócica C
4 meses	VIP, Pentavalente, Rotavírus, Pneumocócica 10-valente
5 meses	Meningocócica C
6 meses	VIP, Pentavalente
9 meses	Febre Amarela
12 meses	SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola), Meningocócica C, Pneumocócica 10-valente
15 meses	VOPb (Poliomielite oral), DTP, Hepatite A, Tetraviral (SCR + Varicela)
4 anos	VOPb, DTP, Varicela, Febre Amarela (2ª dose)
Anualmente	Influenza

Esquema de Vacinação para Gestantes e Puérperas – SP (2021)

Vacina	Esquema	Intervalo entre as doses
dT (Dupla adulto)	Primeira dose	Primeira visita ao serviço de saúde
Hepatite B	Primeira dose	Primeira visita ao serviço de saúde
dT (Dupla adulto)	Segunda dose	2 meses após a 1ª dose
Hepatite B	Segunda dose	2 meses após a 1ª dose
dTpa (Tríplice bacteriana acelular)	Terceira dose	4-6 meses após a 1ª dose
Hepatite B	Terceira dose	4-6 meses após a 1ª dose
Influenza	Uma dose	Em qualquer fase da gestação
SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola)	Dose única	Aplicada no puerpério

Esquema de Vacinação para Adultos de 20 a 59 Anos – SP (2021)

Vacina	Esquema	Intervalo entre as doses
dT (Dupla adulto)	Primeira dose	Primeira visita ao serviço de saúde
Hepatite B	Primeira dose	Primeira visita ao serviço de saúde
SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola)	Dose única	Aplicação única
Febre Amarela	Dose única	Aplicação única
dT (Dupla adulto)	Segunda dose	2 meses após a 1ª dose
Hepatite B	Segunda dose	2 meses após a 1ª dose
dT (Dupla adulto)	Terceira dose	4-6 meses após a 1ª dose
Hepatite B	Terceira dose	4-6 meses após a 1ª dose
dT (Dupla adulto)	Reforço	A cada 10 anos

² <https://saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/imunizacao/calendario-vacinal>

Esquema de Vacinação para Idosos (60 anos ou mais) – SP (2021)

Vacina	Esquema	Intervalo entre as doses
dT (Dupla adulto)	Primeira dose	Primeira visita ao serviço de saúde
Febre Amarela	Dose única	Aplicação única
Hepatite B	Primeira dose	Primeira visita ao serviço de saúde
SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola)	Dose única	Aplicação única
dT (Dupla adulto)	Segunda dose	2 meses após a 1ª dose
Hepatite B	Segunda dose	2 meses após a 1ª dose
dT (Dupla adulto)	Terceira dose	4-6 meses após a 1ª dose
Hepatite B	Terceira dose	4-6 meses após a 1ª dose
dT (Dupla adulto)	Reforço	A cada 10 anos
Influenza	Uma dose	Anualmente
Pneumocócica 23-valente	Dose única	Apenas para idosos acamados ou em instituições fechadas

CADEIA DE FRIO: CONSERVAÇÃO DE SOROS E VACINAS

A cadeia de frio é um processo crítico na área da saúde, especialmente no contexto da conservação de vacinas e soros. Trata-se de um sistema que envolve o armazenamento, transporte e manuseio de imunobiológicos em condições de temperatura controlada, garantindo que esses produtos mantenham sua eficácia até o momento da administração aos pacientes.

A importância da cadeia de frio é indiscutível. Vacinas e soros são compostos biológicos sensíveis à temperatura, que podem perder sua potência se expostos a variações térmicas inadequadas. Uma falha na manutenção da temperatura ideal durante qualquer etapa da cadeia de frio pode comprometer a eficácia do imunizante, colocando em risco a saúde pública. É por isso que a cadeia de frio é considerada um dos pilares fundamentais para o sucesso de programas de imunização.

Historicamente, a introdução da cadeia de frio no manejo de vacinas revolucionou a saúde pública, permitindo que as campanhas de vacinação alcançassem populações em diferentes partes do mundo, independentemente das condições climáticas locais. O desenvolvimento dessa tecnologia foi essencial para a erradicação de doenças como a varíola e para o controle de outras doenças infecciosas.

Contudo, o sucesso da cadeia de frio depende de um rigoroso controle em todas as etapas do processo, desde a fabricação até a administração ao paciente. A introdução de novas vacinas e soros, como as vacinas mRNA desenvolvidas durante a pandemia de COVID-19, trouxe novos desafios para a manutenção da cadeia de frio, exigindo temperaturas extremamente baixas para garantir a estabilidade dos imunobiológicos.

As consequências de uma falha na cadeia de frio podem ser graves. Além da perda financeira associada ao descarte de vacinas ineficazes, há o risco de um aumento na incidência de doenças que poderiam ser evitadas, comprometendo o progresso de campanhas de vacinação e colocando em risco a saúde de toda a população.

Componentes Essenciais da Cadeia de Frio

A cadeia de frio é composta por vários elementos que trabalham em conjunto para garantir a conservação adequada de vacinas e soros. Entre os principais componentes, destacam-se os equipamentos de refrigeração, os sistemas de monitoramento de temperatura e os protocolos de transporte.

Os equipamentos de refrigeração são o coração da cadeia de frio. Eles incluem geladeiras, freezers e câmaras frias, que são projetados para manter temperaturas específicas. Esses equipamentos devem ser calibrados regularmente para assegurar que estão funcionando dentro das faixas de temperatura recomendadas para cada tipo de imunobiológico. Além disso, em locais onde a energia elétrica é instável, geradores de emergência e sistemas de backup são essenciais para evitar falhas no armazenamento.

Outro componente crucial é o sistema de monitoramento de temperatura. Este sistema pode incluir termômetros digitais, sensores de temperatura conectados a sistemas de alarme, e dispositivos de monitoramento remoto que permitem o acompanhamento constante das condições de armazenamento. Esses sistemas são vitais para detectar rapidamente qualquer desvio de temperatura que possa comprometer a qualidade das vacinas.

Os protocolos de transporte também são uma parte fundamental da cadeia de frio. Durante o transporte, vacinas e soros são mantidos em contêineres térmicos especialmente projetados para preservar a temperatura ideal. A escolha do meio de transporte e a rota também são cuidadosamente planejadas para minimizar o tempo de exposição ao ambiente externo e reduzir o risco de variações de temperatura.

Os profissionais de saúde desempenham um papel central na manutenção da cadeia de frio. Eles são responsáveis por seguir rigorosamente os protocolos estabelecidos, realizar a verificação regular dos equipamentos e registrar as temperaturas em intervalos regulares. A capacitação contínua desses profissionais é essencial para garantir que estejam atualizados sobre as melhores práticas e possam agir rapidamente em caso de qualquer irregularidade.

Em suma, a cadeia de frio é uma infraestrutura complexa que requer uma coordenação meticulosa entre diferentes componentes e atores envolvidos. Cada elemento da cadeia é interdependente, e a falha em um deles pode comprometer todo o sistema, resultando em prejuízos significativos tanto do ponto de vista financeiro quanto da saúde pública.

Temperaturas Ideais para Conservação

Cada tipo de vacina e soro possui uma faixa de temperatura específica para sua conservação, que deve ser rigorosamente mantida para assegurar sua eficácia. Geralmente, as vacinas são armazenadas em temperaturas que variam entre +2°C e +8°C, mas existem exceções que exigem cuidados adicionais.

Vacinas de vírus inativados e toxóides, como as vacinas contra a gripe e o tétano, geralmente são conservadas entre +2°C e +8°C. Esse intervalo é adequado para manter a estabilidade dessas vacinas sem comprometer sua eficácia. Por outro lado, vacinas de vírus vivos atenuados, como a vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral), também requerem esse intervalo de temperatura, mas com uma atenção redobrada para evitar congelamento acidental, o que pode inativar o vírus.

No entanto, algumas vacinas, como as vacinas mRNA (por exemplo, as vacinas contra COVID-19 desenvolvidas pela Pfizer e Moderna), exigem temperaturas extremamente baixas para sua conservação a longo prazo. Essas vacinas precisam ser armazenadas em temperaturas que podem chegar a -70°C ou mais baixas, o que requer equipamentos especializados e logística avançada para seu transporte e armazenamento. Após o descongelamento, essas vacinas podem ser armazenadas em geladeiras comuns (+2°C a +8°C) por um período limitado antes de serem administradas.

Além disso, existem soros e outros imunobiológicos que podem ter requisitos específicos de conservação. Por exemplo, alguns soros antivenenos são armazenados a temperaturas entre +2°C e +8°C, mas devem ser protegidos contra congelamento e exposição direta à luz, que pode degradar os componentes ativos.

Para garantir que essas condições sejam mantidas, são utilizados registros de temperatura contínuos e verificações regulares. O uso de termômetros calibrados, dataloggers e sistemas de alarme que notificam quando há uma variação fora da faixa ideal é uma prática comum. Estes sistemas são essenciais, especialmente em ambientes onde as condições de temperatura podem ser desafiadoras, como em regiões tropicais ou em áreas com fornecimento de energia instável.

A correta manutenção dessas temperaturas é vital para o sucesso dos programas de imunização. Qualquer desvio, mesmo que pequeno, pode comprometer a eficácia da vacina ou do soro, resultando em doses que, se administradas, podem não proporcionar a proteção esperada. Portanto, a vigilância constante e a

manutenção dos equipamentos de refrigeração são prioridades absolutas em qualquer sistema de saúde que lida com imunobiológicos.

Desafios na Manutenção da Cadeia de Frio

Manter a cadeia de frio operando de forma eficiente é um desafio constante, especialmente em países em desenvolvimento e em áreas remotas. Esses desafios variam desde a infraestrutura inadequada até as variações climáticas extremas, que podem impactar diretamente a capacidade de manter as vacinas e soros na temperatura ideal.

Um dos principais desafios é a infraestrutura. Em muitas áreas rurais, o acesso a eletricidade confiável é limitado, o que torna difícil manter os equipamentos de refrigeração funcionando 24 horas por dia. Nessas situações, o uso de geradores de energia, painéis solares e baterias de longa duração pode ser necessário para garantir que a cadeia de frio não seja interrompida. No entanto, esses equipamentos adicionais também requerem manutenção regular e podem ser caros para adquirir e operar.

As condições climáticas extremas representam outro desafio significativo. Em regiões onde as temperaturas externas podem atingir níveis muito elevados ou muito baixos, o transporte e o armazenamento de vacinas se tornam ainda mais complicados. Em climas muito quentes, por exemplo, o calor pode rapidamente afetar a eficácia das vacinas se os contêineres de transporte não forem adequados ou se houver falhas no sistema de refrigeração. Por outro lado, em climas muito frios, o risco de congelamento acidental de vacinas que não devem ser congeladas é elevado.

Outro desafio está relacionado à logística do transporte. Em países com uma geografia complexa, como áreas montanhosas ou regiões insulares, o transporte de vacinas pode exigir múltiplas etapas, incluindo o uso de diferentes meios de transporte como aviões, barcos e veículos off-road. Cada transição entre diferentes meios de transporte representa um risco potencial de interrupção da cadeia de frio, tornando essencial um planejamento logístico meticuloso e a existência de protocolos rigorosos.

Além disso, a capacitação insuficiente dos profissionais de saúde em certas áreas pode comprometer a eficácia da cadeia de frio. A falta de treinamento adequado sobre como manusear vacinas, monitorar temperaturas e responder a emergências pode levar a erros que resultam na perda de imunobiológicos. A implementação de programas de treinamento contínuos e a realização de auditorias regulares são medidas essenciais para mitigar esses riscos.

Por fim, o custo é um fator que não pode ser ignorado. A manutenção da cadeia de frio, especialmente para vacinas que requerem temperaturas muito baixas, pode ser extremamente dispendiosa. Isso inclui não apenas os custos de aquisição e operação dos equipamentos, mas também o treinamento dos profissionais, a implementação de sistemas de monitoramento e o desenvolvimento de planos de contingência. Para muitos sistemas de saúde, especialmente nos países de baixa e média renda, esses custos representam um desafio significativo.

Protocolos de Emergência e Planos de Contingência

Diante dos desafios na manutenção da cadeia de frio, a existência de protocolos de emergência e planos de contingência é fundamental para garantir a segurança dos imunobiológicos. Es-

ses protocolos são desenhados para responder rapidamente a situações em que a cadeia de frio é interrompida, minimizando as perdas e garantindo a continuidade do programa de imunização.

Um protocolo de emergência típico inclui procedimentos para verificar a integridade das vacinas e soros após uma falha na cadeia de frio. Isso pode envolver a verificação de indicadores de temperatura nos contêineres de armazenamento, a realização de testes de estabilidade das vacinas e, em casos extremos, o descarte seguro de lotes comprometidos. A decisão de descartar ou não um lote deve ser baseada em uma avaliação rigorosa das condições às quais as vacinas foram expostas e nas diretrizes fornecidas pelos fabricantes.

Os planos de contingência também devem incluir estratégias para garantir a continuidade do armazenamento e transporte em caso de falhas prolongadas na cadeia de frio. Isso pode envolver a transferência rápida das vacinas para uma instalação alternativa que ainda tenha capacidade de refrigeração, o uso de gelo seco ou outros meios de resfriamento temporário, e a mobilização de equipes de emergência para resolver problemas técnicos com equipamentos de refrigeração.

Outro aspecto importante dos planos de contingência é a comunicação. Todos os envolvidos na cadeia de frio, desde os fabricantes até os profissionais de saúde nos pontos de vacinação, devem estar cientes dos protocolos de emergência e saber como agir rapidamente em caso de uma falha. A comunicação eficaz é essencial para coordenar as respostas, evitar o pânico e assegurar que as decisões sejam tomadas com base em informações precisas.

Além dos protocolos de resposta imediata, é fundamental que existam planos de longo prazo para fortalecer a resiliência da cadeia de frio. Isso pode incluir investimentos em infraestrutura, como a compra de equipamentos de refrigeração mais eficientes e a construção de instalações de armazenamento mais robustas, bem como a capacitação contínua dos profissionais de saúde para lidar com emergências. A análise pós-incidente também é uma prática importante, permitindo que lições sejam aprendidas e que os protocolos sejam melhorados continuamente.

A existência de protocolos de emergência e planos de contingência eficazes é o que diferencia um sistema de saúde preparado de um vulnerável. Eles garantem que, mesmo diante de falhas inevitáveis, a proteção da saúde pública não seja comprometida, e que as vacinas e soros, que são vitais para a prevenção de doenças, permaneçam seguros e eficazes.

Conclusão: Importância da Cadeia de Frio na Saúde Pública

A cadeia de frio é um componente essencial para o sucesso de qualquer programa de imunização. Sua função vai muito além do simples armazenamento de vacinas; ela garante que cada dose administrada a um paciente tenha a máxima eficácia possível, protegendo milhões de vidas contra doenças preveníveis.

A complexidade da cadeia de frio exige uma coordenação metódica e um compromisso contínuo de todos os envolvidos, desde os fabricantes até os profissionais de saúde nos pontos de vacinação. Cada etapa do processo, desde a produção até a administração final, deve ser cuidadosamente gerenciada para evitar falhas que possam comprometer a eficácia dos imunobiológicos.

À medida que novas vacinas são desenvolvidas e implementadas, especialmente aquelas que exigem condições de armazenamento mais rigorosas, como as vacinas mRNA, os

desafios para a manutenção da cadeia de frio só aumentam. No entanto, com investimentos adequados em infraestrutura, treinamento e tecnologia, é possível superar esses desafios e continuar avançando na luta contra doenças infecciosas.

No contexto da saúde pública, a cadeia de frio não é apenas uma questão técnica, mas uma responsabilidade coletiva. Proteger a integridade das vacinas e soros é proteger a saúde de toda a população, garantindo que os programas de imunização possam alcançar seus objetivos de forma eficaz e segura.

Em suma, a cadeia de frio representa um compromisso com a qualidade, a segurança e a eficácia na saúde pública. Manter essa cadeia intacta é essencial para continuar a prevenir doenças, salvar vidas e promover o bem-estar global. A melhoria contínua e a adaptação às novas exigências serão sempre necessárias para enfrentar os desafios futuros e garantir que a proteção contra doenças esteja sempre ao nosso alcance.

MEIOS DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO

O **Centro de Material e Esterilização (CME)** é reconhecido pelo Ministério da Saúde (MS) como uma unidade de apoio técnico essencial. Sua função principal é garantir a disponibilidade de produtos e materiais devidamente processados para oferecer suporte eficaz na assistência à saúde de indivíduos, seja em condições de doença ou saúde.

O CME realiza diversas funções fundamentais, incluindo a recepção, limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, armazenamento, distribuição e controle de materiais para diferentes unidades hospitalares, como o centro cirúrgico (CC), centro obstétrico (CO), unidades de internação (UI), pronto atendimento (PA), unidade de terapia intensiva (UTI), e ambulatórios, entre outras.

Em 15 de março de 2012, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 15 da Anvisa definiu o CME como uma “unidade funcional destinada ao processamento de produtos para a saúde nos serviços de saúde”. Para garantir o controle e segurança, a localização do CME deve ser afastada da circulação pública, com acesso restrito a funcionários da unidade, prestadores de serviço e visitantes devidamente autorizados, trajados e acompanhados.

Conforme a RDC nº 307 do MS, as principais responsabilidades do CME incluem:

- Receber, desinfetar e separar artigos que requerem reprocessamento;
- Lavar os artigos de forma cuidadosa e sistemática;
- Receber roupas provenientes da lavanderia;
- Empacotar artigos e roupas destinados à esterilização;
- Esterilizar artigos e roupas utilizando métodos adequados;
- Realizar controle microbiológico e de validade dos itens esterilizados;
- Armazenar e distribuir artigos e roupas esterilizados para outras unidades;
- Assegurar a proteção e segurança de pacientes e funcionários.

O CME, com essas funções, contribui para a qualidade e segurança dos serviços hospitalares, fornecendo materiais essenciais e esterilizados que atendem aos padrões de higiene e controle de infecção necessários para ambientes de saúde.

Setores e Áreas que Compõem o CME

A estrutura do Centro de Material e Esterilização (CME) deve ser ajustada conforme o porte e a complexidade da unidade de saúde onde está inserido. No entanto, independentemente do espaço físico, o CME é dividido em dois setores principais e quatro áreas funcionais, estabelecidas para organizar o fluxo e processamento dos materiais hospitalares, considerando o nível de contaminação dos artigos e o risco de propagação de micro-organismos.

Aspecto	Descrição
Setores do CME	
Área Contaminada	Recebe artigos contaminados ou sujos, realizando a descontaminação e lavagem inicial dos materiais.
Área Limpa	Realiza a desinfecção, secagem, preparo, acondicionamento, esterilização, armazenamento e distribuição.
Áreas Funcionais do CME	
Expurgo	Área contaminada destinada à recepção, descontaminação e limpeza dos materiais. Provida de EPIs e infraestrutura adequada.
Preparo e Acondicionamento	Área limpa onde ocorre a identificação, inspeção e acondicionamento dos materiais antes da desinfecção ou esterilização. Deve ter boa iluminação e mobiliário funcional.
Esterilização	Área limpa equipada com autoclaves e outros dispositivos para esterilização de materiais termorresistentes e termossensíveis. Necessita de ventilação e ar condicionado devido ao calor e umidade.
Guarda e Distribuição	Área limpa para armazenamento e distribuição de materiais esterilizados. Controla temperatura (18-22°C) e umidade (35-70%). Dispõe de armários fechados e sistema de ventilação.
Requisitos de Infraestrutura (RDC nº 15)	
CME Classe I	- Área de recepção e limpeza (setor sujo) - Área de preparo e esterilização (setor limpo) - Sala de desinfecção química (quando aplicável) - Área de monitoramento do processo de esterilização - Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados
CME Classe II e Empresas Processadoras	- Sala de recepção e limpeza (setor sujo) - Sala de preparo e esterilização (setor limpo) - Sala de desinfecção química (quando aplicável) - Área de monitoramento do processo de esterilização - Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados

Classificação e Processamento de Artigos

Os artigos hospitalares são classificados conforme o risco de infecção que podem gerar, dividindo-se em três categorias: críticos, semicríticos e não críticos. Essa classificação orienta o método adequado de desinfecção ou esterilização a ser aplicado.

Classificação e Processamento de Artigos Hospitalares	Descrição
Artigos Críticos	São artigos com alto risco de infecção caso estejam contaminados por micro-organismos ou esporos. Entram em contato direto com tecidos estéreis ou sistemas isentos de flora microbiana (sistema vascular, tecidos subepiteliais, etc.). Exemplos: agulhas, roupas cirúrgicas, instrumentos cirúrgicos e soluções injetáveis. Processamento necessário: devem ser esterilizados.
Artigos Semicríticos	Entram em contato com a pele não íntegra e membranas mucosas, como equipamentos de anestesia gasosa e endoscópios. Processamento necessário: desinfecção no mínimo, mas a esterilização pode ser indicada dependendo do uso. Observação: dificuldades técnicas e riscos inerentes ao processo de desinfecção química também podem justificar a esterilização.

Classificação e Processamento de Artigos Hospitalares	Descrição

Artigos Não Críticos

Contatam apenas a pele íntegra, como termômetros clínicos, incubadoras e artigos de higiene. Processamento necessário: limpeza com água e sabão (com ou sem desinfecção de baixo nível). Exemplos de desinfetantes de nível intermediário: álcool a 70%. Objetivo: impedir a transmissão de micro-organismos.

Materiais e Equipamentos do CME

Os materiais e equipamentos do CME são organizados conforme as áreas específicas para garantir o fluxo adequado e o correto processamento dos artigos.

Expurgo:

- Equipamentos: lavadoras ultrassônicas, lavadoras desinfectoras, pasteurizadoras.
- Estruturas e instalações: pias de cubas profundas de aço inoxidável, torneiras com água fria e quente, bancadas de material inoxidável ou não poroso para fácil limpeza.
- Ferramentas de limpeza: bicos para injeção de água pressurizada (lavagem de artigos com lumens) e ar comprimido (secagem de artigos com lumens), escovas com cerdas resistentes.
- Produtos químicos: sabões, desinfetantes, detergentes enzimáticos, soluções lubrificantes e conservadoras.
- Armazenamento: armários e balcões para estocagem de produtos e materiais.
- Equipamentos de proteção individual (EPIS): luvas de borracha de cano longo e antiderrapante, aventais impermeáveis com mangas longas, gorro, máscara, óculos com proteção lateral, protetor auricular e botas de borracha.
- Área de higiene: pia para lavagem das mãos com sabão antisséptico, gel alcoólico e toalhas descartáveis.
- Apoio logístico: suportes de hamper e cestos para descarte de lixo.

Essa estrutura e equipamento são essenciais para assegurar o processamento seguro e eficiente dos materiais, de acordo com as práticas de higiene e biossegurança do ambiente hospitalar.

Preparo e Inspeção

- Mesas ou bancadas para separação, inspeção e preparo dos materiais;
- Cadeiras ou banquetas ajustáveis e confortáveis, com encosto e apoio para os pés;
- Carrinhos para movimentação dos artigos;
- Armários com gavetas para armazenamento;
- Compressas e campos específicos para secagem dos materiais;
- Pistolas de ar comprimido para secagem de artigos com lumens;
- Iluminação artificial e lupa para inspeção minuciosa dos artigos;
- Luvas de procedimento, resistentes para manuseio seguro;
- Embalagens adequadas para cada tipo de material e processo de esterilização;
- Máquinas seladoras para fechar embalagens;
- Etiquetas e canetas para identificação dos pacotes;
- Fitas adesivas com indicadores químicos para verificação de esterilização;
- Suportes para hampers;
- Lixeiras para descarte.

Esterilização

- Autoclaves para esterilização a vapor sob pressão;
- Equipamento de esterilização com plasma de peróxido de hidrogênio;
- Autoclaves para esterilização rápida (flash);
- Equipamento para esterilização a vapor de baixa temperatura e formaldeído gasoso (VBTF).

Guarda e Distribuição

- Armários e/ou balcões para armazenamento de materiais de longa permanência;
- Prateleiras com cestos para armazenar materiais de uso diário;
- Etiquetas e/ou imagens para identificação de prateleiras e materiais;
- Carrinhos e cestos de arame para transporte de materiais;
- Escadas para acesso a prateleiras altas;
- Balcões para organização e distribuição;
- Fichas para registrar materiais distribuídos às unidades;
- Lixeiras para descarte adequado.

Fluxo de Trabalho no CME

No Centro de Material e Esterilização (CME), é essencial manter um fluxo contínuo e unidirecional dos materiais, evitando o cruzamento entre materiais sujos e os limpos/esterilizados. Os trabalhadores devem permanecer nas áreas designadas (sujas ou limpas) para prevenir contaminações, e o controle de circulação de pessoas precisa ser rigoroso, restrito aos funcionários da unidade. Barreiras físicas e técnicas, além de recursos físicos e operacionais, são fundamentais para auxiliar na prevenção de infecções hospitalares.

A utilização de fluxogramas auxilia na organização do ambiente e reduz o risco de transmissão de micro-organismos por dispersão, tornando o CME mais seguro e livre de contaminações. O processo de seleção do método de esterilização deve levar em conta o tipo de material: por exemplo, itens termossensíveis requerem métodos de baixa temperatura. Após a esterilização, os produtos devem ser armazenados e transportados com o mínimo de manipulação para garantir que mantenham suas características estéreis.

Etapas e Processos no CME**1. Área de Recepção:**

Materiais sujos são recebidos das diversas unidades do hospital em horários predefinidos. A equipe, devidamente equipada com EPIs, inicia a descontaminação prévia.

2. Descontaminação:

Os materiais passam por métodos de descontaminação:

- **Mecânica:** fricção com escovas/esponjas e solução desinfetante.
- **Física:** imersão em água fervente (30 minutos), uso de máquinas lavadoras (15 minutos), ou autoclaves sem secagem.
- **Química:** imersão completa em soluções desinfetantes.

3. Limpeza e Separação:

Os artigos são separados conforme suas características (vidraria, instrumentos, borrachas, etc.) e limpos manualmente ou por ultrassom. Ao final, são enxaguados e verificados quanto à eficácia do processo de lavagem.

4. Preparo e Acondicionamento:

Após a descontaminação e limpeza, os materiais são preparados e embalados de acordo com normas de esterilização. Esse processo inclui o uso de indicadores químicos, registro dos materiais, e preparo das caixas para esterilização.

5. Esterilização:

O método de esterilização é escolhido com base no tipo de material:

- **Autoclaves:** para esterilização a vapor sob pressão.
- **Esterilização Química:** com óxido de etileno, formaldeído ou peróxido de hidrogênio, para materiais sensíveis ao calor.

A carga é disposta na autoclave sem encostar nas paredes e ocupando até 80% da capacidade. Após o ciclo, os pacotes não devem ser colocados quentes sobre superfícies frias para evitar choque térmico.

6. Identificação e Registro:

Após resfriamento, os pacotes são lacrados, identificados com o número do ciclo, data de esterilização, e encaminhados para armazenamento.

7. Guarda e Distribuição:

Na área de armazenamento, os materiais são organizados conforme a data de esterilização, seguindo o sistema de “primeiro a entrar, primeiro a sair”. A distribuição ocorre em horários programados, evitando escassez ou excesso nos setores.

Procedimentos e Gestão

O CME deve seguir procedimentos operacionais padrão (POP) para garantir uma rotina eficaz e padronizada, atendendo às metas de produtividade e qualidade estabelecidas pela instituição. É necessário criar manuais e protocolos que detalhem cada processo e sejam utilizados como referência pela equipe. A montagem da carga para esterilização requer atenção aos critérios de posicionamento dos artigos para assegurar que todo o processo ocorra de forma correta, prevenindo a necessidade de reproprocessamento.

Para o bom funcionamento do CME, a unidade deve contar com um regimento interno com normas e rotinas claras, determinando as atividades e diretrizes de operação conforme os padrões do hospital. A adesão a esses procedimentos é essencial para garantir resultados confiáveis, além de promover a segurança dos profissionais e dos pacientes.

Terminologia

Termo	Definição
Esterilização	Conjunto de operações com o objetivo de eliminar todas as formas de micro-organismos, tanto na forma vegetativa quanto esporulada, presentes em materiais ou substâncias.
Limpeza	Processo manual ou mecânico de remoção de sujidades em artigos e superfícies, realizado com água, sabão e detergentes (neutros ou enzimáticos) para reduzir a carga microbiana. A limpeza é essencial como primeiro passo nos processos de desinfecção e esterilização, já que matéria orgânica pode proteger micro-organismos do contato com agentes de desinfecção.
Descontaminação	Processo de redução de micro-organismos em artigos e superfícies, tornando-os seguros para o manuseio posterior.
Desinfecção	Processo físico ou químico que destrói micro-organismos na forma vegetativa, exceto os esporulados. Pode ser realizado fisicamente (água quente entre 60 e 90°C ou ebulição) ou quimicamente, com o uso de desinfetantes específicos.
Esterilização (padrão microbiológico)	Método de destruição de todos os micro-organismos, incluindo os esporulados, a tal ponto que não seja possível detectá-los por testes microbiológicos padrões. A probabilidade de sobrevivência microbiana após este processo é inferior a uma em um milhão (10^{-6}). Pode ser realizada por calor, agentes químicos, óxido de etileno, radiação e outros métodos.
Artigos Médico-Hospitalares	Incluem instrumentos cirúrgicos, equipamentos e acessórios utilizados para o tratamento de pacientes, instrumental odontológico e demais itens de uso clínico.
Detergente Enzimático	Solução composta por enzimas, surfactantes, solubilizantes e álcoois, utilizada para remover matéria orgânica como sangue e fluidos corpóreos aderidos, através da decomposição dessas substâncias.

Métodos de Limpeza**Limpeza Manual**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2016), instituições com recursos limitados ainda podem realizar a limpeza e preparação de dispositivos para esterilização com métodos manuais eficazes. Para assegurar a limpeza adequada, é necessário desmontar todos os dispositivos, garantindo que todas as superfícies estejam acessíveis para higienização e desinfecção. Confirme se o dispositivo é compatível com as soluções químicas utilizadas na instituição, submergindo itens totalmente para minimizar a formação de aerossóis e melhorar a limpeza. Remova a sujeira visível com escovas e panos descartáveis, evitando a formação de aerossóis ao limpar dispositivos não submersíveis. Use escovas apropriadas para dispositivos com lúmen, aplicando solução detergente manualmente ou com jato, enxague com água potável e verifique obstruções e vazamentos em dispositivos com lúmen.

Método de Imersão

Para o método de imersão, a OMS (2016) recomenda encher a pia ou um recipiente apropriado com água quente, suficiente para cobrir completamente o dispositivo, e adicionar a quantidade correta de detergente conforme indicado pelo fabricante. Limpe o dispositivo abaixo da linha da água para evitar a formação de aerossóis e use escovas adequadas para limpar partes de difícil acesso, como reentrâncias e lúmens. Utilize escovas macias com cerdas de nylon para proteger a superfície do instrumento. As escovas devem ser submetidas à termodesinfecção e secagem ao fim do dia ou, se não for possível, devem ser limpas e deixadas para secar. Substitua escovas danificadas. Mergulhe o dispositivo em água purificada em outra pia ou recipiente, enxágue bem e seque manualmente com pano descartável limpo e sem fiapos, caso não seja possível secar com ar.

Método Sem Imersão

Segundo a OMS (2016), o método sem imersão requer que as superfícies do dispositivo sejam limpas com um pano descartável limpo e sem fiapos, umedecido com detergente, evitando que a umidade entre em áreas críticas (como conexões elétricas) até a remoção completa da sujeira visível. Enxague com um pano úmido descartável para eliminar resíduos de detergente. Seque manualmente com pano descartável limpo ou com ar. Troque a solução de limpeza e a água em cada sessão ou quando estiverem visivelmente sujas. Desinfecção química antes da limpeza é desnecessária e ineficaz quando há matéria orgânica presente.

Enxágue

Após a limpeza, o enxágue remove sujidades e resíduos de detergente. Todos os dispositivos devem ser bem enxaguados com água para remover partículas que possam reagir com desinfetantes ou esterilizantes. Dispositivos intravasculares/intratecais requerem enxágue final com água estéril, isenta de pirogênios ou tratada por osmose reversa.

Secagem

A secagem previne o crescimento de micro-organismos e evita a diluição de desinfetantes químicos, que se tornam menos eficazes na presença de umidade. Os dispositivos devem ser secos ao ar ou com pano limpo e descartável. Dispositivos com lúmen devem ser secos com ar medicinal comprimido ou filtrado (HEPA) na pressão recomendada pelo fabricante. A secagem imediata após o enxágue é essencial para dispositivos de aço inoxidável, evitando manchas. Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), a secagem pode envolver:

- Secadoras de ar quente ou frio;
- Estufas reguladas para secagem;
- Ar comprimido medicinal (para artigos com lúmen);
- Pano limpo, seco e absorvente.

Limpeza Automatizada ou Mecanizada

A limpeza automatizada fornece resultados consistentes e controlados, especialmente quando o equipamento é bem mantido. Equipamentos comuns para limpeza automatizada de dispositivos incluem lavadoras ultrassônicas, automáticas e desinfetadoras, além de lavadoras automáticas para carrinhos. Quando os dispositivos e os equipamentos estão preparados para processo automatizado, esse método oferece vantagens como rapidez, resultados padronizados e de alta qualidade (válidos), além de reduzir os riscos para a equipe profissional.

Limpeza de Superfícies

Para o controle e redução de infecções hospitalares, a higiene das superfícies é fundamental, pois inibe a proliferação de micro-organismos.

Objetivos da Limpeza:

- Remover sujidades;
- Reduzir a população microbiana;
- Minimizar o risco de contaminação no ambiente hospitalar.

Classificação da Limpeza

- **Limpeza Concorrente:** realizada diariamente em áreas como quartos de pacientes, corredores, saguões, sanitários e áreas administrativas. É uma limpeza úmida e menos intensiva comparada à limpeza terminal, e não inclui o uso de máquinas para o piso.

- **Limpeza Terminal:** realizada em todas as superfícies horizontais e verticais, como paredes, vidros, portas e pisos. A limpeza é mais completa, feita com o auxílio de máquinas para os pisos. A frequência depende da área: em quartos e enfermarias, ocorre após a alta, óbito ou transferência do paciente; em centros cirúrgicos, é realizada diariamente para ambos os tipos de limpeza (concorrente e terminal).

Lavadoras Ultrassônicas

A limpeza automatizada, incluindo o uso de lavadoras ultrassônicas, tornou-se essencial para processar alguns materiais médicos, especialmente os de conformações complexas, conforme exige a RDC 15/2012. As lavadoras ultrassônicas permitem ciclos padronizados, assegurando a limpeza em áreas de difícil acesso e possibilitando a parametrização e documentação do processo para maior efetividade.

O processo de limpeza por ultrassom é superior ao manual, pois utiliza a formação de bolhas acústicas que implodem, criando minúsculas áreas de vácuo que deslocam a sujeira das superfícies internas e externas dos materiais — um fenômeno chamado cavitação. A cavitação, aliada ao calor e ao detergente enzimático, promove uma limpeza eficaz e uniforme, mesmo em locais de difícil acesso.

As lavadoras ultrassônicas também possuem um sistema de enxágue por spray, que reduz o consumo de água ao direcionar o jato diretamente nos lumens dos materiais, garantindo a remoção completa dos resíduos de forma controlada.

Processo de Esterilização

Conforme a Organização Mundial da Saúde (2016), todos os produtos para saúde devem ser embalados antes da esterilização para assegurar sua proteção, manter a esterilidade e permitir uma transferência asséptica até o local de uso. A escolha do material de embalagem deve seguir normas internacionais e estar adequada ao método de esterilização empregado. Cada pacote deve ter um indicador químico externo, identificação do conteúdo, número de lote, data de validade e as iniciais do operador. As opções de embalagem incluem barreiras estéreis pré-formadas, embalagens de esterilização e recipientes rígidos reutilizáveis, selecionados conforme a necessidade específica do dispositivo e o método de esterilização.

Princípios para a Escolha da Embalagem:

- Tamanho adequado para cobrir o item sem romper.
- Evitar tecidos para itens ocultos e bandejas de curativos em produtos para saúde reutilizáveis (PPSR), devido à dificuldade de secagem uniforme, o que compromete a esterilização.
- Proteção de itens delicados e posicionamento de bandejas perfuradas para permitir a circulação do esterilizante.
- Separação de itens ocultos com material não poroso para facilitar a circulação de vapor, sempre embalando com aberturas na mesma direção.

Requisitos e Características da Embalagem

A embalagem precisa:

- Permitir a identificação do conteúdo e fechamento seguro;
- Proteger contra danos físicos;
- Manter a esterilidade até a abertura;
- Facilitar a técnica asséptica durante a manipulação.

Ela deve também ser compatível com o método de esterilização, resistir à perfuração, vedação e impactos, além de impedir a entrada de microrganismos, poeira e umidade.

Armazenamento

Os materiais de embalagem devem ser mantidos em ambiente com temperatura entre 18 e 22°C e umidade entre 35 e 70%, preservando a integridade do produto. É essencial armazená-los em prateleiras a 28 cm do piso e organizar o rodízio de estoque, utilizando o sistema “primeiro a entrar, primeiro a sair”.

Tipos de Embalagem e Materiais:

- **Invólucros de Esterilização:** Incluem papel crepado e combinações de celulose com fibras sintéticas para esterilização a vapor, calor seco e óxido de etileno. Esses materiais são permeáveis ao esterilizante, desde que armazenados em local seco.

- **Recipientes Rígidos Reutilizáveis:** Utilizados em esterilização a vapor para jogos de instrumentos, são feitos de metais ou polímeros e possuem revestimento HEPA. Devem ser inspecionados regularmente e desmontados para limpeza e secagem antes da esterilização.

- **Tecidos Reutilizáveis:** Confeccionados em algodão ou poliéster/algodão para esterilização a vapor, devem ser usados em camadas duplas para maior barreira microbiana. Esses tecidos têm menor resistência bacteriana comparados aos descartáveis e precisam de cuidados extras para inspeção e substituição quando desgastados.

- **Recipientes de Vidro e Metal Não Perfurados:** Usados para esterilização a calor seco de agulhas e seringas. Por não conduzirem bem o calor, é necessário verificar a penetração do calor.

- **Papel-Alumínio:** Adequado para itens grandes como brocas esterilizadas por calor seco. A folha precisa ser espessa para evitar perfurações.

- **Embalagens de Uso Único:** Preferidas para dispositivos estéreis, conforme normas de segurança. Para o centro cirúrgico, é recomendável o duplo acondicionamento para proteção extra.

Equipamentos Necessários para a Esterilização:

- **Materiais de Embalagem:** Bobinas de papel grau cirúrgico, envelopes autosselantes e termo selantes, folhas de papel crepado, bobinas Tyvek, e embalagens SMS.

- **Fita Indicadora Química:** Para verificação da efetividade da esterilização.

- **Caneta Marcadora e Etiqueta:** Para identificação dos pacotes.

- **Forros de Bandeja:** Para organização e proteção dos instrumentos durante o processo de esterilização.

Seguir rigorosamente essas práticas de embalagem e esterilização, conforme as orientações do fabricante e os protocolos institucionais, assegura um processo eficaz e seguro de esterilização, minimizando os riscos de contaminação e mantendo a qualidade dos produtos para uso em saúde.

Métodos de Desinfecção de Artigos Hospitalares

Diversos agentes químicos são empregados na desinfecção de materiais e equipamentos em ambientes de saúde, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2016). Estes desinfetantes são especialmente recomendados após a limpeza de dispositivos termossensíveis.

O desinfetante ideal deve ter ampla ação germicida, ser rápido e eficaz contra vários tipos de microrganismos, incluindo esporos, e ser compatível com os materiais a serem desinfetados. Também deve ser estável na presença de matéria orgânica e apresentar um custo acessível. É importante considerar que a presença de biofilme ou resíduos orgânicos pode prejudicar a eficácia do desinfetante, assim como a necessidade de uma concentração específica para evitar danos aos materiais.

Principais Agentes Químicos para Desinfecção

Desinfetante	Indicação	Concentração	Modo de Ação
Ortoftalaldeído (OPA)	Desinfecção de alto nível para dispositivos médicos	0,55%, reutilizável por 14 dias	Alquila componentes celulares, afetando diretamente os ácidos nucleicos
Glutaraldeído	Desinfecção de alto nível, soluções ácidas ou alcalinas	2% em pH alcalino, validade de 14 dias	Alquila componentes celulares, inibindo a síntese de proteínas e DNA/RNA
Formaldeído	Uso descontinuado na América do Norte desde 1996	—	Inativa microrganismos por alterações na síntese de ácidos nucleicos
Ácido Peracético	Esterilização e desinfecção em máquinas e imersão manual	0,1 a 0,2%, contato de 5 a 15 minutos	Desnatura proteínas e afeta a permeabilidade da parede celular
Peróxido de Hidrogênio	Desinfecção de alto nível para superfícies e equipamentos médicos	6 a 7,5%, duração de 30 minutos	Produz radicais livres que atacam membranas celulares e componentes essenciais

Desinfetante	Indicação	Concentração	Modo de Ação
Compostos à Base de Cloro	Desinfecção geral, uso em hipoclorito de sódio	Mínimo de 1.000 ppm (0,1%) para micobactérias, contato de 10 min	Desnatura proteínas e inativa ácidos nucleicos
Álcool	Uso geral em superfícies, equipamentos e pele	60 a 70% de etanol ou propanol	Dissolve a membrana celular, causando destruição da estrutura bacteriana e viral
Dióxido de Cloro	Desinfecção de água e controle ambiental, instrumentos médicos	Desinfecção em 5 a 10 minutos	Atua como agente oxidante, sem cloração direta

Esses agentes de desinfecção são fundamentais no controle de infecções hospitalares e devem ser utilizados de acordo com as instruções de concentração, tempo de exposição e compatibilidade com os materiais, seguindo sempre as recomendações dos fabricantes.

Métodos e Validação do Processo de Esterilização

Os processos realizados na Central de Material e Esterilização (CME) são fundamentais para assegurar a qualidade e a segurança em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) com áreas como centro cirúrgico, obstétrico, serviços de emergência complexa e outros. A equipe de processamento é responsável por garantir a qualidade dos processos de esterilização. O responsável técnico (RT), um profissional de nível superior, responde perante a vigilância sanitária e tem a atribuição de propor e monitorar os indicadores de controle de qualidade, contribuindo para ações de prevenção e controle de eventos adversos, incluindo infecções.

Garantia de Qualidade

Cada etapa do ciclo de reprocessamento é essencial para o uso seguro de produtos estéreis, como instrumentos reutilizáveis em procedimentos cirúrgicos, conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde (2016). Um erro em qualquer fase da descontaminação pode resultar em altos custos e sérios riscos para pacientes e profissionais. Portanto, um sistema de gestão de qualidade robusto deve estar em funcionamento para estruturar a documentação e o controle de processos. A validação de cada etapa é imprescindível e os registros dessas etapas devem ser mantidos por até cinco anos, conforme as exigências locais.

Elementos Essenciais de um Sistema de Gestão de Qualidade

Para garantir a qualidade em todas as etapas, a OMS (2016) destaca os seguintes elementos:

- 1. Equipamentos de Proteção Individual (EPI):** uso obrigatório de EPI em todas as etapas, incluindo limpeza (avental impermeável, touca, protetor facial, calçado fechado, luvas reforçadas) e esterilização (touca, uniforme limpo, luvas resistentes ao calor, calçado fechado).
- 2. Critérios de Liberação de Esterilidade:** garantia paramétrica de que o produto processado atende aos parâmetros validados.
- 3. Registro e Documentação:** manutenção de registros completos das atividades, respeitando o prazo determinado pela legislação local.
- 4. Rastreabilidade do Produto e do Processo:** implementação de sistema manual ou eletrônico que permita o acompanhamento completo do produto, inclusive para ações de recall.
- 5. Armazenamento e Transporte:** transporte e armazenamento adequados para manter a esterilidade e a integridade dos produtos.
- 6. Manutenção Preventiva:** cronograma e contratos de manutenção dos equipamentos, garantindo o funcionamento contínuo.
- 7. Políticas de Mudança de Procedimentos:** normas para revisão de procedimentos ou materiais utilizados.
- 8. Prevenção e Controle de Infecção no Serviço de Descontaminação:** práticas de higiene das mãos, uso de EPI, vestimenta adequada, descarte seguro de perfurocortantes, limpeza ambiental e segurança ocupacional.

Gestão de Riscos e Validação do Processo

A OMS (2016) recomenda que os sistemas de gestão de qualidade incluam estratégias de gestão de riscos, permitindo a identificação, investigação e documentação de incidentes e não conformidades. A validação é uma prática aplicada aos equipamentos e procedimentos do reprocessamento de produtos de saúde e deve ser incluída em cada fase do ciclo de descontaminação.

Processo de Validação

A validação envolve a realização sistemática de cada etapa de um processo, com o objetivo de garantir consistência e segurança. O planejamento da validação inclui:

- **Definição de Programas e Checklists:** uso de listas temporárias e protocolos com critérios de aceitação ou rejeição.
- **Estabelecimento de Protocolos de Validação:** criação de critérios claros e mensuráveis.
- **Análise de Riscos e Necessidade de Recursos:** avaliação das necessidades para garantir um processo seguro e eficaz.

Essas práticas de validação, combinadas com a gestão de qualidade, fornecem um suporte essencial para a segurança e a eficácia dos processos de esterilização em todos os estabelecimentos assistenciais de saúde.

Métodos de Esterilização

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos contaminantes é menor que 1 em 1.000.000. A segurança do processo de esterilização não é garantida apenas pela exposição a um agente esterilizante; ela depende de uma limpeza prévia eficiente, enquanto o método de esterilização é determinado pelo tipo de material e suas características. Os métodos de esterilização são divididos em físicos, químicos e físico-químicos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), a esterilização é indicada para produtos de saúde críticos e, sempre que viável, para os semicríticos. Para dispositivos críticos e resistentes ao calor, a esterilização por vapor/calor úmido é preferível. A maioria dos instrumentos e produtos médicos nas instituições de saúde é composta de materiais termooestáveis, que suportam a esterilização por calor.

Para dispositivos termossensíveis, que não podem ser esterilizados a vapor, são utilizados esterilizantes químicos como:

- a) gás de ETO;
- b) gás de peróxido de hidrogênio;
- c) plasma de peróxido de hidrogênio;
- d) gás de formaldeído;
- e) ozônio;
- f) calor seco.

A escolha adequada do método de esterilização é essencial para manter a integridade e a esterilidade dos dispositivos. Todo o ciclo de descontaminação, que inclui limpeza, embalagem, esterilização, armazenamento e transporte até o ponto de uso, é fundamental para que dispositivos estéreis possam ser utilizados com segurança nos pacientes. Produtos para saúde que entram em contato com tecidos ou fluidos corporais estéreis são classificados como itens críticos e devem ser submetidos a um processo de higienização e esterilização rigoroso para prevenir infecções.

A compatibilidade do produto com o método de esterilização escolhido deve ser avaliada; o produto deve manter sua funcionalidade após o processo. Fatores como o material e o design do produto, além do nível de biocarga (ou seja, a limpeza do item) antes da esterilização, influenciam na eficácia da esterilização.

Tipos de Esterilização

1. Esterilização a Vapor: Utiliza vapor saturado sob pressão e é o método preferido para dispositivos críticos. Para garantir a eficácia, é essencial a remoção completa do ar da câmara. As esterilizadoras a vapor incluem modelos como pré-vácuo, vácuo fracionado, gravitacional e a vapor.

2. Sistema de Esterilização para Uso Imediato (Flash): Trata-se de um processo rápido, utilizado para esterilizar instrumentos cirúrgicos simples, não canulados e desembulhados, geralmente próximo ao local de uso. É comum em centros cirúrgicos, onde esterilizadoras rápidas são usadas para instrumentos de uso emergencial.

3. Esterilizadoras de Bancada: Pequenas esterilizadoras a vapor usadas em clínicas ambulatoriais, odontológicas e rurais, com capacidade de até 56 litros. Elas produzem seu próprio vapor a partir de água destilada ou deionizada.

4. Esterilizadoras de Bancada com Cassete: Possuem cassetes reutilizáveis que funcionam como a câmara de esterilização. Esses cassetes têm aberturas para permitir a circulação de vapor e ar e precisam estar sempre limpos para evitar obstruções.

5. Esterilização Química (Baixa Temperatura): Indicado para produtos sensíveis ao calor e à umidade. Esse método utiliza câmaras automáticas que garantem a segurança do processo. A esterilização química em baixa temperatura pode ser feita com:

- **ETO (óxido de etileno):** Um gás inflamável e explosivo, usado para esterilizar dispositivos sensíveis ao calor.
- **Gás/Plasma de Peróxido de Hidrogênio:** Um antimicrobiano eficaz contra bactérias, fungos, vírus e esporos, seguro para vários materiais, incluindo componentes eletrônicos.
- **Ozônio:** Um antimicrobiano potente que exige alta umidade para ser eficaz.
- **Vapor de Formaldeído de Baixa Temperatura:** É biodegradável após aproximadamente duas horas.

A escolha do método de esterilização deve levar em consideração as recomendações dos fabricantes dos dispositivos e as características dos materiais, garantindo a eficácia do processo sem comprometer a funcionalidade do item.

Elementos da Validação

O processo de esterilização precisa documentar que os parâmetros de temperatura, tempo e pressão atingidos durante o ciclo estão em conformidade com os valores validados. Para tal, três ciclos consecutivos de sucesso são requeridos.

1. Qualificação da Instalação (QI):

Esta etapa assegura, por meio de documentação, que o equipamento de esterilização foi instalado corretamente conforme as especificações do fabricante e as normas vigentes. Os passos incluem:

- Verificação da instalação correta de conexões (água, vapor, eletricidade, ar comprimido, ventilação), conforme especificações e regulamentações aplicáveis.
- Testes das funções de segurança do equipamento.
- Confirmação de que o equipamento possui toda a documentação técnica (plantas de instalação, manuais de operação, etc.).

2. Qualificação Operacional (QO):

Essa fase garante que o equipamento instalado funcione dentro dos limites predefinidos quando utilizado conforme os procedimentos. Para isso, verifica-se o funcionamento correto de cada componente de controle, além da uniformidade da distribuição de temperatura na câmara.

- Para autoclave pré-vácuo:
- Calibração dos reguladores e controles.
- Execução de um ciclo com teste de vácuo.
- Realização do teste de Bowie-Dick.
- Três testes termométricos em câmara vazia para avaliar a uniformidade térmica.
- Para autoclave gravitacional:
- Calibração dos controles e reguladores.
- Três testes termométricos em câmara vazia.

3. Qualificação de Desempenho (QD):

Nesta etapa, a documentação comprova que o equipamento, ao ser operado conforme os procedimentos estabelecidos, atinge consistentemente os parâmetros necessários para a qualidade do processo. A qualidade é demonstrada por:

- Realização de três testes termométricos para cada tipo de carga validada.
- Obtenção do perfil térmico de cada carga, garantindo que o desempenho atende aos critérios predefinidos.

Essas etapas de validação são essenciais para assegurar a confiabilidade e a eficácia contínuas do processo de esterilização.

ADMINISTRAÇÃO APLICADA À ENFERMAGEM: ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM; SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM

A administração aplicada à enfermagem integra conhecimentos de gestão e liderança às práticas assistenciais, buscando equilibrar eficiência operacional e qualidade no cuidado. Esse campo é essencial para organizar recursos, supervisionar equipes e garantir a execução de processos de forma segura e alinhada às necessidades dos pacientes e da instituição.

A atuação administrativa dos enfermeiros vai além do planejamento e supervisão; inclui o uso de ferramentas modernas de gestão, a adoção de indicadores de qualidade e a liderança de equipes em contextos complexos e dinâmicos.

A Importância da Administração na Enfermagem:

- **Organização do Trabalho:** Estrutura processos assistenciais e administrativos, assegurando fluidez nas operações.
- **Gestão de Pessoas:** Coordena e motiva equipes de enfermagem, promovendo um ambiente colaborativo e produtivo.
- **Garantia de Qualidade e Segurança:** Utiliza protocolos e indicadores para monitorar e melhorar a qualidade dos serviços prestados.
- **Uso Otimizado de Recursos:** Planeja a alocação de recursos humanos, materiais e financeiros, evitando desperdícios e maximizando resultados.

► Princípios da Administração Aplicada à Enfermagem:

Planejamento:

- Definição de objetivos assistenciais e administrativos.
- Estruturação de planos de ação para alcançar metas.

Organização:

- Distribuição de tarefas e responsabilidades entre os membros da equipe.
- Implementação de fluxos de trabalho para integrar os setores de forma eficaz.

Direção:

- Exercício da liderança para orientar e motivar a equipe, garantindo o cumprimento das metas.

Controle:

- Monitoramento das atividades e dos resultados obtidos, com base em indicadores e feedback contínuo.

► Funções Administrativas do Enfermeiro

Gestão de Recursos Humanos:

- Recrutamento e seleção de profissionais qualificados.
- Desenvolvimento de programas de capacitação e educação continuada.
- Mediação de conflitos e promoção de um ambiente de trabalho saudável.

Gestão de Materiais e Insumos:

- Controle de estoques de medicamentos e materiais hospitalares.
- Planejamento de compras e otimização do uso de recursos.

Gestão de Indicadores de Desempenho:

- Monitoramento de métricas como taxa de infecção hospitalar, eventos adversos e tempo de internação.
- Uso de dados para orientar decisões e implementar melhorias.

Gestão Financeira:

- Controle de custos operacionais, garantindo a sustentabilidade dos serviços.
- Planejamento orçamentário alinhado às demandas assistenciais.

Liderança e Motivação:

- Liderar a equipe com empatia e assertividade, promovendo o engajamento e a satisfação no trabalho.

Ferramentas de Administração Utilizadas na Enfermagem:

- **Planejamento Estratégico:** Análise SWOT para identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças no ambiente interno e externo.
- **Protocolos e Diretrizes:** Documentos que padronizam práticas e garantem a segurança do paciente.
- **Sistemas Informatizados:** Softwares de gestão hospitalar para controle de escalas, estoques e prontuários eletrônicos.
- **Indicadores de Qualidade:** Taxas de absenteísmo, erro de medicação e adesão a protocolos como ferramentas de avaliação.
- **Gestão de Projetos:** Uso de metodologias como PDCA (Planejar, Fazer, Verificar, Agir) para implementação de melhorias.

Desafios da Administração Aplicada à Enfermagem:

- **Sobrecarga de Funções:** Enfermeiros frequentemente acumulam responsabilidades assistenciais e administrativas, dificultando o equilíbrio entre as demandas.
- **Escassez de Recursos:** Limitações financeiras e materiais podem dificultar a implementação de planos administrativos.
- **Resistência às Mudanças:** Parte da equipe pode apresentar dificuldades para se adaptar a novas práticas e ferramentas administrativas.
- **Comunicação Ineficiente:** Falhas na troca de informações entre setores e equipes podem comprometer a execução dos processos.

Estratégias para uma Administração Eficiente em Enfermagem:

- **Capacitação do Enfermeiro Gestor:** Investir em cursos e treinamentos em gestão hospitalar e liderança.
- **Delegação de Tarefas:** Distribuir responsabilidades entre a equipe para evitar sobrecarga e garantir eficiência.
- **Monitoramento Contínuo:** Revisar periodicamente os indicadores e ajustar estratégias conforme necessário.
- **Envolvimento da Equipe:** Incentivar a participação dos profissionais no planejamento e execução das ações.
- **Uso da Tecnologia:** Adotar sistemas informatizados que automatizem processos administrativos e auxiliem na tomada de decisão.

Impactos Positivos da Administração Bem-Sucedida em Enfermagem:

Para os Pacientes:

- Atendimento mais seguro e humanizado.
- Maior satisfação com os serviços prestados.

Para a Equipe de Enfermagem:

- Melhor organização do trabalho, reduzindo o estresse.
- Maior clareza nas responsabilidades e objetivos.

Para a Instituição:

- Melhoria nos indicadores de desempenho e na eficiência operacional.
- Alinhamento com padrões de qualidade e certificações.

A administração aplicada à enfermagem é indispensável para garantir a eficiência dos serviços de saúde, equilibrando demandas assistenciais e administrativas. O enfermeiro gestor desempenha um papel central nesse processo, utilizando ferramentas de gestão, liderando equipes e promovendo a qualidade e a segurança no cuidado ao paciente.

Ao combinar habilidades técnicas e gerenciais, o enfermeiro pode transformar o ambiente de trabalho e contribuir para a excelência organizacional, beneficiando tanto a equipe quanto os pacientes.

SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM

A supervisão em enfermagem é um processo essencial para garantir a qualidade dos serviços de saúde e o alinhamento das práticas profissionais com os objetivos organizacionais. Trata-se de uma atividade gerencial e educativa que visa orientar, monitorar e avaliar a equipe de enfermagem, assegurando que o cuidado seja prestado de forma ética, técnica e humanizada.

► O que é Supervisão em Enfermagem?

Supervisão é a ação de acompanhar e guiar as atividades da equipe de enfermagem, oferecendo suporte técnico, administrativo e psicológico. O foco está em:

- Promover a qualidade assistencial.
- Garantir o cumprimento de protocolos e normas institucionais.
- Desenvolver as competências da equipe.

A supervisão vai além do controle, atuando como um processo educativo que incentiva a melhoria contínua e a construção de um ambiente de trabalho colaborativo.

► Objetivos da Supervisão em Enfermagem

Garantir a Qualidade do Atendimento:

Monitorar a execução das atividades assistenciais, prevenindo erros e promovendo boas práticas.

Desenvolver a Equipe:

- Identificar necessidades de capacitação e propor treinamentos.
- Estimular a autonomia e o desenvolvimento das habilidades técnicas e interpessoais.

Promover a Comunicação Efetiva:

- Facilitar o diálogo entre os membros da equipe e outros setores.
- Assegurar que as informações sobre pacientes sejam compartilhadas de maneira clara e precisa.

Assegurar a Segurança do Paciente:

Acompanhar a adesão às práticas seguras, como identificação correta do paciente, administração de medicamentos e prevenção de infecções.

Tipos de Supervisão em Enfermagem:

- **Supervisão Direta:** O enfermeiro observa diretamente a execução das tarefas, fornecendo feedback imediato. É útil para identificar falhas e reforçar práticas corretas.

▪ **Supervisão Indireta:** Envolve a análise de documentos, relatórios e indicadores de desempenho, permitindo uma visão mais ampla do trabalho realizado.

▪ **Supervisão Educativa:** Tem como foco a orientação e capacitação da equipe, promovendo aprendizado contínuo.

▪ **Supervisão Punitiva (a ser evitada):** Baseia-se em ações de controle e punição, que podem gerar desmotivação e resistência da equipe. A abordagem ideal é educativa e construtiva.

► Métodos e Ferramentas de Supervisão

Métodos de Supervisão:

▪ **Rondas de Enfermagem:** O enfermeiro percorre as áreas assistenciais para observar a equipe e identificar necessidades.

▪ **Reuniões de Equipe:** Momentos para discutir metas, desafios e resultados.

▪ **Acompanhamento de Indicadores:** Avaliação de métricas como taxa de erros de medicação, satisfação do paciente e absenteísmo da equipe.

Ferramentas de Supervisão:

▪ **Checklists:** Auxiliam na padronização da avaliação das atividades.

▪ **Protocolos:** Documentos que orientam a equipe sobre procedimentos específicos.

▪ **Prontuário Eletrônico:** Permite acompanhar registros e identificar pontos de melhoria na assistência.

Desafios na Supervisão em Enfermagem:

▪ **Comunicação Ineficaz:** Falhas na troca de informações podem comprometer a continuidade do cuidado.

▪ **Sobrecarga de Trabalho:** O enfermeiro muitas vezes acumula funções assistenciais e gerenciais, o que pode limitar o tempo para a supervisão.

▪ **Resistência da Equipe:** Alguns profissionais podem interpretar a supervisão como controle excessivo, dificultando a colaboração.

▪ **Falta de Capacitação para Supervisores:** A ausência de treinamento específico pode comprometer a eficácia da supervisão.

Estratégias para uma Supervisão Eficaz:

▪ **Estabelecer um Relacionamento de Confiança:** Praticar uma comunicação aberta e respeitosa, demonstrando interesse genuíno pelo bem-estar da equipe.

▪ **Adotar uma Abordagem Educativa:** Fornecer feedback construtivo, destacando tanto os pontos positivos quanto as áreas de melhoria.

▪ **Planejar a Supervisão:** Organizar um cronograma para as atividades de supervisão, equilibrando prioridades assistenciais e administrativas.

▪ **Capacitação Contínua dos Supervisores:** Investir em cursos e treinamentos para o desenvolvimento de habilidades gerenciais e de liderança.

▪ **Utilizar Tecnologias:** Implementar ferramentas digitais que auxiliem na coleta de dados, no monitoramento de indicadores e na comunicação com a equipe.

Impactos da Supervisão na Enfermagem:

Uma supervisão bem conduzida traz benefícios significativos, como:

▪ **Melhoria da Qualidade Assistencial:** Redução de erros e aumento da segurança do paciente.

▪ **Desenvolvimento da Equipe:** Maior motivação e engajamento dos profissionais.

▪ **Fortalecimento da Cultura Organizacional:** Promoção de um ambiente colaborativo e comprometido com a excelência.

A supervisão em enfermagem é um componente indispensável para a gestão eficiente dos serviços de saúde. Quando realizada de forma planejada e humanizada, promove não apenas o desenvolvimento técnico da equipe, mas também a segurança e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.

O enfermeiro supervisor deve atuar como líder e educador, sendo um facilitador no processo de melhoria contínua. Dessa forma, contribui para o fortalecimento do sistema de saúde e para o alcance dos objetivos institucionais.

**ENFERMAGEM EM PRONTO-SOCORRO:
CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE PRONTO
ATENDIMENTO: A) DEFINIÇÃO DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA; B) PRIORIDADE NO TRATAMENTO; C)
PRINCÍPIOS PARA UM ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
E EMERGÊNCIA**

Para organizar e definir os critérios para o funcionamento de sistemas de urgência e emergência, o Ministério da Saúde implantou a Portaria nº 2.048/2002, que estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Esse regulamento orienta a estruturação dos serviços de urgência no país, abrangendo aspectos como regulação médica, atendimento pré-hospitalar (APH) fixo e móvel e atendimento hospitalar. Diante da realidade do Brasil, é essencial que os profissionais de saúde estejam familiarizados com essas políticas públicas, propondo melhorias que respeitem as particularidades regionais.

Conceitos de Urgência e Emergência

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.451/95:

- Urgência é a condição de agravo de saúde imprevista, com ou sem risco de vida, que necessita de assistência imediata ou em até 24 horas.

- Emergência refere-se à condição também imprevista, mas com risco iminente de vida ou sofrimento intenso, demandando tratamento médico imediato.

Perfil e Competências do Profissional de Urgência

O perfil dos profissionais de urgência deve se adaptar às características de cada unidade, mas há requisitos gerais como:

- **Liderança, agilidade, observação e competência técnica:** São habilidades fundamentais para o atendimento eficaz em situações críticas.

- **Formação científica e habilidade técnica:** São necessárias para a execução segura dos procedimentos.

- **Trabalho em equipe e comprometimento:** A colaboração é essencial para o sucesso dos atendimentos em situações de emergência.

As ações desses profissionais demandam alta responsabilidade e um senso de planejamento rigoroso, com o objetivo de maximizar a prevenção de danos e aumentar as chances de sobrevivência e recuperação dos pacientes.

Estrutura e Organização dos Serviços de Urgência e Emergência

A estrutura de atendimento é sustentada por políticas de saúde e estratégias que incluem:

1. Organização das redes assistenciais: Permite a criação de uma rede de apoio eficiente, interligada e acessível.

2. Humanização no atendimento: Valorizando o atendimento acolhedor e respeitoso, alinhado à Política Nacional de Humanização.

3. Central de Regulação Médica: Facilita a coordenação e alocação de recursos de urgência, garantindo que o atendimento seja direcionado de maneira eficiente.

Além disso, a formação contínua dos profissionais é incentivada para assegurar o desenvolvimento de competências e fortalecimento da tomada de decisão em equipe. Essas práticas estão apoiadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013 da Anvisa e pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde, que visam promover a assistência segura.

Estrutura Física e Funcional do Atendimento Hospitalar

Na Rede de Atenção às Urgências, o componente hospitalar é composto por:

- **Portas Hospitalares de Urgência:** Pontos de entrada do sistema.

- **Enfermarias de retaguarda e leitos de cuidados intensivos:** Oferecem suporte para casos críticos.

- **Serviços de diagnóstico e linhas de cuidados prioritários:** Facilitam a investigação e tratamento adequado dos pacientes.

Os prontos-socorros devem estar preparados para atender demandas espontâneas, sem necessidade de agendamento, seguindo normas para áreas de fácil acesso e respeitando diretrizes de dimensionamento físico. Salas amplas e ventiladas, com pisos e portas adaptados, devem estar disponíveis para garantir um ambiente seguro e adequado para o atendimento.

Classificação de Risco e Priorização

O sistema de classificação de prioridade é uma estratégia importante para reduzir o tempo de espera e melhorar a qualidade do atendimento, substituindo o termo “triagem” por “classificação de risco”, como incentivado pela Política Nacional de Humanização. Este processo é realizado com instrumentos e escalas específicas - como as canadense, australiana, americana e Sistema de Classificação de Manchester.

No **Sistema Manchester**, a classificação é feita por cores, números e tempos específicos de atendimento para cada grau de prioridade, promovendo um atendimento mais eficiente. Essa classificação de risco ajuda a organizar o fluxo de atendimento

de acordo com a gravidade dos casos, prevenindo a deterioração do quadro clínico de pacientes que necessitam de assistência mais urgente.

Mesmo com a classificação de risco, a efetividade dos serviços de urgência depende de critérios bem definidos, evitando que a ausência de parâmetros agrave a condição do paciente.

Prioridade	Cor	Tempo (min.)
1: emergente	Vermelho	0
2: muito urgente	Laranja	10
3: urgente	Amarelo	60
4: pouco urgente	Verde	120
5: não urgente	Azul	240

Protocolo Manchester e Classificação de Risco

O Protocolo Manchester é um sistema de classificação de risco que utiliza cores para facilitar o encaminhamento dos pacientes de acordo com a urgência de sua condição. Em um curto período, de 1 a 3 minutos, um enfermeiro ou médico consegue identificar o nível de gravidade e definir a prioridade no atendimento, desde casos críticos com risco iminente de vida até situações menos urgentes. Esse método é amplamente aplicável em unidades de emergência e também em incidentes com múltiplas vítimas.

É importante destacar que o Protocolo Manchester não estabelece diagnósticos médicos. De acordo com a Resolução Cofen nº 423/2012, a atribuição de realizar a classificação de risco na equipe de enfermagem é exclusiva dos enfermeiros.

Atendimento Ético e Humano na Emergência

O atendimento de urgência exige flexibilidade e habilidades de relacionamento interpessoal e comunicacional, pois envolve pessoas com perfis e necessidades diversas. Trabalhar em grupo é essencial, pois a equipe multiprofissional atua de forma conjunta para garantir um atendimento de qualidade, tanto ao paciente quanto à sua família.

Para assegurar esse padrão de qualidade, é necessário:

- **Planejamento e Organização do Trabalho Coletivo:** Cada membro da equipe deve conhecer e respeitar as atribuições dos demais, o que contribui para a eficiência dos processos e o aprimoramento dos métodos de trabalho.

- **Capacitação Contínua:** Equipes multiprofissionais bem treinadas são fundamentais para o desenvolvimento das competências necessárias no atendimento emergencial, inclusive no uso de tecnologias e métodos informacionais.

- **Comunicação Efetiva:** Durante o atendimento, informações precisas sobre o estado e as necessidades do paciente devem ser transmitidas claramente para promover um raciocínio clínico adequado e escolhas assertivas de recursos para a assistência.

Avaliação de Segurança

Antes de iniciar o atendimento, a segurança deve ser avaliada em três níveis:

1. Segurança da Cena: Observar o ambiente e identificar riscos, considerando tanto cenários hospitalares quanto extra-hospitalares.

- **Ambiente Extra-hospitalar:** Verificar elementos como fluxo de veículos, proximidade de fios elétricos, possíveis desabamentos e a presença de animais que possam oferecer perigo.

- **Ambiente Hospitalar:** Verificar condições de segurança internas, como pisos escorregadios, posicionamento inadequado de mobiliário, iluminação deficiente e equipamentos mal conservados.

2. Segurança do Profissional: Garantir que o local seja seguro para a equipe, seguindo normas de biossegurança e precauções padrão, para evitar que os profissionais se tornem vítimas durante o atendimento.

3. Segurança do Paciente: A segurança do paciente e das pessoas próximas deve ser garantida antes do atendimento. Em caso de ambiente perigoso, é necessário mover o paciente para um local seguro.

Esses princípios de segurança são fundamentais para assegurar um atendimento qualificado e livre de riscos, tanto para os profissionais quanto para os pacientes.

Avaliação Inicial do Paciente

Após confirmar a segurança em todos os aspectos, inicia-se o atendimento direto ao paciente, através das avaliações primária e secundária. Essas avaliações estabelecem as prioridades e direcionam o atendimento emergencial, de acordo com as necessidades mais imediatas do paciente, visando sempre minimizar riscos e otimizar o tempo de resposta.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS URGÊNCIAS:

A) DO APARELHO RESPIRATÓRIO; B) DO APARELHO DIGESTIVO; C) DO APARELHO CARDIOVASCULAR; D) DO APARELHO LOCOMOTOR E ESQUELÉTICO; E) DO SISTEMA NERVOSO; F) GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS; G) DOS DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS E METABÓLICOS; H) PSIQUIÁTRICAS; I) DO APARELHO URINÁRIO

A assistência de enfermagem em situações de urgência é uma área de atuação de extrema relevância, exigindo preparo técnico, capacidade de decisão rápida e uma visão humanizada do cuidado. A urgência é definida como uma condição que requer atenção imediata para evitar complicações graves, preservar a vida ou aliviar o sofrimento intenso do paciente. Em muitos casos, o enfermeiro é o primeiro profissional a entrar em contato com a pessoa em sofrimento, assumindo um papel decisivo na estabilização inicial e no encaminhamento adequado.

Nos serviços de saúde, a complexidade das condições enfrentadas diariamente reforça a necessidade de que os enfermeiros dominem habilidades específicas para cada sistema do corpo

humano. A abordagem de emergências respiratórias, digestivas, cardiovasculares, locomotoras, neurológicas, ginecológicas, metabólicas, psiquiátricas e urinárias demanda não apenas conhecimento técnico, mas também a habilidade de priorizar ações e trabalhar de forma integrada com equipes multidisciplinares.

Outro aspecto essencial da assistência em urgências é a capacidade de manter a calma e oferecer suporte emocional ao paciente e à família em momentos de estresse extremo. Isso faz com que a atuação do enfermeiro vá além do cuidado técnico, desempenhando um papel fundamental na redução do impacto psicológico das situações de crise.

URGÊNCIAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

As urgências do aparelho respiratório representam situações críticas, onde o comprometimento da respiração pode levar rapidamente a danos irreversíveis ou até à morte se não houver intervenção imediata.

O papel da enfermagem é crucial nesse contexto, pois a rapidez na identificação dos sinais de insuficiência respiratória e a implementação de medidas de suporte podem ser determinantes para a sobrevivência do paciente.

► Principais Condições Clínicas**Insuficiência Respiratória Aguda (IRA):**

▪ **Causa:** Obstrução das vias aéreas, doenças pulmonares agudas como pneumonia ou agravamento de condições crônicas como DPOC.

▪ **Sinais:** Dispneia severa, cianose, taquipneia, uso de musculatura acessória.

Asma Aguda Grave:

▪ **Causa:** Exposição a alérgenos ou fatores desencadeantes em pacientes asmáticos.

▪ **Sinais:** Dispneia intensa, chiado no peito, dificuldade para falar, redução do murmúrio vesicular.

Obstrução das Vias Aéreas:

▪ **Causa:** Aspiração de corpos estranhos, edema de glote, anafilaxia.

▪ **Sinais:** Tosse ineficaz, estridor, cianose, parada respiratória iminente.

Pneumotórax e Hemotórax:

▪ **Causa:** Trauma torácico, ruptura de bolhas pulmonares.

▪ **Sinais:** Dor torácica súbita, dificuldade respiratória, ausência de murmúrio vesicular em um dos lados.

► Intervenções de Enfermagem**Avaliação Rápida e Sistematizada:**

▪ **Monitorização dos sinais vitais:** Frequência respiratória, saturação de oxigênio, pulso, pressão arterial.

▪ **Escala clínica:** Uso da escala de esforço respiratório ou escores de gravidade da asma.

▪ **Observação clínica:** Identificar sinais de desconforto respiratório, como cianose e uso de musculatura acessória.

Manutenção da Via Aérea Pérvia:

- **Posicionamento:** Manter o paciente em posição semifowler para facilitar a ventilação.
- **Aspiração:** Remoção de secreções em casos de obstrução por secreção.
- **Manobra de desobstrução:** Em casos de corpo estranho, realizar a manobra de Heimlich ou métodos apropriados para a faixa etária.

Oxigenoterapia e Suporte Ventilatório:

- **Oxigenoterapia suplementar:** Administrar oxigênio sob máscara facial ou cateter nasal conforme necessidade e prescrição.
- **Ventilação não invasiva (VNI):** Aplicada em insuficiência respiratória aguda para prevenir intubação.
- **Preparação para intubação:** Auxiliar no preparo e posicionamento para via aérea avançada em situações críticas.

Administração de Medicamentos:

- **Broncodilatadores:** Uso de salbutamol ou brometo de ipratrópio em crises asmáticas, conforme prescrição.
- **Corticosteroides:** Para controle de inflamações graves.
- **Adrenalina:** Em casos de anafilaxia com comprometimento respiratório.

Educação e Suporte ao Paciente:

- **Educação em saúde:** Orientar sobre o uso correto de inaladores ou nebulizações para condições crônicas.
- **Apoio emocional:** Reduzir a ansiedade, que pode agravar sintomas respiratórios, especialmente em crises asmáticas.

As urgências respiratórias exigem ação rápida e precisa do profissional de enfermagem, além de um olhar atento às necessidades do paciente. A capacidade de identificar precocemente os sinais de deterioração clínica e aplicar intervenções baseadas em protocolos atualizados pode fazer a diferença entre a vida e a morte.

A integração de conhecimentos técnicos, habilidade prática e empatia é essencial para o cuidado eficaz nessa área crítica.

URGÊNCIAS DO APARELHO DIGESTIVO

As urgências do aparelho digestivo compreendem situações que afetam os órgãos envolvidos no processo digestivo, muitas vezes associadas a dor abdominal intensa, hemorragias, vômitos persistentes ou alterações hemodinâmicas. Essas condições podem ter caráter agudo e potencialmente grave, demandando intervenções rápidas e precisas para prevenir complicações maiores. A assistência de enfermagem desempenha um papel essencial na identificação precoce dos sinais e na implementação de medidas que estabilizem o paciente.

Principais Condições Clínicas**Hemorragia Digestiva:**

- **Causa:** Úlcera gástrica, varizes esofágicas, câncer gastrointestinal.
- **Sinais:** Hematêmese (vômito com sangue), melena (fezes escuras e pastosas), hipotensão, taquicardia.

Pancreatite Aguda:

- **Causa:** Consumo excessivo de álcool, cálculos biliares, hipertrigliceridemia.
- **Sinais:** Dor epigástrica irradiando para o dorso, náuseas, vômitos, febre, distensão abdominal.

Apendicite Aguda:

- **Causa:** Obstrução do apêndice por fecalitos ou outros fatores.
- **Sinais:** Dor em fossa ilíaca direita, febre baixa, náuseas, sinais de irritação peritoneal (sinal de Blumberg positivo).

Obstrução Intestinal:

- **Causa:** Aderências, hérnias, tumores ou impactação fecal.
- **Sinais:** Distensão abdominal, dor em cólica, ausência de eliminação de gases e fezes, vômitos fecaloides.

Intervenções de Enfermagem**Avaliação Inicial e Monitorização:**

- **Anamnese direcionada:** Questionar sobre início, características e localização da dor, episódios de vômitos, alterações no hábito intestinal.
- **Sinais vitais:** Monitorar frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura, com atenção a sinais de choque hipovolêmico.
- **Exame físico:** Inspeção e palpação abdominal para detectar alterações como distensão ou dor localizada.

Manejo da Dor e Sintomas Associados:

- **Controle da dor:** Administração de analgésicos ou antiespasmódicos conforme prescrição, evitando mascarar sinais importantes de diagnóstico.
- **Controle de náuseas e vômitos:** Uso de antieméticos prescritos e reposição de líquidos intravenosos.

Reposição Volêmica e Manutenção Hidroeletrolítica:

- **Reposição de fluidos:** Em caso de sinais de choque, realizar administração de cristaloides ou coloides conforme prescrição.
- **Monitoramento de eletrólitos:** Avaliar exames laboratoriais para corrigir desequilíbrios hidroeletrolíticos.

Preparo para Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos:

- **Jejum absoluto:** Orientar e manter o paciente em jejum para possibilitar exames ou intervenções cirúrgicas emergenciais.
- **Preparo para endoscopia:** Auxiliar no preparo para endoscopias diagnósticas ou terapêuticas, especialmente em hemorragias digestivas.

Administração de Medicamentos e Suporte Farmacológico:

- **Inibidores de bomba de prótons (IBP):** Utilizados para controle de sangramentos gastrointestinais.
- **Antibióticos:** Prescritos em casos de infecções como apendicite ou diverticulite.
- **Vasoconstritores:** Para manejo de varizes esofágicas sangrantes.

Cuidados Pós-Estabilização:

Após a estabilização inicial, o enfermeiro deve:

- **Monitorar sinais de recorrência:** Observar mudanças no padrão de dor ou retorno de sangramentos.
- **Educar o paciente:** Informar sobre sinais de alerta e orientações dietéticas para evitar recorrência de condições.
- **Apoiar o paciente e familiares:** Garantir suporte emocional diante do impacto psicológico dessas urgências.

As urgências do aparelho digestivo requerem uma abordagem sistemática, com foco na estabilização clínica e na identificação da causa subjacente. O enfermeiro é essencial para garantir o cuidado integral, desde a avaliação inicial até o suporte pós-tratamento, contribuindo para o sucesso terapêutico e a recuperação do paciente.

URGÊNCIAS DO APARELHO CARDIOVASCULAR

As urgências cardiovasculares representam situações clínicas graves, frequentemente associadas a alto risco de mortalidade. Essas condições incluem eventos como infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca descompensada, arritmias severas e choque cardiogênico.

O papel da enfermagem nesses casos é crucial, englobando desde a identificação precoce dos sinais e sintomas até a implementação de intervenções que estabilizem o paciente e previnam complicações.

► Principais Condições Clínicas**Infarto Agudo do Miocárdio (IAM):**

- **Causa:** Obstrução de uma ou mais artérias coronárias devido a trombos ou placas ateroscleróticas.
- **Sinais e sintomas:** Dor torácica em aperto irradiando para braço esquerdo ou mandíbula, sudorese, náuseas, dispneia, ansiedade.

Insuficiência Cardíaca Descompensada:

- **Causa:** Progressão de insuficiência cardíaca crônica ou condições agudas como IAM ou hipertensão descontrolada.
- **Sinais e sintomas:** Dispneia, edema periférico, ortopneia, estase jugular, crepitações pulmonares.

Arritmias Cardíacas:

- **Causa:** Doenças cardíacas estruturais, distúrbios eletrolíticos, intoxicações por medicamentos.
- **Sinais e sintomas:** Palpitações, síncope, hipotensão, tontura, mal-estar geral.

Choque Cardiogênico:

- **Causa:** Redução severa da função de bombeamento do coração, frequentemente secundária a IAM extenso.
- **Sinais e sintomas:** Hipotensão persistente, extremidades frias, pele úmida, confusão mental, taquicardia.

► Intervenções de Enfermagem**Avaliação Inicial e Monitorização Contínua:**

- **Sinais vitais:** Frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio, monitoramento do eletrocardiograma (ECG).
- **Sintomas:** Avaliar queixas de dor torácica e sua relação com esforço físico, duração e intensidade.
- **Exames laboratoriais:** Auxiliar na coleta para dosagem de troponinas, CK-MB e outros marcadores cardíacos.

Controle da Dor Torácica:

- **Administração de oxigênio:** Em casos de saturação de oxigênio abaixo de 90%.
- **Uso de nitroglicerina:** Conforme prescrição, para alívio da dor anginosa e redução da pré-carga.
- **Analgésicos opioides:** Como a morfina, utilizados para dor intensa e ansiedade associada.

Administração de Medicamentos:

- **Antiagregantes plaquetários:** Aspirina ou clopidogrel para prevenir progressão do trombo em IAM.
- **Anticoagulantes:** Como heparina, conforme prescrição.
- **Betabloqueadores:** Para controle da frequência cardíaca e redução da demanda de oxigênio do miocárdio.
- **Diuréticos:** Para alívio de sobrecarga volêmica na insuficiência cardíaca descompensada.

Manobras de Suporte e Preparação para Procedimentos:

- **Reanimação cardiopulmonar (RCP):** Em casos de parada cardiorrespiratória.
- **Desfibrilação:** Aplicada em arritmias graves como fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso.
- **Preparo para cateterismo cardíaco:** Auxiliar no transporte e preparo do paciente para procedimentos invasivos de revascularização.

Educação do Paciente e Familiares:

- **Sinais de alerta:** Orientar sobre sintomas como dor torácica persistente ou edema significativo.
- **Mudanças no estilo de vida:** Incentivar dieta saudável, atividade física supervisionada e controle rigoroso de fatores de risco como hipertensão e diabetes.
- **Adesão ao tratamento:** Explicar a importância do uso regular de medicações e consultas de acompanhamento.

Pontos Críticos na Assistência de Enfermagem:

- **Prioridade na estabilização:** O enfermeiro deve garantir que todas as medidas de suporte sejam rapidamente implementadas.
- **Coordenação com a equipe multidisciplinar:** Comunicação clara e eficiente com médicos, fisioterapeutas e outros profissionais.
- **Atenção ao impacto emocional:** Oferecer suporte psicológico ao paciente e seus familiares, reduzindo o estresse e a ansiedade associados à gravidade do quadro.

As urgências cardiovasculares demandam não apenas habilidades técnicas, mas também agilidade e trabalho em equipe. O enfermeiro atua como um elo vital, identificando sinais precoces, aplicando intervenções adequadas e garantindo o suporte integral ao paciente, contribuindo diretamente para a redução de mortalidade e morbidade.

URGÊNCIAS DO APARELHO LOCOMOTOR E ESQUELÉTICO

As urgências do aparelho locomotor e esquelético incluem traumas que afetam ossos, músculos, articulações e estruturas associadas, muitas vezes relacionadas a acidentes de trânsito, quedas ou atividades esportivas. Essas situações podem gerar dor intensa, incapacidade funcional e risco de complicações graves, como embolia gordurosa, síndrome compartimental ou infecções em casos de fraturas expostas.

O enfermeiro desempenha papel essencial no atendimento inicial, realizando avaliação, estabilização e preparo para intervenções subsequentes, além de oferecer suporte físico e emocional ao paciente.

► **Principais Condições Clínicas**

Fraturas:

- **Causa:** Traumas diretos, quedas, impactos ou doenças como osteoporose (fraturas patológicas).
- **Sinais:** Dor intensa, deformidade local, incapacidade de movimentação, edema, hematomas, crepitação ao movimento.

Luxações e Entorses:

- **Causa:** Movimentos bruscos ou além do limite da articulação.
- **Sinais:** Deformidade articular, dor localizada, edema, limitação funcional.

Síndrome Compartimental:

- **Causa:** Aumento da pressão em compartimentos musculares devido a traumas, fraturas ou uso de gesso apertado.
- **Sinais:** Dor intensa desproporcional ao trauma, parestesia, palidez, ausência de pulsos distais em casos graves.

Fraturas Expostas:

- **Causa:** Traumas severos que rompem a barreira cutânea, expondo ossos ao ambiente externo.
- **Sinais:** Hemorragia, deformidade evidente, risco de infecção.

► **Intervenções de Enfermagem**

Avaliação Inicial:

- **Anamnese rápida:** Identificar mecanismo do trauma, histórico de doenças e alergias.
- **Exame físico:** Verificar deformidades, edema, coloração e presença de pulsos distais.
- **Escala de dor e funcionalidade:** Avaliar intensidade da dor e capacidade de movimentação.

► **Estabilização da Lesão**

Imobilização adequada:

- Usar talas ou imobilizadores para prevenir deslocamento ósseo ou lesão de tecidos adjacentes.
- Manter o membro na posição encontrada, evitando manipulações desnecessárias.
- **Controle da hemorragia:** Em fraturas expostas, aplicar compressas limpas e estéreis sobre o ferimento.

Alívio da Dor:

- **Administração de analgésicos:** Oferecer medicamentos conforme prescrição, como opioides ou anti-inflamatórios.
- **Intervenções não farmacológicas:** Elevação do membro, aplicação de gelo para reduzir edema.

► **Prevenção de Complicações**

Síndrome compartimental:

- Monitorar sinais como dor persistente, edema progressivo e redução de pulsos periféricos.
- Manter o gesso ou curativo frouxo para evitar aumento de pressão.

Tromboembolismo e embolia gordurosa:

- Incentivar mobilização precoce de outros membros, quando possível, e uso de meias de compressão ou anticoagulantes prescritos.

Cuidados em Fraturas Expostas:

- **Controle de infecção:** Realizar curativos estéreis e auxiliar na administração de antibióticos profiláticos prescritos.
- **Preparo para intervenção cirúrgica:** Auxiliar no transporte e preparação do paciente para procedimentos de redução e fixação.

Preparo para Exames Diagnósticos:

- **Radiografias e tomografias:** Garantir transporte seguro e confortável para os exames.
- **Exames laboratoriais:** Auxiliar na coleta para avaliação de possíveis perdas sanguíneas ou infecções.

► **Acompanhamento e Reabilitação Inicial**

Educação do paciente:

- Orientar sobre a necessidade de repouso e cuidados com dispositivos como talas ou gesso.
- Ensinar sinais de alerta para complicações, como aumento da dor ou alterações na coloração do membro.
- **Apoio emocional:** Tranquilizar o paciente e familiares sobre o processo de recuperação.

As urgências do aparelho locomotor e esquelético demandam intervenções rápidas e precisas, com foco na estabilização da lesão e na prevenção de complicações. O enfermeiro atua como um elemento central nesse cuidado, garantindo não apenas suporte clínico, mas também conforto e segurança ao paciente.

O manejo adequado dessas condições exige conhecimento técnico, habilidade prática e atenção aos detalhes, reforçando a importância da atuação integrada entre enfermagem e demais membros da equipe multidisciplinar.

URGÊNCIAS DO SISTEMA NERVOSO

As urgências do sistema nervoso envolvem condições graves que afetam o cérebro, medula espinhal e nervos periféricos, podendo levar a sequelas permanentes ou morte. Situações como acidente vascular cerebral (AVC), crises convulsivas, traumatismos cranioencefálicos e infecções do sistema nervoso central requerem identificação e intervenção imediata para preservar as funções neurológicas e garantir a sobrevivência do paciente.

O enfermeiro desempenha um papel essencial na triagem, monitorização e execução de cuidados específicos para essas condições, sempre atento à rápida evolução dos quadros clínicos.

► Principais Condições Clínicas

Acidente Vascular Cerebral (AVC):

▪ **Causa:** Isquemia (AVC isquêmico) por obstrução de artérias cerebrais ou hemorragia (AVC hemorrágico) por rompimento de vasos.

▪ **Sinais e sintomas:** Déficits neurológicos súbitos como fraqueza unilateral, dificuldade de fala, alteração na consciência, assimetria facial.

Crises Convulsivas e Estado de Mal Epiléptico:

▪ **Causa:** Epilepsia, trauma craniano, infecções, distúrbios metabólicos, abstinência de álcool ou drogas.

▪ **Sinais e sintomas:** Movimentos involuntários, perda de consciência, confusão pós-crise, cianose.

Traumatismo Cranioencefálico (TCE):

▪ **Causa:** Impactos na cabeça devido a quedas, acidentes de trânsito ou agressões.

▪ **Sinais e sintomas:** Cefaleia, vômitos, confusão mental, pupilas desiguais, perda de consciência, sinais de fratura (rinorreia ou otorreia de líquido cerebrospinal).

Meningite e Encefalite:

▪ **Causa:** Infecções bacterianas, virais ou fúngicas.

▪ **Sinais e sintomas:** Febre alta, rigidez de nuca, cefaleia intensa, fotofobia, confusão mental.

► Intervenções de Enfermagem

Avaliação Neurológica Inicial:

▪ **Escala específica:** Aplicação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) para avaliar nível de consciência.

▪ **Sinais vitais:** Monitorização de frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e saturação de oxigênio.

▪ **Exame neurológico:** Verificação de força motora, simetria facial, resposta pupilar e reflexos.

Manutenção das Funções Vitais:

▪ **Suporte ventilatório:** Garantir vias aéreas pervias em pacientes inconscientes e administrar oxigênio suplementar quando necessário.

▪ **Controle da pressão arterial:** Monitorar e administrar anti-hipertensivos ou expansores volêmicos conforme prescrição para estabilizar a perfusão cerebral.

► Manejo Específico por Condição

Para AVC:

▪ **Identificação precoce:** Uso da escala FAST (Face, Arms, Speech, Time) para triagem rápida.

▪ **Preparo para trombólise:** Auxiliar na administração de agentes trombolíticos em casos isquêmicos, respeitando o tempo janela.

▪ **Prevenção de complicações:** Manutenção de cabeceira elevada (30°) para reduzir pressão intracraniana e monitorização de sinais de deterioração neurológica.

Para Crises Convulsivas:

▪ **Segurança do paciente:** Proteger cabeça, evitar quedas e garantir que o paciente não sofra obstruções das vias aéreas.

▪ **Administração de anticonvulsivantes:** Como diazepam ou fenitoína, conforme prescrição, especialmente em estado de mal epiléptico.

▪ **Pós-crise:** Manter o paciente em posição lateral de segurança para prevenir aspiração.

Para TCE:

▪ **Imobilização cervical:** Garantir estabilização da coluna em casos de trauma associado.

▪ **Monitoramento de sinais de aumento da pressão intracraniana:** Observar pupilas fixas e dilatadas, hipertensão com bradicardia (tríade de Cushing).

▪ **Preparo para exames:** Auxiliar no transporte seguro para tomografia de crânio.

Para Meningite/Encefalite:

▪ **Isolamento respiratório:** Em casos de meningite bacteriana, seguir precauções adequadas para evitar transmissão.

▪ **Administração de medicamentos:** Antibióticos de amplo espectro ou antivirais, conforme prescrição.

▪ **Controle de febre e dor:** Uso de antitérmicos e analgésicos.

► Educação e Apoio ao Paciente e Familiares

▪ **Orientação sobre sinais de alerta:** Informar sobre sintomas que indicam deterioração, como confusão ou agravamento de déficits motores.

▪ **Suporte emocional:** Fornecer informações claras sobre o prognóstico e reduzir a ansiedade da família.

▪ **Prevenção de recorrências:** Estimular o controle de fatores de risco, como hipertensão e diabetes, no caso de AVC isquêmico.

As urgências do sistema nervoso exigem intervenções imediatas, baseadas em protocolos claros e no trabalho em equipe multidisciplinar. O enfermeiro tem um papel central na estabilização clínica, na manutenção da segurança do paciente e na vigilância contínua de sinais de agravamento.

Ao combinar conhecimento técnico, habilidades práticas e empatia, o profissional de enfermagem não apenas contribui para a preservação das funções neurológicas, mas também para o conforto e recuperação do paciente em situações críticas.

URGÊNCIAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS

As urgências ginecológicas e obstétricas envolvem condições que afetam diretamente a saúde reprodutiva da mulher, podendo comprometer sua vida ou a do feto. Entre as situações mais comuns estão hemorragias ginecológicas, eclâmpsia, aborto e complicações do trabalho de parto.

A assistência de enfermagem nessas condições é essencial para assegurar intervenções rápidas, monitorizar sinais de agravamento e prestar suporte físico e emocional à paciente e sua família.

► Principais Condições Clínicas**Hemorragia Uterina Anormal (HUA):**

- **Causa:** Miomas, pólipos, distúrbios da coagulação, uso de contraceptivos hormonais ou complicações de aborto.
- **Sinais e sintomas:** Sangramento vaginal excessivo, anemia, sinais de choque hipovolêmico em casos graves.

Abortamento:

- **Causa:** Alterações genéticas, infecções, doenças maternas ou traumas.
- **Sinais e sintomas:** Sangramento vaginal, dor abdominal em cólica, eliminação de tecidos fetais.

Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia:

- **Causa:** Doença hipertensiva específica da gestação, levando a convulsões na eclâmpsia.
- **Sinais e sintomas:** Pressão arterial elevada, cefaleia, edema generalizado, dor epigástrica, convulsões.

Trabalho de Parto Prematuro (TPP):

- **Causa:** Infecções, incompetência istmo-cervical, múltiplas gestações, ruptura prematura de membranas.
- **Sinais e sintomas:** Contrações uterinas regulares antes de 37 semanas, dilatação cervical, sensação de pressão pélvica.

Hemorragia Pós-Parto (HPP):

- **Causa:** Atonia uterina, retenção de fragmentos placentários, lacerações do canal de parto.
- **Sinais e sintomas:** Sangramento vaginal abundante, hipotensão, taquicardia, palidez.

► Intervenções de Enfermagem**Avaliação Inicial:**

- **Coleta de informações:** Identificar início dos sintomas, características do sangramento ou contrações, histórico obstétrico e uso de medicações.
- **Monitoramento dos sinais vitais:** Frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura, saturação de oxigênio.
- **Avaliação clínica:** Inspeção de sinais de choque hipovolêmico (palidez, sudorese, extremidades frias) e avaliação uterina ou vaginal conforme necessidade.

Controle da Hemorragia:

- **Compressas e tamponamento uterino:** Aplicação de compressas estéreis em casos de sangramento vaginal significativo.
- **Reposição volêmica:** Administração de fluidos intravenosos ou hemoderivados conforme prescrição.
- **Administração de uterotônicos:** Oxitocina ou misoprostol em casos de atonia uterina pós-parto.

► Manejo Específico por Condição**Para Abortamento:**

- **Suporte emocional:** Garantir acolhimento e reduzir o impacto psicológico da perda gestacional.
- **Preparação para procedimentos:** Auxiliar no preparo para curetagem ou aspiração uterina, quando indicado.
- **Controle de infecções:** Administração de antibióticos profiláticos prescritos.

Para Eclâmpsia e Pré-Eclâmpsia:

- **Prevenção de convulsões:** Administração de sulfato de magnésio conforme protocolo.
- **Controle da pressão arterial:** Uso de antihipertensivos, como hidralazina ou labetalol, conforme prescrição.
- **Monitorização contínua:** Avaliar reflexos tendíneos, débito urinário e sinais de intoxicação por magnésio.

Para Trabalho de Parto Prematuro:

- **Administração de tocolíticos:** Como nifedipina ou atosibana para inibir contrações uterinas, conforme prescrição.
- **Corticoterapia antenatal:** Administração de corticóides para maturação pulmonar fetal, em gestações de 24 a 34 semanas.
- **Monitoramento fetal:** Avaliação da frequência cardíaca fetal e possíveis sinais de sofrimento.

Para Hemorragia Pós-Parto:

- **Massagem uterina:** Realizada para estimular a contração e reduzir o sangramento.
- **Identificação de causa específica:** Auxiliar na remoção de restos placentários ou no manejo de lacerações.
- **Preparo para intervenção cirúrgica:** Transporte e preparo do paciente para procedimentos invasivos, como curetagem ou laparotomia.

► Suporte Emocional e Educação

- **Acolhimento humanizado:** Garantir um ambiente seguro e empático, reduzindo o impacto psicológico da emergência.
- **Orientações pós-evento:** Informar sobre cuidados domiciliares, sinais de alerta e a importância de acompanhamento médico.
- **Apoio à família:** Promover entendimento da situação e suporte emocional para acompanhantes.

As urgências ginecológicas e obstétricas exigem intervenções rápidas e individualizadas, priorizando a preservação da vida da mulher e do feto, quando aplicável. O papel da enfermagem vai além do suporte técnico, abrangendo o acolhimento e a humanização do cuidado em momentos de alta vulnerabilidade.

A aplicação de protocolos bem estabelecidos e a integração com a equipe multidisciplinar são fundamentais para assegurar desfechos positivos e minimizar complicações. A enfermeira, com seu olhar atento e habilidades práticas, é uma peça chave para o sucesso no manejo dessas situações críticas.

URGÊNCIAS DOS DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS E METABÓLICOS

Os distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos representam condições críticas que alteram o equilíbrio de fluidos, eletrólitos e processos metabólicos essenciais do organismo. Essas alterações podem comprometer as funções vitais, levando a complicações graves se não forem rapidamente identificadas e tratadas.

A assistência de enfermagem nesses casos é essencial para garantir a estabilização clínica do paciente, corrigindo desequilíbrios e monitorando sinais de deterioração.

► Principais Condições Clínicas

Hiponatremia (Sódio Baixo):

- **Causa:** Perdas excessivas de sódio por vômitos, diarreia, uso de diuréticos ou excesso de líquidos.
- **Sinais e sintomas:** Náuseas, confusão mental, cefaleia, letargia, convulsões em casos graves.

Hipernatremia (Sódio Alto):

- **Causa:** Desidratação severa, consumo excessivo de sódio, diabetes insípido.
- **Sinais e sintomas:** Sede intensa, irritabilidade, tremores, confusão mental, convulsões.

Hipocalemia (Potássio Baixo):

- **Causa:** Perdas gastrointestinais, uso de diuréticos, alcalose metabólica.
- **Sinais e sintomas:** Fraqueza muscular, câibras, arritmias cardíacas, constipação.

Hipercalemia (Potássio Alto):

- **Causa:** Insuficiência renal, uso de medicamentos poupadores de potássio, acidose metabólica.
- **Sinais e sintomas:** Fraqueza muscular, arritmias graves, parastesias, parada cardíaca em casos extremos.

Cetoacidose Diabética (CAD):

- **Causa:** Deficiência de insulina em pacientes diabéticos, desencadeada por infecções, estresse ou omissão de doses de insulina.
- **Sinais e sintomas:** Hiperglicemia, desidratação, respiração de Kussmaul, hálito cetônico, confusão mental.

Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH):

- **Causa:** Hiperglicemia severa, frequentemente em pacientes diabéticos tipo 2.
- **Sinais e sintomas:** Desidratação extrema, letargia, ausência de cetoacidose significativa.

► Intervenções de Enfermagem

Avaliação e Monitoramento:

- **Sinais vitais:** Avaliar frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e frequência respiratória.
- **Monitorização laboratorial:** Realizar coleta para análise de eletrólitos, glicemia, gasometria arterial e osmolaridade.
- **Avaliação clínica:** Identificar sinais de desidratação, edema, alterações neurológicas ou cardíacas.

► Reposição e Correção de Desequilíbrios

Hiponatremia:

- **Reposição de sódio:** Administração controlada de solução salina hipertônica (3%) em casos graves.
- **Monitoramento neurológico:** Acompanhar sinais de síndrome de desmielinização osmótica devido à correção rápida.

Hipernatremia:

- **Reposição de fluidos:** Administração de soluções hipotônicas, como soro fisiológico 0,45%, para corrigir desidratação.
- **Monitoramento rigoroso:** Evitar correção rápida para prevenir edema cerebral.

Hipocalemia:

- **Reposição de potássio:** Administração intravenosa ou oral, dependendo da gravidade.
- **Prevenção de arritmias:** Monitorar ECG para identificar alterações como ondas U.

Hipercalemia:

- **Estabilização cardíaca:** Administração de gluconato de cálcio para proteger o coração.
- **Remoção de potássio:** Uso de resinas como poliestireno sulfonato ou diálise em casos severos.
- **Medicações corretivas:** Insulina e glicose intravenosa para reduzir potássio sérico.

► Manejo de Condições Metabólicas

Cetoacidose Diabética (CAD):

- **Hidratação intravenosa:** Administração de solução salina isotônica para corrigir desidratação.
- **Correção de insulina:** Infusão contínua de insulina regular para corrigir hiperglicemia e acidose.
- **Monitoramento de eletrólitos:** Reposição de potássio para evitar hipocalemia induzida por insulina.

Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH):

- **Hidratação agressiva:** Reposição de fluidos isotônicos para reduzir osmolaridade.
- **Correção de glicemia:** Administração de insulina em doses ajustadas.
- **Monitorização neurológica:** Identificar sinais de edema cerebral, que podem ocorrer com a rápida redução da hiperosmolaridade.

► **Educação e Suporte ao Paciente**

▪ **Prevenção de recorrências:** Orientar sobre hidratação, dieta equilibrada e adesão ao tratamento de condições crônicas, como diabetes.

▪ **Sinais de alerta:** Ensinar sobre sintomas de hiperglicemia, hipocalcemia ou hipercalemia para busca imediata de atendimento.

▪ **Apoio emocional:** Garantir acolhimento e suporte psicológico em situações de vulnerabilidade.

Os distúrbios hidroeletrólíticos e metabólicos são emergências que exigem identificação precoce e intervenções precisas para evitar complicações fatais. A enfermagem desempenha papel essencial no monitoramento contínuo e no ajuste das terapias, garantindo a segurança do paciente durante o processo de estabilização.

A atuação integrada com a equipe multiprofissional, aliada ao uso de protocolos clínicos, é determinante para o manejo eficaz dessas condições, promovendo a recuperação clínica e o bem-estar do paciente.

URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

As urgências psiquiátricas incluem situações em que o estado mental do paciente apresenta risco iminente para si mesmo ou para terceiros. Esses episódios podem ocorrer em pacientes com transtornos psiquiátricos prévios ou em indivíduos sem diagnóstico psiquiátrico, desencadeados por fatores agudos como estresse extremo, uso de substâncias psicoativas ou eventos traumáticos.

O papel da enfermagem em tais cenários é essencial para garantir a segurança do paciente e das pessoas ao seu redor, identificar sintomas, estabilizar emocional e fisicamente o indivíduo e encaminhá-lo para avaliação e tratamento adequado.

► **Principais Condições Clínicas**

Crises de Agitação Psicomotora:

▪ **Causa:** Transtornos psiquiátricos (esquizofrenia, transtorno bipolar), intoxicação por álcool ou drogas, traumas emocionais.

▪ **Sinais e sintomas:** Comportamento agressivo, inquietação, dificuldade em se comunicar, resistência ao diálogo, risco de autolesão.

Tentativas de Suicídio:

▪ **Causa:** Depressão grave, transtorno de personalidade, eventos traumáticos, crises existenciais.

▪ **Sinais e sintomas:** Relatos de desejo de morte, automutilação, ingestão de substâncias tóxicas, comportamento retraído.

Surtos Psicóticos:

▪ **Causa:** Esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, uso de substâncias psicoativas.

▪ **Sinais e sintomas:** Alucinações, delírios, desorganização do pensamento, comportamento imprevisível.

Abstinência de Substâncias:

▪ **Causa:** Interrupção abrupta do uso de álcool, drogas ou medicamentos psicoativos.

▪ **Sinais e sintomas:** Tremores, agitação, confusão, irritabilidade, crises convulsivas em casos graves.

► **Intervenções de Enfermagem**

Avaliação Inicial e Monitoramento:

▪ **Histórico clínico e comportamental:** Levantar informações sobre transtornos psiquiátricos prévios, uso de substâncias, histórico de tentativas de suicídio ou automutilação.

▪ **Avaliação do risco de violência ou autolesão:** Identificar ameaças à segurança do paciente e da equipe.

▪ **Monitoramento contínuo:** Observar sinais de agravamento como aumento da agitação ou discurso incoerente.

► **Manejo da Crise de Agitação Psicomotora**

▪ **Abordagem verbal calmante:** Conversar com o paciente de forma tranquila e respeitosa, evitando confrontos.

▪ **Ambiente seguro:** Remover objetos que possam ser usados como armas ou instrumentos de autolesão.

▪ **Contenção física ou química:**

- Contenção física somente quando absolutamente necessária, respeitando protocolos.

- Administração de medicamentos ansiolíticos ou antipsicóticos conforme prescrição, como diazepam ou haloperidol.

► **Apoio em Casos de Tentativa de Suicídio**

▪ **Cuidados imediatos:** Tratar ferimentos ou intoxicações causados pela tentativa.

▪ **Supervisão constante:** Garantir vigilância até que o risco de suicídio seja minimizado.

▪ **Encaminhamento especializado:** Acionar equipes de saúde mental e psiquiatria para avaliação aprofundada.

► **Intervenções em Surtos Psicóticos**

▪ **Construção de vínculo inicial:** Garantir uma abordagem não ameaçadora, transmitindo segurança.

▪ **Controle de sintomas agudos:** Auxiliar na administração de antipsicóticos prescritos, como risperidona ou olanzapina.

▪ **Ambiente tranquilo:** Reduzir estímulos externos que possam agravar a desorientação.

► **Manejo de Abstinência de Substâncias**

▪ **Hidratação e nutrição:** Oferecer suporte para reequilibrar o organismo, especialmente em casos de abstinência severa.

▪ **Controle de sintomas:** Uso de medicamentos prescritos para aliviar sintomas como tremores, insônia ou ansiedade.

▪ **Encaminhamento para reabilitação:** Apoiar o paciente no início de um tratamento a longo prazo para dependência.

► **Educação e Apoio ao Paciente e Familiares**

▪ **Orientação sobre o quadro:** Explicar ao paciente e seus familiares a natureza da crise e os passos para o tratamento.

▪ **Prevenção de novas crises:** Orientar sobre a importância do acompanhamento psiquiátrico e do uso correto de medicamentos.

▪ **Acolhimento humanizado:** Proporcionar um ambiente de apoio emocional, minimizando o estigma associado às condições psiquiátricas.

► **Cuidados Éticos e Legais**

Os profissionais de enfermagem devem atuar dentro de parâmetros éticos e legais ao lidar com urgências psiquiátricas:

- **Consentimento:** Garantir que qualquer intervenção, incluindo contenção, seja justificada e documentada.
- **Confidencialidade:** Proteger a privacidade do paciente, exceto em situações de risco iminente.
- **Respeito à dignidade:** Tratar o paciente de forma respeitosa, mesmo durante episódios de grande agitação.

As urgências psiquiátricas são situações delicadas que demandam habilidade técnica, sensibilidade e comunicação eficaz. A enfermagem desempenha um papel vital na contenção das crises, na proteção da vida e no encaminhamento para cuidados especializados.

Ao oferecer assistência com humanização e empatia, o enfermeiro pode minimizar o impacto emocional dessas situações, promover a estabilização clínica e contribuir para a reabilitação do paciente. O manejo adequado exige um equilíbrio entre a segurança, o respeito à autonomia e a aplicação de protocolos claros.

URGÊNCIAS DO APARELHO URINÁRIO

As urgências do aparelho urinário incluem condições que afetam os rins, ureteres, bexiga e uretra, frequentemente associadas a dor intensa, obstrução do fluxo urinário ou alterações na função renal. Entre as situações mais comuns estão a retenção urinária aguda, cólica renal e infecções urinárias graves, como a pielonefrite.

A assistência de enfermagem é fundamental para estabilizar o paciente, aliviar os sintomas e colaborar com a equipe médica na identificação e no tratamento da causa subjacente.

► **Principais Condições Clínicas**

Retenção Urinária Aguda:

- **Causa:** Obstrução da uretra por hiperplasia prostática, cálculos, coágulos ou estenoses, além de disfunções neurológicas.
- **Sinais e sintomas:** Incapacidade de urinar, dor e distensão suprapúbica, desconforto intenso.

Cólica Renal:

- **Causa:** Obstrução dos ureteres por cálculos renais (urolitíase).
- **Sinais e sintomas:** Dor lombar aguda irradiando para abdômen ou genitália, náuseas, vômitos, hematúria.

Pielonefrite Aguda:

- **Causa:** Infecção ascendente do trato urinário, frequentemente causada por *Escherichia coli*.
- **Sinais e sintomas:** Febre alta, calafrios, dor lombar unilateral, disúria, polaciúria e alterações no exame de urina.

Hemorragia Urinária (Hematuria):

- **Causa:** Traumas, infecções graves, neoplasias ou cálculos.
- **Sinais e sintomas:** Presença de sangue na urina, podendo ser macroscópica ou microscópica.

► **Intervenções de Enfermagem**

Avaliação Inicial e Monitoramento:

- **Histórico clínico:** Investigar início dos sintomas, frequência urinária, presença de dor e alterações na urina.
- **Exame físico:** Inspeção e palpação abdominal, avaliação de sinais de distensão vesical ou dor lombar.
- **Sinais vitais:** Verificar temperatura, pressão arterial e frequência cardíaca, com atenção para febre e sinais de choque séptico.

Alívio da Retenção Urinária:

- **Cateterismo vesical:** Inserção de sonda vesical para esvaziamento imediato da bexiga, conforme prescrição médica.
- **Hidratação:** Garantir reposição de líquidos intravenosos ou orais para promover diurese.
- **Monitoramento do débito urinário:** Avaliar o volume e as características da urina coletada.

Manejo da Dor na Cólica Renal:

- **Administração de analgésicos:** Uso de medicamentos prescritos, como dipirona ou opioides, para alívio da dor.
- **Antiespasmódicos:** Aplicação de medicamentos como escopolamina para relaxar a musculatura lisa dos ureteres.
- **Hidratação adequada:** Promover aumento da diurese para facilitar a eliminação de cálculos pequenos.

Tratamento da Pielonefrite Aguda:

- **Antibióticos prescritos:** Administração imediata de antibióticos de amplo espectro, ajustados posteriormente ao resultado de urocultura.
- **Controle da febre:** Uso de antitérmicos e monitoramento da resposta ao tratamento.
- **Monitorização de sinais de complicações:** Identificar sinais de sepsis ou abscesso renal, como hipotensão ou dor persistente.

Hemorragia Urinária (Hematuria):

- **Controle da causa:** Auxiliar no diagnóstico diferencial para determinar a origem da hemorragia (infecção, cálculo, trauma ou neoplasia).
- **Administração de hemoderivados:** Em casos de hemorragia significativa, seguir prescrições médicas para transfusões.
- **Monitoramento da urina:** Observar volume e presença contínua de sangue.

Educação do Paciente e Família:

- **Hidratação:** Incentivar a ingestão de líquidos para prevenir novas formações de cálculos e infecções urinárias.
- **Identificação de sinais de alerta:** Orientar sobre sintomas como febre, dor persistente ou alteração na urina que indiquem a necessidade de atendimento médico.
- **Mudanças no estilo de vida:** Informar sobre medidas preventivas, como dieta equilibrada e controle de doenças associadas, como diabetes e hipertensão.

Prevenção de Complicações:

A enfermagem deve estar atenta a possíveis complicações, como:

- **Sepse urinária:** Monitorar febre persistente, confusão mental e hipotensão.
- **Insuficiência renal aguda:** Avaliar função renal por exames laboratoriais e monitorar débito urinário.
- **Recorrência de cálculos renais:** Orientar sobre hábitos alimentares que reduzam o risco, como diminuição de sódio e proteínas na dieta.

As urgências do aparelho urinário demandam atenção imediata, intervenções precisas e um olhar clínico atento para identificar complicações precocemente. A enfermagem é essencial nesse contexto, garantindo suporte técnico, assistência humanizada e colaboração para o diagnóstico e tratamento eficazes.

Por meio de um cuidado integrado, baseado em protocolos clínicos e uma abordagem empática, o profissional de enfermagem pode contribuir significativamente para a recuperação do paciente e para a prevenção de futuras complicações urinárias.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: ATENÇÃO À CRIANÇA (CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO, ALEITAMENTO MATERNO, ALIMENTAÇÃO, DOENÇAS DIARREICAS E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS)

A criança é um ser humano em constante evolução. As vivências nos primeiros anos são essenciais para moldar o adulto que ela se tornará. Por isso, é vital que cresça em um ambiente saudável, cercada de carinho e com liberdade para brincar.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil deve ser realizado regularmente pela equipe da Unidade Básica de Saúde mais próxima à residência da criança.

O cuidado integral da criança, incluindo sua educação e promoção de saúde, exige a colaboração entre pais, comunidade e profissionais de saúde, assistência social e educação.

É crucial estimular o desenvolvimento da criança desde cedo para que ela adquira autoconfiança, autoestima e desenvolva habilidades de relacionamento com outras crianças, família e comunidade, aumentando as chances de se tornar um adulto socialmente adaptado.

O monitoramento do desenvolvimento infantil nos primeiros anos é vital, pois é nesse período que o sistema nervoso mais cresce e amadurece, tornando-se mais suscetível a possíveis problemas. No entanto, essa fase também apresenta grande plasticidade, o que torna a criança mais responsiva aos estímulos e intervenções.

A primeira infância, do nascimento até os 6 anos, é um período sensível para o desenvolvimento humano, pois é quando a estrutura emocional e afetiva, assim como áreas cerebrais fundamentais para a personalidade, caráter e aprendizado, são formadas.

A ciência tem mostrado que as experiências vividas na Primeira Infância, desde a gestação, impactam diretamente o adulto que a criança será. Essa fase é uma oportunidade para que o indivíduo alcance seu potencial máximo. Nos primeiros anos, a estrutura cerebral começa a se formar e continua sendo moldada ao longo do tempo pelas experiências vividas, especialmente

com pais e cuidadores. Portanto, a proteção é essencial, uma vez que situações como violência, negligência e desnutrição podem prejudicar o desenvolvimento cerebral.

Por outro lado, estímulos adequados trazem benefícios como maior aptidão intelectual, melhor desempenho escolar, e a formação de adultos mais capacitados para enfrentar os desafios cotidianos.

A primeira infância, dos zero aos 6 anos, é crucial para o desenvolvimento mental, emocional e social da criança. Estimulá-la adequadamente nesse período contribui para uma vida saudável e um bom desenvolvimento na infância, adolescência e vida adulta. O acompanhamento profissional de saúde é essencial, e qualquer preocupação deve ser comunicada para que a criança possa ser examinada com atenção.

Direitos da criança

Toda criança tem o direito a:

- Registro gratuito de nascimento;
- Teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida;
- Acesso a serviços de saúde de qualidade;
- Educação pública e gratuita próxima à residência;
- Vacinas do calendário básico de vacinação;
- Viver plenamente a infância;
- Acesso à água potável e alimentação adequada;
- Acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento;
- Presença dos pais durante internações hospitalares;
- Viver em ambiente limpo, ensolarado e arejado;
- Brincar e aprender;
- Crescer em ambiente afetivo e sem violência.

Desenvolvimento por faixa etária**Do nascimento a 2 meses:**

- O bebê precisa de amor e de ser desejado pela família. A ligação entre mãe e bebê é essencial e deve ser reforçada.
- Converse com o bebê, mantendo contato visual. Fale de maneira carinhosa, pois o bebê se acalma ao ouvir a voz da mãe.
- O choro do bebê varia conforme suas necessidades, como fome ou desconforto.
- Mostre objetos coloridos a cerca de 30cm de distância e deite-o de bruços para fortalecer o pescoço.

De 2 a 4 meses:

- Brinque, converse e ofereça objetos para o bebê segurar.
- Coloque-o de bruços e interaja com brinquedos, estimulando-o a brincar com a voz.

De 4 a 6 meses:

- Ao oferecer brinquedos, observe a reação do bebê e acostume-o a dormir mais à noite.
- Estimule a rotação do corpo, ajudando-o a mudar de posição.

De 6 a 9 meses:

- Atenda às solicitações da criança e ofereça brinquedos fáceis de segurar.
- Converse e cante com ela, incentivando-a a se sentar, engatinhar e se arrastar.

De 9 meses a 1 ano:

- Brinque com músicas e gestos, dando-lhe objetos pequenos, mas sob supervisão, para treinar o movimento de pinça.
- Converse e utilize livros com figuras simples.

De 1 ano a 1 ano e 3 meses:

- Seja claro sobre limites, afastando-se por períodos curtos para estimular a independência.
- Incentive o uso de palavras e ofereça brinquedos de diferentes tamanhos.

De 1 ano e 3 meses a 1 ano e 6 meses:

- Continue a ser firme e conte histórias, incentive a dança e o uso de papel e giz de cera para estimular a criatividade.

De 1 ano e 6 meses a 2 anos:

- Incentive o autocuidado, como vestir-se e brincar com encaixes. Mostre figuras e brinque de chutar bola.

De 2 a 2 anos e 6 meses:

- Promova a independência nas atividades diárias e inicie, de forma lúdica, o controle das necessidades fisiológicas.

De 2 anos e 6 meses a 3 anos:

- Estimule a conversa sobre brincadeiras e amigos, expondo a criança a livros e materiais para desenho.
- Observe o comportamento da criança e a forma como ela interage com os outros e o ambiente. Caso perceba atrasos no desenvolvimento motor ou de linguagem, procure ajuda profissional.

Cuidados com crianças com deficiência:

- Se uma deficiência for identificada, é natural que surjam sentimentos de medo ou angústia. No entanto, informações e apoio são fundamentais para a família. O desenvolvimento de habilidades que promovam a independência e participação social dessas crianças é possível com apoio adequado.

Assistência imediata ao recém-nascido (RN)

A assistência imediata ao recém-nascido (RN) é aquela prestada nas primeiras duas horas após o nascimento, seguindo procedimentos universais e obrigatórios. De acordo com a OMS, esses cuidados devem respeitar a ética, a filosofia da instituição e os princípios de humanização do parto.

Os principais objetivos dessa assistência são:

- Observar e avaliar as condições vitais, físicas e comportamentais do RN;
- Atender às suas necessidades básicas e específicas;
- Proteger o bebê dos riscos do ambiente;
- Identificar precocemente anormalidades;
- Intervir nos problemas identificados;
- Conhecer o bebê e envolver a família no processo.

Desobstrução das vias aéreas

- Envolver o RN em lençol ou campo esterilizado para secar as secreções e iniciar o aquecimento.
- Manter a posição Trendelenburg para facilitar a desobstrução das vias respiratórias.
- Limpar secreções e sangue da boca, nariz e olhos com gaze esterilizada.
- Aspiração de secreções oro e nasofaríngeas e verificar possíveis atresias de coanas.

Secar e aquecer o bebê

- Completar a secagem e manter o RN em um berço aquecido para minimizar o choque térmico.
- A transição do útero para a sala de parto representa um estresse térmico, e o bebê reage ao frio com vasoconstrição, consumindo mais oxigênio e glicose.
- Um ambiente adequado ajuda a reduzir essas perdas.

Avaliação da vitalidade - Índice de Apgar

O Apgar é feito no 1º e 5º minuto após o nascimento:

- No 1º minuto, avalia a adaptação inicial à vida extrauterina.
- No 5º minuto, fornece uma avaliação mais clara do sistema nervoso central (SNC).

Verificação dos sinais vitais

- Monitorar a coloração, temperatura, respiração e frequência cardíaca do RN durante 1 minuto completo, avaliando irregularidades.
- Repetir a avaliação a cada hora nas primeiras 4 horas.

Identificação do RN

- Realizar a impressão plantar do bebê e digital da mãe para assegurar a identidade do RN.
- Colocar braçadeiras com o nome da mãe, sexo, data e hora do nascimento, e número de quarto ou registro.

Clampeamento do cordão umbilical

- Clampear o cordão após parar de pulsar, a 2 cm do anel umbilical, utilizando álcool a 70%.
- Verificar hemorragias e inspecionar os vasos umbilicais.

Administração de nitrato de prata e vitamina K

- Aplicar nitrato de prata 1% para prevenir conjuntivite gonocócica.
- Administrar vitamina K intramuscular (1mg) para evitar hemorragias, até 2 horas após o nascimento.

Contato mãe-bebê

- O contato precoce com a mãe é fundamental para incentivar a amamentação e fortalecer o vínculo afetivo.
- O RN saudável não deve ser separado da mãe, e o aleitamento deve começar o quanto antes.
- Após as primeiras duas horas, o bebê recebe o primeiro exame físico e avaliação dos reflexos.

Exame completo e cuidados mediatos

O exame deve observar tônus muscular, atividade espontânea, postura, tiragens, choro, regurgitação, eliminação de mecônio e urina, e outros sinais clínicos. Os cuidados mediatos incluem:

1. Higiene corporal;
2. Exame físico completo;
3. Avaliação da alimentação;
4. Fortalecimento do vínculo mãe-bebê;
5. Monitoramento da perda de peso.

Alojamento Conjunto

O Alojamento Conjunto permite que mãe e bebê permaneçam juntos desde o nascimento até a alta, oferecendo várias vantagens:

1. Fortalece o vínculo afetivo entre pais e bebê;
2. Facilita a interação familiar;
3. Favorece o aleitamento materno com o apoio necessário;
4. Permite que os pais observem o bebê e relatem anormalidades;
5. Promove educação em saúde para autocuidado e cuidados com o RN;
6. Reduz o risco de infecções associadas à assistência;
7. Facilita o contato dos pais com a equipe multiprofissional.

Exame físico do recém-nascido (RN)

O exame físico do recém-nascido (RN) tem como objetivo identificar anormalidades e registrar sinais de estresse ou trauma, fornecendo informações essenciais para a evolução e a prescrição de cuidados de enfermagem. Ele deve ser iniciado logo após o nascimento, sendo denominado exame físico imediato, e realizado na sala de parto para observar malformações congênitas e possíveis anormalidades. Posteriormente, é seguido de um exame físico minucioso nas primeiras 24 horas de vida.

Sequência do exame físico

1. Estatura: Mede-se o comprimento da cabeça aos calcanhares, estendendo completamente as pernas. A medida normal varia entre 48 e 53 cm.

2. Peso corpóreo: O peso deve ser registrado logo após o nascimento, considerando que o RN pode perder até 10% do peso corporal nos primeiros 3 a 4 dias devido à perda de líquido extracelular e eliminação de mecônio. O peso normal varia de 2.700g a 4.000g, com média de 3.400g.

3. Pele: Avaliar a cor, textura, lanugem, verniz caseoso, lesões, manchas, turgor, temperatura, equimoses, petéquias, eritemas, edemas, palidez e icterícia. Observações importantes:

- **Milium sebáceo:** Pequenos pontos branco-amarelados, especialmente no nariz, bochechas e queixo.
- **Hemangioma capilar:** Frequente na fronte, nuca e pálpebras superiores, desaparecendo em alguns meses.
- **Mancha mongólica:** Assemelha-se a uma pequena equimose, mais comum na região sacral, desaparecendo na infância.
- **Icterícia:** A pele e mucosas podem apresentar coloração amarela; causas devem ser investigadas conforme o início e duração da icterícia.

4. Postura e movimentos: A postura normal é fetal, com movimentos espontâneos e simétricos. Anormalidades incluem tremores ou ausência de movimentos.

5. Tônus e força muscular: Devem ser iguais e fortes, com reflexos primitivos presentes. Anormalidades incluem flacidez, hipotonia e ausência de reflexos.

6. Cabeça: Avaliar deformidades relacionadas ao parto, palpando as suturas e fontanelas:

- **Bossa serossanguínea:** Massa mole e mal delimitada, geralmente localizada na apresentação.

- **Cefalo-hematoma:** Hematoma subperiosteal com rebordo palpável, que se resolve espontaneamente.

7. Olhos: Observar alinhamento, edema palpebral, simetria, pupilas reagentes e presença de secreções.

8. Nariz: Avaliar formato, secreções e possíveis obstruções.

9. Orelhas: Verificar a flexibilidade e cartilagem. Anomalias podem indicar alterações cromossômicas.

10. Boca e garganta: Verificar fenda palatina, fissura labial, salivação e reflexos de sucção e busca.

11. Língua: Avaliar tamanho, posição e desenvolvimento papilar.

12. Pescoço: Verificar presença de massas ou fístulas, mobilidade e excesso de pele.

13. Tórax: Observar retrações, forma e presença de secreção das mamas (leite de bruxa).

14. Clavículas: Palpar para identificar fraturas, geralmente do tipo "galho-verde".

15. Pulmões: Avaliar a respiração, que deve ser predominantemente abdominal. Frequência respiratória normal é de 40 incursões por minuto em RN a termo e até 60 no prematuro.

16. Coração: Frequência cardíaca entre 100 e 160bpm. Verificar ritmo e amplitude dos batimentos em diversas artérias.

17. Abdome: Forma cilíndrica, fígado palpável e presença de hérnia umbilical.

18. Cordão umbilical: Deve ser branco-azulado ao nascimento, com duas artérias e uma veia.

19. Genitália feminina: Observar lábios edemaciados e presença de verniz caseoso. Checar eliminação de urina nas primeiras 24 horas.

20. Genitália masculina: Verificar abertura uretral, testículos palpáveis e presença de hidrocele.

21. Ânus e reto: Investigar orifício anal e eliminação de mecônio.

22. Região sacrococcígea: Verificar depressão da extremidade sacral, que pode indicar malformações.

23. Coluna vertebral: Observar defeitos de linha média.

24. Membros: Palpar pulsos e observar possíveis edemas ou deformidades.

25. Reflexos primitivos: Testar reflexos como sucção, apreensão, Babinski, Moro, marcha e engatinhar, todos essenciais para avaliar o desenvolvimento neurológico.

O exame físico minucioso fornece informações valiosas para o acompanhamento do RN, permitindo a detecção precoce de possíveis problemas e orientando a equipe de saúde na prestação de cuidados adequados.

Exames de triagem neonata

Os exames de triagem neonatal são fundamentais para garantir a saúde do recém-nascido (RN) e identificar precocemente doenças ou problemas que possam comprometer seu desenvolvimento. No Brasil, todos os bebês têm direito a realizar gratuitamente quatro exames importantes:

Teste do Pezinho

Esse exame permite o diagnóstico precoce de seis doenças: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita. Deve ser realizado entre o 3º e o 5º dia de vida, em uma unidade básica de saúde. A coleta de sangue é feita no calcanhar do bebê, uma área bem irrigada, sendo um exame rápido, pouco invasivo e sem riscos.

Teste do Olhinho

Esse teste é simples e indolor, consistindo na identificação do reflexo vermelho no olho do bebê quando exposto a uma luz. Ele detecta alterações no eixo visual, como catarata e glaucoma congênito. Deve ser feito antes da alta hospitalar, mas se isso não ocorrer, deve ser realizado na primeira consulta pediátrica. Exames regulares são recomendados para acompanhar o desenvolvimento visual.

Teste da Orelhinha

O teste da orelhinha, também conhecido como triagem auditiva neonatal, identifica problemas auditivos. É feito geralmente no 2º ou 3º dia de vida, sendo obrigatório desde 2010. É indolor, realizado enquanto o bebê dorme, sem necessidade de picadas ou coleta de sangue. Deve ser realizado até os 3 meses de vida caso o bebê não tenha nascido em ambiente hospitalar.

Teste do Coraçãozinho

Realizado entre 24h e 48h após o nascimento, o teste do coraçãozinho mede a oxigenação do sangue e os batimentos cardíacos do RN usando um oxímetro. Se detectada alguma anormalidade, o bebê é encaminhado para um ecocardiograma. O diagnóstico precoce de problemas cardíacos aumenta as chances de tratamento adequado, prevenindo complicações graves, como a morte neonatal.

Método Canguru

Para bebês prematuros ou com baixo peso, o SUS oferece o Método Canguru, uma estratégia humanizada que envolve o contato pele a pele entre pais e bebê, favorecendo o vínculo afetivo, a estabilidade térmica e o desenvolvimento. Esse método ajuda a reduzir o tempo de internação, melhora a oxigenação, aumenta o aleitamento materno e diminui infecções e episódios de apneia.

Caderneta de Saúde da Criança

Toda criança nascida no Brasil recebe gratuitamente a Caderneta de Saúde da Criança, um documento que acompanha a saúde e o desenvolvimento do bebê até os 9 anos. Ela contém orientações para a família e registros médicos importantes, como crescimento, desenvolvimento e vacinação. As cadernetas são distribuídas pelo Ministério da Saúde e são essenciais para monitorar a saúde da criança ao longo dos primeiros anos de vida.

Reanimação neonatal

A reanimação neonatal consiste em um conjunto de intervenções realizadas para restabelecer a ventilação, oxigenação e circulação em recém-nascidos (RNs) que apresentam apneia ou bradicardia ao nascer. Diversas complicações durante o parto podem demandar reanimação, como interrupção da circulação pelo cordão umbilical, iatrogenias, estimulação vagal e dificuldades na intubação.

Crítérios de Reanimação

De acordo com o **Manual de Reanimação Neonatal** de 2016, os critérios de reanimação são:

- Não reanimar se: idade gestacional for < 23 semanas ou peso < 400g, anencefalia, ou anomalias cromossômicas incompatíveis com a vida (como trissomias do 13 e 18).
- Suspender a reanimação se o RN não apresentar frequência cardíaca ou esforço respiratório após 10 minutos de reanimação contínua e adequada.

Ventilação com Pressão Positiva

A ventilação com pressão positiva (VPP) utiliza balão autoinflável, que fornece oxigênio em concentrações entre 21% e 100%, dependendo da fonte de O₂. O ventilador mecânico em T, como o Neopuff®, é indicado para prematuros, permitindo ajuste de pressão e PEEP. Pressões de 30 a 40cmH₂O são recomendadas para a primeira ventilação, enquanto as subsequentes variam entre 15 e 20cmH₂O.

Se o tórax não expandir durante a ventilação, verificar:

- Vedação da máscara;
- Secreções nas vias aéreas, aspirando se necessário;
- Posicionamento da cabeça, ajustando conforme necessário.

Intubação Endotraqueal

A intubação endotraqueal pode ser indicada em recém-nascidos < 1.000g ou < 28 semanas, ou naqueles que não respondem à ventilação inicial. A pressão inicial sugerida é de 20cmH₂O, e o uso de colorímetro ou analisador de CO₂ confirma a intubação correta.

Massagem Cardíaca Externa

A massagem cardíaca externa é aplicada no terço inferior do esterno, com compressões que devem atingir 1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax. A proporção de ventilação para compressão deve ser de 1:3, com 30 respirações por minuto e 90 compressões por minuto. Após 30 segundos, a frequência cardíaca deve ser avaliada.

Índice de Apgar

O índice de Apgar é usado para avaliar a resposta do RN às manobras de reanimação nos minutos 1, 5 e 10 após o nascimento. Um escore < 7 no 5º minuto indica a necessidade de continuar a reanimação e reavaliar a cada 5 minutos até os 20 minutos de vida.

Incubadora Especializada

Incubadoras como a Giraffe® combinam berço de calor radiante e incubadora de parede dupla, permitindo transporte com o mínimo de manipulação do prematuro e manutenção da temperatura. Isso ajuda a reduzir complicações, como hemorragias intraventriculares.

Atendimento de Parada Cardiorrespiratória

A parada cardiorrespiratória no RN resulta geralmente de insuficiência respiratória, levando à acidose metabólica e asistolia. Fatores como pneumonia, hipertensão pulmonar, apneia e convulsões podem precipitar a parada.

Sinais de parada cardiorrespiratória:

- Ausência de pulso nas artérias;
- Apneia ou respiração periódica;
- Cianose e palidez;
- Dilatação das pupilas.

Procedimentos para reanimação:

- Identificar rapidamente a parada;
- Iniciar oxigenação e circulação com compressões e ventilação;
- Monitorar continuamente os sinais vitais, oxigenação e equilíbrio hidroeletrólítico, além de realizar avaliação neurológica.

O atendimento eficaz e coordenado é fundamental para o sucesso da reanimação e estabilização do RN, especialmente em casos de extrema prematuridade.

Admissão do recém-nascido (RN) na UTI Neonatal de Alto Risco

Os critérios de admissão do recém-nascido (RN) na UTI Neonatal de Alto Risco variam entre hospitais, mas baseiam-se em condições que indicam uma transição da vida intrauterina para a extrauterina que não seja ideal. Fatores pré-natais e pós-parto que indicam essa necessidade incluem:

Fatores de Admissão:

- Idade gestacional < 34 semanas;
- Peso < 1.800g;
- RN pequeno ou grande para a idade gestacional (PIG ou GIG);
- Infecções maternas;
- Anormalidades metabólicas;
- Traumas de parto;
- Sangramento materno no 3º trimestre;
- Anomalias congênitas que requeiram observação ou cirurgia;
- Incompatibilidade de Rh;
- Retardo de crescimento intrauterino (RCIU);
- Hipoglicemia e convulsões;
- Uso materno de drogas ilícitas (cocaína, heroína);
- Problemas respiratórios que necessitem de oxigenoterapia ou ventilação mecânica;
- Arritmias cardíacas;
- Apgar ≤ 5 no 5º minuto ou 0-4 no 1º minuto com necessidade de reanimação.

Intervenções na Admissão:

- Colocar o RN em berço de calor radiante ou incubadora;
- Avaliar sistemas respiratório e cardíaco;
- Administrar oxigênio se necessário e instalar monitor cardíaco;
- Medir peso, comprimento, perímetros torácico e cefálico;
- Monitorar sinais vitais a cada 30 min até estabilização;
- Avaliar dor e glicemia periférica nas primeiras horas;
- Inserir cateteres e colher exames laboratoriais;
- Administrar medicamentos conforme prescrição;
- Avaliar a idade gestacional e preencher a ficha de avaliação inicial.

Aleitamento Materno

O aleitamento materno é prioritário no Brasil, com recomendação de amamentação exclusiva até os 6 meses de vida e continuidade até os 2 anos ou mais. Amamentar promove uma profunda interação entre mãe e bebê, influenciando o estado nutricional, a defesa contra infecções e o desenvolvimento cognitivo e emocional.

Benefícios da Amamentação:

- Leite materno é completo e de fácil digestão, funcionando como uma vacina natural, protegendo contra infecções e doenças crônicas.
- Desenvolvimento facial: Suger o peito ajuda no desenvolvimento da fala, respiração e dentição.
- Contato íntimo: Fortalece o vínculo mãe-bebê.
- Crianças amamentadas têm maior inteligência e melhor saúde geral.

Práticas recomendadas:

- A amamentação deve ser feita em livre demanda, respeitando o ritmo do bebê, que mama de 8 a 12 vezes por dia nos primeiros meses.
- O leite do fim da mamada é mais gorduroso e sacia a fome, ajudando no ganho de peso.
- A cor do leite pode variar, mas nunca é "fraco". Nos primeiros dias, o colostro, rico em nutrientes, é suficiente para o bebê.

Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

1. Política de aleitamento materno transmitida à equipe de saúde.
2. Capacitar a equipe para implementar essa política.
3. Informar gestantes sobre os benefícios e manejo da amamentação.
4. Iniciar amamentação na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo separadas dos filhos.
6. Não oferecer alimentos ou líquidos que não sejam o leite materno.
7. Praticar alojamento conjunto, mantendo mãe e bebê juntos 24 horas por dia.
8. Incentivar a amamentação sob livre demanda.
9. Não oferecer chupetas ou bicos artificiais.
10. Encaminhar as mães para grupos de apoio à amamentação.

Processo do Desmame

O desmame é um processo gradual e natural que ocorre conforme a criança amadurece, geralmente entre 2 e 4 anos. É importante respeitar o ritmo da criança e evitar o desmame abrupto, que pode gerar insegurança e desconforto tanto para a mãe quanto para o bebê. Sinais de que a criança está pronta para o desmame incluem aceitação de outros alimentos, menos interesse nas mamadas e maior independência emocional.

Desmame natural:

- Proporciona uma transição tranquila, preenchendo as necessidades fisiológicas e psicológicas da criança até que ela esteja pronta.

O profissional de saúde deve apoiar a mãe no processo de desmame, respeitando suas decisões e oferecendo orientação, especialmente quando for necessário desmamar por razões médicas ou pessoais.

Dez Passos para uma Alimentação Saudável

Os Dez Passos para uma Alimentação Saudável visam garantir uma nutrição adequada e segura para crianças desde o nascimento até os primeiros anos de vida. Aqui está um resumo dos passos e dicas para os profissionais de saúde:

Passo 1: “Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento”

- **Dica:** Verificar se as orientações sobre aleitamento materno exclusivo estão sendo fornecidas desde o pré-natal até a alimentação complementar.

Passo 2: “A partir dos seis meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais”

- **Dica:** Perguntar à mãe/cuidador como ela imagina a alimentação correta e complementar seus conhecimentos de forma incentivadora.

Passo 3: “Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada”

- **Dica:** Sugerir receitas de papas e explicar a proporcionalidade de maneira prática e com linguagem acessível.

Passo 4: “A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e respeitando o apetite da criança”

- **Dica:** Realizar visitas domiciliares para orientar a família e aumentar o vínculo.

Passo 5: “A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família”

- **Dica:** Organizar oficinas de preparação de alimentos seguros ou cozinhas comunitárias para famílias em risco nutricional.

Passo 6: “Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida”

- **Dica:** Explicar como estimular os sentidos, tornando a alimentação um momento de troca afetiva entre a criança e a família.

Passo 7: “Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições”

- **Dica:** Pedir à mãe uma lista das hortaliças que usa e sugerir novas opções, destacando alimentos regionais e da estação.

Passo 8: “Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação”

- **Dica:** Organizar campanhas comunitárias sobre alimentação saudável, envolvendo outros setores.

Passo 9: “Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados”

- **Dica:** Promover grupos com pais, avós e crianças sobre higiene alimentar e bucal.

Passo 10: “Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação”

- **Dica:** Avaliar a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde e ajustar conforme necessário.

Observação sobre o mel: Orientar os pais a não oferecer mel para crianças até 12 meses, devido ao risco de botulismo, uma infecção grave causada pela bactéria *Clostridium botulinum*.

Principais doenças pediátricas

As principais doenças pediátricas que afetam crianças comumente envolvem infecções virais e bacterianas, muitas vezes relacionadas ao sistema respiratório. A seguir, estão algumas das doenças mais comuns na infância, seus sintomas, tratamentos e formas de prevenção:

1. Amigdalite

- **Causa:** Infecção das amígdalas por vírus ou bactérias.

- **Sintomas:** Dor de garganta, febre, inchaço no pescoço e mandíbula, dificuldade para engolir, calafrios, mau hálito, dor de cabeça e muscular.

- **Tratamento:** Antibióticos para infecções bacterianas; medicamentos para controle dos sintomas em casos virais.

- **Prevenção:** Evitar aglomerações e contato com pessoas doentes.

2. Otite

- **Causa:** Infecção no ouvido por vírus ou bactérias, geralmente após resfriado.

- **Sintomas:** Febre, irritabilidade, choro constante, secreção nasal, perda de apetite, diarreia, vômitos.

- **Tratamento:** Analgésicos, antitérmicos e, em alguns casos, antibióticos.

- **Prevenção:** Amamentação exclusiva até 6 meses e evitar alimentar a criança deitada.

3. Laringite

- **Causa:** Inflamação da laringe, podendo ser sinal de outras infecções respiratórias.
- **Sintomas:** Rouquidão, tosse seca, febre, dificuldade para engolir.
- **Tratamento:** Corticoides para controlar a inflamação.
- **Prevenção:** Evitar compartilhar utensílios, manter hidratação adequada e usar umidificadores em climas secos.

4. Catapora (Varicela)

- **Causa:** Infecção pelo vírus Varicela Zoster.
- **Sintomas:** Erupções vermelhas pelo corpo que evoluem para bolhas, febre, coceira, cansaço, perda de apetite.
- **Tratamento:** Repouso, hidratação e controle dos sintomas. Evitar coçar para prevenir infecções secundárias.
- **Prevenção:** Vacina contra varicela.

5. Caxumba

- **Causa:** Infecção viral que afeta as glândulas salivares.
- **Sintomas:** Inchaço nas glândulas parótidas, dor ao mastigar, febre, calafrios, dor muscular.
- **Tratamento:** Repouso e analgésicos para aliviar sintomas.
- **Prevenção:** Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola).

6. Coqueluche

- **Causa:** Infecção bacteriana por Bordetella pertussis, que afeta o sistema respiratório.
- **Sintomas:** Tosse intensa e repetitiva, febre baixa, coriza, falta de ar, vômitos.
- **Tratamento:** Antibióticos e suporte respiratório.
- **Prevenção:** Vacina tríplice bacteriana (DTP - difteria, tétano e coqueluche).

7. Meningite

- **Causa:** Inflamação das meninges, causada por vírus ou bactérias (mais comum a bacteriana).
- **Sintomas:** Febre alta, rigidez na nuca, dor de cabeça intensa, vômito, confusão mental.
- **Tratamento:** Antibióticos para meningite bacteriana, suporte para viral.
- **Prevenção:** Vacinas contra meningite e evitar ambientes lotados.

8. Rubéola

- **Causa:** Infecção viral Rubivirus.
- **Sintomas:** Febre baixa, dor de garganta, pintas vermelhas na pele, aumento das glândulas no pescoço.
- **Tratamento:** Repouso e controle dos sintomas.
- **Prevenção:** Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola).

9. Sarampo

- **Causa:** Infecção viral altamente contagiosa por Morbillivirus.
- **Sintomas:** Febre alta, tosse, olhos irritados, erupções vermelhas pelo corpo.
- **Tratamento:** Repouso, hidratação e controle dos sintomas. Antibióticos podem ser prescritos para infecções secundárias.
- **Prevenção:** Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola).

Essas doenças são frequentemente prevenidas com vacinas e medidas de higiene adequadas, como evitar aglomerações e manter a vacinação em dia.

Diarreia e Desidratação/Terapia de Reidratação Oral (TRO)³

A diarreia é uma condição comum em crianças, caracterizada por três ou mais evacuações líquidas ou amolecidas nas últimas 24 horas, e é frequentemente autolimitada. O principal risco associado à diarreia é a desidratação, especialmente em casos agudos, que causam desequilíbrio na absorção e secreção de líquidos e eletrólitos.

Classificação da Diarreia (OMS)

- 1. Diarreia aguda aquosa:** Dura até 14 dias e pode causar grande perda de líquidos, levando à desidratação. Na maioria dos casos, é causada por bactérias ou vírus. Se a alimentação não for adequada, pode ocorrer desnutrição.
- 2. Diarreia aguda com sangue (disenteria):** Caracterizada por sangue nas fezes, indicando lesão na mucosa intestinal. Pode estar associada a infecção sistêmica e complicações, como desidratação. As bactérias Shigella são a principal causa.
- 3. Diarreia persistente:** Dura mais de 14 dias e pode provocar desnutrição e desidratação. Pacientes com diarreia persistente apresentam maior risco de complicações e mortalidade.

Principais Agentes Infecciosos Causadores de Diarreia

- **Vírus:** Rotavírus, adenovírus, norovírus, coronavírus, astrovírus.
- **Bactérias:** E. coli (diversas variantes), Shigella, Salmonella, Campylobacter jejuni, Vibrio cholerae.
- **Parasitas:** Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium.
- **Fungos:** Candida albicans.

Avaliação Clínica

Segundo a OMS, a avaliação de uma criança com diarreia deve incluir:

- **História clínica:** Duração da diarreia, número de evacuações, presença de sangue nas fezes, episódios de vômito, febre, práticas alimentares e contato com outros casos de diarreia.
- **Avaliação do consumo de líquidos:** Oferta de líquidos e histórico de medicamentos e vacinas.
- **Avaliação da diurese:** Frequência e volume urinário são importantes indicadores da hidratação.
- **Exame físico:** Avaliação do estado de hidratação, estado nutricional, nível de alerta (ativo, irritável, letárgico), capacidade de beber líquidos e diurese.
- **Peso corporal:** O peso recente da criança é o melhor indicador da desidratação. Se não estiver disponível, deve-se medir o peso atual para monitorar a evolução.

Terapia de Reidratação Oral (TRO)

A TRO é uma intervenção essencial para tratar e prevenir a desidratação em crianças com diarreia. Ela utiliza soluções de reidratação oral (SRO), que contêm água, sais e glicose, permitindo a absorção eficiente de líquidos e eletrólitos perdidos.

³ https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/03/Guia-Pratico-Diarreia-Aguda.pdf

A avaliação e tratamento rápidos são fundamentais para evitar complicações graves como desidratação severa, desnutrição e morte, especialmente em países de baixa e média renda onde a diarreia é uma das principais causas de mortalidade infantil.]

Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, inquieto	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
Examinar			
Sinal da prega	Desaparece Rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente*
Enchimento capilar ¹	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos)*
Conclusão	Não tem desidratação	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos acima, existe desidratação	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos, incluindo pelo menos um dos assinalados com asterisco, existe desidratação grave
Tratamento	Plano A Tratamento domiciliar	Plano B Terapia de reidratação oral no serviço de saúde	Plano C Terapia de reidratação parenteral

1 – Para avaliar o enchimento capilar, a mão da criança deve ser mantida fechada e comprimida por 15 segundos. Abrir a mão da criança e observar o tempo no qual a coloração da palma da mão volta ao normal. A avaliação da perfusão periférica é muito importante, principalmente em desnutridos nos quais a avaliação dos outros sinais de desidratação é muito difícil.
Ou KCl 19,1% - 1mL para cada 100mL.

Tratamento

O tratamento da diarreia em crianças é baseado na avaliação do estado de hidratação, seguindo três planos de ação:

Plano A: Tratamento no domicílio

Este plano é indicado para crianças com diarreia sem sinais de desidratação. O objetivo é prevenir a desidratação através do aumento da ingestão de líquidos e manutenção da alimentação habitual.

Orientações para o domicílio:

1. Aumentar a oferta de líquidos:
 - Oferecer líquidos caseiros como água de arroz, soro caseiro, sopas e solução de reidratação oral (SRO) após cada evacuação.
 - Evitar refrigerantes, sucos industrializados, líquidos açucarados e café.
 - Continuar com aleitamento materno.

2. Manter a alimentação habitual:

- Não interromper a alimentação normal, incluindo o aleitamento materno, para prevenir a desnutrição.

3. Monitorar sinais de perigo:

- Se os sintomas piorarem em dois dias ou surgirem sinais como diarreia persistente, vômitos repetidos, sede excessiva, recusa alimentar, sangue nas fezes ou diminuição da diurese, procurar um serviço de saúde imediatamente.

4. Reconhecimento dos sinais de desidratação:

- Ensinar a identificar sinais como boca seca, olhos fundos, sede excessiva e letargia, além de demonstrar como preparar e administrar a solução de reidratação oral.

5. Suplementação de zinco:

- O zinco ajuda a reduzir a duração e gravidade da diarreia e deve ser administrado por 10 a 14 dias:
- Crianças menores de 6 meses: 10 mg/dia.
- Crianças maiores de 6 meses: 20 mg/dia.

6. Higiene pessoal e domiciliar:

- Promover a lavagem adequada das mãos, tratamento da água e higiene na preparação dos alimentos para prevenir futuras infecções.

O **Plano A** é preventivo e deve ser acompanhado de vigilância constante dos sintomas e orientações claras sobre o que fazer em caso de piora. A reidratação oral é a principal medida, e a suplementação com zinco é fundamental para a recuperação mais rápida.

IDADE	Quantidade de líquidos que devem ser administrados/ingeridos após cada evacuação diarreica
Menores de 1 ano	50-100mL
De 1 a 10 anos	100-200mL
Maiores de 10 anos	Quantidade que o paciente aceitar

O tratamento da diarreia com desidratação varia de acordo com a gravidade da condição, e é dividido em Planos B e C conforme o estado de hidratação. Veja abaixo os detalhes de cada plano de tratamento:

2. Plano B: Reidratação Oral sob Supervisão Médica

Este plano é indicado para crianças com algum grau de desidratação, e o tratamento é feito na unidade de saúde com administração de solução de reidratação oral (SRO). Durante o período de reidratação, o aleitamento materno é mantido, mas outros alimentos são suspensos.

Procedimentos do Plano B:

1. Administração de SRO:

- A SRO deve ser administrada continuamente em pequenas quantidades frequentes, utilizando uma colher ou copo, nunca mamadeira.
- A dose inicial recomendada é de 50 a 100 mL/kg de SRO durante 2 a 4 horas, ajustada de acordo com a sede da criança e os sinais de desidratação.
- O objetivo é continuar a administração da SRO até que os sinais de desidratação desapareçam.

2. Reavaliação contínua:

- Se os sinais de desidratação desaparecerem, seguir com o Plano A.
- Se a desidratação persistir, considerar a sonda nasogástrica para administração de SRO.
- Se a desidratação evoluir para um quadro grave, seguir o Plano C para hidratação intravenosa.

3. Educação aos cuidadores:

- Durante o tratamento, é importante educar os acompanhantes sobre os sinais de desidratação, a preparação e administração correta da SRO e medidas de higiene (lavagem das mãos, tratamento da água, higiene alimentar).
- O paciente e seu cuidador devem permanecer na unidade de saúde até que a reidratação esteja completa e a alimentação normal possa ser retomada.

3. Plano C: Tratamento de Desidratação Grave

Este plano é utilizado para casos de desidratação grave, onde a terapia de reidratação oral não é adequada ou suficiente, e a reidratação deve ser feita por via parenteral (intravenosa).

Indicações para Terapia Intravenosa (Plano C):

- Desidratação grave com perda de peso $\geq 10\%$.
- Contra-indicação para hidratação oral, como íleo paralítico, abdômen agudo, estado de consciência alterado ou convulsões.
- Choque hipovolêmico.

- Falha na terapia de reidratação oral.

Procedimentos do Plano C:

1. Fase rápida (expansão do volume):

- Hidratação venosa rápida para estabilizar o paciente.
- Utilizar uma veia calibrosa ou, se necessário, dois acessos venosos.
- Se não for possível obter acesso venoso, considerar a infusão intraóssea.

2. Fase de manutenção e reposição:

- Após estabilização, continuar com a hidratação intravenosa de manutenção até que o paciente possa tolerar líquidos por via oral em quantidades adequadas.

CrITÉRIOS para Internação Hospitalar:

- Choque hipovolêmico ou desidratação grave.
- Manifestações neurológicas como letargia e convulsões.
- Vômitos persistentes ou de difícil controle.
- Falha na terapia de reidratação oral.
- Condições inadequadas para tratamento domiciliar ou acompanhamento ambulatorial.

O Plano C deve ser seguido até que a criança esteja estável o suficiente para iniciar o Plano A, com reintrodução da alimentação e líquidos por via oral.

FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – MENORES DE 5 ANOS		
SOLUÇÃO	VOLUME	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
Soro Fisiológico a 0,9%	Iniciar com 20mL/kg de peso. Repetir essa quantidade até que a criança esteja hidratada, reavaliando os sinais clínicos após cada fase de expansão administrada.	30 minutos
	Para recém-nascidos e cardiopatas graves começar com 10mL/kg de peso.	

Avaliar o paciente continuamente

FASE RÁPIDA (EXPANSÃO) – MAIORES DE 5 ANOS		
SOLUÇÃO	VOLUME TOTAL	TEMPO DE ADMINISTRAÇÃO
1º Soro Fisiológico a 0,9%	30mL/kg	30 minutos
2º Ringer Lactato	70mL/kg	2 horas e 30 minutos
FASE DE MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO PARA TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS		
SOLUÇÃO	VOLUME EM 24 HORAS	
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 4:1 (manutenção)	Peso até 10kg	100mL/kg
	Peso de 10 a 20 kg	1000mL + 50mL/kg de peso que exceder 10kg
	Peso acima de 20kg	1500mL + 20mL/kg de peso que exceder 20kg
Soro Glicosado a 5% + Soro Fisiológico a 0,9% na proporção de 1:1 (reposição)	Iniciar com 50mL/kg/dia. Reavaliar esta quantidade de acordo com as perdas do paciente.	
KCl a 10%*	2mL para cada 100mL de solução da fase de manutenção.	

A **terapia de reidratação oral (TRO)** é essencial no tratamento de desidratação causada por diarreia, sendo uma das maiores conquistas na saúde pública no combate à mortalidade infantil. Ela atua através do transporte ativo de sódio, glicose e água, que permanece funcional mesmo durante episódios de diarreia.

Abordagem no Plano C (Reidratação Intravenosa)

- **Avaliação contínua:** Se não houver melhora, aumentar a velocidade da infusão intravenosa.

- **Transição para TRO:** Quando o paciente puder beber, geralmente após 2 a 3 horas do início da reidratação venosa, deve-se iniciar a administração de solução de reidratação oral (SRO), mantendo a hidratação venosa. A infusão venosa pode ser interrompida quando o paciente for capaz de ingerir SRO em quantidade suficiente para manter a hidratação.

- **Observação:** O paciente deve ser monitorado por pelo menos 6 horas após o início da reidratação oral.

Terapia de Reidratação Oral (TRO)

A TRO tem dois objetivos principais:

1. **Prevenção da desidratação** (Plano A) em pacientes com diarreia, mas sem desidratação;

2. **Reversão da desidratação** (Plano B) em pacientes já desidratados.

Tipos de Soluções de Reidratação Oral

- **Solução com baixa osmolaridade:** Introduzida pela OMS em 2002 para reduzir as perdas diarreicas. Contém menores concentrações de sódio e glicose (75mmol de sódio por litro).

- **Soro caseiro:** Embora eficaz, ele não contém citrato (precursor de bicarbonato) e potássio, sendo preparado com sal de cozinha, açúcar e água. A composição pode variar, mas o uso de colheres medidoras específicas reduz os erros.

Administração de TRO conforme o Plano:**1. Plano A (Prevenção de desidratação):**

- Para crianças menores de 12 meses, recomenda-se 50 mL de SRO após cada evacuação; para maiores de 1 ano, 100 mL.

- SROs com menor concentração de sódio são preferíveis, especialmente para prevenção.

- Evitar refrigerantes e sucos comerciais devido à sua alta osmolaridade.

2. Plano B (Reversão da desidratação):

- Utilizar SRO com 75 a 90 mmol de sódio por litro.

- Administrar entre 50 a 100 mL/kg de peso corporal em 4 a 6 horas.

- Pesquisar o paciente antes do início da TRO e a cada 2 horas para monitorar o progresso.

- Suspender a alimentação temporariamente, exceto o aleitamento materno.

Monitoramento e Reavaliação

- **Sucesso da TRO:** A reversão da desidratação é caracterizada pela recuperação dos sinais clínicos e aumento da diurese.

- **Reintrodução da alimentação:** Após a reversão da desidratação, a alimentação normal deve ser retomada, e o paciente retorna ao Plano A.

Considerações Finais

A TRO é uma abordagem eficaz, segura e simples para tratar e prevenir a desidratação em crianças com diarreia, podendo ser administrada tanto em casa quanto em unidades de saúde, dependendo da gravidade do quadro. O monitoramento contínuo

e a educação dos cuidadores sobre sinais de desidratação e o uso correto da SRO são fundamentais para garantir o sucesso do tratamento.

ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER (PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO, PREVENÇÃO DO CÂNCER GINECOLÓGICO, PLANEJAMENTO FAMILIAR)

Até o século XVIII, os partos ocorriam em casa, sendo um evento familiar. No entanto, com a institucionalização do parto, a mulher perdeu autonomia sobre seu corpo, deixando de ser ativa no processo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), apenas 10% a 20% dos partos requerem intervenção cirúrgica, o que indica que a maioria poderia ocorrer de forma natural, salvo riscos à mãe ou ao recém-nascido. No entanto, o sistema de saúde moderno, muitas vezes, incentiva intervenções desnecessárias, como o aumento nas cesáreas, levando a complicações no pós-parto.

A enfermagem tem um papel fundamental na promoção de uma assistência humanizada durante o parto. A equipe deve incentivar a participação ativa da mulher, respeitando suas escolhas e necessidades, promovendo um ambiente de conforto e segurança. Esse apoio reduz a ansiedade, medos e inseguranças comuns durante o trabalho de parto.

Sinais do Início do Trabalho de Parto

O início do trabalho de parto envolve fatores maternos, fetais e placentários, interagindo para desencadear o processo. Os sinais incluem:

- Eliminação do tampão mucoso;
- Ruptura da bolsa amniótica, com liberação de líquido claro;
- Contrações uterinas regulares;
- Desconforto lombar;
- Dilatação e apagamento do colo uterino;
- Diminuição dos movimentos fetais.

A duração do trabalho de parto pode variar conforme o número de partos anteriores da mulher, sua condição física e psicológica, bem como a apresentação fetal.

Admissão da Parturiente

Ao admitir a parturiente, a equipe deve oferecer uma recepção acolhedora, garantindo privacidade e explicando o processo do parto. É importante monitorar a evolução do trabalho de parto, coletar exames laboratoriais, e promover um ambiente calmo, informando a mulher sobre o que está ocorrendo em cada etapa.

Assistência Durante o Trabalho de Parto Natural

O trajeto do parto, ou canal de parto, é composto pela estrutura óssea da pelve e pelos tecidos moles do útero, colo uterino, vagina e períneo. Durante o trabalho de parto, ocorrem alterações nesses tecidos e ossos para facilitar a passagem do feto, como o amolecimento do colo do útero e o aumento da mobilidade nas articulações, auxiliado pelo hormônio relaxina.

O feto desempenha um papel importante, realizando movimentos de flexão, extensão e rotação para atravessar o canal de parto. O cavalcamento dos ossos do crânio também ajuda a reduzir o diâmetro da cabeça, facilitando a passagem pela pelve da mãe.

A assistência da enfermagem durante esse processo envolve fornecer apoio emocional, realizar o monitoramento contínuo dos sinais vitais da mãe e do bebê, e auxiliar com técnicas que possam aliviar a dor e facilitar o parto, como massagens, mudanças de posição e incentivo ao uso de técnicas de respiração.

Cesariana de emergência e Parto normal inesperado

Existem dois tipos de partos de emergência: a cesariana de emergência e o parto normal inesperado. A cesariana de emergência ocorre quando surgem complicações no parto normal que colocam a mãe ou o bebê em risco, como eclampsia ou sofrimento fetal, tornando a cesárea a opção mais segura. Já o parto normal inesperado acontece quando, por circunstâncias inesperadas, como problemas de trânsito ou condições climáticas, a mãe acaba dando à luz antes de chegar ao hospital.

O primeiro período do trabalho de parto: a dilatação

Esse período começa quando o colo do útero atinge 5 cm de dilatação e continua até a dilatação completa de 10 cm. Durante essa fase, as contrações uterinas se intensificam, ajudando a cabeça do bebê a descer e girar pelo canal de parto. Esse é o estágio em que a mulher experimenta maior desconforto e dor, o que pode gerar várias reações emocionais.

Durante o trabalho de parto, os ossos do crânio do bebê se acavalam, diminuindo o tamanho da cabeça para facilitar a passagem pelo canal de parto. A equipe de saúde deve apoiar a parturiente, estimulando posições que favoreçam o fluxo sanguíneo e ajudem no processo, como ficar de cócoras ou de joelhos. Técnicas como banho morno, massagens e respirações profundas também podem ser utilizadas para aliviar a dor e a tensão.

O segundo período do trabalho de parto: a expulsão

Esse estágio começa com a dilatação completa e termina com o nascimento do bebê. Durante essa fase, as contrações e a pressão ajudam a descer o bebê pelo canal de parto. Sinais como distensão do períneo e a dilatação do ânus indicam que o bebê está prestes a nascer. A equipe de enfermagem deve observar esses sinais e preparar a mãe para o momento do nascimento, garantindo que ela se posicione de forma confortável e segura.

Durante a expulsão, o cordão umbilical deve ser pinçado apenas após o bebê começar a respirar. O recém-nascido deve ser mantido aquecido e colocado no colo da mãe para incentivar o contato precoce e a amamentação, que ajudam na saída da placenta e reduzem o risco de sangramento.

O terceiro período do trabalho de parto: a dequitação

Essa fase começa após o nascimento do bebê e termina com a expulsão da placenta. O processo pode durar até 30 minutos e deve ocorrer de forma espontânea, sem compressão uterina. A equipe de saúde deve verificar a integridade da placenta e do cordão umbilical, além de examinar o canal vaginal e perineal para detectar lacerações que necessitem de sutura.

O quarto período do trabalho de parto: Greenberg

Corresponde às primeiras duas horas após o parto, um período crucial em que o útero começa a se contrair para evitar hemorragias. Durante esse tempo, a puérpera permanece sob observação no centro obstétrico para monitoramento da loquiação (fluxo sanguíneo) e da involução uterina, a fim de prevenir complicações.

Atendimento Pré-Hospitalar no Parto de Emergência

Ao atender uma gestante em situação de parto de emergência, a avaliação inicial deve seguir o protocolo padrão de emergência, avaliando e corrigindo ameaças imediatas à vida. O socorrista deve então realizar uma entrevista, seguindo os seguintes passos:

1. Identificar-se como socorrista.
2. Perguntar o nome e a idade da gestante.
3. Perguntar se é o primeiro filho, pois o trabalho de parto tende a ser mais longo em primigestas.
4. Questionar sobre a realização de pré-natal e eventuais complicações previstas.
5. Perguntar quando começaram as contrações e sua frequência.
6. Perguntar sobre a intensidade e duração das contrações.
7. Questionar se houve ruptura da bolsa e a cor do líquido amniótico.
8. Avaliar a queixa de vontade de evacuar ou sensação do bebê descendo pela vagina.

O socorrista deve inspecionar a região genital da gestante apenas se houver indicações claras de que o parto é iminente ou se houver complicações, como prolapso de cordão ou hemorragias. Caso o parto seja iminente e não haja tempo para transporte ao hospital, a equipe deve preparar o local e a parturiente para o nascimento, assegurando privacidade e suporte familiar.

Procedimentos Durante o Parto de Emergência

1. Informar à parturiente que o parto é iminente.
2. Assegurar privacidade e escolher um local adequado.
3. Manter um familiar próximo durante todo o atendimento.
4. Preparar o local e posicionar a parturiente de forma segura, preferencialmente deitada em posição ginecológica.
5. Realizar a antisepsia da região genital e preparar os materiais necessários para o parto.
6. Calçar luvas estéreis e proteger-se com equipamentos de segurança (máscara, óculos, avental).
7. Durante as contrações, orientar a parturiente a respirar profundamente e fazer força no momento correto.

Amparo e Recepção do Recém-Nascido

Durante a expulsão, o socorrista deve apoiar a cabeça do bebê, sem puxar, apenas guiando a saída. Se o cordão umbilical estiver enrolado no pescoço do bebê, o socorrista deve tentar liberá-lo com cuidado. Caso o cordão não possa ser liberado, deve ser seccionado entre dois "clamps". Após o nascimento, o recém-nascido deve ser imediatamente envolvido em um cobertor para prevenir hipotermia e o cordão umbilical deve ser pinçado e cortado.

Cuidados no Pós-Parto

Após o nascimento, os cuidados incluem:

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta (até 15 minutos).
- Controlar o sangramento vaginal com absorventes e massagear o abdômen da mãe para estimular a contração uterina.
- Caso a placenta não seja expulsa ou o sangramento continue, o socorrista deve adotar medidas para controlar a hemorragia e prevenir o choque.
- A mãe e o recém-nascido devem ser levados para o hospital após a estabilização.

Assistência de Enfermagem Durante o Parto Cesáreo

O parto cesáreo é uma cirurgia que deve ser realizada quando há riscos para o parto normal, como desproporção cefalopélvica, sofrimento fetal ou placenta prévia. Esse procedimento envolve a administração de anestesia (geralmente raquidiana ou peridural) e exposição a riscos como infecção e perda de sangue.

No pré-operatório, a equipe deve preparar a parturiente, esclarecendo sobre os procedimentos, como a remoção de objetos pessoais, tricotomia e cateterismo vesical. Após o parto, a recuperação é mais lenta do que no parto normal, com a puérpera em repouso, recebendo hidratação venosa e cuidados pós-operatórios. A equipe de enfermagem deve garantir a segurança da parturiente e realizar todos os cuidados necessários durante e após o procedimento.

Em ambas as situações, a comunicação com a parturiente e sua família é crucial, oferecendo suporte emocional e explicando todos os procedimentos realizados.

Puerpério e suas Complicações

O **puerpério** é o período que se inicia logo após a expulsão da placenta e se estende até que o corpo da mulher volte ao estado pré-gestacional. Esse período pode durar aproximadamente 6 semanas ou variar, especialmente em mulheres que estão amamentando. Durante o puerpério, o organismo materno, especialmente o sistema reprodutivo, passa por um processo de involução e readaptação.

Embora seja um período natural, o puerpério é caracterizado por grandes mudanças fisiológicas e emocionais, o que pode gerar complicações físicas e psicológicas. A mãe enfrenta novos desafios, como cuidar do bebê e conciliar as responsabilidades familiares. Problemas emocionais, como a depressão puerperal, podem surgir devido à exaustão física e labilidade emocional. Esse quadro pode levar a sentimentos de tristeza profunda, incapacidade de cuidar do bebê e de si mesma, necessitando de intervenção precoce de profissionais de saúde.

Classificação do Puerpério

O puerpério pode ser dividido em quatro fases:

- 1. Imediato:** primeiras 2 horas após o parto.
- 2. Mediato:** do 2º até o 10º dia pós-parto.
- 3. Tardio:** do 11º ao 42º dia pós-parto.
- 4. Remoto:** a partir do 42º dia.

O puerpério imediato é considerado um período crítico, devido ao risco de hemorragia e infecção. Durante esse tempo, a involução uterina ocorre, e o útero começa a se contrair para voltar ao tamanho pré-gestacional, promovendo vasoconstricção e controle da perda sanguínea.

Complicações do Puerpério

- 1. Infecção puerperal:** Uma das complicações mais comuns. O risco de infecção é maior após parto cesáreo, devido à exposição de tecidos uterinos e cavidade abdominal. Fatores como trabalho de parto prolongado, bolsa amniótica rompida precocemente, toques vaginais frequentes, e condições socioeconômicas desfavoráveis aumentam o risco. Sinais incluem febre, dor, não-involução uterina e alteração dos lóquios, como eliminação de secreção purulenta e fétida.
- **Cuidados:** Monitoramento dos sinais vitais, ensino sobre higiene adequada, uso de antissépticos e administração de medicamentos conforme prescrição.

- 2. Hemorragia puerperal:** Principal causa de mortalidade materna. As principais causas incluem atonia uterina, lacerações do canal vaginal e retenção de restos placentários. A hemorragia pode ser detectada por meio da avaliação da consistência uterina (útero macio e acima do umbigo), aumento dos lóquios e coágulos em excesso, bem como sinais de hipotensão e taquicardia.
- **Cuidados:** Avaliação uterina contínua, aplicação de bolsas de gelo no fundo do útero, massagens suaves para estimular contrações e coleta de sangue para exames.

- 3. Depressão puerperal:** Além das alterações físicas, o puerpério também pode desencadear problemas emocionais. A mãe pode apresentar tristeza, incapacidade de cuidar do bebê e de si mesma, e sentimentos de inadequação.
- **Cuidados:** Proporcionar um ambiente tranquilo, monitorar o comportamento da puérpera e oferecer apoio emocional, bem como orientações à família.

Avaliação e Cuidados no Puerpério

Durante o período puerperal, os lóquios (secreções uterinas) devem ser avaliados quanto ao volume, coloração e odor. Eles seguem um padrão de mudança:

- Sanguinolentos (vermelhos) até o 4º dia.
- Serosanguinolentos (acastanhados) do 5º ao 7º dia.
- Serosos (transparentes) de uma a três semanas.

O útero deve ser palpado para verificar a involução. Ele deve estar cerca de 15 cm acima do púbis, e a palpação ajuda a remover coágulos. A amamentação e deambulação precoce devem ser incentivadas, pois auxiliam no processo de involução uterina.

Os sinais vitais da puérpera, como frequência cardíaca, pressão arterial e nível de consciência, também devem ser monitorados. A bradicardia (50 a 70 bpm) é comum nos primeiros dias, enquanto a taquicardia pode indicar hemorragia, infecção ou dor.

Cuidados Adicionais

- Aplicar compressas de gelo no períneo para reduzir edema e dor.
- Incentivar a ingestão de líquidos e alimentos para recuperação física.
- No caso de cesárea, atenção extra deve ser dada ao curativo operatório e às características da cicatrização.

Papel da Enfermagem no Alojamento Conjunto

No alojamento conjunto, onde a mãe permanece com o bebê, o auxiliar de enfermagem desempenha um papel essencial ao observar o estado geral da puérpera e do bebê, além de estimular o aleitamento materno. A assistência inclui orientações sobre higiene, amamentação, cuidados com o bebê e técnicas de cicatrização de episiorrafia ou incisão cirúrgica.

Esse é um ambiente propício para ações educativas, ajudando a mãe a se adaptar ao cuidado com o recém-nascido e identificando possíveis problemas emocionais, sociais ou físicos.

Complicações nas mamas

As mamas podem apresentar várias complicações durante o puerpério, especialmente relacionadas à amamentação. É essencial que a equipe de enfermagem esteja atenta a essas condições e ofereça o suporte adequado para prevenir e tratar possíveis problemas, como:

1. Ingurgitamento mamário: Entre o 3º e o 7º dia pós-parto, a produção de leite atinge seu pico, resultando em ingurgitamento mamário. As mamas ficam cheias, firmes e doloridas, dificultando a amamentação.

- **Condutas recomendadas:** A equipe deve orientar sobre a pega correta da aréola, a posição adequada do recém-nascido durante a mamada e a importância do uso de um sutiã firme e ajustado. Além disso, deve-se ensinar a realizar massagens e ordenha manual sempre que as mamas estiverem cheias para aliviar a pressão e facilitar a sucção do bebê.

2. Rachaduras e fissuras: Nos primeiros dias de amamentação, é comum o surgimento de rachaduras nos mamilos, o que pode levar a mãe a interromper a amamentação devido à dor.

- **Prevenção e tratamento:** O auxiliar de enfermagem deve orientar a mãe a continuar amamentando, evitar o uso de sabão ou álcool nos mamilos, expor as mamas ao sol por cerca de 20 minutos (antes das 10h ou após as 15h), e a alternar as mamas a cada mamada. Ao retirar o bebê do peito, deve-se fazer isso cuidadosamente para evitar lesões. Em casos de rachaduras, as condutas para ingurgitamento também são úteis.

3. Mastite: A mastite é uma inflamação da mama que geralmente ocorre após a alta hospitalar, causada pela penetração de microrganismos por rachaduras ou pelos canais lactíferos. Os sintomas incluem dor, vermelhidão, calor local e, em alguns casos, febre.

- **Condutas recomendadas:** Além dos cuidados indicados para ingurgitamento e fissuras, como a pega correta e o esvaziamento regular das mamas, é importante manter a amamentação para evitar o acúmulo de leite, que pode agravar o quadro.

Orientações na Alta Hospitalar

Ao receber alta, a mãe deve ser orientada sobre:

- Retorno à atividade sexual e planejamento familiar;
- Licença-maternidade de 120 dias, quando aplicável;
- Consulta de revisão pós-natal, que deve ser agendada entre o 7º e o 10º dia após o parto, de preferência no mesmo local onde recebeu o pré-natal, junto com a primeira avaliação do bebê.

Neonatologia

Com o nascimento do bebê, os conhecimentos da neonatologia passam a ser fundamentais. A neonatologia, uma especialidade derivada da pediatria, se concentra no diagnóstico e tratamento dos recém-nascidos, além de englobar o estudo da fisiologia neonatal e suas características.

Assistência Pré-Natal

A assistência pré-natal é essencial para uma gestação saudável e humanizada, garantindo que todas as mulheres tenham acesso a cuidados de saúde e informações sobre as mudanças que ocorrem em seus corpos, como lidar com desconfortos e reconhecer sinais de risco. O direito ao pré-natal está garantido pela Constituição, sendo fundamental para assegurar a saúde da mãe e do bebê.

O conceito de humanização na assistência ao parto envolve uma abordagem respeitosa, onde os profissionais de saúde se relacionam com as gestantes de forma empática durante todas as etapas da gestação, parto e pós-parto. Esse cuidado visa não apenas garantir um parto seguro, mas também prevenir complicações que possam impactar a saúde materna e perinatal.

A equipe de saúde tem um papel crucial ao desenvolver ações que promovam a saúde durante a gravidez e prevenir fatores de risco. Isso inclui atender às necessidades iniciais das gestantes, como confirmar a gravidez por meio de exames, realizar a inscrição no pré-natal, e encaminhá-las a profissionais de nutrição, odontologia, psicologia e assistência social, quando necessário.

Ao longo do pré-natal, o auxiliar de enfermagem desempenha um papel importante ao ajudar a reduzir a ansiedade da gestante e da família, encorajando sua participação em todas as fases. A troca de experiências entre mulheres e profissionais de saúde é fundamental, assim como as ações educativas, que devem ser prioritárias.

Conteúdos Educativos no Pré-Natal:

1. Importância do Pré-Natal e Cartão da Gestante: Explicar os objetivos, etapas e tirar dúvidas.

2. Desenvolvimento da Gravidez: Abordar as alterações emocionais e físicas, alimentação, nutrição, higiene, atividade física e direitos da mulher grávida.

3. Tipos de Parto: Preparar a mulher para o parto, exercícios e cuidados durante as etapas do trabalho de parto.

4. Participação do Pai: Destacar a importância do pai durante a gestação, parto e maternidade/paternidade.

5. Cuidados com o Recém-Nascido: Falar sobre o crescimento, desenvolvimento, amamentação e prevenção de doenças.

6. Identificação de Anormalidades: Explicar os sinais de risco durante a gestação, parto e amamentação, e os encaminhamentos necessários.

Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

O Ministério da Saúde implementou o PHPN em 2000, visando melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da assistência pré-natal, parto e puerpério. O programa promove a humanização no atendimento, oferecendo um ambiente acolhedor e procedimentos obstétricos adequados, com foco na saúde do binômio mãe-bebê, minimizando intervenções desnecessárias.

Acompanhamento Pré-Natal Seguro e Adequado:

De acordo com o PHPN, as unidades de saúde devem:

- Realizar a primeira consulta até o 4º mês.
- Realizar seis consultas durante a gestação, com pelo menos uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro.
- Oferecer uma consulta no puerpério até 42 dias após o parto.
- Realizar exames laboratoriais essenciais, como ABO-Rh, VDRL, glicemia, urina e hemoglobina/hematócrito.
- Oferecer teste anti-HIV e vacina antitetânica.
- Classificar o risco gestacional e encaminhar as gestantes de risco para atendimento especializado.

Primeira Consulta e Exames

A primeira consulta deve incluir uma anamnese completa, abordando:

- **Histórico obstétrico:** idade materna, gestações anteriores, partos e complicações.
- **Avaliação física:** mensuração da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), entre outros.
- **Exames laboratoriais:** realizados nas primeiras consultas e repetidos conforme necessário.

Incentivos e Monitoramento

O Ministério da Saúde oferece incentivos financeiros para os estados e municípios a fim de garantir que as gestantes iniciem o pré-natal no início da gestação. A gestão do acompanhamento é feita pelo sistema SISPRENATAL, que monitora as gestantes inscritas no PHPN.

Recomendações da OMS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda ações básicas para garantir a qualidade no pré-natal, como a investigação de riscos obstétricos, avaliação da altura uterina e batimentos cardíacos fetais, aferição da pressão arterial, suplementação de ferro e ácido fólico, e orientação sobre sinais de emergência.

Apesar de a assistência pré-natal não prevenir todas as complicações do parto, como hemorragias ou septicemias, intervenções apropriadas durante a gestação podem melhorar significativamente o prognóstico para a mãe e o bebê.

Primeiro trimestre da Gravidez

O primeiro trimestre da gravidez é um período de grandes mudanças, tanto físicas quanto emocionais, para a gestante. Nesse momento, é comum que surjam dúvidas e inseguranças, tanto em relação ao futuro da criança quanto às condições sociais e familiares da gestante. Algumas mulheres podem se questionar sobre sua capacidade de conciliar a maternidade com o trabalho, enquanto outras podem se preocupar com a aceitação da gravidez pelo companheiro ou pela família. Além disso, alterações no comportamento sexual, como o aumento ou diminuição da libido, são comuns, assim como a mudança na autoestima devido às transformações no corpo.

Essas reações são normais, mas, em alguns casos, pode ser necessário o acompanhamento por profissionais como psicólogos, psiquiatras ou assistentes sociais, principalmente se a ansiedade ou as preocupações se tornarem intensas.

Confirmação e Acompanhamento Pré-Natal

Após a confirmação da gravidez, inicia-se o acompanhamento pré-natal, essencial para garantir a saúde da mãe e do bebê. Nessa fase, é feito o preenchimento do cartão de pré-natal, no qual são registrados dados pessoais e socioeconômicos da gestante, além de informações importantes sobre sua saúde, como peso, altura, sinais vitais e dados da gestação atual.

Um dos primeiros passos é calcular a idade gestacional e a data provável do parto (DPP), informações cruciais para o acompanhamento do desenvolvimento do feto. A data de início da última menstruação (DUM) é o dado mais utilizado para fazer esses cálculos, sendo registrada conforme a certeza ou dúvida da gestante.

Cálculo da Idade Gestacional

- Quando a DUM é conhecida pela gestante:

a) Conta-se o número de semanas desde o 1º dia da última menstruação até a data da consulta. O parto deverá ocorrer no final da 40ª semana, contada a partir desse dia.

b) Outra forma é somar 7 dias ao 1º dia da última menstruação e adicionar 9 meses ao mês em que a menstruação ocorreu.

Exemplo 1: Se a DUM foi 13/09/2000, a DPP será 20/06/2001.

Exemplo 2: Se a DUM foi 27/06/1995, a DPP será 04/04/1996.

- Quando a DUM é desconhecida pela gestante:

Nesses casos, utiliza-se a medida da altura uterina ou realiza-se uma ultrassonografia. A altura uterina pode ser um indicador aproximado da idade gestacional, desde que se realize um exame obstétrico detalhado.

Situação Vacinal e Imunização

Outro dado importante a ser registrado no cartão de pré-natal é a situação vacinal da gestante. Durante o acompanhamento, a imunização com a vacina antitetânica é rotineiramente administrada, pois os anticorpos produzidos pela mãe atravessam a placenta, protegendo o bebê contra o tétano neonatal, que pode ser contraído durante o parto ou nos cuidados com o coto umbilical. A vacina também protege a gestante contra o tétano, que pode ser adquirido durante procedimentos como episiotomia ou cesariana.

A imunização da gestante e do feto é realizada com a vacina dupla adulto (dT) ou, em sua ausência, com o toxoide tetânico (TT).

Esquema de Vacinação Antitetânica para Gestantes

- Gestante não-vacinada:

O esquema básico consiste em três doses, podendo seguir um dos seguintes protocolos:

a) Primeira dose – precoce; segunda dose – 30 a 60 dias após a primeira; terceira dose – 180 dias após a segunda.

b) Primeira dose – precoce; segunda dose – 60 dias após a primeira; terceira dose – 60 dias após a segunda.

- **Reforços:** devem ser realizados a cada 10 anos. Se a mulher engravidar novamente em um intervalo de cinco anos ou mais após a última dose, o reforço deve ser antecipado.

O primeiro trimestre da gestação, embora carregado de mudanças e adaptações, é uma fase crucial para garantir o acompanhamento adequado e a proteção da saúde da mãe e do bebê.

Esquema de Vacinação para Gestantes Vacinadas

- **Gestante já vacinada:** Quando a gestante já recebeu uma ou duas doses da vacina contra o tétano (DPT, TT, dT ou DT), deve-se completar o esquema básico de três doses, aplicando mais uma ou duas doses da vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, o toxoide tetânico (TT).

- **Reforços:** Devem ser realizados a cada dez anos. Caso a gestante engravide novamente após cinco anos ou mais da última dose, o reforço deve ser antecipado.

O auxiliar de enfermagem deve estar atento e orientar a gestante sobre possíveis reações adversas à vacina, como dor, calor, rubor, endurecimento no local da aplicação e febre. Se os sintomas persistirem ou forem intensos, a gestante deve ser encaminhada para avaliação médica.

A única contraindicação para a vacina é um relato de reação anafilática a uma dose anterior, o que reforça a importância de considerar todas as informações fornecidas pela gestante.

Exames Laboratoriais de Rotina na Gestação

Durante o pré-natal, são realizados exames laboratoriais de rotina para avaliar a saúde da gestante e prevenir complicações que possam afetar o bebê. Esses exames incluem:

- **Hemograma completo:** Para verificar anemia e outros parâmetros sanguíneos.
- **Grupo sanguíneo e fator Rh:** Para identificar o tipo sanguíneo e evitar problemas de incompatibilidade.
- **Sorologia para sífilis (VDRL):** Detecção precoce da sífilis.
- **Glicemia:** Para monitorar o risco de diabetes gestacional.
- **Teste anti-HIV:** Identificação precoce do vírus HIV.
- **Exame de urina (EAS):** Para verificar infecções urinárias.
- **Parasitológico:** Avaliação de infecções por parasitas.
- **Papanicolaou:** Prevenção do câncer de colo de útero.

Esses exames são realizados no 1º e 3º trimestres de gravidez para prevenir complicações e assegurar a saúde da mãe e do bebê.

Orientações de Higiene e Alimentação

O auxiliar de enfermagem deve prestar orientações importantes sobre alimentação balanceada, rica em proteínas, vitaminas e minerais essenciais presentes em frutas, verduras, legumes, carnes e laticínios. Além disso, a gestante deve ser incentivada a manter uma boa higiene corporal e oral, prevenindo infecções como gengivite e infecção urinária.

Se a gestante apresentar sensibilidade a certos produtos de higiene, deve-se orientar o uso de produtos neutros ou apenas água e bucha.

Preparação das Mamas para Amamentação

No primeiro trimestre, é importante começar a preparar as mamas para o aleitamento materno. Recomenda-se a fricção do mamilo com a toalha após o banho, exposição ao sol e a realização de exercícios de Hoffmann para mulheres com mamilos planos ou invertidos. Esses exercícios ajudam a estimular a elasticidade do mamilo e prevenir rachaduras e fissuras durante a amamentação.

Sintomas Comuns no Primeiro Trimestre

A gestante pode apresentar sintomas como náuseas, vômitos, sialorreia, fraqueza, corrimento vaginal e sangramento nas gengivas. O auxiliar de enfermagem deve orientar a respeito de medidas para aliviar esses sintomas, como alimentação fracionada, hidratação e higiene bucal adequada. Nos casos de sintomas persistentes ou preocupantes, é necessário agendar consulta médica.

Desenvolvimento do Feto no Primeiro Trimestre

Durante o primeiro trimestre, o feto passa por diversas fases de desenvolvimento:

- No final do 1º mês, é possível distinguir os rudimentos de olhos, ouvidos e nariz, além do coração e alguns outros órgãos.
- Ao redor da 6ª a 8ª semana, a cabeça do embrião é desproporcionalmente grande em relação ao corpo, e o embrião mede cerca de 2,5 cm e pesa aproximadamente 10 g.
- Ao final da 8ª semana, o embrião é chamado de feto, e seus tecidos são extremamente frágeis, sendo um período crítico de desenvolvimento.

Anexos Fetais: Placenta e Cordão Umbilical

A placenta e o cordão umbilical desempenham um papel fundamental no fornecimento de nutrientes e oxigênio ao feto, além de eliminar resíduos metabólicos. A circulação materna-fetal é estabelecida a partir da 4ª semana, garantindo a troca de substâncias essenciais para o desenvolvimento do feto.

A barreira placentária oferece proteção ao feto, mas certos elementos, como drogas, álcool e alguns medicamentos, podem ultrapassá-la e causar danos ao desenvolvimento fetal.

Microrganismos que Afetam o Feto

Alguns microrganismos podem atravessar a barreira placentária e infectar o feto, causando complicações como má formação e doenças congênitas:

- **Vírus:** Como o da rubéola, varicela, herpes e HIV.
- **Bactérias:** Como as causadoras de sífilis e tuberculose.
- **Protozoários:** Como os causadores da toxoplasmose.

Dada a gravidade dessas infecções, é essencial que a gestante realize exames sorológicos para diagnóstico precoce e tratamento adequado.

O acompanhamento adequado durante o primeiro trimestre da gravidez, com vacinação, exames laboratoriais e cuidados específicos, garante uma gestação mais saudável para a mãe e o bebê.

O Segundo Trimestre da Gravidez

O segundo trimestre da gravidez, que ocorre entre a 14ª e a 27ª semana, é marcado por uma fase de maior tranquilidade para a gestante. Muitos dos medos e incertezas do primeiro trimestre são resolvidos, e a mulher, o casal ou a família passam a se concentrar em aspectos mais práticos, como a preparação do enxoval e a expectativa em relação ao sexo do bebê e sua saúde.

Neste período, o corpo da gestante encontra-se em equilíbrio, com maior aceitação das mudanças corporais e emocionais. O casal geralmente vivencia uma fase de aproximação e expectativa positiva em relação à chegada do bebê. A percepção dos movimentos fetais se intensifica, e os batimentos cardíacos fetais (BCF) podem ser ouvidos por meio de equipamentos como o Doppler ou o estetoscópio de Pinnard, criando um momento de forte conexão emocional.

A placenta já está formada, e o feto começa o amadurecimento de seus sistemas, respondendo a estímulos externos como luz e som. A gestante pode ter dúvidas sobre o impacto dessas mudanças no relacionamento sexual e sobre como seu corpo voltará ao normal após o parto. A equipe de saúde deve fornecer apoio, esclarecendo dúvidas e ajudando a manter a autoestima da gestante.

Sintomas Comuns e Condutas no Segundo Trimestre

A seguir, listam-se algumas queixas comuns nesse período e as orientações necessárias para minimizá-las:

a) Pirose (azia):

Orientar a gestante a fracionar as refeições, evitando frituras, café, refrigerantes, doces e bebidas alcoólicas. Medicamentos podem ser indicados pelo médico, se necessário.

b) Flatulência, constipação intestinal e dor abdominal:

Recomendar uma dieta rica em fibras e aumentar a ingestão de líquidos. Caminhadas e atividade física leve ajudam a melhorar o trânsito intestinal. Caso a dor abdominal seja persistente, deve-se encaminhar a gestante para avaliação médica.

c) Hemorroidas:

Orientar para uma higiene cuidadosa após evacuar, evitar papel higiênico áspero e utilizar água e sabão neutro. Agendar consulta médica se houver dor ou sangramento persistente.

d) Alteração do padrão respiratório:

Devido ao aumento do útero, a expansão diafragmática é limitada, o que pode causar dificuldade respiratória. Recomendar repouso em posição lateral com uso de travesseiros altos. Caso haja outros sintomas, como cianose ou ansiedade extrema, a gestante deve ser encaminhada para avaliação médica imediata.

e) Desconforto mamário:

Recomendar o uso de sutiãs adequados, que proporcionem boa sustentação. Persistindo o desconforto, encaminhar para consulta médica.

f) Lombalgia:

Sugerir correção postural, uso de calçados confortáveis e aplicação de calor local. Medicamentos podem ser indicados conforme orientação médica.

g) Cefaleia:

Conversar sobre possíveis tensões ou preocupações e verificar a pressão arterial para afastar suspeitas de pré-eclâmpsia, especialmente após 24 semanas de gestação.

h) Varizes:

Recomendar evitar ficar de pé por longos períodos e elevar as pernas várias vezes ao dia. Utilizar meias elásticas apropriadas e evitar roupas apertadas.

i) Câimbras:

Massagens e aplicação de calor local podem ajudar a aliviar câimbras. Recomenda-se evitar esforço físico excessivo.

j) Hiperpigmentação da pele:

Esclarecer que manchas escuras na pele, como o cloasma gravídico, são comuns e tendem a desaparecer após o parto. A gestante deve usar protetor solar e chapéu ao se expor ao sol.

l) Estrias:

Informar que as estrias, causadas pela distensão da pele, são comuns e não há métodos eficazes de prevenção. Elas tendem a clarear com o tempo.

m) Edemas:

Recomendar que a gestante mantenha as pernas elevadas por cerca de 20 minutos, várias vezes ao dia, e utilize meias elásticas apropriadas para gestantes. O edema é detectado pela presença de “cacifo”, uma depressão na pele ao pressionar certas áreas, como tornozelos.

Esses cuidados visam garantir o bem-estar da gestante e minimizar os desconfortos típicos dessa fase da gestação, além de preparar o corpo e a mente para o terceiro trimestre, quando o parto se aproxima.

O Terceiro Trimestre da Gravidez

No terceiro trimestre, que vai da 28ª até a 40ª semana, as expectativas e preocupações da gestante aumentam em relação ao parto e ao bebê. Muitas mães começam a se preparar emocionalmente e fisicamente para o aleitamento materno. Vários fatores influenciam a decisão de amamentar, incluindo questões sociais, econômicas e culturais. Por isso, é essencial que a gestante seja orientada ainda no pré-natal sobre os benefícios do aleitamento materno tanto para a mãe quanto para o bebê.

Benefícios do Aleitamento Materno

- **Para a mãe:** ajuda na involução uterina, é prático, econômico e fortalece o vínculo com o bebê.

- **Para o bebê:** o leite materno supre todas as necessidades nutricionais até os seis meses de vida, contém anticorpos importantes, auxilia na formação da arcada dentária e facilita a fala no futuro.

O ato de amamentar deve ser feito sempre que o bebê tiver fome, em livre demanda. Durante a amamentação, a mãe deve se posicionar confortavelmente e garantir que o bebê abocanhe não só o mamilo, mas também uma boa parte da aréola. Ao reti-

rar o bebê do peito, é fundamental não puxá-lo diretamente para evitar rachaduras no mamilo, devendo-se introduzir suavemente o dedo mínimo na boca do bebê para liberar o seio.

Expectativas e Desconfortos no Terceiro Trimestre

À medida que o parto se aproxima, o corpo da gestante enfrenta maiores desafios. O aumento do útero pressiona os sistemas cardiovascular, respiratório e locomotor, o que pode causar cansaço e dificuldade de movimentação. Algumas queixas comuns incluem:

- **Frequência urinária aumentada:** ocorre devido ao encasilhamento do bebê na pélvis, o que também alivia o desconforto respiratório.
- **Plenitude gástrica e constipação intestinal:** a pressão do útero nos intestinos reduz a peristalse, o que leva a uma maior absorção de água e pode causar hemorroidas. Recomenda-se uma dieta fracionada, rica em verduras e alimentos de fácil digestão.
- **Varizes e edemas:** comuns no final da gestação devido à compressão das veias ilíacas. Recomenda-se repouso com as pernas elevadas e o uso de meias elásticas apropriadas.
- **Movimentos fetais reduzidos:** é normal que o bebê se mova menos no final da gravidez devido ao espaço reduzido. A gestante deve monitorar esses movimentos e procurar ajuda médica se o bebê não se mover durante 24 horas.

Sinais de Trabalho de Parto

A ansiedade em relação ao parto é comum, e a gestante deve ser orientada a identificar os sinais que indicam o início do trabalho de parto, tais como:

1. Rompimento da bolsa (líquido amniótico).
2. Contrações uterinas regulares, que aumentam em intensidade e frequência.
3. Perda do tampão mucoso: uma secreção espessa que pode conter vestígios de sangue.
4. Dores tipo cólica: que fazem a barriga endurecer intermitentemente.

A gestante deve ser orientada a procurar um serviço de saúde imediatamente caso ocorra perda de sangue, líquido ou corrimento, dores abdominais fortes, contrações persistentes ou ausência de movimentos fetais.

Falso Trabalho de Parto

O “falso trabalho de parto” é caracterizado por contrações uterinas que podem ser desconfortáveis, mas não resultam em dilatação cervical. É comum causar ansiedade e levar a uma ida precoce ao hospital. A equipe de saúde deve orientar a gestante sobre a diferença entre as contrações do trabalho de parto real e as contrações de Braxton Hicks, para evitar hospitalizações desnecessárias.

Técnicas para Aliviar o Estresse no Parto

Durante o parto, técnicas de respiração e relaxamento podem ajudar a gestante a enfrentar as contrações de maneira mais eficiente, promovendo economia de energia e facilitando o trabalho de parto. A gestante deve ser orientada a respirar pro-

fundamente e expirar como se estivesse “soprando uma vela”, o que ajuda a minimizar o desconforto durante as metrossístoles (contrações uterinas).

A assistência no terceiro trimestre visa preparar a gestante para o parto, proporcionando informações e apoio para que o processo seja vivenciado da forma mais natural e saudável possível.

Cuidados à Gestante na Atenção Pré-Natal

A assistência pré-natal é essencial para garantir uma gestação saudável, prevenindo complicações e promovendo o bem-estar da mãe e do bebê. Para assegurar um pré-natal de qualidade na atenção básica, o Ministério da Saúde recomenda seguir os 10 Passos que visam garantir um acompanhamento integral e humanizado:

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

1. **Início precoce do pré-natal:** O acompanhamento deve começar até a 12ª semana de gestação.
2. **Recursos necessários:** Assegurar profissionais capacitados e materiais adequados para o atendimento.
3. **Exames recomendados:** Garantir a realização de todos os exames necessários no tempo certo.
4. **Acolhimento:** Escutar ativamente a gestante e seus acompanhantes, considerando aspectos emocionais, sociais e culturais.
5. **Transporte gratuito:** Facilitar o acesso da gestante ao serviço de saúde, fornecendo transporte público gratuito quando necessário.
6. **Cuidado ao parceiro(a):** Oferecer atendimento ao parceiro(a) da gestante antes, durante e após a gravidez.
7. **Acesso a cuidados especializados:** Encaminhamento garantido para serviços de alta complexidade, se necessário.
8. **Plano de parto:** Informar sobre o parto fisiológico e estimular a criação do plano de parto.
9. **Vinculação ao serviço de parto:** A gestante tem o direito de conhecer o local onde dará à luz e visitar previamente.
10. **Direitos da gestante:** Informar sobre os direitos garantidos durante a gestação, parto e puerpério.

Assistência Pré-Natal

A assistência pré-natal visa acompanhar toda a gestação, garantindo a saúde materna e fetal. O objetivo principal é oferecer pelo menos seis consultas e garantir o acompanhamento contínuo durante a gravidez, promovendo intervenções preventivas ou terapêuticas oportunas.

Elementos Essenciais da Assistência Pré-Natal:

- Captação precoce das gestantes na comunidade, iniciando o acompanhamento no 1º trimestre.
- Vínculo entre profissional e gestante para garantir uma assistência contínua e de qualidade.
- Cadastro no SisPreNatal e fornecimento do Cartão da Gestante para o acompanhamento das consultas.
- Classificação de risco gestacional em todas as consultas, com encaminhamento para pré-natal de alto risco quando necessário.
- Incentivo ao parto normal e redução da taxa de cesarianas.
- Imunização antitetânica e para hepatite B, além da oferta de suplementação com ácido fólico e sulfato ferroso.

- Avaliação nutricional e acompanhamento do ganho de peso durante a gestação.
- Realização de práticas educativas, com foco em aleitamento materno, hábitos saudáveis e cuidados com o recém-nascido.

Exames Laboratoriais e Cuidados

O pré-natal inclui a realização de exames como hemograma completo, tipagem sanguínea, VDRL (sífilis), glicemia, anti-HIV e exame de urina (EAS). Esses exames são realizados no 1º e 3º trimestres para monitorar a saúde da gestante e do feto, prevenindo complicações.

Educação e Apoio

A gestante deve ser orientada sobre:

- **Sinais de alarme na gravidez:** como perda de líquido ou sangramento, falta de movimentação fetal, e edema severo.
- **Aleitamento materno:** sua importância e como se preparar para a amamentação.
- **Direitos:** como o direito à consulta de puerpério e ao planejamento familiar.

Importância do Vínculo com Serviços de Saúde

A unidade de saúde deve ser vinculada a um hospital ou maternidade, garantindo que a gestante saiba onde o parto ocorrerá. Ela também deve ser orientada sobre como proceder em caso de intercorrências clínicas ou quando o trabalho de parto começar.

Acompanhamento Pós-Parto

O acompanhamento deve continuar no pós-parto, com visitas domiciliares e consultas de puerpério até o 42º dia após o nascimento. Além disso, a busca ativa de gestantes que não comparecem às consultas é fundamental para garantir a continuidade do cuidado e prevenir complicações.

Síndromes Hipertensivas da Gravidez

As síndromes hipertensivas são complicações comuns na gestação e podem representar riscos tanto para a mãe quanto para o bebê. Elas incluem diferentes condições, como a hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, sendo a hipertensão arterial e proteinúria fatores cruciais para o diagnóstico e manejo dessas condições.

Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial na gestação é definida por valores de pressão arterial (PA) iguais ou superiores a 140/90mmHg, com base em duas medições consecutivas. A pressão sistólica corresponde ao primeiro som auscultado, e a diastólica ao desaparecimento do som de Korotkoff.

- A pressão arterial deve ser medida corretamente, com a gestante sentada, o braço na altura do coração, e utilizando um manguito adequado. Se houver diferença de pressão entre os braços, o braço com os maiores valores deve ser usado para todas as medições subsequentes.
- Deve-se preferir o uso de aparelhos de coluna de mercúrio ou aneroides calibrados para a medição da pressão arterial. Aparelhos automáticos só são recomendados se validados corretamente para uso em pré-eclâmpsia.

Proteinúria

A proteinúria é um indicador de complicações como a pré-eclâmpsia. Ela é definida como uma excreção de 0,3g ou mais de proteínas em urina de 24 horas, ou presença de 1+ ou mais em fita reagente de urina em duas ocasiões, sem evidências de infecção.

- O diagnóstico preferencial deve ser baseado em uma coleta de urina de 24 horas.

- Outra alternativa é calcular a relação proteína/creatinina urinária em uma amostra única de urina. Um valor $\geq 0,3$ tem boa correlação com a excreção de $\geq 0,3g$ de proteínas na urina de 24 horas.

Plaquetopenia

A plaquetopenia é definida quando a contagem de plaquetas é inferior a $100.000/mm^3$, sendo mais grave quando menor que $50.000/mm^3$. A redução das plaquetas é um sinal de alerta, especialmente nas síndromes hipertensivas mais severas, como a síndrome HELLP (hemólise, elevação das enzimas hepáticas e baixa contagem de plaquetas).

Elevação das Enzimas Hepáticas

O aumento de enzimas hepáticas é outro sinal importante na pré-eclâmpsia e suas complicações, como a síndrome HELLP. As enzimas envolvidas incluem:

- AST (Aspartato aminotransferase) e ALT (Alanina aminotransferase) superiores a 60U/L.
- Desidrogenase Láctica (DHL) superior a 600U/L.

Anemia Microangiopática

A anemia microangiopática pode ser identificada por:

- Bilirrubina acima de 1,2mg/dL.
- Presença de esquizócitos em sangue periférico, com mais de 5% de esquizócitos observados no campo microscópico, indicando lesão microvascular, característica de formas graves de pré-eclâmpsia.

Classificação das Síndromes Hipertensivas da Gravidez

As síndromes hipertensivas na gravidez são um dos principais problemas de saúde materna, e sua classificação permite uma melhor compreensão e manejo das diversas formas de hipertensão que podem surgir durante esse período. A seguir estão os tipos de síndromes hipertensivas na gravidez e suas características:

1. Hipertensão Crônica

A hipertensão crônica é observada em mulheres com pressão arterial elevada antes da gravidez, diagnosticada antes das 20 semanas de gestação, ou identificada pela primeira vez durante a gestação, mas que não se resolve até 12 semanas após o parto.

2. Pré-eclâmpsia / Eclâmpsia

Pré-eclâmpsia é uma forma de hipertensão que surge após 20 semanas de gestação e é acompanhada de proteinúria (excreção excessiva de proteínas na urina), desaparecendo até 12 semanas após o parto. Nos casos mais graves, pode ocorrer mesmo antes das 20 semanas, como em doenças trofoblásticas gestacionais.

- Critérios para pré-eclâmpsia grave incluem:
- Pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg.
- Proteinúria $\geq 2,0$ g em 24 horas ou 2+ em fita urinária.
- Oligúria (< 500 ml/dia ou < 25 ml/hora).
- Creatinina sérica $> 1,2$ mg/dL.
- Sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia, distúrbios visuais).
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito.
- Plaquetopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$).
- Aumento das enzimas hepáticas (AST, ALT, DHL) e bilirrubina.
- Presença de esquizócitos em esfregaço sanguíneo.
- Restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e oligoidrâmnio.

- Eclâmpsia é a forma mais grave de pré-eclâmpsia, caracterizada pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em uma mulher com quadro hipertensivo, sem explicação por epilepsia ou outras doenças convulsivas. Pode ocorrer durante a gestação, parto ou no puerpério imediato.

3. Pré-eclâmpsia Sobreposta à Hipertensão Crônica

É o surgimento de pré-eclâmpsia em gestantes com hipertensão crônica ou doença renal. Nessas mulheres, a condição pré-existente se agrava, surgindo ou piorando a proteinúria, ocorrendo plaquetopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$) e aumento das enzimas hepáticas.

4. Hipertensão Gestacional (Sem Proteinúria)

A hipertensão gestacional ocorre após 20 semanas de gestação sem proteinúria. Como a proteinúria pode aparecer mais tardiamente, o diagnóstico de pré-eclâmpsia deve ser considerado, e as gestantes devem ser seguidas com as mesmas condutas. A hipertensão gestacional pode evoluir de duas formas:

- Hipertensão transitória da gravidez: a pressão arterial retorna ao normal até 12 semanas após o parto (diagnóstico retrospectivo).
- Hipertensão crônica: a elevação da pressão persiste além de 12 semanas após o parto.

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial das síndromes hipertensivas da gravidez depende da classificação e da avaliação clínica.

- **Gestantes com pressão arterial normal e alto risco:** história de hipertensão em gestação anterior, diabetes, doenças do colágeno, ou doença renal requerem monitoramento contínuo com exames de hematócrito, hemoglobina, plaquetas, creatinina, ácido úrico, e proteinúria.

- **Gestantes com hipertensão antes de 20 semanas:** geralmente têm hipertensão essencial ou outras causas secundárias, como doenças renais ou endocrinológicas (hipertensão renovascular, feocromocitoma, etc.). Exames adicionais devem ser realizados para avaliar essas condições.

Conduta nas Síndromes Hipertensivas da Gravidez

A abordagem das síndromes hipertensivas durante a gravidez depende da gravidade da condição e da idade gestacional da gestante. A seguir, são detalhadas as principais diretrizes para o manejo de pré-eclâmpsia leve, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia:

1. Pré-eclâmpsia Leve

As gestantes com pré-eclâmpsia leve devem, preferencialmente, ser hospitalizadas para uma avaliação inicial e mantidas em dieta normossódica (não restrita em sódio) e repouso relativo.

Avaliação das condições maternas:

- **PA:** medição da pressão arterial a cada 4 horas.
- Pesagem diária para monitorar ganho de peso.
- Pesquisa de sintomas de iminência de eclâmpsia, como:
- Cefaleia persistente,
- Distúrbios visuais (escotomas, diplopia, amaurose),
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio direito,
- Hiperreflexia.
- **Proteinúria:** uso de fita reagente ou exame de urina de 24 horas.
- Hemograma e plaquetas.
- Função renal e hepática.

Obs.: Não há necessidade de tratamento medicamentoso nessa fase.

Avaliação das condições fetais:

- Contagem de movimentos fetais diária.
- Avaliação do crescimento fetal e do líquido amniótico, repetida a cada três semanas se os resultados forem normais.
- Cardiotocografia basal (CTB), se disponível, com repetição semanal se reativa.

Se as condições materno-fetais estiverem estáveis, o controle ambulatorial pode ser iniciado após hospitalização com:

- Consultas semanais,
- Repouso relativo,
- Pesagem diária,
- Proteinúria semanal com fita,
- PA medida diariamente.

Retorno imediato ao hospital se houver:

- PA $\geq 150/100$ mmHg,
- Proteinúria $\geq ++$,
- Aumento excessivo de peso,
- Cefaleia persistente,
- Dor abdominal (epigástrica ou hipocôndrio direito),
- Sangramento vaginal ou contrações uterinas,
- Distúrbios visuais, náusea/vômitos persistentes,
- Redução dos movimentos fetais.

2. Pré-eclâmpsia Grave

As gestantes com pré-eclâmpsia grave devem ser internadas e submetidas a uma avaliação minuciosa, com solicitação de exames laboratoriais de rotina e monitoramento rigoroso das condições maternas e fetais.

- Se a gestação tiver 34 semanas ou mais, é indicada a interrupção da gestação.
- Entre 24 e 33 semanas, a conduta pode ser conservadora, com uso de sulfato de magnésio, anti-hipertensivos e corticoides (para maturação pulmonar fetal).

Manejo inicial em hospitalização:

- Sulfato de magnésio para prevenção de convulsões.
- Betametasona 12mg IM, 2 doses a cada 24 horas.
- Anti-hipertensivos de ação rápida, como Hidralazina ou Nifedipina.
- Infusão de solução de Ringer lactato.
- **Exames laboratoriais:** hemograma completo, creatinina, AST/TGO, ALT/TGP, DHL, proteinúria de 24 horas.
- **Dieta suspensa:** pequenas ingestões de líquidos claros.

Após 24 horas, se as condições forem estáveis:

- Suspender sulfato de magnésio,
- Monitorar PA a cada 4-6 horas,
- Contagem de plaquetas diária,
- Exames laboratoriais a cada dois dias,
- Medicação anti-hipertensiva (Alfametildopa, Nifedipina ou Betabloqueador),
- Avaliação fetal: CTB diário, perfil biofísico fetal (PBF) duas vezes por semana, ultrassonografia de crescimento a cada duas semanas, dopplerfluxometria semanal.

3. Eclâmpsia

A eclâmpsia é caracterizada pela ocorrência de convulsões em uma gestante com pré-eclâmpsia. O manejo visa tratar as convulsões, controlar a hipertensão e estabilizar a paciente para interrupção da gestação.

Cuidados gerais para gestantes com eclâmpsia:

- Ambiente tranquilo,
- Decúbito elevado a 30º com a face lateralizada,
- Oxigênio por cateter nasal (5L/min),
- Punção de veia calibrosa,
- Cateter vesical contínuo.

Após estabilização inicial:

- Avaliação fetal e preparação para a interrupção da gestação, independente da idade gestacional.

O tratamento adequado das síndromes hipertensivas da gravidez é essencial para reduzir o risco de complicações graves tanto para a mãe quanto para o bebê.

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO (HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELITO); PREVENÇÃO E TRATAMENTOS DAS DCNT

As doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus, e as condições relacionadas à imunodeficiência têm impactado significativamente a saúde pública, tornando-se desafios recorrentes para os sistemas de saúde. Tais enfermidades, quando não gerenciadas adequadamente, podem levar a complicações graves, incapacidades e mortalidade precoce, aumentando os custos para os indivíduos e para o sistema de saúde.

Nesse cenário, o papel do enfermeiro é central, tanto no controle dessas doenças quanto na promoção da saúde e prevenção de complicações. A enfermagem assume uma função es-

tratégica ao atuar na linha de frente do cuidado, desenvolvendo ações baseadas em protocolos clínicos, educação em saúde e apoio psicossocial.

A hipertensão arterial é uma das condições mais prevalentes entre os adultos, com uma relação direta com o aumento do risco de doenças cardiovasculares, como infarto e acidente vascular cerebral. Já o diabetes mellitus apresenta características multifatoriais, exigindo uma abordagem ampla que inclua controle glicêmico rigoroso e prevenção de complicações como neuropatia e retinopatia. Paralelamente, as imunodeficiências, que podem ser primárias ou secundárias, expõem os pacientes a infecções recorrentes e a uma necessidade contínua de cuidados especializados.

Além de compreender as especificidades de cada condição, a assistência de enfermagem se destaca pela promoção do autocuidado, empoderando os pacientes para que adotem hábitos mais saudáveis e se tornem corresponsáveis pelo manejo de suas doenças. Essa abordagem interdisciplinar e centrada no paciente é fundamental para melhorar a qualidade de vida e reduzir as complicações associadas.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição crônica caracterizada pela elevação sustentada dos níveis de pressão arterial, frequentemente associada a complicações cardiovasculares, renais e cerebrais.

O papel do enfermeiro é essencial para o acompanhamento clínico, a educação em saúde e a prevenção de complicações, atuando de forma integrada com a equipe multiprofissional.

► Avaliação Clínica do Paciente Hipertenso

Uma avaliação clínica detalhada é o primeiro passo no cuidado ao paciente com hipertensão arterial. O enfermeiro deve:

- **Realizar medições precisas da pressão arterial:** Utilizar técnicas corretas e equipamentos calibrados, considerando os critérios estabelecidos pelas diretrizes clínicas.
- **Investigar fatores de risco:** Identificar comorbidades como diabetes, obesidade e dislipidemias, além de avaliar o histórico familiar e hábitos de vida do paciente.
- **Monitorar sinais e sintomas:** Embora a hipertensão seja frequentemente assintomática, sinais como cefaleia, tontura e palpitações devem ser observados, especialmente em casos graves.

► Intervenções de Enfermagem

Educação em Saúde:

A educação em saúde é uma das principais estratégias para o controle da hipertensão arterial. O enfermeiro deve:

Orientar sobre mudanças no estilo de vida:

- **Dieta:** Incentivar a redução do consumo de sal, gorduras saturadas e alimentos ultraprocessados, promovendo uma alimentação balanceada e rica em frutas, legumes e fibras.
- **Atividade física:** Reforçar a prática regular de exercícios físicos, como caminhadas, natação ou ciclismo, conforme as condições do paciente.
- **Controle do estresse:** Sugerir práticas de relaxamento, como meditação ou atividades de lazer.

- Estimular a cessação do tabagismo e a moderação no consumo de álcool, destacando os benefícios para a saúde cardiovascular.

► **Monitoramento do Tratamento**

O acompanhamento regular da adesão ao tratamento é essencial. O enfermeiro deve:

- Verificar se o paciente está seguindo a prescrição médica corretamente, incluindo horários e doses dos medicamentos.
- Identificar efeitos colaterais e encaminhar para avaliação médica, se necessário.
- Utilizar ferramentas como diários de pressão arterial para monitoramento domiciliar, ajudando o paciente a compreender a importância do autocuidado.

► **Prevenção de Complicações**

A prevenção de complicações requer atenção contínua aos sinais de agravamento da hipertensão. O enfermeiro deve:

- **Acompanhar a presença de complicações emergentes:** Edema, dores no peito e alterações visuais podem indicar condições graves, como insuficiência cardíaca ou crises hipertensivas.
- **Realizar encaminhamentos adequados:** Garantir que o paciente receba assistência especializada, como avaliação cardiológica ou nefrológica, quando necessário.
- **Promover o uso de redes de apoio comunitário:** Participação em grupos educativos para hipertensos pode auxiliar no controle da condição e no compartilhamento de experiências.

► **Abordagem Interdisciplinar**

O manejo da hipertensão arterial exige colaboração entre diferentes profissionais de saúde. O enfermeiro desempenha um papel integrador, conectando o paciente a nutricionistas, médicos e psicólogos, conforme as necessidades individuais.

O cuidado ao paciente com hipertensão arterial deve ser contínuo, sistemático e centrado na promoção do autocuidado. A atuação do enfermeiro, fundamentada em práticas baseadas em evidências e em uma abordagem humanizada, é indispensável para alcançar o controle da pressão arterial, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica caracterizada por hiperglicemia persistente, causada por deficiência na produção ou na ação da insulina. Afetando milhões de pessoas em todo o mundo, o diabetes está associado a complicações agudas e crônicas que podem impactar severamente a qualidade de vida e aumentar a mortalidade.

A assistência de enfermagem desempenha um papel crucial no manejo dessa condição, promovendo o controle glicêmico, o autocuidado e a prevenção de complicações.

► **Avaliação e Monitoramento**

Controle Glicêmico:

O controle rigoroso dos níveis de glicose no sangue é uma prioridade no cuidado ao paciente diabético. O enfermeiro deve:

- **Realizar aferições regulares de glicemia capilar:** Ensinar o paciente sobre o uso correto do glicosímetro e a interpretação dos resultados.

Reconhecer sinais de hipoglicemia e hiperglicemia:

- **Hipoglicemia:** Tremores, sudorese, tontura e confusão mental.
- **Hiperglicemia:** Sede excessiva, poliúria, fadiga e visão turva.
- **Manter registros detalhados:** Acompanhar variações glicêmicas, uso de medicamentos e padrões alimentares do paciente.

Avaliação de Fatores Associados:

Além do controle glicêmico, o enfermeiro deve avaliar:

- **Presença de comorbidades:** Hipertensão, dislipidemias e obesidade.
- **Estilo de vida:** Alimentação inadequada, sedentarismo e fatores de estresse.
- **Condições de risco para complicações:** Feridas nos pés, alterações visuais ou sintomas de neuropatia periférica.

► **Educação para o Autocuidado**

A educação em saúde é essencial para capacitar o paciente a gerenciar sua condição de forma eficaz.

Orientações sobre Alimentação:

A dieta desempenha um papel central no controle do diabetes. O enfermeiro deve:

Promover a adoção de um plano alimentar balanceado:

- Redução do consumo de açúcares simples.
- Priorização de alimentos ricos em fibras, como grãos integrais, frutas e vegetais.
- Controle das porções e orientação sobre o índice glicêmico dos alimentos.
- Envolver nutricionistas para suporte personalizado, garantindo que o plano alimentar atenda às necessidades individuais.

Prática de Exercícios Físicos:

A atividade física ajuda a melhorar a sensibilidade à insulina e a controlar os níveis glicêmicos. O enfermeiro deve:

- Recomendar exercícios aeróbicos e de resistência, adaptados às limitações do paciente.
- Alertar sobre a necessidade de monitorar a glicemia antes e depois das atividades para evitar crises de hipoglicemia.

Uso de Medicamentos:

O enfermeiro tem papel fundamental na educação sobre o uso correto de medicamentos, como insulina e hipoglicemiantes orais:

- Ensinar técnicas de aplicação de insulina, incluindo locais de aplicação e rotação para evitar lipodistrofia.
- Reforçar a importância da adesão aos horários e doses prescritas.

► **Prevenção e Manejo de Complicações**

As complicações do diabetes, como neuropatia, nefropatia e retinopatia, requerem atenção especial.

Cuidados com os Pés:

A prevenção de úlceras e infecções nos pés é uma prioridade. O enfermeiro deve:

- Inspeccionar regularmente os pés do paciente, identificando feridas, calosidades ou alterações na pele.

- Ensinar sobre os cuidados diários, como lavar e secar bem os pés, evitar andar descalço e usar calçados adequados.
- Encaminhar para avaliação médica ou podológica em casos de alterações.

Acompanhamento das Complicações Sistêmicas:

- Monitorar sinais de complicações cardiovasculares, como dor torácica ou falta de ar.
- Estimular exames periódicos, como avaliação da função renal e do fundo de olho.

Apoio Psicossocial:

Lidar com o diabetes pode ser desafiador emocionalmente. O enfermeiro deve:

- Oferecer suporte psicológico ao paciente e à família, ajudando a lidar com o estresse e a ansiedade.
- Encaminhar para grupos de apoio, que promovem a troca de experiências e fortalecimento emocional.

O cuidado ao paciente com diabetes mellitus exige uma abordagem integral e humanizada. O enfermeiro, por meio da educação em saúde, do suporte técnico e da atenção contínua, desempenha um papel indispensável para garantir o controle glicêmico, prevenir complicações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Uma assistência bem planejada e baseada em evidências contribui diretamente para a longevidade e bem-estar desses indivíduos.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM IMUNODEFICIÊNCIAS

As imunodeficiências são condições caracterizadas pela redução ou ausência da capacidade do sistema imunológico de combater infecções e doenças. Elas podem ser primárias, de origem genética, ou secundárias, decorrentes de fatores como infecções (HIV/AIDS), uso prolongado de imunossupressores, quimioterapia ou outras condições crônicas.

A assistência de enfermagem a esses pacientes exige uma abordagem personalizada, focada na prevenção de infecções, manejo de complicações e apoio psicossocial.

► Compreensão das Imunodeficiências

Imunodeficiências Primárias:

São condições genéticas que afetam diretamente o funcionamento do sistema imunológico. Exemplos incluem a imunodeficiência combinada grave (SCID) e a síndrome de Wiskott-Aldrich.

Imunodeficiências Secundárias:

Acontecem como consequência de fatores externos, como:

- **HIV/AIDS:** Redução progressiva da imunidade devido à destruição dos linfócitos CD4.
- **Uso de medicamentos imunossupressores:** Comuns em pacientes transplantados ou com doenças autoimunes.
- **Doenças crônicas ou câncer:** Condições como diabetes e leucemias podem levar à imunossupressão.

Cuidados Específicos de Enfermagem:

A assistência de enfermagem é voltada para a prevenção de infecções, administração de tratamentos e monitoramento rigoroso do estado de saúde do paciente.

Prevenção de Infecções:

Pacientes imunossuprimidos têm maior risco de infecções oportunistas. O enfermeiro deve:

Adotar medidas rigorosas de higiene:

- Lavar as mãos antes e após os cuidados.
- Garantir a limpeza e a desinfecção do ambiente.

▪ **Orientar sobre vacinas:** Promover a imunização dentro das restrições indicadas, como vacinas inativadas para pacientes com imunodeficiências severas.

▪ **Reforçar cuidados pessoais:** Ensinar o paciente a evitar contato com pessoas doentes e ambientes insalubres.

Administração de Terapias Imunológicas:

Em muitos casos, pacientes com imunodeficiência necessitam de tratamentos específicos, como:

▪ **Imunoglobulinas:** Para suplementar a função imunológica em imunodeficiências primárias.

▪ **Antirretrovirais:** Em pacientes com HIV/AIDS, garantir a adesão ao tratamento para controlar a replicação viral e melhorar a imunidade.

▪ **Antibióticos profiláticos:** Prescritos para prevenir infecções graves.

O enfermeiro é responsável por:

- Administrar os medicamentos prescritos e monitorar reações adversas.
- Orientar o paciente sobre a importância de seguir rigorosamente o tratamento.

► Monitoramento e Identificação de Complicações

Observação de Sinais de Agravamento:

O enfermeiro deve estar atento a sinais que indicam complicações, como:

- Febre persistente, tosse ou alterações cutâneas.
- Dores articulares ou musculares, indicativas de infecções sistêmicas.

Realização de Exames Periódicos:

Auxiliar no acompanhamento de exames laboratoriais, como hemograma e contagem de linfócitos, para avaliar a resposta imunológica do paciente.

► Apoio Psicossocial

As imunodeficiências podem impactar profundamente o bem-estar emocional e social do paciente.

Suporte ao Paciente e Família:

- Oferecer orientações claras sobre a doença, tratamentos e prognósticos.
- Promover um espaço de escuta ativa para abordar medos e ansiedades relacionados à condição.

▪ Encaminhar para grupos de apoio e terapia, quando necessário.

Estímulo à Adesão ao Tratamento:

Pacientes com imunodeficiências frequentemente enfrentam desafios no cumprimento do tratamento devido à complexidade e aos efeitos colaterais. O enfermeiro deve:

- Trabalhar a motivação e o entendimento do paciente sobre a importância da adesão.
- Desenvolver estratégias práticas para facilitar o seguimento do plano terapêutico, como lembretes para horários de medicamentos.

Educação em Saúde:

A educação em saúde é um pilar do cuidado a pacientes com imunodeficiências. O enfermeiro deve:

- Ensinar medidas preventivas, como evitar o consumo de alimentos crus ou malcozidos.
- Orientar sobre a importância do acompanhamento médico regular.
- Promover hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, hidratação adequada e sono reparador.

A assistência de enfermagem a pacientes com imunodeficiências é essencial para garantir a qualidade de vida, prevenir infecções e minimizar complicações. Por meio de uma abordagem integral, que combina cuidados técnicos, educacionais e psicossociais, o enfermeiro desempenha um papel indispensável na jornada de tratamento desses pacientes.

A personalização dos cuidados, aliada a uma relação de confiança entre profissional e paciente, é a base para um manejo eficaz e humanizado.

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS E DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A educação em saúde e a promoção de hábitos saudáveis são componentes fundamentais no cuidado de pacientes com condições crônicas, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, e imunodeficiências. Essas estratégias capacitam os pacientes a assumirem maior responsabilidade pelo manejo de suas condições, prevenindo complicações e melhorando a qualidade de vida.

O enfermeiro desempenha um papel essencial nesse processo, liderando ações educativas e integrando os esforços de promoção da saúde.

▶ Grupos Educativos

Objetivo dos Grupos:

Os grupos educativos têm como propósito oferecer informações sobre a doença, promover o autocuidado e criar um espaço de troca de experiências.

- **Para hipertensos:** Foco na importância do controle da pressão arterial, mudanças no estilo de vida e adesão ao tratamento.
- **Para diabéticos:** Orientações sobre controle glicêmico, prevenção de complicações e monitoramento dos níveis de glicose.
- **Para imunodeficientes:** Educação sobre prevenção de infecções, adesão a terapias imunológicas e cuidados gerais.

Organização e Condução:

O enfermeiro é responsável por planejar e conduzir os grupos:

▪ **Estruturação dos encontros:** Planejar temas específicos para cada sessão, como alimentação, atividade física, uso de medicamentos e manejo de estresse.

▪ **Uso de recursos visuais e dinâmicas:** Apresentações, vídeos e atividades interativas facilitam a compreensão dos temas.

▪ **Avaliação de resultados:** Realizar feedbacks periódicos para verificar o impacto das ações educativas na vida dos participantes.

▶ Aconselhamento Individualizado

O aconselhamento personalizado é uma ferramenta poderosa para alcançar mudanças de comportamento e melhorar a adesão ao tratamento.

Abordagem Centrada no Paciente:

▪ **Entendimento das necessidades individuais:** Explorar as barreiras pessoais, como falta de conhecimento, dificuldades financeiras ou crenças culturais.

▪ **Definição de metas realistas:** Estabelecer objetivos alcançáveis para mudanças no estilo de vida, como redução gradual do consumo de sal ou aumento progressivo da prática de exercícios.

▪ **Monitoramento contínuo:** Acompanhamento regular para ajustes nas orientações e reforço das conquistas.

Ferramentas e Métodos:

▪ **Entrevistas motivacionais:** Técnicas que ajudam o paciente a refletir sobre sua condição e encontrar motivação interna para adotar mudanças.

▪ **Guias e materiais educativos:** Fornecimento de cartilhas, folhetos e aplicativos que auxiliem na organização do tratamento e no aprendizado contínuo.

▶ Utilização de Protocolos e Diretrizes

A padronização do cuidado por meio de protocolos baseados em evidências é essencial para garantir segurança e eficácia no atendimento.

Implementação de Protocolos:

▪ **Hipertensão arterial:** Seguir diretrizes nacionais e internacionais para o manejo da pressão arterial, orientando sobre aferição, tratamento medicamentoso e controle de fatores de risco.

▪ **Diabetes mellitus:** Aplicar protocolos que incluem metas glicêmicas, exames de rotina e manejo das complicações.

▪ **Imunodeficiências:** Utilizar guias para prevenção de infecções e administração de terapias específicas, como imunoglobulinas e antirretrovirais.

Treinamento e Atualização:

▪ **Capacitação contínua da equipe de enfermagem:** Participação em cursos, seminários e treinamentos voltados para as condições crônicas e as novas práticas de promoção da saúde.

▪ **Revisão periódica dos protocolos:** Atualizar os procedimentos conforme novas evidências científicas e diretrizes clínicas.

► Promoção de Estilo de Vida Saudável

Mudanças nos Hábitos Alimentares:

- **Educação nutricional:** Incentivar o consumo de alimentos naturais e equilibrados, destacando os impactos positivos na saúde cardiovascular, glicêmica e imunológica.
- **Prevenção de complicações:** Ensinar o papel dos nutrientes no fortalecimento do sistema imunológico e na prevenção de agravos como retinopatia e nefropatia.

Incentivo à Atividade Física:

- **Benefícios do exercício regular:** Reforçar como a prática regular de atividade física melhora a sensibilidade à insulina, reduz a pressão arterial e fortalece o sistema imunológico.
- **Planejamento personalizado:** Desenvolver programas de exercícios adaptados às condições e limitações dos pacientes.

Controle do Estresse e Bem-Estar Mental:

- **Práticas de relaxamento:** Estimular a meditação, yoga e técnicas de respiração para reduzir o estresse e promover equilíbrio emocional.
- **Suporte psicossocial:** Encaminhar para terapia ou grupos de apoio quando necessário, para auxiliar na adaptação ao convívio com doenças crônicas.

► Avaliação de Impacto das Estratégias

Indicadores de Sucesso:

- **Melhorias nos indicadores clínicos:** Redução da pressão arterial, controle glicêmico estável e menor frequência de infecções.
- **Adesão ao tratamento:** Aumento do cumprimento das orientações médicas e de enfermagem.
- **Satisfação dos pacientes:** Relatos de maior segurança, autonomia e qualidade de vida.

► Revisão e Ajustes

O acompanhamento das estratégias deve incluir revisões periódicas para ajustar as ações de acordo com as necessidades e os resultados observados.

As estratégias educativas e de promoção da saúde são pilares no manejo de condições crônicas e imunodeficiências. Por meio de uma abordagem integral e centrada no paciente, o enfermeiro contribui diretamente para a autonomia, o controle da doença e a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos.

Investir em educação e promoção da saúde é essencial para transformar o cuidado e alcançar melhores resultados em saúde.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM QUEIMADURAS

Queimaduras podem ser causadas por calor, eletricidade, produtos químicos ou radiação e variam em gravidade. Os cuidados iniciais são fundamentais para estabilizar o paciente e prevenir complicações.

- **Avaliação da Gravidade:** As queimaduras são classificadas em primeiro, segundo e terceiro grau, com base na profundidade e na extensão da lesão. É crucial avaliar a área afetada usando a regra dos nove ou a regra da palma da mão.

- **Resfriamento da Queimadura:** Aplicação de água corrente fria na área afetada por pelo menos 10 a 20 minutos, evitando gelo ou água gelada, que podem agravar a lesão.

- **Cobertura da Queimadura:** Cobrir a área queimada com um curativo limpo e não aderente ou pano estéril para proteger contra infecções. Evitar a aplicação de substâncias caseiras, como manteiga ou pomadas não recomendadas.

- **Controle da Dor:** Administração de analgésicos conforme prescrição médica para aliviar a dor intensa associada a queimaduras. A analgesia adequada é essencial para o conforto do paciente.

- **Hidratação:** Em queimaduras extensas, a administração de fluidos intravenosos é crucial para prevenir choque hipovolêmico. A fórmula de Parkland é frequentemente usada para calcular a reposição hídrica necessária nas primeiras 24 horas.

Cuidados Contínuos com Queimaduras

Após o tratamento inicial, os cuidados contínuos visam promover a cicatrização, prevenir infecções e minimizar as sequelas.

- **Curativos e Limpeza:** Mudança regular dos curativos com técnicas estéreis, limpeza suave da área queimada e aplicação de pomadas antibióticas para prevenir infecções.

- **Monitoramento de Sinais de Infecção:** Vigilância constante para sinais de infecção, como aumento da vermelhidão, inchaço, dor e secreção purulenta. Notificação imediata ao médico em caso de suspeita de infecção.

- **Terapia Nutricional:** Fornecimento de uma dieta rica em proteínas e calorias para apoiar a cicatrização e a recuperação. Suplementos nutricionais podem ser necessários.

- **Reabilitação:** Implementação de fisioterapia e terapia ocupacional para manter a mobilidade, prevenir contraturas e promover a recuperação funcional.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM INTOXICAÇÕES EXÓGENAS (ALIMENTARES, MEDICAMENTOSAS, ENVENENAMENTOS); ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PICADAS DE INSETOS, ANIMAIS PEÇONHENTOS E MORDEDURAS DE ANIMAIS (SOROS E VACINAS)

As intoxicações exógenas e os acidentes por picadas e mordeduras de animais peçonhentos ou domésticos representam emergências que demandam uma resposta rápida e eficaz por parte da enfermagem. As intoxicações exógenas são causadas pela ingestão, inalação ou contato com substâncias tóxicas, que podem incluir alimentos contaminados, medicamentos em doses excessivas e produtos químicos. Já os acidentes com animais peçonhentos, como cobras, escorpiões e aranhas, assim como as picadas de insetos e mordeduras de animais, podem resultar em envenenamento ou infecções graves.

A assistência de enfermagem nessas situações envolve desde a identificação precoce dos sintomas e intervenções imediatas, até o suporte contínuo durante o tratamento, garantindo que o paciente receba o cuidado adequado no tempo certo. A habilidade de reconhecer sinais de gravidade, aplicar tratamentos emergenciais, como o uso de soros antiofídicos ou antídotos, e proporcionar educação em saúde para prevenir esses acidentes, são partes essenciais do trabalho da enfermagem.

De acordo com dados epidemiológicos, intoxicações e acidentes com animais peçonhentos são frequentes no Brasil, especialmente em áreas rurais. Intoxicações medicamentosas e alimentares também são comuns, afetando populações de todas as idades, principalmente crianças e idosos. Portanto, o enfermeiro precisa estar preparado para atuar nessas situações, aplicando protocolos clínicos e garantindo a segurança do paciente em todo o processo de atendimento.

— Assistência de Enfermagem em Intoxicações Exógenas

As intoxicações exógenas podem ocorrer por ingestão de alimentos contaminados, overdose de medicamentos ou exposição a substâncias químicas, como pesticidas e produtos de limpeza. A assistência de enfermagem em situações de intoxicação tem como foco a identificação precoce dos sintomas, estabilização do paciente, administração de antídotos quando disponíveis e suporte até a resolução do quadro clínico. Cada tipo de intoxicação exige intervenções específicas, conforme a natureza da substância envolvida.

– Intoxicações Alimentares

As intoxicações alimentares ocorrem devido à ingestão de alimentos contaminados por bactérias, vírus, parasitas ou toxinas. Elas são frequentemente associadas a condições inadequadas de manipulação ou armazenamento de alimentos. Entre os agentes mais comuns estão as bactérias *Salmonella*, *Escherichia coli*, e *Staphylococcus aureus*.

Sintomas principais:

- Náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e febre.
- Desidratação pode ocorrer rapidamente, especialmente em crianças e idosos.

– Intervenções de enfermagem:

- **Hidratação:** O enfermeiro deve iniciar reposição de fluidos para prevenir ou tratar a desidratação. Em casos leves, a hidratação oral com soluções de reidratação oral pode ser suficiente. Em casos mais graves, pode ser necessário o uso de fluidos intravenosos.

- **Monitoramento de sinais vitais:** Deve-se monitorar a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, além da diurese, para detectar sinais de desidratação e choque.

- **Cuidados com vômitos e diarreia:** O enfermeiro deve estar atento ao controle de sintomas, utilizando antieméticos e antidiarreicos conforme prescrição médica, além de cuidar da higiene adequada para evitar a disseminação de patógenos.

- **Orientação ao paciente:** Instruir o paciente sobre medidas preventivas para evitar futuras intoxicações alimentares, como a importância da higienização de alimentos e boas práticas de conservação.

– Intoxicações Medicamentosas

A intoxicação medicamentosa ocorre quando o paciente ingere uma quantidade excessiva de medicamentos, seja acidentalmente ou intencionalmente, como nas tentativas de suicídio. Entre os medicamentos mais comumente envolvidos estão analgésicos, antidepressivos, ansiolíticos e medicamentos para diabetes.

Sintomas principais:

- Vômitos, sonolência, confusão, convulsões, dificuldade respiratória e, em casos graves, coma ou parada cardíaca.

Intervenções de enfermagem:

- **Avaliação inicial e estabilização:** O enfermeiro deve realizar uma avaliação rápida do nível de consciência e dos sinais vitais do paciente. Se houver comprometimento respiratório, pode ser necessário suporte ventilatório.

- **Lavagem gástrica e carvão ativado:** Quando indicado e dentro do tempo adequado (geralmente até 1-2 horas após a ingestão), a lavagem gástrica pode ser realizada para remover o medicamento do trato digestivo. A administração de carvão ativado pode ajudar a adsorver a substância tóxica, impedindo sua absorção no trato gastrointestinal.

- **Antídotos específicos:** O enfermeiro deve estar familiarizado com os antídotos para determinadas intoxicações, como naloxona (para opioides) e flumazenil (para benzodiazepínicos), e administrar conforme prescrição médica.

- **Monitoramento contínuo:** Em casos graves, é necessário monitorar continuamente os sinais vitais e os parâmetros laboratoriais, como gasometria arterial e eletrólitos, para detectar complicações, como acidose metabólica ou hipoglicemia.

- **Suporte emocional e orientação familiar:** Em casos de tentativas de suicídio, além do manejo físico, o enfermeiro também desempenha um papel importante no apoio psicológico ao paciente e à família.

– Envenenamentos Químicos

Os envenenamentos por substâncias químicas podem ocorrer devido à exposição a produtos domésticos, industriais ou agrícolas, como pesticidas, solventes, ácidos ou produtos de limpeza. A absorção dessas substâncias pode ocorrer por inalação, ingestão ou contato com a pele e mucosas.

Sintomas principais:

- Varia conforme a substância, mas pode incluir dificuldade respiratória, queimaduras químicas, vômitos, dor abdominal, tontura, convulsões e, em casos graves, parada respiratória ou circulatória.

Intervenções de enfermagem:

- **Descontaminação:** A descontaminação deve ser iniciada o mais rápido possível para minimizar a absorção da substância tóxica. Se a substância foi ingerida, não se deve induzir o vômito, a menos que seja indicado por um centro de toxicologia. Em caso de contato com a pele ou olhos, o enfermeiro deve lavar a área afetada com água corrente por pelo menos 15-20 minutos.

- **Suporte respiratório e hemodinâmico:** O enfermeiro deve estar preparado para administrar oxigênio e, se necessário, realizar manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em pacientes com comprometimento respiratório ou circulatório.

- **Correção de distúrbios metabólicos:** Envenenamentos graves podem causar acidose metabólica, hipercalemia e outros desequilíbrios eletrolíticos. O enfermeiro deve monitorar gasometria arterial e outros exames laboratoriais e administrar fluidos intravenosos e medicações conforme prescrição.

- **Identificação e notificação:** Sempre que possível, identificar a substância envolvida no envenenamento e notificar os serviços de toxicologia e autoridades de saúde, para que o manejo adequado seja orientado e o caso seja acompanhado.

— Assistência de Enfermagem em Picadas de Insetos e Animais Peçonhentos

Picadas de insetos e acidentes com animais peçonhentos, como cobras, aranhas e escorpiões, representam uma emergência médica devido ao risco de reações alérgicas severas, como anafilaxia, ou envenenamento grave. Além disso, mordeduras de animais, como cães e gatos, também exigem cuidados imediatos, pois podem resultar em infecções graves, incluindo raiva. A assistência de enfermagem em casos de picadas e mordeduras foca na estabilização do paciente, manejo de sintomas, administração de soros e vacinas, quando indicados, e prevenção de complicações.

– Picadas de Insetos (Abelhas, Vespas, Formigas)

Picadas de insetos geralmente causam reações locais leves, como dor, inchaço e vermelhidão. No entanto, em indivíduos alérgicos, pode ocorrer uma reação sistêmica grave, chamada anafilaxia, que requer intervenção imediata.

Sintomas principais:

- Reação local: dor, inchaço, calor e vermelhidão no local da picada.

- Reação sistêmica: dificuldade para respirar, taquicardia, inchaço de lábios e língua, urticária generalizada, hipotensão e choque.

Intervenções de enfermagem:

- **Retirada do ferrão:** Em picadas de abelhas, o enfermeiro deve remover o ferrão o mais rápido possível, utilizando uma lâmina ou borda rígida, evitando apertar o saco de veneno.

- **Monitoramento de sinais de anafilaxia:** Se houver sinais de reação alérgica sistêmica, como dificuldade respiratória ou urticária generalizada, deve-se administrar adrenalina intramuscular o mais rapidamente possível e preparar o paciente para suporte respiratório avançado, se necessário.

- **Administração de medicamentos:** Além da adrenalina, o enfermeiro pode administrar anti-histamínicos e corticosteroides para controlar a resposta alérgica e reduzir a inflamação.

- **Hidratação e suporte hemodinâmico:** Em casos de choque anafilático, o enfermeiro deve garantir acesso venoso para administração de fluidos intravenosos e monitorar continuamente os sinais vitais, especialmente a pressão arterial e a saturação de oxigênio.

- **Educação e prevenção:** Pacientes com histórico de reações alérgicas graves devem ser orientados a carregar autoinjutores de adrenalina e evitar áreas de risco de picadas de insetos.

– Acidentes com Animais Peçonhentos (Cobras, Escorpiões, Aranhas)

Os acidentes com animais peçonhentos, como cobras, escorpiões e aranhas, são comuns em algumas regiões e podem resultar em envenenamento grave, dependendo da espécie envolvida. Os efeitos variam desde dor local até comprometimento sistêmico grave, como insuficiência renal, choque e paralisia.

Sintomas principais:

- **Cobras:** Pode variar de dor e edema local até necrose, sangramento e comprometimento renal. Acidentes com jararacas, cascavéis e corais requerem cuidados distintos.

- **Escorpiões:** Dor intensa no local da picada, sudorese, agitação, taquicardia, hipertensão e, em casos graves, insuficiência respiratória.

- **Aranhas (Loxosceles, Latrodectus):** Necrose no local da picada (Loxosceles), dor intensa e rigidez muscular (Latrodectus), associadas a sintomas sistêmicos como febre, náuseas e taquicardia.

Intervenções de enfermagem:

- **Monitoramento e estabilização:** O enfermeiro deve monitorar sinais vitais continuamente, avaliando a evolução de sintomas locais e sistêmicos. Sinais de choque, dificuldade respiratória ou alteração do nível de consciência indicam gravidade.

- **Imobilização do membro afetado:** Em acidentes com cobras, deve-se imobilizar o membro picado, mantê-lo em nível inferior ao do coração e evitar movimentos para reduzir a disseminação do veneno.

- **Administração de soros antiofídicos:** O enfermeiro deve administrar soros antiofídicos conforme prescrição médica e de acordo com o tipo de animal envolvido no acidente (soro anti-botrópico, anticrotático, antielapídico). A administração deve ser feita em ambiente hospitalar, com monitoramento contínuo para detectar reações adversas.

- **Controle da dor:** Em acidentes com escorpiões e aranhas, a dor pode ser intensa e requer manejo adequado com analgésicos e, em alguns casos, opioides.

- **Prevenção de complicações:** Lesões necrosantes por picadas de aranhas podem evoluir para infecções secundárias, e o enfermeiro deve estar atento para sinais de infecção local, como pus e aumento da dor. Cuidados locais com limpeza adequada e curativos são fundamentais.

– **Mordeduras de Animais (Cães, Gatos, Morcegos)**

As mordeduras de animais representam um risco significativo de infecção, incluindo a transmissão da raiva. A raiva é uma doença viral quase sempre fatal após o início dos sintomas, o que torna a profilaxia extremamente importante em casos de mordeduras por animais potencialmente infectados.

Sintomas principais:

- Ferimentos perfurantes ou dilacerantes na pele, com sangramento e dor local.
- Risco de infecção local e sistêmica, com sinais como inchaço, calor, vermelhidão e pus.
- Nos casos de infecção por raiva, os sintomas iniciais incluem febre, mal-estar, dor e parestesia no local da mordedura, evoluindo para convulsões, hidrofobia e morte.

Intervenções de enfermagem:

- **Lavagem e desinfecção do ferimento:** A limpeza imediata da ferida com água e sabão por pelo menos 15 minutos é essencial para reduzir a carga bacteriana e o risco de infecção, incluindo o vírus da raiva.
- **Profilaxia antirrábica:** Se o animal for suspeito de estar infectado ou desconhecido, o paciente deve iniciar o esquema de vacinação antirrábica imediatamente. Em casos de alto risco, também se recomenda a administração de imunoglobulina antirrábica.
- **Profilaxia do tétano:** Em casos de mordeduras, o enfermeiro deve verificar o estado vacinal do paciente para o tétano e, se necessário, administrar a vacina antitetânica ou imunoglobulina antitetânica.
- **Cuidados com o ferimento:** Além da limpeza, o enfermeiro deve aplicar curativos estéreis e monitorar o ferimento para sinais de infecção, como vermelhidão, calor, inchaço e secreção purulenta.
- **Antibioticoterapia:** Em mordeduras graves ou de alto risco, pode ser necessário iniciar o uso profilático de antibióticos, como amoxicilina-clavulanato, para prevenir infecções bacterianas.

— **Cuidados com Soros e Vacinas no Atendimento a Acidentes por Animais**

A administração de soros e vacinas é uma etapa essencial no manejo de acidentes por picadas de animais peçonhentos e mordeduras de animais, especialmente quando há risco de envenenamento, tétano ou raiva. O papel da enfermagem nesse contexto vai além da aplicação dos imunobiológicos: envolve também a avaliação inicial, a monitoração de possíveis reações adversas e a orientação ao paciente e seus familiares sobre o tratamento e a prevenção de novos acidentes.

– **Soros Antiofídicos**

Os soros antiofídicos são indicados para neutralizar os venenos de animais peçonhentos, como cobras, escorpiões e aranhas. Cada soro é específico para um tipo de veneno, sendo crucial a identificação do animal envolvido no acidente para garantir a escolha correta do tratamento. Os soros antiofídicos mais comuns são:

- Soro Antibotrópico (para jararacas e outras serpentes do gênero Bothrops).
- Soro Anticrotático (para cascavéis).
- Soro Antielapídico (para corais).
- Soro Antiaracnídico (para picadas de aranhas e escorpiões).

Indicações:

- Acidentes com cobras do gênero Bothrops, Crotalus, Lachesis e Micrurus, e também em casos de picadas por aranhas do gênero _Loxosceles_ e _Phoneutria_, e escorpiões do gênero _Tityus_.

Intervenções de enfermagem:

- **Administração do soro:** O enfermeiro deve preparar e administrar o soro por via intravenosa, observando rigorosamente a dosagem recomendada. A administração deve ser realizada em ambiente hospitalar, devido ao risco de reações adversas.
- **Monitoramento de reações adversas:** Reações alérgicas, como urticária, angioedema e, em casos graves, anafilaxia, podem ocorrer após a administração do soro. O enfermeiro deve monitorar continuamente o paciente nas primeiras horas após a administração, verificando sinais de choque anafilático (queda de pressão arterial, dificuldade respiratória, sudorese). Se houver reação, a administração de adrenalina e suporte ventilatório deve ser realizada de imediato.
- **Observação pós-soro:** O paciente deve ser observado por pelo menos 24 horas após a administração do soro, com monitoramento contínuo de sinais vitais e avaliação dos sintomas locais e sistêmicos do envenenamento.

Animal Peçonhento	Sintomas Principais	Soro Indicado	Assistência de Enfermagem
Cobra Jararaca (Bothrops)	Dor, inchaço local, equimose, necrose, hemorragia	Soro Antibotrópico	Imobilizar o membro afetado, manter em nível inferior ao coração, administrar o soro conforme prescrição, monitorar sinais vitais, observar sangramentos.

Animal Peçonhento	Sintomas Principais	Soro Indicado	Assistência de Enfermagem
Cobra Cascavel (Crotalus)	Dor leve, inchaço discreto, paralisia muscular, insuficiência renal, turvação visual	Soro Anticrotático	Monitorar função renal e neurológica, controlar a dor, administrar o soro, monitorar sinais vitais e urina.
Cobra Coral (Micrurus)	Paralisia muscular progressiva, dificuldade respiratória, salivação excessiva	Soro Antielapídico	Suporte ventilatório, monitorar sinais respiratórios e neurológicos, administrar o soro, manter o paciente em repouso absoluto.
Escorpião (Tityus)	Dor intensa, sudorese, vômitos, taquicardia, hipertensão, insuficiência respiratória	Soro Antiescorpiônico	Controlar dor, monitorar pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, administrar soro e analgésicos.
Aranha Loxosceles (Aranha Marrom)	Lesão necrosante, febre, mal-estar, hemólise (em casos graves)	Soro Antiloxoscélico (quando indicado)	Cuidados locais com a lesão, aplicar compressas frias, administrar o soro se indicado, monitorar sinais vitais e hemólise.
Aranha Phoneutria (Armadeira)	Dor intensa, espasmos musculares, taquicardia, hipertensão arterial	Soro Antiaracnídico (para aranhas e escorpiões)	Controlar a dor com analgésicos e antiespasmódicos, monitorar função cardiovascular, administrar o soro conforme prescrição.

– Vacinas Antirrábica e Antitetânica

Em casos de mordeduras de animais, principalmente cães, gatos e morcegos, a profilaxia da raiva é uma medida crucial. Além disso, lesões causadas por mordeduras ou cortes durante o acidente podem resultar em infecção por *Clostridium tetani*, o que requer profilaxia contra o tétano.

Vacina Antirrábica:

- Indicada para pessoas expostas a mordeduras de animais suspeitos de raiva ou animais não vacinados, especialmente em casos onde o animal não pode ser monitorado por 10 dias ou está desaparecido.

Vacina Antitetânica:

- Indicada para prevenir o tétano em ferimentos contaminados por sujeira, fezes, ou causados por objetos perfurantes, especialmente quando o estado vacinal do paciente é desconhecido ou incompleto.

Intervenções de enfermagem:

- **Avaliação do histórico vacinal:** O enfermeiro deve avaliar o histórico de vacinação do paciente. Se o paciente não tiver recebido as doses completas da vacina contra o tétano ou raiva, a profilaxia deve ser iniciada imediatamente.

- **Administração da vacina antirrábica:** A vacina antirrábica é administrada em doses múltiplas (geralmente no 0º, 3º, 7º, 14º e 28º dias após a exposição). O enfermeiro deve garantir que o paciente compreenda a importância de seguir o esquema vacinal até o final.

- **Administração de imunoglobulina antirrábica e antitetânica:** Em casos graves de mordeduras por animais ou ferimentos profundos e sujos, o enfermeiro deve preparar e administrar imunoglobulinas, que proporcionam proteção imediata enquanto a vacina gera imunidade a longo prazo.

- **Prevenção de reações adversas:** Assim como com os soros, a administração de vacinas e imunoglobulinas pode gerar reações adversas, como febre, dor no local da aplicação, ou, em casos raros, reações alérgicas. O enfermeiro deve monitorar os sinais e sintomas pós-vacinação e orientar o paciente sobre os possíveis efeitos colaterais.

- **Orientação ao paciente:** O enfermeiro deve fornecer orientações claras sobre o acompanhamento após a vacinação, como o retorno para as próximas doses da vacina antirrábica e sinais de complicações que justifiquem uma nova visita ao hospital.

– Educação e Prevenção

Uma parte importante da assistência de enfermagem envolve a orientação do paciente e seus familiares sobre como prevenir acidentes futuros e garantir o cumprimento do tratamento prescrito. Isso inclui:

- **Educação sobre animais peçonhentos:** Instruir sobre precauções em áreas de risco, como o uso de calçados fechados, evitar áreas com vegetação densa e inspecionar roupas e sapatos antes de usar.

- **Cuidados com animais domésticos:** Orientar sobre a importância da vacinação regular de animais domésticos contra raiva, além de medidas para evitar acidentes, como não provocar animais ou interagir com eles durante a alimentação.

- **Reforço da importância das vacinas:** A enfermagem deve reforçar a importância de seguir corretamente o esquema de vacinação e comparecer a todas as consultas de acompanhamento, além de informar sobre os prazos e as doses adequadas.

ASSISTÊNCIA DE PACIENTES: POSICIONAMENTO E MOBILIZAÇÃO

Na prática da enfermagem, a mobilização adequada dos pacientes é essencial para promover a saúde, prevenir complicações e proporcionar conforto. O conhecimento sobre as posições corporais e as restrições de movimentos é fundamental para os profissionais de enfermagem, pois impacta diretamente na recuperação do paciente e na prevenção de complicações, como úlceras de pressão, contraturas e problemas respiratórios. Este texto abordará as principais posições utilizadas na enfermagem, suas indicações e as restrições de movimentos associadas.

— Posições Corporais

As posições corporais são adotadas para atender às necessidades específicas dos pacientes, facilitar procedimentos médicos e melhorar o bem-estar geral. Abaixo estão algumas das posições mais comuns:

Decúbito Dorsal (Supina)

- **Descrição:** O paciente está deitado de costas, com a cabeça e os ombros ligeiramente elevados.
- **Indicações:** Utilizada para exames físicos, recuperação pós-operatória e para pacientes com dificuldade respiratória.
- **Vantagens:** Facilita a observação e o acesso ao paciente; proporciona conforto.
- **Cuidados:** Monitorar o surgimento de úlceras de pressão nas regiões sacral e occipital; usar travesseiros para apoiar os membros e evitar contraturas.

Decúbito Lateral

- **Descrição:** O paciente está deitado de lado, com as pernas ligeiramente flexionadas.
- **Indicações:** Indicada para alívio da pressão em pacientes acamados, durante a administração de enemas e em situações de recuperação pós-operatória.
- **Vantagens:** Ajuda a prevenir úlceras de pressão e facilita a drenagem de secreções.
- **Cuidados:** Alternar os lados regularmente para evitar pressão prolongada em um único ponto; utilizar almofadas entre os joelhos para evitar atrito.

Fowler e Semi-Fowler

- **Descrição:** O paciente está semi-sentado, com a cabeceira do leito elevada entre 45 a 60 graus (Fowler) ou entre 30 a 45 graus (Semi-Fowler).
- **Indicações:** Utilizada para pacientes com problemas respiratórios, durante alimentação e para pacientes pós-operatórios.
- **Vantagens:** Facilita a respiração, digestão e a interação social do paciente.
- **Cuidados:** Monitorar a integridade da pele, especialmente na região sacral e nos calcanhares; ajustar frequentemente a posição para prevenir úlceras de pressão.

Decúbito Ventral (Prona)

- **Descrição:** O paciente está deitado de bruços.
- **Indicações:** Utilizada em alguns casos de insuficiência respiratória grave (por exemplo, síndrome do desconforto respiratório agudo).
- **Vantagens:** Melhora a oxigenação em pacientes com problemas respiratórios graves.
- **Cuidados:** Monitorar a respiração e sinais vitais frequentemente; proteger áreas de pressão, como os joelhos e o rosto, para evitar lesões.

Posição de Sims

- **Descrição:** O paciente está deitado de lado, com uma perna flexionada e a outra estendida.
- **Indicações:** Usada para administração de enemas, exames retais e para pacientes inconscientes para prevenir aspiração.
- **Vantagens:** Facilita a realização de procedimentos específicos e reduz o risco de aspiração.
- **Cuidados:** Certificar-se de que a posição é mantida corretamente para maximizar os benefícios e evitar desconforto.

— Restrições de Movimentos

As restrições de movimentos podem ser necessárias por vários motivos, incluindo a prevenção de lesões, promoção da cicatrização e controle de agitação. No entanto, devem ser aplicadas com cautela e ética, considerando sempre o bem-estar do paciente.

Restrições Físicas

- **Descrição:** Utilização de cintos, faixas ou contenções físicas para limitar os movimentos do paciente.
- **Indicações:** Necessárias para pacientes com risco de queda, agitação severa ou que possam remover dispositivos médicos importantes (como sondas ou cateteres).
- **Cuidados:** Aplicar apenas quando absolutamente necessário e sempre com prescrição médica; monitorar o paciente regularmente para sinais de desconforto, lesões ou problemas circulatórios; garantir que as restrições sejam temporárias e removidas o mais rápido possível.

Restrições de Movimentos Específicas

- **Imobilização de Membros:** Utilizada em casos de fraturas ou lesões musculoesqueléticas. Envolve o uso de talas, gessos ou aparelhos ortopédicos.
- **Restrições de Movimentos em Pacientes Pós-Cirúrgicos:** Envolvem instruções específicas sobre limitações de atividades físicas para garantir a cicatrização adequada e prevenir complicações, como a deiscência de feridas.

— Atividades Educativas e Monitoramento

Os profissionais de enfermagem devem fornecer educação contínua aos pacientes e suas famílias sobre a importância das posições corporais e das restrições de movimentos. Isso inclui instruções sobre a mudança de posição regular, sinais de complicações e a importância da adesão às restrições temporárias para promover a recuperação.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A administração de serviços de saúde pública é uma área crítica para garantir que os sistemas de saúde funcionem de maneira eficiente e eficaz, proporcionando atendimento de qualidade à população.

A gestão de unidades de saúde pública envolve a coordenação de recursos humanos, financeiros e materiais, bem como a implementação de políticas e programas de saúde que atendam às necessidades da comunidade.

— Estrutura Organizacional das Unidades de Saúde Pública

As unidades de saúde pública no Brasil estão organizadas principalmente em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais públicos. Cada uma dessas unidades desempenha um papel específico no sistema de saúde e tem uma estrutura organizacional própria.

- **Unidades Básicas de Saúde (UBS):** São a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecem serviços de atenção primária, incluindo consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, vacinação, pré-natal, acompanhamento de doenças crônicas e ações de promoção da saúde.

- **Unidades de Pronto Atendimento (UPA):** Fornecem atendimento de urgência e emergência, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana. As UPAs desafogam os hospitais ao resolver casos menos complexos e encaminhar os pacientes para hospitais quando necessário.

- **Hospitais Públicos:** Oferecem serviços de média e alta complexidade, incluindo internações, cirurgias, tratamentos especializados e cuidados intensivos.

— Gestão de Recursos Humanos

A gestão eficaz de recursos humanos é crucial para o funcionamento adequado das unidades de saúde pública. Isso envolve a seleção, treinamento e retenção de profissionais de saúde qualificados, bem como a gestão de equipes multidisciplinares.

- **Recrutamento e Seleção:** É essencial atrair profissionais competentes e comprometidos com a saúde pública. Processos seletivos transparentes e criteriosos garantem a contratação de indivíduos capacitados.

- **Capacitação e Desenvolvimento:** Programas de educação continuada e treinamentos são fundamentais para manter os profissionais atualizados com as melhores práticas e inovações em saúde.

- **Motivação e Retenção:** Políticas de valorização e incentivo, como planos de carreira, remuneração justa e boas condições de trabalho, são importantes para manter os profissionais motivados e reduzir a rotatividade.

— Gestão de Recursos Financeiros

A administração financeira eficaz é vital para garantir que as unidades de saúde pública operem de maneira sustentável e possam oferecer serviços de qualidade.

- **Planejamento Orçamentário:** O planejamento financeiro adequado permite que as unidades de saúde prevejam e aloquem recursos de maneira eficiente.

- **Monitoramento de Despesas:** O acompanhamento rigoroso dos gastos ajuda a identificar áreas de desperdício e a implementar medidas de contenção de custos.

- **Fontes de Financiamento:** Além dos recursos públicos, é importante explorar parcerias com o setor privado e organizações não governamentais para complementar o financiamento.

— Gestão de Recursos Materiais e Infraestrutura

A gestão de recursos materiais e da infraestrutura das unidades de saúde pública é essencial para garantir que os serviços sejam prestados de maneira eficiente e segura.

- **Aquisição e Manutenção de Equipamentos:** Equipamentos médicos e de suporte devem ser adquiridos de fornecedores confiáveis e mantidos em boas condições de funcionamento.

- **Gestão de Estoques:** O controle eficaz de estoques de medicamentos, materiais médicos e outros insumos é crucial para evitar faltas e desperdícios.

- **Infraestrutura Física:** A manutenção e modernização das instalações físicas das unidades de saúde são importantes para proporcionar um ambiente seguro e confortável para pacientes e profissionais.

— Implementação de Políticas e Programas de Saúde

A gestão de unidades de saúde pública envolve a implementação de políticas e programas de saúde que atendam às necessidades da comunidade e estejam alinhados com as diretrizes do SUS.

- **Políticas de Saúde Pública:** As unidades de saúde devem implementar políticas que promovam a saúde e previnam doenças, como programas de vacinação, controle de doenças crônicas e saúde mental.

- **Programas de Atenção Primária:** A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um exemplo de programa que deve ser gerido com eficácia para garantir a cobertura e a qualidade dos serviços de atenção primária.

- **Monitoramento e Avaliação:** A avaliação contínua dos programas de saúde é fundamental para identificar áreas de melhoria e garantir que os objetivos de saúde pública sejam alcançados.

— Desafios na Gestão de Unidades de Saúde Pública

A gestão de unidades de saúde pública enfrenta diversos desafios que precisam ser superados para garantir a qualidade e a equidade no atendimento.

- **Desigualdade Regional:** As diferenças na infraestrutura e nos recursos disponíveis entre as regiões urbanas e rurais do Brasil representam um desafio significativo.

- **Subfinanciamento:** A escassez de recursos financeiros limita a capacidade das unidades de saúde de atender à demanda crescente.

- **Burocracia e Gestão Ineficiente:** Processos burocráticos complexos e a falta de capacitação em gestão podem comprometer a eficiência dos serviços de saúde.

- **Desvalorização dos Profissionais de Saúde:** A baixa remuneração e as más condições de trabalho desmotivam os profissionais e afetam a qualidade do atendimento.

— Melhores Práticas na Gestão de Unidades de Saúde Pública

Para enfrentar os desafios e melhorar a gestão das unidades de saúde pública, algumas melhores práticas podem ser adotadas.

- **Gestão Participativa:** Envolver profissionais de saúde, pacientes e a comunidade na tomada de decisões pode levar a soluções mais eficazes e aumentar a satisfação dos usuários.

- **Uso de Tecnologias de Informação:** A adoção de prontuários eletrônicos, sistemas de gestão hospitalar e telemedicina pode melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde.

- **Educação Permanente:** Investir na capacitação contínua dos profissionais de saúde é crucial para mantê-los atualizados e motivados.

- **Parcerias e Cooperação:** Estabelecer parcerias com organizações não governamentais, instituições de ensino e o setor privado pode complementar os recursos e promover inovações na gestão de saúde.

A administração de serviços de saúde pública e a gestão de unidades de saúde pública são essenciais para garantir um atendimento de qualidade e equitativo à população.

A eficácia na gestão dos recursos humanos, financeiros e materiais, bem como a implementação de políticas e programas de saúde adequados, são fundamentais para o funcionamento eficiente do SUS.

Apesar dos desafios, a adoção de melhores práticas e inovações na gestão pode contribuir significativamente para a melhoria dos serviços de saúde e para a promoção da saúde pública no Brasil.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem é um processo essencial para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos pacientes. Diferente de outros atendimentos, ela foca em um cuidado integral e personalizado, onde o enfermeiro assume um papel protagonista na gestão e planejamento da assistência. É nessa prática que ocorre a aplicação do conhecimento técnico e científico da enfermagem, orientado pelos princípios da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), permitindo um cuidado baseado em evidências e centrado no paciente.

A **Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)** é uma metodologia que organiza e otimiza o trabalho do enfermeiro, garantindo que cada etapa do atendimento seja estruturada e direcionada. Sua aplicação visa não apenas à resolução dos problemas de saúde do paciente, mas também à promoção de seu bem-estar, respeitando suas necessidades individuais e contexto. Esse processo abrange desde a coleta de dados sobre o paciente até a avaliação dos resultados obtidos com as intervenções de enfermagem.

Na consulta de enfermagem, o profissional não atua apenas na execução de procedimentos técnicos, mas também no gerenciamento do cuidado. Isso envolve a coordenação de recursos, tempo e pessoas, além de uma visão global do paciente. O enfermeiro deve gerenciar múltiplas informações, tais como condições

clínicas, aspectos emocionais e sociais, e integrar tudo isso em um plano de cuidado eficiente. Esse papel gestor é fundamental para garantir a qualidade e a segurança do atendimento.

Outro aspecto crucial na consulta é o planejamento da assistência de enfermagem. A partir de um diagnóstico preciso, o enfermeiro traça metas e define estratégias de cuidado individualizado, com foco na resolução dos problemas identificados. O planejamento é uma ferramenta que assegura a continuidade da assistência, permitindo que a equipe de enfermagem siga uma linha de cuidado bem delineada e eficaz.

Portanto, a consulta de enfermagem é uma prática que vai muito além da simples execução de tarefas. Envolve um processo complexo de sistematização, gerenciamento e planejamento que, quando bem executado, eleva a qualidade do atendimento e promove a segurança e o bem-estar do paciente.

- A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um processo metodológico que organiza o trabalho do enfermeiro, estruturando a assistência com base em etapas bem definidas. Seu principal objetivo é garantir que o cuidado seja prestado de maneira científica, individualizada e centrada nas necessidades do paciente. A SAE não apenas qualifica a atuação da enfermagem, mas também contribui para a segurança do paciente, garantindo a eficácia das intervenções.

Conceito e Importância da SAE

A SAE pode ser compreendida como uma ferramenta que guia o enfermeiro desde a coleta inicial de informações até a avaliação dos resultados das ações de enfermagem. Ela é regulamentada pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (Lei nº 7.498/86) e pela Resolução COFEN nº 358/2009, que determina a obrigatoriedade de sua aplicação em todos os ambientes onde o cuidado de enfermagem é prestado. A importância da SAE está em garantir que o atendimento seja padronizado, sistemático e direcionado às reais necessidades de cada paciente.

Além disso, a SAE fortalece a autonomia do enfermeiro, uma vez que este profissional, ao aplicar um processo baseado em diagnósticos e intervenções próprias da enfermagem, atua de maneira independente e complementar ao trabalho médico. Essa sistematização favorece a prática da enfermagem baseada em evidências, permitindo a identificação precisa de problemas de saúde e a implementação de intervenções adequadas.

As Etapas da SAE

A SAE é composta por cinco etapas que guiam o enfermeiro em sua prática assistencial: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Avaliação. Cada uma dessas etapas tem uma função específica e deve ser executada de forma sequencial e contínua.

- **Histórico de Enfermagem:** Também chamado de coleta de dados, essa é a fase inicial da SAE, onde o enfermeiro realiza uma avaliação detalhada do estado de saúde do paciente. Através de questionamentos, exames físicos e revisão de prontuários, são coletadas informações essenciais sobre a situação clínica, aspectos emocionais, sociais e culturais do paciente.

- **Diagnóstico de Enfermagem:** Com base nos dados coletados, o enfermeiro formula diagnósticos de enfermagem, que são problemas de saúde identificados e descritos em termos de

condições que podem ser tratados pela enfermagem. Esses diagnósticos são fundamentais para direcionar o planejamento do cuidado.

- **Planejamento:** Nesta etapa, o enfermeiro estabelece metas e define as intervenções de enfermagem que serão implementadas para resolver ou minimizar os problemas identificados. O planejamento deve ser individualizado e considerar as particularidades de cada paciente.

- **Implementação:** Aqui, o enfermeiro coloca em prática as intervenções planejadas. Essa etapa pode envolver a administração de medicamentos, orientações ao paciente e família, monitoramento de sinais vitais, entre outras ações.

- **Avaliação:** Por fim, o enfermeiro avalia os resultados das intervenções realizadas, verificando se os objetivos foram alcançados e se houve melhora no estado de saúde do paciente. Caso necessário, o plano de cuidado pode ser ajustado, reiniciando o ciclo da SAE.

Vantagens da SAE na Qualidade do Cuidado

A aplicação da SAE oferece diversas vantagens, tanto para o paciente quanto para o profissional de enfermagem. Para o paciente, a SAE garante um atendimento mais personalizado, com foco em suas necessidades específicas, o que resulta em maior qualidade e segurança no cuidado. Para o enfermeiro, o uso dessa metodologia oferece uma visão clara e organizada das necessidades do paciente, possibilitando uma atuação mais eficaz e assertiva.

Outro benefício importante é que a SAE facilita a comunicação entre os membros da equipe de saúde. Ao documentar todas as etapas do processo de enfermagem, o enfermeiro proporciona um fluxo de informações mais consistente e acessível para outros profissionais, o que contribui para a continuidade do cuidado, mesmo em mudanças de plantão ou transferências entre unidades.

Aplicação da SAE na Consulta de Enfermagem

No contexto da consulta de enfermagem, a SAE assume um papel central. Durante a consulta, o enfermeiro segue as etapas da sistematização para avaliar o paciente de forma abrangente, identificar problemas e formular planos de cuidados individualizados. A coleta de dados ocorre a partir de um diálogo cuidadoso com o paciente e sua família, seguido pela avaliação clínica. Com base nas informações obtidas, o enfermeiro realiza o diagnóstico e propõe um plano de cuidados que inclui intervenções específicas e metas claras.

A sistematização durante a consulta permite ao enfermeiro não apenas tratar os problemas imediatos, mas também planejar ações de longo prazo, garantindo a continuidade do cuidado mesmo após o término da consulta. Isso reflete a importância de uma abordagem integral e contínua no processo de enfermagem.

- Gerenciamento na Consulta de Enfermagem

O gerenciamento é um aspecto central na atuação do enfermeiro, especialmente durante a consulta de enfermagem. O enfermeiro não só presta cuidados diretos ao paciente, mas também desempenha um papel fundamental na coordenação de recursos, no uso eficiente do tempo e na organização das atividades de assistência. O gerenciamento na consulta de en-

fermagem envolve a capacidade de planejar, liderar, organizar e avaliar as ações realizadas, visando garantir uma assistência de qualidade, segura e contínua.

Papel do Enfermeiro como Gestor do Cuidado

Durante a consulta de enfermagem, o enfermeiro atua como gestor do cuidado. Esse papel vai além da execução de intervenções técnicas, pois envolve a responsabilidade de organizar e integrar todos os aspectos da assistência prestada. O enfermeiro precisa garantir que o paciente receba um cuidado holístico, que abranja aspectos físicos, emocionais e sociais. Além disso, deve gerenciar os recursos disponíveis, como tempo, materiais e equipe de apoio, para oferecer um atendimento eficiente e de qualidade.

Esse papel de gestão do cuidado exige uma visão sistêmica e estratégica, onde o enfermeiro precisa tomar decisões rápidas e assertivas, sempre com base em evidências científicas. Ele também deve assegurar que todas as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) sejam devidamente aplicadas, monitorando o progresso do paciente e fazendo os ajustes necessários no plano de cuidados.

Coordenação de Recursos e Atividades

Um dos principais desafios enfrentados pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem é a coordenação de recursos e atividades. Em muitos casos, o enfermeiro deve lidar com a falta de materiais, limitações de tempo e sobrecarga de atendimentos. Por isso, é fundamental que o profissional tenha habilidades de planejamento e organização para garantir que os recursos sejam utilizados de maneira otimizada, sem comprometer a qualidade do cuidado.

A coordenação eficaz também inclui a comunicação clara e objetiva com a equipe de saúde e com o paciente. O enfermeiro precisa repassar orientações, registrar adequadamente as informações sobre o atendimento e garantir que todos os envolvidos no cuidado compreendam o plano de assistência. A integração entre equipe multiprofissional, como médicos, nutricionistas e fisioterapeutas, é fundamental para um gerenciamento eficaz. Além disso, o enfermeiro deve garantir que o paciente e sua família estejam bem informados sobre os procedimentos, tratamentos e o plano de cuidados.

Gerenciamento do Tempo e Comunicação

O gerenciamento do tempo é uma competência essencial para o enfermeiro durante a consulta. Dada a rotina intensa, é necessário otimizar o tempo dedicado a cada paciente, sem comprometer a qualidade do atendimento. Para isso, o enfermeiro deve ser capaz de priorizar as atividades de acordo com a complexidade dos casos e a gravidade das condições de saúde.

Uma técnica muito utilizada no gerenciamento do tempo é a triagem, onde o enfermeiro avalia rapidamente a condição do paciente para identificar os casos mais urgentes e estabelecer a ordem de atendimento. Além disso, o enfermeiro deve organizar o atendimento de forma que cada consulta aborde de maneira eficiente todos os aspectos relevantes do estado de saúde do paciente.

Outro ponto crucial é o gerenciamento da comunicação. Durante a consulta de enfermagem, a comunicação entre enfermeiro, paciente e equipe deve ser clara, eficaz e empática. O enfermeiro deve estar atento às dúvidas do paciente, oferecen-

do informações compreensíveis sobre o estado de saúde, tratamentos e orientações. A comunicação assertiva é um fator chave para garantir a adesão ao tratamento e melhorar a relação de confiança entre o profissional e o paciente.

Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento

Para facilitar o gerenciamento na consulta de enfermagem, existem diversas ferramentas e técnicas que podem ser adotadas. Algumas delas incluem:

- **Checklist de cuidados:** Utilizar listas de verificação é uma estratégia eficaz para garantir que todas as etapas importantes do atendimento sejam cumpridas, evitando esquecimentos ou falhas no processo de cuidado.
- **Agenda estruturada:** Ter uma agenda organizada, com horários definidos para cada atendimento e espaço para possíveis urgências, ajuda o enfermeiro a gerenciar o tempo de forma eficiente.
- **Mapeamento de prioridades:** Classificar os atendimentos com base na gravidade e urgência permite uma gestão mais eficiente dos recursos e do tempo, assegurando que os pacientes mais graves sejam atendidos rapidamente.
- **Software de gestão de saúde:** Sistemas informatizados de registro e gerenciamento de informações de pacientes ajudam o enfermeiro a acessar rapidamente o histórico clínico, registrar novos dados e acompanhar a evolução do paciente de forma mais organizada.

Essas ferramentas contribuem para que o enfermeiro tenha uma visão clara de suas atividades e possa executar a consulta de maneira mais organizada e eficiente.

Benefícios do Gerenciamento na Consulta de Enfermagem

O gerenciamento eficaz durante a consulta de enfermagem traz diversos benefícios tanto para o paciente quanto para o enfermeiro. Entre os principais, podemos destacar:

- **Qualidade do cuidado:** Um gerenciamento adequado dos recursos e do tempo permite que o enfermeiro preste um atendimento mais eficaz, com foco nas reais necessidades do paciente.
- **Segurança do paciente:** Ao utilizar ferramentas de gerenciamento e realizar uma boa comunicação com a equipe e o paciente, o enfermeiro reduz o risco de erros e garante maior segurança durante o atendimento.
- **Satisfação do paciente:** Pacientes que percebem um atendimento organizado e eficiente tendem a se sentir mais confiantes e satisfeitos com o serviço prestado, o que contribui para a adesão ao tratamento.
- **Redução de estresse profissional:** O gerenciamento eficaz das atividades reduz a sobrecarga de trabalho e o estresse para o enfermeiro, proporcionando um ambiente de trabalho mais organizado e tranquilo.

Planejamento da Assistência de Enfermagem

O planejamento da assistência de enfermagem é uma etapa essencial na prática do enfermeiro, especialmente durante a consulta de enfermagem. Ele envolve a elaboração de um plano de cuidados personalizado, baseado nas necessidades identificadas a partir do diagnóstico de enfermagem. O objetivo principal do planejamento é garantir que as intervenções de enfermagem

sejam direcionadas e organizadas de forma a alcançar os melhores resultados para o paciente, promovendo a melhoria de sua condição de saúde e o bem-estar geral.

Importância do Planejamento na Consulta de Enfermagem

O planejamento eficaz na consulta de enfermagem é fundamental para a continuidade e qualidade do cuidado. Ao realizar um planejamento estruturado, o enfermeiro garante que o cuidado não se limite a ações imediatas, mas se estenda a longo prazo, promovendo uma abordagem integral e preventiva. Isso inclui a definição de metas claras, as intervenções adequadas e a distribuição de responsabilidades entre os membros da equipe de saúde, quando necessário.

Além disso, o planejamento bem feito ajuda a identificar e evitar potenciais complicações, otimiza o uso dos recursos disponíveis e melhora a comunicação entre a equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde. A assistência torna-se, assim, mais eficiente, segura e centrada no paciente.

Como Realizar um Planejamento Eficaz Durante a Consulta

Para que o planejamento da assistência de enfermagem seja eficaz, é necessário seguir alguns passos fundamentais, sempre com foco nas necessidades específicas de cada paciente. Durante a consulta, o enfermeiro deve realizar as seguintes etapas:

1. Avaliação Inicial: Com base na coleta de dados realizada no histórico de enfermagem, o enfermeiro avalia as condições clínicas, emocionais e sociais do paciente. Essa avaliação inicial é crucial para identificar as prioridades de cuidado e definir quais ações precisam ser tomadas.

2. Identificação de Diagnósticos de Enfermagem: O enfermeiro identifica os problemas de saúde do paciente que podem ser tratados por meio de intervenções de enfermagem. Esses diagnósticos servem como base para o planejamento das ações a serem implementadas.

3. Definição de Objetivos e Metas: O próximo passo é definir objetivos claros e mensuráveis que o enfermeiro pretende alcançar por meio das intervenções. Esses objetivos devem ser realistas e alinhados com o estado de saúde do paciente, podendo ser de curto, médio ou longo prazo. Por exemplo, um objetivo de curto prazo pode ser o alívio da dor, enquanto um de longo prazo pode ser a reabilitação completa de uma função física.

4. Estabelecimento das Intervenções: Com os diagnósticos e objetivos estabelecidos, o enfermeiro elabora as intervenções de enfermagem. Essas intervenções são as ações que serão implementadas para alcançar as metas planejadas. Elas podem incluir desde procedimentos técnicos, como a administração de medicamentos, até orientações sobre cuidados com a saúde ou mudanças no estilo de vida.

5. Distribuição de Tarefas: No caso de cuidados que envolvem uma equipe multiprofissional, o enfermeiro deve distribuir as tarefas de acordo com as competências de cada profissional envolvido. Isso garante uma execução coordenada e evita sobreposição de funções ou falhas de comunicação.

6. Registro do Plano de Cuidados: Após a elaboração do planejamento, é fundamental que o enfermeiro registre o plano de cuidados de forma clara e detalhada. Esse registro permite que outros membros da equipe tenham acesso às informações e possam dar continuidade ao cuidado nos próximos atendimentos.

Priorização de Problemas de Saúde e Estabelecimento de Metas

Um aspecto central no planejamento é a priorização dos problemas de saúde do paciente. Nem todos os diagnósticos de enfermagem possuem a mesma urgência ou gravidade, e o enfermeiro precisa ser capaz de identificar quais problemas devem ser abordados imediatamente e quais podem ser tratados a longo prazo.

Por exemplo, uma condição de dor aguda ou uma complicação infecciosa pode demandar intervenções imediatas e prioritizadas, enquanto questões relacionadas ao controle de doenças crônicas, como hipertensão ou diabetes, podem ser inseridas em um plano de cuidado a longo prazo. Essa priorização é essencial para garantir que os recursos sejam direcionados de forma eficiente e que o paciente receba o tratamento adequado em tempo oportuno.

Além disso, o estabelecimento de metas é uma etapa crucial, pois fornece um direcionamento claro para o processo de cuidado. Essas metas devem ser SMART, ou seja, específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporais (delimitadas no tempo). Um exemplo de meta SMART para um paciente com dor lombar pode ser: “Reduzir a intensidade da dor de 8 para 4 na escala de dor numérica em 48 horas”.

Planejamento Individualizado Baseado no Diagnóstico de Enfermagem

Um dos principais benefícios do planejamento da assistência de enfermagem é a possibilidade de individualizar o cuidado. Cada paciente tem necessidades únicas, que variam de acordo com sua condição de saúde, seu contexto social e suas expectativas em relação ao tratamento. Por isso, o planejamento deve ser sempre personalizado, levando em consideração não apenas o estado clínico do paciente, mas também fatores como idade, comorbidades, hábitos de vida e preferências pessoais.

O planejamento individualizado permite que o enfermeiro ofereça um cuidado mais humanizado, ajustado às particularidades de cada pessoa. Esse cuidado centrado no paciente favorece a adesão ao tratamento, uma vez que o plano de cuidados reflete as expectativas e necessidades do indivíduo. Além disso, o paciente se sente mais valorizado e confiante na assistência prestada, o que pode contribuir significativamente para a sua recuperação.

Benefícios do Planejamento na Assistência de Enfermagem

Os principais benefícios do planejamento na assistência de enfermagem incluem:

- **Continuidade do cuidado:** O planejamento garante que o cuidado seja contínuo, mesmo após o término da consulta, e que as próximas intervenções sigam uma linha de tratamento bem definida.
- **Maior eficiência:** Com um plano bem estruturado, o enfermeiro consegue gerenciar melhor os recursos e o tempo, resultando em um atendimento mais eficaz e focado nos resultados.
- **Redução de riscos:** Ao planejar as intervenções de forma organizada, o enfermeiro minimiza os riscos de erros ou omissões no cuidado, promovendo maior segurança ao paciente.

- **Satisfação do paciente:** O paciente que percebe um cuidado bem planejado e direcionado para suas necessidades específicas tende a se sentir mais confiante e satisfeito com o atendimento, o que melhora sua experiência no serviço de saúde.

- Desafios e Soluções na Consulta de Enfermagem

A consulta de enfermagem, embora seja uma prática essencial para garantir a qualidade da assistência, não está isenta de desafios. Enfermeiros enfrentam obstáculos que vão desde a escassez de recursos até questões estruturais e organizacionais, que podem comprometer a eficiência do atendimento. Entretanto, para superar esses desafios, existem estratégias e soluções que podem ser implementadas, garantindo que a consulta de enfermagem continue sendo um momento de cuidado centrado no paciente e de excelência na assistência.

Principais Desafios na Consulta de Enfermagem

1. Sobrecarga de Trabalho e Falta de Tempo:

A sobrecarga de trabalho é um dos principais problemas enfrentados pelos enfermeiros. Em muitos serviços de saúde, a demanda por atendimentos é muito superior à capacidade da equipe de enfermagem. Isso resulta em consultas rápidas e, muitas vezes, superficiais, o que pode comprometer a coleta adequada de dados e a individualização do plano de cuidados. Além disso, o tempo limitado prejudica o estabelecimento de uma relação de confiança entre enfermeiro e paciente.

2. Escassez de Recursos Materiais e Humanos:

A falta de materiais básicos para o atendimento, como insumos e equipamentos adequados, é outro desafio frequente. Além disso, a falta de profissionais suficientes nas equipes de enfermagem também é um problema, levando a uma sobrecarga de atividades para os enfermeiros em serviço. Isso pode comprometer tanto a qualidade do atendimento quanto a segurança do paciente.

3. Limitações Estruturais:

Muitas instituições de saúde não possuem uma infraestrutura adequada para a realização da consulta de enfermagem. Ambientes com pouco espaço, sem privacidade ou sem os recursos necessários podem afetar a qualidade do atendimento e o conforto do paciente. A falta de registros eletrônicos adequados também pode ser um desafio, prejudicando a continuidade do cuidado.

4. Resistência à SAE e à Mudança de Práticas:

Apesar de ser regulamentada e reconhecida como fundamental, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ainda enfrenta resistência em algumas instituições. Alguns profissionais podem ver o uso da SAE como uma sobrecarga burocrática, dificultando sua adoção plena no cotidiano. Além disso, a resistência às mudanças de práticas baseadas em evidências, por parte de enfermeiros mais acostumados a métodos tradicionais, também pode ser um obstáculo à implementação de melhorias no atendimento.

5. Desafios na Comunicação:

Problemas de comunicação entre a equipe de enfermagem, outros profissionais de saúde e o paciente também são recorrentes. A falta de clareza nas orientações e a dificuldade em transmitir informações importantes podem gerar falhas na continuidade do cuidado. Além disso, a comunicação inadequada pode afetar a adesão do paciente ao tratamento.

Soluções e Estratégias para Superar os Desafios

Diante desses desafios, os enfermeiros podem adotar uma série de estratégias e soluções para melhorar a qualidade da consulta de enfermagem, garantindo uma assistência mais eficiente e humanizada.

1. Gestão Eficiente do Tempo e Priorização:

Uma das maneiras mais eficazes de lidar com a sobrecarga de trabalho é melhorar a gestão do tempo. Isso pode ser feito através da triagem dos pacientes, priorizando aqueles com necessidades mais urgentes. Ferramentas como checklists e protocolos de atendimento podem ajudar a otimizar as consultas, garantindo que os principais pontos sejam abordados de forma sistemática e eficiente. O uso de agendas organizadas e a delimitação clara do tempo para cada paciente também são estratégias úteis.

2. Otimização de Recursos e Parcerias:

Embora a escassez de recursos seja um desafio externo, o enfermeiro pode buscar otimizar os recursos disponíveis. Isso inclui o uso racional dos insumos e a adaptação de técnicas, sem comprometer a qualidade da assistência. Além disso, a busca por parcerias com outras áreas da saúde pode ser uma solução para suprir a falta de profissionais e recursos. Por exemplo, o trabalho conjunto com assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas pode melhorar a integralidade do cuidado, mesmo com equipes reduzidas.

3. Adequação e Adaptação do Espaço Físico:

Mesmo com limitações estruturais, é possível realizar adaptações que tornem o ambiente mais adequado para a consulta de enfermagem. Garantir a privacidade do paciente, mesmo em um espaço limitado, é crucial para a qualidade da consulta. Além disso, sempre que possível, a instituição deve buscar modernizar sua estrutura, investindo em sistemas eletrônicos de registro e organização de dados, o que facilita o trabalho dos profissionais e melhora a continuidade do cuidado.

4. Capacitação e Sensibilização para a SAE:

Para superar a resistência à implementação da SAE, é necessário promover a capacitação contínua dos profissionais de enfermagem. O treinamento deve ressaltar os benefícios da SAE para a qualidade do cuidado e a segurança do paciente, além de desmistificar sua aplicação, mostrando que ela não é uma sobrecarga, mas sim uma ferramenta que facilita a prática diária. Além disso, a sensibilização sobre a importância das práticas baseadas em evidências deve ser incentivada nas instituições, promovendo uma cultura de melhoria contínua.

5. Melhora da Comunicação:

Uma comunicação clara e eficaz é fundamental para o sucesso da consulta de enfermagem. O uso de técnicas de comunicação terapêutica, que valorizam a escuta ativa e a empatia, pode ajudar a melhorar o relacionamento entre enfermeiro e paciente, promovendo um ambiente de confiança. Para a comunicação dentro da equipe de saúde, o uso de registros padronizados e reuniões de equipe pode minimizar falhas e garantir que todos os membros estejam alinhados com o plano de cuidados.

Superando Barreiras e Promovendo um Cuidado de Qualidade

Superar os desafios da consulta de enfermagem exige comprometimento e adaptação por parte dos profissionais e das instituições. Uma assistência de qualidade depende tanto de fatores individuais, como a competência técnica e a capacidade

de comunicação do enfermeiro, quanto de fatores organizacionais, como a disponibilidade de recursos e uma infraestrutura adequada.

A adoção de uma abordagem multidisciplinar e a criação de um ambiente de colaboração entre os profissionais de saúde também são estratégias importantes. O cuidado deve ser visto como uma responsabilidade compartilhada, onde cada profissional contribui de acordo com suas habilidades, sempre com foco no bem-estar do paciente.

Inovações Tecnológicas e Futuro da Consulta de Enfermagem

Com os avanços tecnológicos, novas ferramentas podem ser integradas à consulta de enfermagem, facilitando o trabalho dos profissionais e melhorando a qualidade da assistência. O uso de sistemas eletrônicos de saúde, telemedicina e inteligência artificial pode otimizar a coleta de dados, o planejamento do cuidado e a comunicação com a equipe. Essas tecnologias, quando bem implementadas, têm o potencial de reduzir a sobrecarga de trabalho, minimizar erros e melhorar a eficiência da consulta.

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Prezado Candidato, o tema acima supracitado, já foi abordado na matéria de Política de Saúde.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEITOS, FUNDAMENTAÇÃO LEGAL, DIRETRIZES E PRINCÍPIOS, PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL

Prezado Candidato, o tema acima supracitado, já foi abordado na matéria de Política de Saúde.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE NA COMUNIDADE

O diagnóstico de saúde na comunidade é uma ferramenta essencial para compreender as condições de saúde de uma população específica e os fatores que influenciam o bem-estar coletivo. Trata-se de um processo sistemático e contínuo que coleta, organiza e analisa dados para identificar problemas, prioridades e recursos disponíveis no contexto local.

Esse diagnóstico é a base para o planejamento de ações de saúde pública eficazes e orientadas por evidências.

► Definição e Importância

O diagnóstico de saúde é mais do que apenas uma análise de dados; ele reflete a realidade vivida pelas pessoas em uma comunidade. É uma abordagem que engloba aspectos epidemiológicos, sociais, econômicos, culturais e ambientais, permitindo um panorama abrangente das necessidades de saúde.

Sua importância reside na capacidade de:

- **Identificar problemas de saúde prevalentes**, como doenças crônicas, surtos de doenças infecciosas e condições associadas ao ambiente ou hábitos de vida.

- **Priorizar intervenções**, alocando recursos para as questões mais urgentes.

▪ **Fortalecer a participação social**, promovendo o engajamento da comunidade no cuidado com a saúde.

Ao integrar essas informações, gestores, profissionais de saúde e a comunidade podem colaborar no desenvolvimento de estratégias mais efetivas e sustentáveis.

► **Relação com Políticas Públicas e Planejamento em Saúde**

O diagnóstico de saúde na comunidade está diretamente relacionado ao planejamento em saúde e à formulação de políticas públicas. Ele é fundamental para:

- Definir prioridades no âmbito local e regional, alinhando-as às metas nacionais e globais de saúde, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).
- Promover equidade ao identificar grupos vulneráveis e elaborar intervenções que reduzam desigualdades.
- Planejar ações intersectoriais, conectando saúde a áreas como educação, saneamento básico e assistência social.

Além disso, ele embasa a construção de Planos Municipais de Saúde e orienta o trabalho de equipes de Saúde da Família, tornando-se essencial na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

► **Exemplo Prático**

Imagine uma comunidade rural onde os moradores relatam altas taxas de doenças gastrointestinais. Um diagnóstico de saúde bem conduzido pode identificar como causas principais a falta de saneamento básico e o consumo de água contaminada.

Com base nesses dados, é possível articular ações como a construção de infraestrutura de saneamento, programas educativos sobre higiene e monitoramento da qualidade da água.

Ao considerar as especificidades locais e os determinantes sociais, o diagnóstico de saúde na comunidade transforma-se em uma ferramenta poderosa para o desenvolvimento de estratégias que promovam a saúde coletiva de maneira eficiente e humanizada.

ETAPAS DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE NA COMUNIDADE

O diagnóstico de saúde na comunidade segue etapas sistemáticas para garantir a coleta, análise e interpretação eficazes dos dados. Essas fases permitem compreender as condições de saúde locais, identificar prioridades e planejar intervenções apropriadas. A seguir, apresentamos as principais etapas que compõem esse processo.

► **Planejamento Inicial**

O primeiro passo é definir o escopo do diagnóstico, identificando o objetivo principal, os problemas de saúde a serem investigados e os recursos disponíveis. Durante essa etapa, são estabelecidos:

- **Objetivos e metas claras:** determinar o que se espera alcançar, como identificar fatores de risco ou avaliar a prevalência de doenças específicas.
- **Parcerias e responsabilidades:** designar as funções de equipes técnicas, gestores e representantes da comunidade.
- **Cronograma e recursos:** organizar o tempo e os materiais necessários para a execução das próximas etapas.

Exemplo: em uma área urbana, pode-se planejar investigar os impactos da poluição na incidência de doenças respiratórias.

► **Coleta de Dados Primários e Secundários**

A coleta de dados envolve reunir informações relevantes sobre a saúde da comunidade. Os dados podem ser:

- **Primários:** coletados diretamente na comunidade por meio de entrevistas, questionários, grupos focais ou observações.
- **Secundários:** obtidos de fontes já existentes, como bancos de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) ou dados epidemiológicos locais.

Fatores a serem analisados incluem:

- Indicadores de saúde (taxas de mortalidade, morbidade, vacinação, etc.).
- Condições ambientais (saneamento, acesso à água potável, habitação).
- Determinantes sociais da saúde (educação, emprego, renda).

Análise de Indicadores e Diagnóstico Situacional

Após a coleta, é necessário analisar os dados para identificar os principais problemas e desafios. Durante essa etapa:

- Os indicadores de saúde são comparados com padrões nacionais e internacionais, como os estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Mapas de vulnerabilidade são elaborados para destacar áreas críticas ou populações mais afetadas.
- Fatores causais e tendências são interpretados, como a correlação entre baixos níveis de escolaridade e altas taxas de doenças crônicas.

A análise deve ser feita de forma clara e objetiva, permitindo que os resultados sejam acessíveis tanto para especialistas quanto para a comunidade.

► **Participação Comunitária**

O envolvimento da população local é essencial para validar os dados coletados e alinhar as prioridades identificadas com as reais necessidades da comunidade. Métodos para promover essa participação incluem:

- **Audiências públicas:** apresentação dos dados e escuta das sugestões.
- **Grupos de trabalho participativos:** com representantes da população e profissionais de saúde.
- **Questionários qualitativos:** para colher percepções sobre os problemas e possíveis soluções.

Essa etapa fortalece o vínculo entre os gestores e a comunidade, promovendo confiança e cooperação.

► **Identificação de Prioridades e Definição de Ações**

Com base na análise e na participação comunitária, são definidas as prioridades e planejadas as intervenções. Para isso, é importante considerar:

- **Urgência:** quais problemas precisam ser solucionados imediatamente.
- **Viabilidade:** recursos e capacidades disponíveis para as ações.

▪ **Impacto esperado:** potencial de melhora nos indicadores de saúde.

Exemplo: em uma comunidade com alta prevalência de hipertensão, a prioridade pode ser um programa de rastreamento e controle da pressão arterial.

► **Elaboração do Relatório e Divulgação dos Resultados**

Os resultados do diagnóstico devem ser documentados em um relatório que inclua:

- Dados coletados e metodologia utilizada.
- Análise detalhada e mapas ou gráficos explicativos.
- Recomendações para intervenções.

A divulgação deve ser transparente e acessível, utilizando meios como reuniões comunitárias, material gráfico simplificado e relatórios técnicos para gestores e profissionais de saúde.

► **Monitoramento e Reavaliação**

Por fim, é necessário acompanhar as ações implementadas e reavaliar periodicamente os indicadores de saúde. O diagnóstico de saúde não é um processo estático; ele deve ser atualizado regularmente para refletir mudanças nas condições da comunidade.

Exemplo: após implementar ações contra doenças gastrointestinais, é essencial monitorar a qualidade da água e a redução de casos na região.

Essas etapas, quando realizadas de forma integrada e participativa, permitem que o diagnóstico de saúde na comunidade seja uma ferramenta eficaz para planejar intervenções baseadas em evidências, promovendo melhorias sustentáveis na saúde coletiva.

PRINCIPAIS MÉTODOS UTILIZADOS NO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE NA COMUNIDADE

O diagnóstico de saúde na comunidade exige a aplicação de métodos que possibilitem uma análise detalhada e realista das condições de saúde e dos determinantes que afetam a população. Esses métodos combinam técnicas quantitativas e qualitativas, permitindo uma visão ampla e aprofundada dos problemas e recursos disponíveis. A seguir, exploraremos os principais métodos utilizados.

► **Inquéritos Domiciliares e Questionários**

Os inquéritos domiciliares são uma das técnicas mais diretas para coletar dados primários da população. Esses instrumentos oferecem informações detalhadas sobre aspectos específicos da saúde comunitária, incluindo:

- Condições de saúde (doenças crônicas, incidência de sintomas).
- Estilo de vida (hábitos alimentares, prática de atividades físicas).
- Acesso a serviços de saúde e medicamentos.

Como funciona:

- São realizadas entrevistas estruturadas ou semiestruturadas diretamente nos domicílios.
- Os questionários podem ser aplicados presencialmente, por telefone ou via plataformas digitais.
- As perguntas variam conforme o objetivo, podendo abordar saúde mental, vacinação, ou condições ambientais, por exemplo.

Vantagens:

- Permite coletar dados detalhados diretamente da fonte.
- Identifica percepções e necessidades específicas da comunidade.

Desafios:

- Exige planejamento logístico para alcançar todas as áreas da comunidade.
- Pode encontrar resistência dos moradores devido à desconfiança ou falta de tempo.

► **Análise de Sistemas de Informação em Saúde**

Os sistemas de informação em saúde são bases de dados que registram informações vitais sobre a população e os serviços de saúde. Exemplos incluem o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Como funciona:

- Analisa dados secundários já registrados em plataformas governamentais ou municipais.
- Inclui indicadores como taxas de mortalidade, morbidade, cobertura vacinal, e notificações de agravos à saúde.

Vantagens:

- Oferece uma visão geral rápida e abrangente.
- Permite identificar tendências e padrões históricos na saúde da população.

Desafios:

- Dependência da qualidade e atualidade dos dados registrados.
- Pode não refletir integralmente a realidade de populações subnotificadas.

► **Mapeamento e Análise Participativa**

Esse método combina a coleta de dados técnicos com a participação ativa da comunidade. Por meio de reuniões, oficinas e mapas participativos, é possível identificar problemas de saúde e recursos locais de forma colaborativa.

Como funciona:

- A comunidade é convidada a apontar áreas de risco, barreiras de acesso a serviços e recursos disponíveis, como postos de saúde ou espaços para atividades físicas.
- Ferramentas como mapas físicos ou digitais ajudam a visualizar os problemas e oportunidades.

Vantagens:

- Promove o engajamento da população no diagnóstico.
- Gera informações contextualizadas, úteis para o planejamento local.

Desafios:

- Requer esforço para mobilizar e capacitar a comunidade.
- Pode ser influenciado por vieses individuais ou coletivos.

► **Análise Qualitativa por Grupos Focais e Entrevistas Profundas**

Técnicas qualitativas complementam os dados quantitativos ao explorar percepções, opiniões e experiências da comunidade em relação à saúde.

▪ **Grupos focais:** Reúnem pequenos grupos da comunidade para discutir temas específicos, como barreiras no acesso à saúde ou percepções sobre doenças prevalentes.

▪ **Entrevistas profundas:** São conduzidas com indivíduos-chave, como líderes comunitários, profissionais de saúde e gestores.

Vantagens:

- Revela nuances e contextos culturais que afetam a saúde.
- Identifica fatores subjetivos, como crenças e atitudes sobre doenças e tratamentos.

Desafios:

- Exige facilitadores experientes para evitar vieses na condução das discussões.
- Produz informações complexas que demandam análise cuidadosa.

► **Observação Direta e Levantamento Ambiental**

A observação direta permite avaliar as condições de saúde em campo, enquanto o levantamento ambiental investiga fatores externos que influenciam o bem-estar da população.

▪ **Observação direta:** Analisa infraestruturas de saúde, hábitos coletivos e condições de moradia.

▪ **Levantamento ambiental:** Examina condições como saneamento básico, qualidade da água, coleta de lixo e poluição.

Vantagens:

- Oferece uma visão realista e prática das condições de vida e saúde.
- Complementa os dados estatísticos com evidências visuais e contextuais.

Desafios:

- Pode ser subjetivo, dependendo do observador.
- Exige tempo e deslocamento para cobrir toda a área da comunidade.

Estudos Epidemiológicos e Análise Estatística

Os estudos epidemiológicos são essenciais para identificar padrões, fatores de risco e grupos mais vulneráveis. Eles incluem estudos transversais, longitudinais ou de caso-controle.

▪ **Estudos transversais:** Avaliam a prevalência de condições de saúde em um momento específico.

▪ **Estudos longitudinais:** Monitoram a saúde da população ao longo do tempo.

▪ **Estudos de caso-controle:** Comparam indivíduos afetados por determinada condição com aqueles que não apresentam o problema.

Vantagens:

- Permite entender relações causais entre fatores de risco e doenças.
- Fornece dados robustos para subsidiar decisões baseadas em evidências.

Desafios:

- Exige expertise técnica para desenhar e interpretar os estudos.
- Demanda tempo e recursos financeiros para sua execução.

Os métodos utilizados no diagnóstico de saúde na comunidade são variados e complementares. A combinação de abordagens quantitativas e qualitativas permite uma análise abrangente, garantindo que as intervenções sejam planejadas com base em evidências e nas reais necessidades da população. Adotar métodos adequados e bem executados é essencial para transformar o diagnóstico em um instrumento eficaz para a promoção da saúde coletiva.

DESAFIOS NO PROCESSO DE DIAGNÓSTICO DE SAÚDE NA COMUNIDADE

A realização de um diagnóstico de saúde na comunidade é essencial para identificar problemas e planejar ações que atendam às reais necessidades da população. No entanto, o processo enfrenta diversos desafios que podem limitar sua eficácia e impacto. Esses obstáculos surgem devido a fatores estruturais, culturais, políticos e técnicos.

A seguir, exploraremos os principais desafios enfrentados nesse contexto.

► **Limitações de Recursos e Infraestrutura**

A insuficiência de recursos financeiros, materiais e humanos é um dos maiores desafios no diagnóstico de saúde, especialmente em áreas vulneráveis.

▪ **Recursos financeiros:** A falta de orçamento para realizar pesquisas de campo, adquirir equipamentos e contratar especialistas pode comprometer a qualidade do diagnóstico.

▪ **Infraestrutura inadequada:** Locais com baixa conectividade digital, como áreas rurais ou comunidades remotas, dificultam o acesso a sistemas de informação e a comunicação com a população.

▪ **Carência de pessoal qualificado:** Muitos municípios não possuem equipes técnicas treinadas para realizar diagnósticos detalhados ou interpretar dados de forma eficaz.

Impacto: Essas limitações podem resultar em diagnósticos incompletos ou imprecisos, prejudicando o planejamento de intervenções eficazes.

► **Barreiras Culturais e Resistência Comunitária**

O sucesso de um diagnóstico depende da colaboração da comunidade, mas barreiras culturais e desconfianças podem dificultar essa interação.

▪ **Falta de compreensão sobre o processo:** Muitos moradores desconhecem o objetivo do diagnóstico, o que pode gerar resistência em fornecer informações.

▪ **Diferenças culturais:** Práticas e crenças locais podem entrar em conflito com a metodologia do diagnóstico. Por exemplo, comunidades indígenas ou tradicionais podem ter concepções distintas sobre saúde e doença.

▪ **Desconfiança em relação aos gestores públicos:** Em áreas onde há histórico de negligência governamental, a população pode recusar-se a participar por acreditar que o diagnóstico não resultará em melhorias concretas.

Impacto: Essas barreiras comprometem a coleta de dados primários e podem distorcer o diagnóstico ao excluir a percepção da comunidade.

► **Subnotificação e Qualidade dos Dados**

A qualidade dos dados disponíveis é um aspecto crucial para a precisão do diagnóstico. No entanto, problemas relacionados à coleta, registro e atualização de informações são comuns.

▪ **Subnotificação:** Doenças e condições de saúde muitas vezes não são registradas, especialmente em regiões com acesso limitado a serviços de saúde.

▪ **Dados desatualizados:** Sistemas de informação frequentemente apresentam atrasos na inserção de dados, dificultando análises situacionais precisas.

▪ **Falta de padronização:** Diferenças nos critérios de registro e indicadores usados podem dificultar a comparação entre localidades ou períodos.

Impacto: Dados inconsistentes ou insuficientes levam a um diagnóstico distorcido, afetando a priorização e o planejamento de ações.

► **Dificuldades na Integração Intersetorial**

O diagnóstico de saúde na comunidade requer a colaboração entre diferentes setores, como saúde, educação, saneamento e assistência social. No entanto, essa integração nem sempre ocorre de maneira eficaz.

▪ **Fragmentação institucional:** Falta de comunicação entre secretarias ou departamentos dificulta o compartilhamento de dados e o alinhamento de estratégias.

▪ **Falta de recursos intersetoriais:** Cada setor enfrenta suas próprias limitações, o que reduz a possibilidade de parcerias produtivas.

▪ **Diferenças de prioridades:** Enquanto a saúde pode priorizar a prevenção de doenças, outros setores podem focar em problemas como infraestrutura ou segurança, criando desalinhamento nos objetivos.

Impacto: A ausência de integração compromete a análise dos determinantes sociais da saúde e reduz a efetividade das intervenções planejadas.

► **Complexidade de Análise e Interpretação dos Dados**

O volume e a diversidade de dados coletados durante o diagnóstico exigem capacidade técnica para sua análise e interpretação.

▪ **Falta de especialistas:** Nem todas as localidades contam com profissionais capacitados em análise estatística, epidemiológica ou em metodologias qualitativas.

▪ **Ferramentas inadequadas:** Sistemas de análise muitas vezes não estão disponíveis, dificultando a organização e visualização dos dados.

▪ **Dificuldade de comunicação dos resultados:** Mesmo quando os dados são bem analisados, sua interpretação pode ser apresentada de forma complexa, dificultando o entendimento pelos gestores e pela comunidade.

Impacto: Problemas nessa etapa resultam em diagnósticos pouco acessíveis, que não subsidiam decisões informadas e eficazes.

► **Desafios Políticos e Administrativos**

Fatores políticos e administrativos também influenciam o processo de diagnóstico, muitas vezes dificultando sua execução e utilização.

▪ **Mudanças frequentes na gestão:** A troca de gestores pode levar à descontinuidade de projetos e perda de dados ou foco nas prioridades.

▪ **Interesses políticos conflitantes:** Algumas áreas podem ser favorecidas ou negligenciadas devido a interesses políticos locais.

▪ **Falta de compromisso com os resultados:** Mesmo com um diagnóstico bem executado, gestores podem não priorizar ou implementar as ações necessárias.

Impacto: A interferência política prejudica o uso do diagnóstico como base para decisões técnicas, reduzindo seu impacto na saúde da comunidade.

► **Tempo e Custo do Processo**

O diagnóstico de saúde é um processo que demanda tempo e investimento significativo. Muitas vezes, os gestores enfrentam pressão para apresentar resultados rápidos, o que pode comprometer a qualidade.

▪ **Prazo insuficiente:** Diagnósticos realizados apressadamente podem negligenciar etapas importantes, como a participação comunitária.

▪ **Orçamento inadequado:** A alocação insuficiente de recursos inviabiliza o uso de métodos robustos e abrangentes.

Impacto: Essas restrições podem resultar em diagnósticos incompletos ou superficiais, que não atendem às necessidades reais da população.

Superando os Desafios

Embora o diagnóstico de saúde na comunidade enfrente vários desafios, é possível superá-los com estratégias bem planejadas:

- Investir na capacitação de equipes locais.
- Fortalecer a comunicação e a integração entre setores.
- Promover transparência e engajamento comunitário.
- Buscar financiamento adequado e apoio de organizações externas.

Com essas abordagens, o processo pode ser aprimorado, resultando em diagnósticos mais precisos e intervenções de saúde pública mais eficazes.

IMPACTOS DO DIAGNÓSTICO DE SAÚDE NA GESTÃO E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COLETIVA

O diagnóstico de saúde na comunidade é uma ferramenta estratégica que vai além da coleta e análise de dados; ele tem um impacto profundo na gestão de sistemas de saúde e na promoção da saúde coletiva. Suas contribuições são essenciais para garantir que políticas públicas, intervenções e alocação de recursos atendam às reais necessidades da população. Abaixo, exploramos os principais impactos desse processo.

► **Identificação de Problemas e Prioridades de Saúde**

O diagnóstico de saúde permite identificar de forma clara os problemas mais prevalentes e urgentes em uma comunidade.

▪ **Reconhecimento de padrões epidemiológicos:** Permite destacar as principais causas de morbidade e mortalidade, como doenças crônicas (diabetes, hipertensão) ou surtos de doenças infecciosas.

▪ **Localização de áreas críticas:** O uso de mapeamento ajuda a identificar regiões ou populações mais vulneráveis, como áreas com baixa cobertura vacinal ou acesso limitado a serviços de saúde.

Impacto: A identificação de prioridades facilita o direcionamento de recursos e esforços para os problemas mais relevantes, otimizando o impacto das intervenções.

► **Planejamento Baseado em Evidências**

O diagnóstico oferece dados concretos que embasam o planejamento e a execução de políticas de saúde pública.

▪ **Definição de metas e estratégias:** As informações coletadas ajudam a estabelecer objetivos claros, como aumentar a cobertura de atenção básica ou reduzir a prevalência de doenças específicas.

▪ **Ações personalizadas:** O diagnóstico leva em conta as especificidades de cada comunidade, permitindo o desenvolvimento de intervenções adaptadas à realidade local.

▪ **Prevenção de crises:** Identificar riscos potenciais permite que gestores implementem ações preventivas, evitando que problemas se agravem.

Impacto: Gestores podem tomar decisões mais assertivas, economizando recursos e aumentando a eficiência das políticas de saúde.

► **Fortalecimento da Participação Comunitária**

O diagnóstico de saúde é uma oportunidade para envolver a comunidade no processo de identificação de problemas e soluções.

▪ **Empoderamento da população:** A participação ativa no diagnóstico estimula o senso de pertencimento e responsabilidade pelos resultados.

▪ **Parceria com lideranças locais:** Ao trabalhar junto com líderes comunitários, é possível garantir maior adesão às ações de saúde.

▪ **Promoção da educação em saúde:** A coleta de dados e os debates gerados durante o diagnóstico ajudam a sensibilizar a população sobre questões relevantes, como vacinação, saneamento ou hábitos saudáveis.

Impacto: A participação comunitária fortalece a legitimidade das ações e aumenta as chances de sucesso das intervenções planejadas.

► **Monitoramento e Avaliação Contínuos**

O diagnóstico também é uma ferramenta valiosa para o monitoramento e a avaliação de políticas e programas de saúde.

▪ **Acompanhamento de indicadores:** Permite verificar se os objetivos estão sendo alcançados, como a redução de taxas de mortalidade ou o aumento da cobertura de consultas médicas.

▪ **Correção de estratégias:** Caso os dados indiquem que uma ação não está surtindo efeito, o diagnóstico pode orientar ajustes nas políticas.

▪ **Medir o impacto das intervenções:** Avaliar mudanças nos indicadores após a implementação de programas ajuda a identificar quais estratégias são mais eficazes.

Impacto: O uso contínuo do diagnóstico garante que a gestão da saúde seja dinâmica e adaptável às mudanças nas condições da população.

► **Promoção da Equidade em Saúde**

Um dos grandes benefícios do diagnóstico é sua capacidade de revelar desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

▪ **Identificação de grupos vulneráveis:** O diagnóstico destaca populações em maior risco, como crianças, idosos, mulheres ou comunidades rurais e indígenas.

▪ **Redução de desigualdades:** Com base nos dados, gestores podem alocar recursos e desenvolver políticas voltadas para as populações mais desfavorecidas.

▪ **Intervenções intersetoriais:** O diagnóstico também facilita a identificação de problemas que vão além da saúde, como pobreza, educação precária e falta de saneamento, promovendo ações integradas.

Impacto: Ao abordar as desigualdades, o diagnóstico contribui para uma sociedade mais justa e para a garantia do direito universal à saúde.

► **Estímulo à Intersetorialidade**

O diagnóstico de saúde reforça a necessidade de colaboração entre diferentes setores, reconhecendo que a saúde é influenciada por fatores econômicos, sociais e ambientais.

▪ **Parcerias com outros setores:** Dados sobre saneamento, educação, habitação e segurança podem ser utilizados para planejar ações integradas que melhoram a saúde e o bem-estar.

▪ **Coordenação entre diferentes níveis de gestão:** A interação entre municípios, estados e governo federal é facilitada pelo compartilhamento de informações coletadas no diagnóstico.

Impacto: A intersetorialidade maximiza o impacto das ações e fortalece a gestão integrada das políticas públicas.

► **Melhoria na Alocação de Recursos**

O diagnóstico permite uma visão detalhada das necessidades locais, evitando desperdícios e promovendo o uso eficiente dos recursos disponíveis.

▪ **Foco em problemas prioritários:** Gestores podem direcionar recursos para áreas que realmente necessitam de atenção, evitando gastos desnecessários com problemas secundários.

▪ **Planejamento financeiro mais eficiente:** O diagnóstico ajuda a prever demandas futuras, como aumento no uso de medicamentos ou necessidade de novas infraestruturas de saúde.

Impacto: Os recursos financeiros, humanos e materiais são otimizados, aumentando a eficiência do sistema de saúde.

O impacto do diagnóstico de saúde na gestão e na promoção da saúde coletiva é abrangente e profundo. Ele possibilita ações baseadas em evidências, promove a equidade e fortalece a participação comunitária, resultando em políticas públicas mais eficazes e inclusivas.

Quando realizado de forma contínua e integrada, o diagnóstico transforma-se em um pilar fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO, DIREÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

A administração em saúde é um campo essencial para garantir que os serviços prestados à população sejam eficazes, eficientes e equitativos. Nesse contexto, os cinco pilares administrativos – planejamento, organização, direção, controle e avaliação – formam a base de uma gestão que busca não apenas alcançar metas, mas também melhorar continuamente a qualidade do atendimento e o uso racional dos recursos.

Esses pilares são fundamentais em um cenário de alta complexidade, como o da saúde pública brasileira. Com demandas crescentes, restrições orçamentárias e a necessidade de atender a uma população diversificada e em constante crescimento, a administração estratégica se torna indispensável para enfrentar os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos sistemas privados.

O planejamento adequado permite que gestores prevejam demandas, antecipem problemas e direcionem recursos de forma inteligente. A organização, por sua vez, garante que os fluxos de trabalho, as equipes e os recursos estejam estruturados para alcançar os objetivos traçados.

A direção atua como um norte, conduzindo equipes e estratégias rumo às metas estabelecidas, enquanto o controle assegura que os processos estejam de acordo com o que foi planejado, corrigindo desvios quando necessário. Por fim, a avaliação fecha o ciclo, promovendo o aprendizado contínuo e a melhoria dos serviços.

PLANEJAMENTO: A BASE DO PROCESSO ADMINISTRATIVO

O planejamento é o primeiro e mais crucial passo do processo administrativo, sendo responsável por orientar todas as ações subsequentes dentro de uma organização. No contexto da saúde, ele ganha ainda mais relevância, considerando que lida com

questões que impactam diretamente o bem-estar e a vida da população. Planejar significa antecipar cenários, alocar recursos de forma eficiente e estabelecer objetivos claros e realistas para garantir o melhor atendimento possível.

► **O que é planejamento em saúde?**

No setor da saúde, o planejamento é um processo contínuo e sistemático que visa a identificar necessidades, definir metas e traçar estratégias para alcançá-las. Ele se divide em três níveis principais:

▪ **Planejamento estratégico:** Abrange a visão de longo prazo e define os objetivos gerais de uma organização de saúde, como um hospital, uma secretaria municipal ou o próprio SUS. Exemplo: ampliar o acesso à atenção primária em uma região nos próximos cinco anos.

▪ **Planejamento tático:** Traduz os objetivos estratégicos em planos de médio prazo, detalhando ações e recursos necessários para áreas específicas. Exemplo: contratar novos médicos e adquirir equipamentos para unidades de saúde.

▪ **Planejamento operacional:** Foca no curto prazo e no detalhamento das ações do dia a dia. Exemplo: escalonar equipes de plantão ou organizar campanhas de vacinação.

Esses níveis devem estar interligados, garantindo que as metas de longo prazo sejam alcançadas por meio de ações concretas no dia a dia.

► **Diagnóstico situacional: O ponto de partida**

Um planejamento eficaz começa com um diagnóstico situacional, uma análise detalhada das condições internas e externas que influenciam o sistema de saúde. Para isso, são usados instrumentos como:

▪ **Análise SWOT (Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças):** Ajuda a identificar aspectos internos (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças) que impactam a organização.

▪ **Indicadores de saúde:** Dados como taxas de mortalidade, cobertura vacinal e tempo de espera em serviços são fundamentais para entender as demandas reais da população.

▪ **Mapeamento de recursos:** Levantamento de profissionais, materiais, estrutura física e orçamento disponível.

Um exemplo prático é o diagnóstico situacional realizado em municípios que implementam planos de combate à dengue, onde são analisados índices de infestação do mosquito, condições de saneamento básico e histórico de surtos.

► **Ferramentas e metodologias de planejamento**

O uso de ferramentas metodológicas é essencial para estruturar e monitorar o planejamento em saúde. Algumas das mais comuns incluem:

▪ **Planejamento Ascendente (Bottom-Up):** Parte das necessidades identificadas pelas equipes de base e pela população, garantindo maior aderência às realidades locais.

▪ **Ciclo PDCA (Planejar, Fazer, Verificar, Agir):** Um modelo cíclico que promove o planejamento contínuo e a melhoria constante.

▪ **Planejamento Regional Integrado:** No caso do SUS, é comum que o planejamento envolva consórcios entre municípios, promovendo ações coordenadas para otimizar recursos.

► **Exemplo prático: Campanha de vacinação**

Imagine uma campanha nacional de vacinação contra o sarampo.

- No planejamento estratégico, o objetivo seria aumentar a cobertura vacinal em todo o país em 90% até o final do ano.
- No planejamento tático, os estados e municípios definiriam estratégias, como abrir postos itinerantes, disponibilizar equipes em locais de grande circulação ou realizar campanhas educativas.
- Já no planejamento operacional, seria realizado o agendamento das equipes, a distribuição de doses e a organização das filas nos postos.

► **Os desafios do planejamento em saúde**

Apesar de sua importância, o planejamento enfrenta desafios significativos, como:

- **Recursos limitados:** Orçamentos restritos obrigam escolhas difíceis entre prioridades.
- **Imprevistos:** Epidemias e desastres naturais podem comprometer o plano inicial.
- **Falta de integração:** O desalinhamento entre os níveis estratégico, tático e operacional prejudica a execução.

Superar esses desafios requer uma abordagem flexível, mas bem estruturada, com base em dados confiáveis e participação ativa das partes interessadas.

O planejamento é a base sólida sobre a qual se constrói uma gestão eficiente em saúde. Ele não é apenas um documento burocrático, mas uma ferramenta viva, que orienta as ações e permite alcançar melhores resultados com os recursos disponíveis. Um planejamento bem-feito não apenas melhora a qualidade dos serviços prestados, mas também gera confiança na população e nos profissionais, além de promover a sustentabilidade do sistema.

ORGANIZAÇÃO: ESTRUTURANDO OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Após o planejamento, o próximo passo no processo administrativo é a organização, que traduz as ideias e estratégias traçadas em estruturas concretas. Na gestão em saúde, a organização envolve a definição de funções, alocação de recursos, formação de equipes e o estabelecimento de fluxos de trabalho que assegurem a entrega eficiente e eficaz dos serviços.

Uma organização bem estruturada é crucial para atender às necessidades da população, garantir o uso racional dos recursos disponíveis e proporcionar um ambiente funcional para os profissionais da saúde.

► **O que é organização no contexto da saúde?**

A organização é o processo de transformar o planejamento em ações concretas por meio da estruturação de recursos físicos, financeiros, tecnológicos e humanos. Ela abrange:

- **Divisão de tarefas:** Definir quem faz o quê dentro da instituição.
- **Estabelecimento de hierarquias:** Delimitar níveis de autoridade e responsabilidade.
- **Coordenação de recursos:** Garantir que os recursos estejam alocados corretamente para atender às demandas.

No contexto da saúde, isso pode significar, por exemplo, organizar as atividades de uma unidade de pronto atendimento (UPA), definindo funções para médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos, além de assegurar a disponibilidade de materiais e medicamentos.

► **Estrutura organizacional em saúde**

Existem diferentes tipos de estruturas organizacionais, cada uma com suas características e aplicabilidades:

- **Estrutura funcional:** Baseada em especializações. Por exemplo, setores de enfermagem, administração e farmácia atuando de forma separada.
- **Estrutura por processos:** Organiza-se em torno de fluxos de trabalho específicos, como o atendimento ao paciente, desde a triagem até a alta.
- **Estrutura matricial:** Combina aspectos das estruturas funcional e por processos, promovendo maior integração e comunicação.

No SUS, a organização frequentemente adota uma abordagem regionalizada e hierarquizada, dividindo os serviços em atenção primária, secundária e terciária. Esse modelo assegura que os pacientes tenham acesso ao atendimento adequado à complexidade de suas necessidades.

► **O papel da organização na gestão de equipes**

Um dos principais aspectos da organização em saúde é a gestão de pessoas. Equipes bem organizadas são essenciais para garantir um atendimento eficaz. Alguns passos fundamentais incluem:

- **Definição clara de papéis:** Cada profissional deve saber exatamente suas funções e responsabilidades.
- **Treinamento e capacitação:** Manter as equipes atualizadas é essencial para melhorar o desempenho.
- **Comunicação eficiente:** Fluxos de informação claros evitam erros e duplicidades.

Exemplo: Em um hospital, é necessário coordenar médicos especialistas, enfermeiros, técnicos e pessoal administrativo para garantir que um paciente receba todos os cuidados necessários, desde exames até a medicação.

► **Gestão de recursos materiais e financeiros**

Além de organizar as equipes, é crucial estruturar os recursos materiais e financeiros para o funcionamento eficiente dos serviços. Isso envolve:

- **Controle de estoques:** Evitar falta ou desperdício de medicamentos e insumos.
- **Distribuição de equipamentos:** Garantir que todas as unidades tenham acesso às tecnologias necessárias.
- **Gestão orçamentária:** Priorizar gastos com base nas necessidades mais urgentes.

Um exemplo prático é o controle do estoque de vacinas em uma campanha nacional de imunização, onde a organização eficaz evita desperdícios e assegura que todas as regiões sejam atendidas.

► Ferramentas para organizar os serviços de saúde

A adoção de ferramentas e metodologias pode otimizar a organização no setor de saúde. Algumas das mais utilizadas incluem:

- **Método 5S:** Organização de espaços para melhorar a eficiência, segurança e limpeza.
- **Mapas de processos e fluxogramas:** Auxiliam na visualização e estruturação do fluxo de trabalho.
- **Protocolos e manuais de procedimentos:** Padronizam ações e garantem uniformidade no atendimento.

No contexto do SUS, a utilização de sistemas informatizados, como o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), também facilita a organização de dados e o monitoramento de serviços.

► Exemplo prático: Organização de uma UPA

Para garantir que uma Unidade de Pronto Atendimento funcione de maneira eficiente, é necessário:

- Estabelecer áreas específicas para triagem, atendimento médico, exames e repouso.
- Distribuir os profissionais de saúde em turnos adequados, evitando sobrecarga.
- Organizar estoques de medicamentos e insumos, garantindo fácil acesso aos itens mais usados.
- Implementar fluxos claros para o encaminhamento de casos mais graves a hospitais de maior complexidade.

► Desafios da organização no setor de saúde

Embora essencial, a organização enfrenta barreiras, como:

- **Sobrecarga de trabalho:** Alta demanda pode dificultar a alocação ideal de recursos.
- **Falta de recursos:** Escassez de profissionais ou materiais compromete a estruturação.
- **Problemas de comunicação:** Ruídos na transmissão de informações podem gerar retrabalho e erros.

Superar esses desafios requer criatividade, comprometimento e uma abordagem colaborativa entre gestores e equipes.

A organização é o elo que conecta o planejamento à execução. Ela traduz metas e estratégias em ações coordenadas, assegurando que recursos sejam utilizados de maneira eficiente e que a população receba atendimento de qualidade.

No setor de saúde, onde vidas estão em jogo, uma organização eficaz não é apenas desejável, mas indispensável. Por meio da estruturação adequada de equipes, processos e recursos, é possível criar sistemas mais resilientes e preparados para atender às necessidades da sociedade.

DIREÇÃO: A LIDERANÇA COMO FATOR DE SUCESSO

No processo administrativo, a direção representa o momento em que os planos saem do papel e se transformam em ações concretas. Ela envolve a liderança, a comunicação e a coordenação das equipes para alcançar os objetivos traçados. No setor da saúde, onde o trabalho em equipe é essencial e os desafios são complexos, a direção se torna um elemento-chave para garantir eficiência, qualidade no atendimento e a satisfação tanto dos usuários quanto dos profissionais.

A liderança em saúde vai além da execução de tarefas; é o elo que motiva as equipes, promove a colaboração e mantém todos alinhados em direção às metas estabelecidas.

► O que é direção na administração em saúde?

A direção é o processo de orientar, influenciar e supervisionar pessoas para que elas realizem suas atividades de forma alinhada aos objetivos organizacionais. Em outras palavras, é a função de transformar o planejamento e a organização em resultados concretos por meio do engajamento humano.

No contexto da saúde, a direção abrange:

- **Tomada de decisão:** Estabelecer prioridades e resolver problemas em tempo real.
- **Motivação e liderança:** Inspirar as equipes para que trabalhem com comprometimento e eficiência.
- **Comunicação eficaz:** Garantir que as informações circulem de forma clara e precisa entre os níveis hierárquicos.

► O papel da liderança na direção

A liderança é um dos elementos mais importantes da direção. Líderes eficazes ajudam a superar desafios, aumentam a produtividade das equipes e promovem um ambiente de trabalho saudável. No setor da saúde, onde o estresse e a carga emocional são altos, a liderança desempenha um papel ainda mais relevante.

Tipos de liderança frequentemente encontrados em saúde:

- **Liderança autocrática:** O líder toma decisões sozinho e espera que a equipe as execute. É útil em situações de crise, como emergências médicas, mas pode ser contraproducente em ambientes que exigem colaboração.
- **Liderança democrática:** O líder envolve a equipe no processo decisório, promovendo participação e engajamento. É ideal para a construção de estratégias a longo prazo.
- **Liderança transformacional:** O líder inspira e motiva a equipe a buscar inovação e melhoria contínua. É especialmente valiosa em contextos de mudanças e desafios.

Um exemplo prático de liderança transformacional é a atuação de gestores durante a pandemia de COVID-19, que precisaram inspirar equipes, adaptar processos e garantir que os serviços de saúde continuassem funcionando mesmo sob pressão extrema.

► Motivação e engajamento das equipes

A direção eficaz depende da capacidade de manter as equipes motivadas e engajadas. Isso é particularmente importante no setor de saúde, onde os profissionais enfrentam desafios físicos e emocionais diariamente.

Fatores que impactam a motivação:

- **Reconhecimento:** Valorizar o esforço e as conquistas dos profissionais.
- **Oportunidades de crescimento:** Oferecer treinamentos, capacitações e possibilidades de ascensão na carreira.
- **Ambiente de trabalho saudável:** Promover relações interpessoais positivas e condições adequadas de trabalho.

Exemplo: Um gestor de hospital que implementa programas de bem-estar para os profissionais, como suporte psicológico e horários mais flexíveis, contribui para o aumento da motivação e da retenção de talentos.

► **A importância da comunicação na direção**

Uma comunicação eficiente é essencial para alinhar as equipes, evitar erros e garantir a execução das tarefas. No setor da saúde, onde informações críticas precisam ser transmitidas com precisão, a comunicação é um fator de segurança e qualidade no atendimento.

Características de uma comunicação eficaz:

- **Clareza:** Transmitir mensagens de forma direta e compreensível.
- **Assertividade:** Garantir que as informações sejam transmitidas sem ambiguidades.
- **Feedback constante:** Oferecer e receber retornos para ajustar processos e melhorar continuamente.

Exemplo: Em um hospital, a comunicação eficaz entre médicos, enfermeiros e técnicos pode evitar erros de medicação ou diagnósticos equivocados, promovendo a segurança do paciente.

► **Coordenação: Unindo esforços para alcançar resultados**

Além da liderança e da comunicação, a direção envolve a coordenação dos esforços de todas as partes envolvidas. Isso significa garantir que cada setor, equipe e indivíduo saiba como sua contribuição se encaixa no objetivo geral.

Ferramentas úteis para a coordenação incluem:

- **Reuniões regulares:** Alinhar objetivos e discutir progressos.
- **Sistemas informatizados:** Facilitar o acesso e a troca de informações.
- **Protocolos e rotinas:** Padronizar processos para evitar inconsistências.

No SUS, a coordenação de redes de atenção à saúde é um exemplo de direção em larga escala, unindo unidades de diferentes níveis de complexidade para oferecer atendimento integral e contínuo.

► **Desafios da direção em saúde**

Dirigir equipes no setor de saúde apresenta desafios únicos, como:

- **Alta carga de trabalho:** Profissionais frequentemente lidam com sobrecarga, o que pode afetar o desempenho.
- **Conflitos interpessoais:** Divergências entre membros da equipe podem prejudicar a harmonia e a produtividade.
- **Mudanças constantes:** Novas demandas e políticas públicas exigem capacidade de adaptação.

Superar esses desafios exige líderes preparados, que saibam equilibrar firmeza e empatia, além de promover uma cultura organizacional saudável.

► **Exemplo prático: Direção em uma unidade básica de saúde (UBS)**

Em uma UBS, o gestor desempenha um papel fundamental na direção das atividades. Ele:

- Orienta os profissionais de saúde sobre os objetivos da unidade, como aumentar a cobertura vacinal na região.
- Promove reuniões semanais para avaliar o progresso das metas e identificar gargalos.
- Implementa estratégias de motivação, como premiar a equipe com melhor desempenho.

- Resolve conflitos internos para garantir a harmonia no ambiente de trabalho.

A direção é a função administrativa que conecta pessoas e processos em torno de objetivos comuns. No setor da saúde, a liderança eficaz, a comunicação clara e a coordenação bem estruturada são fatores determinantes para o sucesso das operações.

Gestores que dominam essas habilidades não apenas garantem a execução dos planos, mas também criam um ambiente propício à inovação, ao engajamento e à excelência no atendimento.

CONTROLE E AVALIAÇÃO: GARANTINDO A QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Os pilares de controle e avaliação são fundamentais na administração em saúde, pois asseguram que os serviços estejam sendo executados conforme o planejado, identifiquem desvios e promovam melhorias contínuas. Esses processos visam garantir a eficiência, eficácia e qualidade no atendimento à população, além de oferecer subsídios para decisões baseadas em dados concretos.

O controle e a avaliação não são apenas etapas finais do processo administrativo, mas partes dinâmicas que dialogam com o planejamento e a organização, fechando o ciclo da gestão estratégica em saúde.

► **O que é controle na administração em saúde?**

O controle refere-se ao monitoramento das atividades realizadas para verificar se elas estão alinhadas aos objetivos e padrões estabelecidos no planejamento. Ele inclui a identificação de problemas e a implementação de ações corretivas, quando necessário.

As etapas do controle incluem:

- **Definição de indicadores:** Escolher métricas que avaliem o desempenho, como tempo de espera no atendimento ou taxa de ocupação de leitos.
- **Coleta de dados:** Monitorar continuamente as atividades e registrar informações relevantes.
- **Comparação com padrões:** Analisar os resultados obtidos e compará-los aos objetivos estabelecidos.
- **Ação corretiva:** Ajustar processos para corrigir falhas identificadas.

Por exemplo, em uma unidade básica de saúde (UBS), o controle pode ser realizado monitorando a cobertura vacinal em uma região. Caso a meta estabelecida não esteja sendo atingida, estratégias de mobilização podem ser implementadas.

► **O que é avaliação em saúde?**

A avaliação, por sua vez, analisa a efetividade das ações realizadas, considerando os resultados alcançados e seu impacto na saúde da população. Ela é essencial para identificar o que funcionou, o que precisa ser melhorado e como otimizar recursos.

Tipos de avaliação mais comuns:

- **Avaliação de processo:** Verifica se as atividades estão sendo realizadas conforme planejado.

Exemplo: Avaliar se as consultas agendadas estão sendo realizadas no prazo esperado.

- **Avaliação de resultado:** Mede os efeitos das ações sobre os indicadores.

Exemplo: Redução da mortalidade infantil após a implementação de um programa de saúde materna.

▪ **Avaliação de impacto:** Analisa as mudanças de longo prazo na saúde da população.

Exemplo: Aumento da expectativa de vida em decorrência de políticas públicas eficazes.

► **Ferramentas para controle e avaliação**

Existem diversas ferramentas que auxiliam no controle e na avaliação dos serviços de saúde. Algumas delas incluem:

▪ **Indicadores de saúde:** Permitem medir a qualidade e o desempenho dos serviços. Exemplos: taxa de mortalidade infantil, cobertura vacinal e índice de satisfação dos usuários.

▪ **Auditorias:** Avaliam se os serviços estão em conformidade com normas e padrões estabelecidos.

▪ **Relatórios gerenciais:** Consolidação de dados para análise de desempenho.

▪ **Painéis de controle (dashboards):** Plataformas digitais que fornecem dados em tempo real para o acompanhamento de indicadores.

No SUS, o e-SUS Atenção Básica e o Datasus são ferramentas amplamente utilizadas para monitorar e avaliar os serviços em diferentes níveis de atenção.

► **Exemplo prático: Controle e avaliação em uma campanha de vacinação**

Durante uma campanha de vacinação, o controle pode ser realizado por meio do monitoramento diário das doses aplicadas e da comparação com as metas estabelecidas para cada região. Já a avaliação pode verificar o impacto da campanha, analisando a redução de casos da doença-alvo nos meses seguintes.

Indicadores utilizados:

- Cobertura vacinal (percentual da população-alvo vacinada).
- Redução da incidência da doença.
- Satisfação dos usuários com o processo de vacinação.

► **Desafios do controle e da avaliação em saúde**

Apesar de sua importância, o controle e a avaliação enfrentam desafios específicos no setor de saúde:

▪ **Deficiência de dados:** A falta de informações confiáveis e atualizadas dificulta o monitoramento.

▪ **Resistência a mudanças:** A implementação de ações corretivas pode enfrentar barreiras culturais e organizacionais.

▪ **Limitações de recursos:** Muitas instituições de saúde têm restrições orçamentárias que impactam o monitoramento e a análise de resultados.

▪ **Complexidade do sistema de saúde:** As interações entre os diferentes níveis de atenção e a multiplicidade de atores dificultam a avaliação de impacto.

Esses desafios reforçam a necessidade de investir em tecnologia, capacitação e uma cultura organizacional voltada para a melhoria contínua.

► **O ciclo do controle e avaliação: PDCA**

Uma metodologia amplamente usada no setor da saúde é o ciclo PDCA (Planejar, Fazer, Verificar, Agir), que promove a melhoria contínua dos processos:

- **Planejar:** Definir metas e padrões.
- **Fazer:** Implementar ações planejadas.

▪ **Verificar:** Monitorar os resultados e comparar com os objetivos.

▪ **Agir:** Implementar mudanças para corrigir falhas e melhorar o desempenho.

Exemplo prático: Em uma maternidade, o PDCA pode ser utilizado para reduzir taxas de infecção pós-parto, monitorando processos e ajustando protocolos clínicos.

► **O impacto do controle e da avaliação na qualidade dos serviços**

Quando bem aplicados, o controle e a avaliação geram benefícios significativos para o sistema de saúde:

▪ **Melhoria da eficiência:** Identificação de desperdícios e otimização do uso de recursos.

▪ **Garantia de segurança:** Identificação precoce de falhas que possam comprometer a saúde dos pacientes.

▪ **Foco no usuário:** A avaliação de satisfação dos usuários promove ajustes que atendam às suas expectativas.

▪ **Sustentabilidade:** Análises baseadas em dados ajudam a planejar ações mais duradouras e eficazes.

O controle e a avaliação são indispensáveis para garantir que os serviços de saúde cumpram sua missão de atender a população com qualidade e eficiência. Por meio do monitoramento contínuo e da análise crítica dos resultados, é possível identificar falhas, corrigir rumos e promover melhorias que impactam diretamente a saúde e o bem-estar da sociedade.

Em um setor tão dinâmico e desafiador como o da saúde, a implementação de mecanismos robustos de controle e avaliação é uma ferramenta poderosa para construir sistemas mais resilientes, inovadores e centrados no paciente.

INDICADORES DE SAÚDE

“Indicadores de saúde⁴ são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo” (Rouquayrol, 1993).

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilita sua compreensão.

⁴ Texto adaptado de ANDRADE, Selma Maffei de; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, Luiz. (Organizadores). *Epidemiologia e Indicadores de Saúde*. In: *Bases de Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001.

Para a Organização Mundial da Saúde, esses indicadores gerais podem subdividir-se em três grupos:

1. aqueles que tentam traduzir a saúde ou sua falta em um grupo populacional. Exemplos: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis;

2. aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde. Exemplo: saneamento básico;

3. aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. Exemplos: número de unidades básicas de saúde, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares e número de consultas em relação a determinada população (Laurenti e cols., 1987).

Dadas as inúmeras definições de saúde, a imprecisão delas e a dificuldade de mensurá-la, os indicadores mais empregados têm sido aqueles referentes à ausência de saúde - razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, esperança de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças específicas. Esses indicadores são bastante abrangentes, embora tenham sido utilizados para comparar países em diferentes estágios de desenvolvimento econômico e social.

Há necessidade de desenvolvimento de indicadores mais específicos e capazes de traduzir com fidedignidade a realidade e complexidade da saúde, apontando, quando necessário, aspectos de maior interesse para uma dada realidade.

Tanto para estudos da situação de saúde, como para o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica é importante considerar a necessidade de dados (que vão gerar as informações) fidedignos e completos.

Esses dados podem ser registrados de forma contínua (como no caso de óbitos, nascimentos, doenças de notificação obrigatória), de forma periódica (recenseamento da população e levantamento do índice CPO - dentes cariados, perdidos e obturados - da área de Odontologia - são alguns exemplos) ou podem, ainda, ser levantados de forma ocasional (pesquisas realizadas com fins específicos, como, por exemplo, para conhecer a prevalência da hipertensão arterial ou diabetes em uma comunidade, em determinado momento) (LAURENTI et al., 1987).

Os dados de importância para a análise de situação de saúde são inúmeros e de fontes diversas. Poderíamos destacar, por exemplo, os dados sobre a população (número de habitantes, idade, sexo, raça, etc.), os dados socioeconômicos (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação), os dados ambientais (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo), os dados sobre serviços de saúde (hospitais, ambulatorios, unidades de saúde, acesso aos serviços), os dados de morbidade (doenças que ocorrem na comunidade) e os eventos vitais (óbitos, nascimentos vivos e mortos, principalmente).

Alguns desses dados (morbidade e eventos vitais) são gerados a partir do próprio setor saúde, de forma contínua, constituindo sistemas de informação nacionais, administrados pelo Ministério da Saúde.

No Brasil, há, atualmente, cinco grandes bancos de dados nacionais (CARVALHO, 1997), continuamente alimentados: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de Informação

sobre Agravos de Notificação (SINAN); o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Independentemente de que tipo de dado usar para avaliar o estado de saúde de uma população é importante, portanto, conhecer as limitações inerentes ao próprio tipo de dado.

Além disso, é imprescindível levar-se em conta a qualidade dos dados e a cobertura do sistema de informação, tanto em nível nacional, como local, para evitar conclusões equivocadas. Exemplificando: se numa determinada cidade o acesso ao serviço de saúde é maior, com maior possibilidade de realização do diagnóstico correto e, se o médico preenche adequadamente a declaração de óbito, a taxa de mortalidade específica por uma determinada doença (diabetes *mellitus*, por exemplo) pode ser maior do que em outra localidade, onde esta doença não é adequadamente diagnosticada ou que apresente problemas no preenchimento da declaração de óbito.

Nessa comparação, pode ser que, na realidade, a taxa de mortalidade por esta doença seja maior na segunda localidade, mas o sistema de informação não possui qualidade suficiente para detectar esse problema. O mesmo raciocínio pode ser feito para as demais variáveis do Sistema de Informação sobre Mortalidade (ocupação, idade, escolaridade, etc.), bem como para outros tipos de informação (peso ao nascer, doença que motivou a internação, etc.).

Com relação à cobertura dos eventos, há que se observar se todos os eventos estão entrando no sistema de informação. Por exemplo, em locais onde existem cemitérios "clandestinos" ou que façam o enterramento sem a exigência da declaração de óbito, provavelmente estarão sendo enterradas pessoas sem a respectiva declaração de óbito, não contando no respectivo sistema (mortalidade).

Se a criança nasce e o hospital não emite a Declaração de Nascido Vivo, esta também não contará no sistema (nascidos vivos). Se o médico faz um diagnóstico de doença de notificação obrigatória na Unidade de Saúde, mas nada se anota na ficha do SINAN, outro caso será "perdido".

De especial importância são os dados a respeito de crianças nascidas vivas e que morreram antes de completar 1 ano de idade (morte infantil), especialmente aquelas que nascem vivas e morrem logo nas primeiras horas. Algumas vezes, estas crianças podem ser classificadas erroneamente como "óbito fetal", ao invés de "óbito não fetal", alterando os coeficientes que são construídos a partir de dados de nascidos vivos e de óbitos infantis, como será mais detalhado adiante.

Além dos cinco grandes bancos de dados nacionais já mencionados, há, ainda, outros que trabalham dados específicos e/ou não têm abrangência nacional, entre os quais se destacam: o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informação sobre Acidentes de Trabalho (SISCAT), o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI).

Após os cuidados a serem observados quanto à *qualidade* e cobertura dos dados de saúde, é preciso transformar esses dados em indicadores que possam servir para comparar o observado em determinado local com o observado em outros locais ou com o observado em diferentes tempos.

Portanto, a construção de indicadores de saúde é necessária para (VAUGHAN e MORROW, 1992):

- Analisar a situação atual de saúde;
- Fazer comparações;
- Avaliar mudanças ao longo do tempo.

Os indicadores de saúde, tradicionalmente, têm sido construídos por meio de números. Em geral, números absolutos de casos de doenças ou mortes não são utilizados para avaliar o nível de saúde, pois não levam em conta o tamanho da população. Dessa forma, os indicadores de saúde são construídos por meio de razões (frequências relativas), em forma de proporções ou coeficientes.

As proporções representam a “fatia da pizza” do total de casos ou mortes, indicando a importância desses casos ou mortes no conjunto total. Os coeficientes (ou taxas) representam o “risco” de determinado evento ocorrer na população (que pode ser a população do país, estado, município, população de nascidos vivos, de mulheres, etc.).

É preciso destacar, ainda, a diferença entre coeficientes (ou taxas) e **índices**. Índices não expressam uma probabilidade (ou risco) como os coeficientes, pois o que está contido no denominador não está sujeito ao risco de sofrer o evento descrito no numerador (LAURENTI *et al.*, 1987).

Dessa forma, geralmente, o denominador do coeficiente representa a população exposta ao risco de sofrer o evento que está no numerador. Exceções são o coeficiente de mortalidade infantil - CMI - e de mortalidade materna - CMM - para os quais o denominador utilizado (nascidos vivos) é uma estimativa tanto do número de menores de 1 ano, como de gestantes, parturientes e puérperas expostos ao risco do evento óbito.

No caso do Coeficiente de Mortalidade Infantil, alguns nascidos vivos do ano anterior não fazem parte do denominador, apesar de ainda terem menos de um ano de vida no ano em estudo dos óbitos. Por exemplo, se uma criança nasceu em 31/12/1998 e morreu em 02/01/1999 (com dois dias) entrará no numerador do CMI de 1999, mas não no denominador. Pressupõe-se que haja uma “compensação” de nascidos vivos e óbitos de um para outro ano, de forma que o CMI é uma boa estimativa do risco de óbito infantil.

É preciso destacar, ainda, a diferença entre coeficientes (ou taxas) e índices. Índices não expressam uma probabilidade (ou risco) como os coeficientes, pois o que está contido no denominador não está sujeito ao risco de sofrer o evento descrito no numerador (LAURENTI *et al.*, 1987).

Assim, a relação telefones/habitantes é um índice, da mesma forma que médicos/habitantes, leitos/habitantes, etc. (os numeradores “telefones”, “médicos” e “leitos” não fazem parte do denominador população). A rigor, portanto, tanto o Coeficiente de Mortalidade Infantil como materna não são coeficientes, mas índices.

No entanto, o termo “coeficiente” já está consolidado para ambos os indicadores.

— Conceitos

Coeficiente de incidência: constitui medida do risco de doença ou agravamento, fundamentalmente nos estudos da etiologia de doenças agudas e crônicas. É a razão entre o número de casos novos de uma doença que ocorre em uma coletividade, em um intervalo de tempo determinado, e a população exposta ao risco de adquirir referida doença no mesmo período, multiplicando-se o resultado por potência de 10, que é a base referencial da população.

Coeficiente de letalidade: coeficiente resultante da relação entre o número de óbitos decorrentes de determinada causa e o número de pessoas que foram realmente acometidas pela doença, expressando-se sempre em percentual. É um indicador útil para avaliar a virulência de um determinado bioagente.

Coeficiente de morbidade: relação entre o número de casos de uma doença e a população exposta a adoecer. Discriminado em coeficiente de incidência e coeficiente de prevalência. Muito útil para o objetivo de controle de doenças ou de agravos, bem como para estudos de análise do tipo causa/efeito.

Coeficiente de mortalidade: relação entre a frequência absoluta de óbitos e o número dos expostos ao risco de morrer. Pode ser geral, quando inclui todos os óbitos e toda a população da área em estudo, e pode ser específico por idade, sexo, ocupação, causa, etc.

Coeficiente de prevalência: coeficiente que mede a força com que subsiste a doença na coletividade. Expressa-se como a relação entre o número de casos conhecidos de uma dada doença e a população, multiplicando-se o resultado pela base referencial da população, que é potência de 10, usualmente 1.000, 10.000 ou 100.000.

Curva de Nelson Moraes: esta curva é uma representação gráfica da mortalidade proporcional por idade. A Curva de Nelson Moraes pode assumir a forma de N invertido, L (ou J invertido), V (ou U) e J. Estas formas correspondem, respectivamente a condições de vida e saúde Muito Baixas, Baixas, Regulares ou Elevadas.

Esperança de vida: é o termo técnico utilizado em estatística vital para designar “O número médio de anos que ainda restam para serem vividos pelos indivíduos que sobrevivem até a idade considerada, pressupondo-se que as probabilidades de morte que serviram para o cálculo continuem as mesmas”.

Incidência: termo que em epidemiologia traduz a ideia de intensidade com que acontece a morbidade em uma população.

Índice de Guedes/Indicador de Guedes & Guedes/Quantificação de Guedes: este índice é uma quantificação da Curva de Nelson Moraes. Embora a forma da curva esteja associada a um determinado diagnóstico das condições de saúde de uma população, a interpretação pode ser afetada pela avaliação subjetiva, e pode ser difícil, para curvas parecidas, realizar a diferenciação. No Índice de Guedes e Guedes, são atribuídos, arbitrariamente, pesos para cada faixa etária da mortalidade proporcional, sendo que o peso mais negativo é atribuído à mortalidade

proporcional na faixa etária de menores de 1 ano, enquanto que a mortalidade proporcional na faixa etária de 50 anos e mais recebe um peso positivo, pois está relacionada a melhores condições de vida.

Índice de Swaroop-Uemura: este índice é a mortalidade proporcional de 50 anos ou mais, ou seja: a proporção de óbitos ocorridos em indivíduos com 50 anos ou mais. Óbitos abaixo desta faixa etária são considerados, grosso modo, óbitos evitáveis; desta forma, quanto maior a proporção de óbitos entre indivíduos adultos maduros e idosos (50 anos ou mais), melhor a condição de vida e saúde da população.

Letalidade: entende-se como o maior ou menor poder que uma doença tem de provocar a morte das pessoas. Obtém-se a letalidade calculando-se a relação entre o número de óbitos resultantes de determinada causa e o número de pessoas que foram realmente acometidas pela doença, com o resultado expresso em percentual. A letalidade da escabiose é nula, e a da raiva é de 100%, havendo uma extensa gama de porções intermediárias entre esses extremos.

Morbidade: variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta.

Mortalidade: variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo.

Mortalidade infantil: termo para designar todos os óbitos de crianças menores de 1ano, ocorridos em determinada área, em dado período de tempo.

Mortalidade neonatal: referente aos óbitos de menores de 28 dias de idade (até 27 dias). Sinônimo: mortalidade infantil precoce.

Mortalidade pós-neonatal: compreende os óbitos ocorridos no período que vai do 28dia de vida até o 12 mês, antes de a criança completar 1ano de idade. Sinônimo: mortalidade tardia.

Prevalência: casuística de morbidade que se destaca por seus valores maiores do que zero sobre os eventos de saúde ou não-doença. É termo descritivo da força com que subsistem as doenças nas coletividades.

— Medidas de Frequência de Doenças

Descrever as condições de saúde da população, medindo a frequência com que ocorrem os problemas de saúde em populações humanas, é um dos objetivos da Epidemiologia. Para fazer essas mensurações, utilizamos as medidas de incidência e prevalência.

A incidência diz respeito à frequência com que surgem novos casos de uma doença num intervalo de tempo, como se fosse um “filme” sobre a ocorrência da doença, no qual cada quadro pode conter um novo caso ou novos casos (PEREIRA, 1995). É, por conseguinte, uma medida dinâmica.

Vejamos Como Calcular a Incidência

Incidência = $\frac{\text{número de casos novos em determinado período}}{\text{número de pessoas expostas ao risco no mesmo período}} \times \text{constante}$

Imagine, como exemplo, que, entre 400 crianças cadastradas na Estratégia Saúde da Família e acompanhadas durante um ano, foram diagnosticados, neste período, 20 casos novos de anemia.

O cálculo da taxa de incidência será:

$$\frac{20}{400} = 0,05$$

Que multiplicando por 1.000 (constante) nos dará a seguinte taxa de incidência: 50 casos novos de anemia por 1.000 crianças no ano.

Os casos novos, ou incidentes, são aqueles que não estavam doentes no início do período de observação, mas que adoeceram no decorrer desse período. Para que possam ser detectados, é necessário que cada indivíduo seja observado no mínimo duas vezes, ou que se conheça a data do diagnóstico.

Já a prevalência se refere ao número de casos existentes de uma doença em um dado momento; é uma “fotografia” sobre a sua ocorrência, sendo assim uma medida estática. Os casos existentes são daqueles que adoeceram em algum momento do passado, somados aos casos novos dos que ainda estão vivos e doentes (MEDRONHO, 2005, PEREIRA, 1995).

Existem Três Tipos de Medidas de Prevalência

a) Prevalência pontual ou instantânea

Frequência de casos existentes em um dado instante no tempo (ex.: em determinado dia, como primeiro dia ou último dia do ano).

b) Prevalência de período

Frequência de casos existentes em um período de tempo (ex.: durante um ano).

c) Prevalência na vida

Frequência de pessoas que apresentaram pelo menos um episódio da doença ao longo da vida.

Ao contrário da incidência, para medir a prevalência, os indivíduos são observados uma única vez.

Vejamos Como Calcular a Prevalência

Prevalência = $\frac{\text{número de casos existentes em determinado período}}{\text{número de pessoas na população no mesmo período}} \times \text{constante}$

Suponha que em determinada semana todas as crianças fizeram exames laboratoriais. Das 400 crianças, foram encontradas 40 com resultado positivo para Ascaris lumbricoides.

Cálculo da prevalência de verminose por Ascaris:

$$\frac{40}{400} = 0,1$$

Que, multiplicado por 100 (constante), nos dará a seguinte prevalência: 10 casos existentes de verminose por Ascaris a cada 100 crianças.

A prevalência é alimentada pela incidência. Por outro lado, dependendo do agravo à saúde, as pessoas podem se curar ou morrer. Quanto maior e mais rápida a cura, ou quanto maior e mais rápida a mortalidade, mais se diminui a prevalência, que é uma medida estática, mas resulta da dinâmica entre adoecimentos, curas e óbitos.

Portanto, entre os fatores que aumentam a prevalência, podemos citar (PEREIRA, 1995, MEDRONHO, 2005, ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003):

- a) a maior frequência com que surgem novos casos (incidência);
- b) melhoria no tratamento, prolongando-se o tempo de sobrevivência, porém sem levar à cura (aumento da duração da doença).

A diminuição da prevalência pode ser devido à:

- a) redução no número de casos novos, atingida mediante a prevenção primária (conjunto de ações que atuam sobre os fatores de risco e que visam evitar a instalação das doenças na população através de medidas de promoção da saúde e proteção específica);
- b) redução no tempo de duração dos casos, atingida através da prevenção secundária (conjunto de ações que visam identificar e corrigir, o mais precocemente possível, qualquer desvio da normalidade, seja por diagnóstico precoce ou por tratamento adequado). O tempo de duração dos casos também pode ser reduzido em razão do óbito mais precoce pela doença em questão, ou seja, menor tempo de sobrevivência.

Entre os principais usos das medidas de prevalência estão: o planejamento de ações e serviços de saúde, previsão de recursos humanos, diagnósticos e terapêuticos. Por exemplo, o conhecimento sobre a prevalência de hipertensão arterial entre os adultos de determinada área de abrangência pode orientar o número necessário de consultas de acompanhamento, reuniões de grupos de promoção da saúde e provisão de medicamentos para hipertensão na farmácia da Unidade de Saúde (PEREIRA, 1995, MEDRONHO, 2005, ROUQUAYROL e ALMEIDA FILHO, 2003).

A incidência, por outro lado, é mais utilizada em investigações etiológicas para elucidar relações de causa e efeito, avaliar o impacto de uma política, ação ou serviço de saúde, além de estudos de prognóstico.

Um exemplo é verificar se o número de casos novos (incidência) de hipertensão arterial sistêmica declinou depois da implementação de determinadas medidas de promoção da saúde, como incentivo a uma dieta saudável, realização de atividade física e combate ao tabagismo no bairro.

A partir de algumas variações do conceito de incidência, podemos chegar aos conceitos de:

Mortalidade: é uma medida muito utilizada como indicador de saúde; é calculada dividindo-se o número de óbitos pela população em risco.

Letalidade: é uma medida da gravidade da doença, calculada dividindo-se o número de óbitos por determinada doença pelo número de casos da mesma doença. Algumas doenças apresentam letalidade nula, como, por exemplo, escabiose; enquanto para outras, a letalidade é igual ou próxima de 100%, como a raiva humana.

Coefficientes Mais Utilizados na Área da Saúde

Os coeficientes mais utilizados na área da saúde baseiam-se em dados sobre doenças (morbidade) e sobre eventos vitais (nascimentos e mortes).

- Coeficientes de MORBIDADE (doenças):

a) Coeficiente de incidência da doença: representa o risco de ocorrência (casos novos) de uma doença na população. Pode ser calculado por regra de três ou através da seguinte fórmula:

Casos NOVOS da doença em determinada comunidade e tempo x 10n (100.000)

População da área no mesmo tempo

b) Coeficiente de prevalência da doença: representa o número de casos presentes (novos + antigos) em uma determinada comunidade num período de tempo especificado. É representado por:

Casos PRESENTES da doença em determinada comunidade e tempo x 10n

População da área no mesmo tempo

Para compararmos o risco de ocorrência de doenças entre populações usamos, dessa forma, o coeficiente de incidência, pois este estima o risco de novos casos da doença em uma população.

O coeficiente de prevalência é igual ao resultado do coeficiente de incidência multiplicado pela duração média da doença (LILIENFELD e LILIENFELD, 1980).

Portanto:

Coefficiente de Prevalência = coeficiente de incidência x duração média da doença

Da fórmula acima fica evidente que a prevalência, além dos casos novos que acontecem (incidência), é afetada também pela duração da doença, a qual pode diferir entre comunidades, devido a causas ligadas à qualidade da assistência à saúde, acesso aos serviços de saúde, condições nutricionais da população, etc. Assim, quanto maior a duração média da doença, maior será a diferença entre a prevalência e a incidência.

A prevalência é ainda afetada por casos que imigram (entram) na comunidade e por casos que saem (emigram), por curas e por óbitos.

Dessa maneira, temos como “entrada” na prevalência os casos novos (incidentes) e os imigrados e como “saída” os casos que curam, que morrem e os que emigram.

Assim, a prevalência não é uma medida de risco de ocorrência da doença na população, mas pode ser útil para os administradores da área de saúde para o planejamento de recursos necessários (leitos hospitalares, medicamentos, etc.) para o adequado tratamento da doença.

c) Coeficiente de letalidade: representa a proporção de óbitos entre os casos da doença, sendo um indicativo da gravidade da doença ou agravo na população. Isso pode ser uma característica da própria doença (por exemplo, a raiva humana é uma doença que apresenta 100% de letalidade, pois todos os casos morrem) ou de fatores que aumentam ou diminuem a letalidade da doença na população (condições socioeconômicas, estado nutricional, acesso a medicamentos, por exemplo). É dado pela relação:

Mortes devido à doença “X” em determinada comunidade e tempo x 100

Casos da doença “X” na mesma área e tempo

Seu resultado é dado, portanto, sempre em percentual (%). Não deve ser confundido com coeficiente de mortalidade geral, que é dado por 1000 habitantes, e representa o risco de óbito na população. A letalidade, ao contrário, representa o risco que as pessoas com a doença têm de morrer por essa mesma doença.

Coeficientes de MORTALIDADE:

a) coeficiente geral de mortalidade (CGM): representa o risco de óbito na comunidade. É expresso por uma razão, e pode ser calculado, como todos os demais coeficientes, também através de regra de três simples (se numa população de 70.000 habitantes tenho 420 óbitos, em 1000 habitantes terei “x”, sendo 1000 o parâmetro que permitirá comparar com outros locais ou outros tempos):

Número de óbitos em determinada comunidade e ano x 1.000

População estimada para 01 de julho do mesmo ano

Este coeficiente, no entanto, não é muito utilizado para comparar o nível de saúde de diferentes populações, pois não leva em consideração a estrutura etária dessas populações (se a população é predominantemente jovem ou idosa).

Um coeficiente geral de mortalidade alto para uma população mais idosa significa apenas que as pessoas já viveram o que tinham para viver e, por isso, estão morrendo. Já para uma população mais jovem estaria significando mortalidade prematura.

Para comparação de duas ou mais populações com diferentes estruturas etárias, ou de sexo, há necessidade de padronizar os coeficientes, tendo como referência uma população padrão (geralmente a mundial, quando se comparam diferentes países, ou nacional, quando se comparam diferentes locais do mesmo país), mas isto não será abordado aqui (a respeito de padronização ver LAURENTI et al., 1987).

b) coeficiente de mortalidade infantil (CMI): é uma estimativa do risco que as crianças nascidas vivas têm de morrer antes de completar um ano de idade. É considerado um indicador sensível das condições de vida e saúde de uma comunidade. Pode ser calculado por regra de três ou através da seguinte razão:

Óbitos de menores de 1 ano em determinada comunidade e ano x 1.000

Nascidos vivos na mesma comunidade e ano

Cuidado especial deve ser tomado quando se vai calcular o coeficiente de mortalidade infantil de uma localidade, pois tanto o seu numerador (óbitos de menores de 1 ano), como seu denominador (nascidos vivos) podem apresentar problemas de classificação. Para evitar esses problemas, o primeiro passo é verificar se as definições, citadas pela Organização Mundial de Saúde (1994), estão sendo corretamente seguidas por quem preencheu a declaração de óbito da criança.

Estas definições são as seguintes:

Nascido vivo: é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta.

Óbito fetal: é a morte do produto de concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito se o feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

Óbito infantil: é a criança que, nascida viva, morreu em qualquer momento antes de completar um ano de idade.

Dessas definições, fica claro que uma criança que nasceu viva, nem que tenha apresentado apenas batimentos do cordão umbilical, e morrido em seguida, deve ser considerada como óbito de menor de 1 ano (óbito infantil) e entrar no cálculo do coeficiente de mortalidade infantil (CMI). Nesse caso, deve ser emitida uma Declaração de Nascido Vivo (DN) e uma Declaração de óbito (DO), indicando que se trata de óbito não fetal, e providenciados os respectivos registros de nascimento e óbito em cartório de registro civil.

O Coeficiente de Mortalidade Infantil Pode Ainda Ser Dividido Em:

- **Coeficiente de mortalidade neonatal** (óbitos de 0 a 27 dias inclusive) em relação ao total de nascidos vivos (por 1000);

- **Coeficiente de mortalidade pós-neonatal ou infantil tardia** (óbitos de 28 dias a 364 dias inclusive) em relação ao total de nascidos vivos (por 1000).

Obs.: o coeficiente de mortalidade neonatal pode ainda ser subdividido em coeficiente de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias inclusive) e coeficiente de mortalidade neonatal tardia (7 a 27 dias).

Essa divisão, relacionada à idade da criança quando morreu, deve-se à observação de que no período neonatal predominam as causas ligadas a problemas da gestação e do parto (causas perinatais e anomalias congênitas), e de que, no período pós-neonatal, prevalecem as causas de morte relacionadas ao meio ambiente e às condições de vida e de acesso aos serviços de saúde (doenças infecciosas, pneumonias, diarreia, por exemplo) (LAURENTI et al., 1987).

Dessa forma, nos países desenvolvidos, onde a mortalidade infantil é baixa e problemas relacionados ao meio ambiente já se encontram quase totalmente resolvidos, o componente neonatal predomina, enquanto em muitos países pobres ainda prevalece o componente pós-neonatal.

c) coeficiente de mortalidade perinatal:

**Óbitos fetais a partir da 22ª semana de gestação +
Óbitos de menores de 7 dias de vida x 1.000
Nascidos vivos + nascidos mortos na mesma comunidade
e ano**

d) coeficiente de mortalidade materna:

**Óbitos devidos a causas ligadas a gestação, parto e puerpério x 100.000
Nascidos vivos na mesma comunidade e ano**

Para fins de comparação internacional, somente as mortes que ocorrem até 42 dias após o parto entram no cálculo do coeficiente.

e) coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis:

**Óbitos devidos a doenças infecciosas e parasitárias (DIP)
x 100.000
População estimada para o meio do ano na mesma área**

Coefficientes de NATALIDADE:

**Nascidos vivos em determinada área e período x 1.000
População da mesma área, no meio período**

Cabe aqui ainda a definição de indicadores para a assistência médica: “Indicadores são medidas quantitativas de qualidade relacionadas a estrutura, processo e resultado da atenção médica” (Novaes, 1996).

Indicadores podem e devem ser utilizados como ferramentas para auxiliar o gerenciamento da qualidade. Ainda hoje, determinações precisas da qualidade da assistência carecem de revisões sistemáticas, tanto de processos quanto de resultados.

Conceitos como os de boa prática, por mais clara que seja sua compreensão, são interpretados de maneiras diferentes. Há mais de uma boa prática possível e não se pode esquecer que o emprego da boa prática não garante resultados adequados/satisfatórios.

—Características

Indicadores muitas vezes são apresentados sob a forma de taxas, e existe um intervalo definido para a vigilância de cada indicador. Alguns indicadores referem-se a eventos corriqueiros e outros a eventos indesejáveis, que nunca deveriam ter ocorrido – são os eventos sentinela (exemplo: casos de hepatite A repetidas vezes num mesmo bairro, queda de leito).

Os indicadores avaliam estrutura, processo e resultado da assistência médica. Relembrando as definições de Donabedian, estrutura refere-se a planta física, recursos humanos e materiais disponíveis e características organizacionais da instituição; processos dizem respeito às atividades desenvolvidas na assistência médica propriamente dita; resultado significa o produto final da assistência, isto é, envolve, além da satisfação do paciente, o impacto do tratamento sobre o estado de saúde do paciente.

Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2012:

- Indicadores demográficos;
- Indicadores socioeconômicos;
- Indicadores de mortalidade;
- Indicadores de morbidade;
- Indicadores de fatores de risco e proteção;
- Indicadores de recursos;
- Indicadores de cobertura.

— Uso de Indicadores⁵

Uma dimensão relevante na gestão de um serviço de saúde é o uso efetivo dos dados qualitativos e quantitativos disponíveis, como os relativos ao desempenho dos processos, satisfação de clientes, aplicação de recursos, entre outros; são os indicadores de qualidade e produtividade.

Pode-se definir indicador como “dados ou informações numéricas que quantificam as entradas (recursos ou insumos), saídas (produtos) e o desempenho de processos, produtos e de uma organização como um todo”. Constitui a representação quantificada da qualidade de um produto ou serviço.

Os indicadores e informações devem representar o conjunto de requisitos utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas na gestão da organização e, de acordo com essa avaliação, verificar a necessidade de melhorias. Importante destacar as qualidades esperadas em um bom indicador, tais como:

- Simplicidade: quanto mais simples e clara for a relação matemática do indicador, menos distorções apresentará;
- Inteligibilidade: de fácil entendimento pelos usuários e respectivos analistas;
- Objetividade: não depender da interpretação do observador;
- Estabilidade: seus elementos (numerador e denominador) são constantes ao longo do tempo;
- Especificidade: capta eventos bem definidos;
- Sensibilidade: capaz de captar pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;
- Rastreabilidade: conhecimento e controle de suas variáveis;

fundamental para a avaliação da qualidade;

5 BURMESTER, H. *Gestão da Qualidade Hospitalar*. Editora Saraiva, 2013.

- Baixo custo de obtenção: utiliza os relatórios e boletins rotineiros da instituição. Evita a criação de novos instrumentos de coleta de dados paralelos aos existentes, bem como a construção de modelos sofisticados e complicados.

Como exemplos de indicadores incluímos aqueles relacionados à estrutura, aos processos organizacionais, resultados gerais da organização, e às melhorias geradas. Incluem-se entre os indicadores aqueles relacionados ao grau de atualização e confiabilidade dos sistemas de informação, tempo para disponibilizá-la, quantidade, adequação dos recursos alocados à tecnologia da informação e do sistema de indicadores às necessidades da organização.

O valor de um indicador será tanto melhor quanto mais fidedigno for seu resultado. Porém, mais importante do que o resultado isolado de um indicador é a construção da série histórica desse indicador, capaz de apontar tendências.

A Fundação Nacional da Qualidade define tendência como o comportamento conjunto de resultados ao longo do tempo, indicando que, para sua análise, os critérios de excelência requerem a apresentação de um conjunto de, pelo menos, três resultados consecutivos.

—Processos

Na área da saúde, muitos indicadores referentes aos vários processos organizacionais são bastante conhecidos e frequentemente utilizados; outros deverão ser construídos de acordo com as características e necessidades de cada organização. Exemplos de indicadores de processos largamente utilizados:

- Taxa de infecção hospitalar;
- Taxa de mortalidade institucional;
- Taxa de ocupação hospitalar;
- Tempo médio de permanência;
- Giro do leito (intervalo de substituição);
- Índice de renovação (rotatividade do leito).

Esses indicadores são parte de muitos outros descritos pelo Ministério da Saúde, e alguns foram revisados pela Portaria SAS n. 312, de 02.05.2002 (padronização da nomenclatura do censo hospitalar). A maioria deles é utilizada para medir a eficiência dos serviços prestados.

Porém, são necessários também indicadores capazes de medir a qualidade intrínseca dos processos de assistência, ou seja, avaliar se os procedimentos ou condutas médicas adotadas levaram aos melhores resultados clínicos, associados aos melhores resultados financeiros.

Por fim, é necessário estabelecer uma sistemática para melhorar as práticas relativas à gestão das informações em geral e em particular das comparativas. Para que essa avaliação seja feita de forma estruturada e contínua, é necessário que existam responsáveis definidos e um período pré-determinado para a realização das avaliações.

Esses indicadores e informações devem ser utilizados pela organização para determinar a adequação e a eficácia das práticas utilizadas para a avaliação crítica do desempenho da organização com base em comparações com organizações similares.

A gestão das informações e do conhecimento constitui um dos fatores críticos para o sucesso tanto de um modesto empreendimento comercial como da administração de complexos sistemas de saúde modernos.

A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE

A integralidade é um dos pilares fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Esse princípio orienta a prestação de serviços de saúde de forma a considerar as necessidades dos indivíduos em sua totalidade, promovendo cuidados que vão além do aspecto biológico e incorporam dimensões sociais, psicológicas e culturais.

Na prática, a integralidade busca superar a fragmentação do cuidado, integrando ações preventivas, curativas e de reabilitação. Ela reconhece que os problemas de saúde não podem ser tratados isoladamente e que os indivíduos devem ser vistos como sujeitos inseridos em contextos sociais dinâmicos. Essa abordagem exige uma articulação contínua entre os diversos níveis de atenção — primário, secundário e terciário — e entre os diferentes setores das políticas públicas.

O princípio da integralidade também reflete um compromisso ético com o direito à saúde, enfatizando que os serviços devem ser acessíveis, acolhedores e resolutivos. Apesar de sua relevância teórica, implementar a integralidade no cotidiano dos serviços de saúde apresenta desafios significativos, como a superação de barreiras organizacionais e a formação de profissionais capacitados para uma prática integrada.

HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE INTEGRALIDADE

O conceito de integralidade na saúde tem raízes históricas que remontam às transformações nas práticas de cuidado ao longo do tempo, especialmente a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Ele emerge como uma resposta às limitações de modelos biomédicos reducionistas, que priorizavam a doença em detrimento do sujeito e de seu contexto social.

► Origem e Desenvolvimento na Reforma Sanitária

A Reforma Sanitária, impulsionada nas décadas de 1970 e 1980, foi um marco na saúde pública brasileira. Inspirada por movimentos internacionais de saúde comunitária e pelas críticas ao modelo hospitalocêntrico, essa reforma advogava por um sistema que integrasse promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Nesse contexto, a integralidade surge como um princípio norteador para garantir que as necessidades de saúde sejam atendidas de forma completa.

A Constituição Federal de 1988 incorporou esse princípio ao instituir o SUS, com base na universalidade, integralidade e equidade. O Artigo 198 reforça a integralidade como um dos pilares operacionais do sistema, exigindo a organização de ações e serviços para atender de forma abrangente as demandas da população.

► Integralidade e o Paradigma Biomédico

Historicamente, o modelo biomédico dominante fragmentava o cuidado em saúde, focando no tratamento das doenças e negligenciando as dimensões psicossociais e culturais dos indivíduos. Essa abordagem, centrada em especialidades e em tecnologias avançadas, não correspondia às necessidades de saúde de grande parte da população, especialmente em países em desenvolvimento.

A integralidade, como contraponto, promove uma visão ampliada do processo saúde-doença, que considera não apenas os aspectos biológicos, mas também os determinantes sociais, como condições de vida, trabalho e acesso a direitos fundamentais.

► **Evolução Contemporânea**

Com o avanço das discussões sobre integralidade, novas interpretações do conceito foram incorporadas à prática. Hoje, ele é compreendido sob três dimensões principais:

▪ **Dimensão da Oferta:** A organização dos serviços de saúde deve abranger ações preventivas, curativas, de reabilitação e promoção da saúde, atuando de forma coordenada.

▪ **Dimensão da Demanda:** Reconhece que as necessidades de saúde variam entre os indivíduos, sendo essencial oferecer um cuidado personalizado e centrado no paciente.

▪ **Dimensão Técnico-Assistencial:** Propõe a integração entre os níveis de atenção à saúde e entre os diferentes setores das políticas públicas, como educação, saneamento e assistência social.

► **Desafios na Consolidação**

Apesar dos avanços, o conceito de integralidade ainda enfrenta dificuldades para se consolidar plenamente no SUS. Entre os entraves estão:

▪ **Fragmentação dos Serviços:** A ausência de coordenação eficaz entre os níveis de atenção gera lacunas no cuidado.

▪ **Capacitação Profissional:** Muitos profissionais de saúde ainda recebem formação baseada no modelo biomédico tradicional, o que dificulta a adoção de práticas integrativas.

▪ **Recursos Limitados:** A insuficiência de financiamento e infraestrutura afeta a capacidade de implementar a integralidade de forma abrangente.

► **Importância Histórica e Atual**

A integralidade, desde sua formulação até os dias atuais, continua a ser um princípio essencial para a construção de sistemas de saúde mais humanos e resolutivos. Seu desenvolvimento reflete uma busca contínua por um cuidado que reconheça a saúde como um direito fundamental e que atenda às necessidades da população de maneira equitativa e inclusiva.

A partir desse contexto histórico, é possível compreender como a integralidade se tornou um alicerce teórico e prático para o SUS, representando um desafio constante para gestores, profissionais e a sociedade como um todo.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA INTEGRALIDADE NO SUS

A integralidade é um dos princípios organizativos e doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que o cuidado em saúde deve ser oferecido de forma abrangente e coordenada, considerando o ser humano em sua totalidade. Ela busca superar a visão fragmentada da assistência, propondo um sistema integrado e humanizado que atenda às diversas necessidades da população.

► **Compreensão Holística do Ser Humano**

Um dos fundamentos da integralidade é a abordagem holística, que entende o ser humano como um todo indivisível, composto por aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Esse princípio rompe com a visão reducionista do modelo bio-

médico, que tradicionalmente foca apenas na doença. No SUS, a integralidade reconhece que o processo saúde-doença é influenciado por múltiplos determinantes sociais, como:

- Condições de moradia e saneamento.
- Alimentação e nutrição.
- Educação e renda.
- Meio ambiente e relações interpessoais.

Ao considerar esses fatores, a integralidade promove a atenção à saúde que não se limita a tratar doenças, mas busca melhorar as condições gerais de vida da população.

► **Articulação entre Ações Preventivas e Curativas**

A integralidade propõe uma articulação entre ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Isso significa que os serviços de saúde devem ser planejados de forma a evitar a ocorrência de doenças, enquanto oferecem cuidados de qualidade quando estas se manifestam. Algumas práticas que exemplificam essa articulação incluem:

▪ **Campanhas de vacinação:** Prevenção de doenças ao mesmo tempo em que se organiza o sistema para atender eventuais complicações.

▪ **Acompanhamento pré-natal:** Prevenção de complicações na gravidez e parto, aliada à garantia de assistência ao recém-nascido.

▪ **Programas de controle de doenças crônicas:** Promoção de hábitos saudáveis e monitoramento contínuo, associado ao manejo de comorbidades.

Essa integração evita que o sistema se torne reativo, atuando apenas quando as pessoas adoecem, e promove um cuidado proativo e contínuo.

► **Coordenação entre os Níveis de Atenção**

A integralidade exige que os diferentes níveis de atenção à saúde — primário, secundário e terciário — estejam conectados e atuem de forma complementar. No SUS, essa coordenação é essencial para garantir que o paciente tenha acesso ao cuidado adequado em cada etapa de sua jornada.

▪ **Atenção Primária:** É a porta de entrada preferencial do SUS, onde se realiza o acompanhamento contínuo do indivíduo e da família. Exemplo: Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

▪ **Atenção Secundária:** Serviços especializados, como consultas com cardiologistas ou exames de imagem, acionados quando necessário.

▪ **Atenção Terciária:** Atendimento de alta complexidade, como internações e cirurgias, destinado a situações mais graves.

A coordenação eficiente entre esses níveis previne duplicidades, atrasos e lacunas no cuidado, garantindo uma trajetória mais resolutiva e humanizada para o usuário.

► **Integralidade como Expressão de Direitos**

Além de sua dimensão técnica, a integralidade é uma expressão do direito à saúde. Esse princípio assegura que todos os cidadãos tenham acesso aos serviços necessários para atender suas demandas de saúde, sem discriminação. Isso implica:

▪ **Universalidade:** Todos têm direito a ser atendidos, independentemente de sua condição socioeconômica.

▪ **Equidade:** Serviços de saúde devem ser organizados para oferecer mais a quem mais precisa, reduzindo desigualdades.

▪ **Acolhimento:** Garantir um atendimento que respeite a dignidade, os valores e as particularidades de cada indivíduo.

► **Desafios para a Integralidade no SUS**

Embora a integralidade seja um princípio estruturante, sua implementação enfrenta desafios práticos, como:

▪ **Fragmentação organizacional:** Falhas na comunicação entre os níveis de atenção dificultam o cuidado contínuo.

▪ **Recursos insuficientes:** A carência de profissionais, equipamentos e infraestrutura limita a oferta de serviços abrangentes.

▪ **Capacitação profissional:** Muitos profissionais ainda não são formados para atuar em práticas integradas e holísticas.

► **A Integralidade na Prática**

A efetivação da integralidade exige um esforço contínuo de gestores, profissionais e da sociedade civil para superar os desafios e consolidar um modelo de atenção à saúde mais justo e eficiente. Iniciativas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o fortalecimento da Atenção Primária têm demonstrado avanços importantes nesse sentido, promovendo um cuidado mais integrado e humanizado.

A integralidade, portanto, não é apenas uma diretriz teórica do SUS; ela é uma prática essencial para garantir a saúde como um direito fundamental e promover um sistema mais eficiente e resolutivo.

DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA INTEGRALIDADE

Embora a integralidade seja um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), sua efetivação enfrenta diversos desafios no cenário prático. Esses obstáculos estão relacionados a questões estruturais, organizacionais, políticas e de capacitação profissional, que dificultam a aplicação desse conceito no cotidiano dos serviços de saúde. A seguir, exploraremos os principais desafios enfrentados na busca por uma atenção integral e resolutiva.

► **Fragmentação dos Serviços de Saúde**

A fragmentação no sistema de saúde é um dos maiores entraves à integralidade. Isso ocorre quando os diferentes níveis de atenção — primário, secundário e terciário — operam de forma isolada, sem comunicação efetiva ou continuidade no cuidado.

▪ **Problemas na Referência e Contrarreferência:** A ausência de sistemas de informação bem integrados muitas vezes resulta em dificuldades para encaminhar pacientes entre os níveis de atenção, o que pode levar a atrasos ou à duplicação de procedimentos.

▪ **Descontinuidade do Cuidado:** Pacientes podem se perder na transição entre serviços, especialmente quando não há um acompanhamento adequado na Atenção Primária à Saúde (APS), que deveria coordenar as demais etapas.

► **Insuficiência de Recursos Humanos e Materiais**

A implementação da integralidade requer uma infraestrutura robusta e equipes multidisciplinares bem capacitadas. No entanto, muitas unidades de saúde enfrentam limitações como:

▪ **Deficiência de Profissionais:** Há escassez de médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais, especialmente em regiões periféricas e áreas rurais.

▪ **Carência de Equipamentos e Insumos:** A falta de tecnologias adequadas, medicamentos e infraestrutura básica limita a capacidade de atender às necessidades de forma integral.

▪ **Sobrecarga de Trabalho:** Profissionais frequentemente enfrentam jornadas excessivas e lidam com grandes volumes de atendimentos, o que prejudica a qualidade do cuidado.

► **Formação Profissional Inadequada**

Outro desafio significativo é a formação dos profissionais de saúde. Muitos cursos ainda se baseiam em modelos biomédicos, com foco excessivo na especialização e pouca ênfase em práticas integrativas e holísticas. Isso resulta em:

▪ **Falta de Visão Ampliada do Processo Saúde-Doença:** Profissionais podem priorizar o tratamento de sintomas, negligenciando os determinantes sociais e culturais da saúde.

▪ **Baixa Capacitação em Ações de Promoção e Prevenção:** Há uma lacuna na preparação para atuar em ações comunitárias e na atenção primária, que são pilares da integralidade.

► **Barreiras Organizacionais e Administrativas**

A gestão do SUS enfrenta desafios administrativos que impactam diretamente a implementação da integralidade:

▪ **Falta de Integração entre os Níveis de Governo:** O SUS opera sob uma gestão tripartite (União, estados e municípios), o que pode gerar desalinhamentos entre políticas públicas e ações locais.

▪ **Burocracia Excessiva:** Processos administrativos complexos muitas vezes dificultam a alocação eficiente de recursos e a implementação de mudanças estruturais.

▪ **Planejamento Fragmentado:** Falhas na coordenação entre as unidades de saúde resultam em descompassos na oferta de serviços e no acesso à atenção integral.

► **Desafios Socioculturais e Regionais**

As desigualdades regionais e sociais no Brasil apresentam barreiras específicas à integralidade:

▪ **Desigualdades Regionais:** Enquanto regiões mais desenvolvidas dispõem de serviços de saúde mais estruturados, áreas rurais e periféricas enfrentam escassez de recursos e acesso limitado.

▪ **Fatores Culturais:** Diferenças culturais e linguísticas podem dificultar o acolhimento e o cuidado integral em populações específicas, como indígenas e quilombolas.

▪ **Participação Social Limitada:** A integralidade exige que a comunidade participe ativamente na formulação e no controle das políticas públicas de saúde, o que nem sempre ocorre devido à falta de engajamento ou de acesso à informação.

► **Financiamento Insuficiente e Instável**

O subfinanciamento do SUS é uma questão crítica que afeta todos os aspectos da atenção à saúde. A integralidade, por ser um princípio que demanda uma abordagem abrangente e contínua, requer investimentos significativos que muitas vezes não são atendidos.

▪ **Cortes Orçamentários:** Reduções no financiamento dificultam a expansão e manutenção de serviços essenciais.

▪ **Distribuição Ineficiente de Recursos:** A alocação desigual de verbas entre estados e municípios pode gerar disparidades no acesso à atenção integral.

► **Resistências à Mudança**

A implementação da integralidade frequentemente enfrenta resistências tanto institucionais quanto culturais. Essas resistências podem surgir de:

▪ **Modelos de Gestão Rígidos:** Algumas instituições de saúde mantêm práticas tradicionais que dificultam a adoção de abordagens mais integrativas.

▪ **Profissionais Desacostumados com o Trabalho em Equipe:** A prática da integralidade exige uma abordagem interdisciplinar, o que nem sempre é valorizado ou compreendido por todos os membros das equipes de saúde.

► **Caminhos para Superar os Desafios**

Apesar das dificuldades, algumas estratégias podem contribuir para a superação desses desafios:

▪ **Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS):** Investir na APS como coordenadora do cuidado é essencial para garantir continuidade e acesso.

▪ **Educação Permanente:** Capacitar profissionais de saúde para práticas integrativas e sensibilizá-los quanto à importância da integralidade.

▪ **Inovação e Tecnologia:** Ampliar o uso de sistemas de informação e telemedicina para conectar serviços e facilitar o cuidado integrado.

▪ **Participação Social:** Engajar a população na formulação e avaliação das políticas de saúde.

A implementação da integralidade é uma tarefa desafiadora, mas essencial para consolidar o SUS como um sistema de saúde que atenda às necessidades da população de forma abrangente e equitativa. O enfrentamento desses desafios exige compromisso político, investimento adequado e a mobilização conjunta de gestores, profissionais e cidadãos.

ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

A promoção da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) requer a adoção de estratégias que articulem políticas públicas, capacitação profissional, estrutura organizacional e participação social. Essas medidas devem ser orientadas para garantir que o cuidado seja acessível, contínuo e centrado nas necessidades do indivíduo, considerando o ser humano em sua totalidade. Abaixo, destacam-se as principais estratégias para consolidar a integralidade no SUS.

► **Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS)**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base para a implementação da integralidade no SUS, sendo responsável pelo acompanhamento contínuo e pela coordenação do cuidado. O fortalecimento da APS pode ser promovido por meio de:

▪ **Ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF):** Aumentar a cobertura das equipes de Saúde da Família para alcançar mais comunidades, especialmente em regiões de difícil acesso.

▪ **Acolhimento e Humanização do Atendimento:** Garantir que as unidades de saúde sejam espaços acolhedores, onde os usuários se sintam respeitados e suas demandas sejam compreendidas.

▪ **Foco na Prevenção e Promoção da Saúde:** Desenvolver programas que estimulem hábitos saudáveis e reduzam fatores de risco para doenças, integrando ações educativas e preventivas.

Exemplo prático: Campanhas de vacinação que, além de prevenir doenças, aproximam os serviços de saúde da população, reforçando vínculos e a confiança no sistema.

► **Educação Permanente dos Profissionais de Saúde**

A formação continuada é fundamental para capacitar os profissionais a atuarem de maneira integrada e holística. Algumas ações incluem:

▪ **Treinamento em Abordagens Multidisciplinares:** Promover cursos e oficinas que incentivem o trabalho em equipe e a comunicação entre diferentes especialidades.

▪ **Sensibilização sobre os Determinantes Sociais da Saúde:** Ensinar os profissionais a considerar fatores como condições de moradia, alimentação e cultura na abordagem dos pacientes.

▪ **Adoção de Tecnologias e Inovações:** Capacitar os profissionais para utilizarem ferramentas digitais, como prontuários eletrônicos e telemedicina, facilitando a coordenação entre os níveis de atenção.

Exemplo prático: A oferta de programas de residência multiprofissional em saúde, que integram diversas áreas do conhecimento e incentivam práticas interdisciplinares.

► **Integração entre os Níveis de Atenção**

A integralidade só pode ser efetivada se houver uma coordenação eficiente entre os diferentes níveis de atenção — primário, secundário e terciário. Estratégias para alcançar essa integração incluem:

▪ **Fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS):** Criar fluxos claros de referência e contrarreferência, garantindo que o paciente transite sem barreiras entre os serviços de saúde.

▪ **Uso de Sistemas de Informação Integrados:** Adotar ferramentas digitais que permitam o compartilhamento de informações entre unidades, evitando duplicação de exames e assegurando continuidade no cuidado.

▪ **Gestão por Linhas de Cuidado:** Organizar os serviços de saúde em torno de condições específicas, como diabetes ou saúde mental, para garantir uma abordagem coordenada e integral.

Exemplo prático: Implementação de programas como o “Telessaúde Brasil”, que conecta especialistas a profissionais da atenção primária para orientação e apoio técnico.

► **Participação Social e Controle Social**

A integralidade também depende da participação ativa da comunidade na formulação e avaliação das políticas de saúde. O controle social pode ser fortalecido por meio de:

▪ **Atuação dos Conselhos de Saúde:** Incentivar a participação nos conselhos municipais, estaduais e nacionais, garantindo que as demandas da população sejam ouvidas.

▪ **Mobilização Comunitária:** Envolver líderes comunitários e associações locais para disseminar informações sobre saúde e promover ações de conscientização.

▪ **Educação em Saúde:** Realizar oficinas e palestras que empoderem os cidadãos, capacitando-os a identificar suas necessidades e a cobrar melhorias no sistema.

Exemplo prático: Parcerias entre unidades de saúde e associações de moradores para promover mutirões de atendimento ou eventos de conscientização.

► **Investimentos em Infraestrutura e Recursos Humanos**

A integralidade só pode ser garantida se houver uma estrutura adequada para oferecer serviços de qualidade. Algumas iniciativas incluem:

▪ **Ampliação do Financiamento:** Aumentar os recursos destinados ao SUS, priorizando a melhoria das unidades de saúde e a compra de insumos essenciais.

▪ **Contratação e Valorização de Profissionais:** Garantir que as equipes sejam completas e bem remuneradas, reduzindo a sobrecarga e incentivando a permanência em áreas remotas.

▪ **Expansão de Tecnologias:** Implantar telemedicina, prontuários eletrônicos e outras ferramentas que ampliem o alcance e a eficiência dos serviços de saúde.

Exemplo prático: Projetos de modernização de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), como reformas físicas e aquisição de equipamentos médicos.

► **Desenvolvimento de Políticas Públicas Intersetoriais**

A integralidade exige ações que ultrapassem os limites do setor saúde, promovendo políticas integradas entre diferentes áreas governamentais, como:

▪ **Educação e Saúde:** Parcerias para incluir temas de saúde no currículo escolar, como nutrição e prevenção de doenças.

▪ **Saneamento Básico e Saúde:** Projetos de saneamento para comunidades vulneráveis, reduzindo o impacto de doenças relacionadas à água contaminada.

▪ **Assistência Social e Saúde:** Coordenação entre o SUS e programas de assistência, como o Bolsa Família, para atender populações em situação de vulnerabilidade.

Exemplo prático: Programas de combate à desnutrição infantil que envolvem saúde, educação e assistência social, como o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Promover a integralidade no SUS é uma tarefa complexa que requer esforços coordenados entre diferentes atores, níveis de governo e setores da sociedade. Estratégias como o fortalecimento da atenção primária, a educação permanente, a integração dos níveis de atenção e o investimento em infraestrutura são fundamentais para transformar o princípio da integralidade em prática cotidiana.

Com essas ações, é possível construir um sistema de saúde mais humanizado, equitativo e resolutivo, que atenda às necessidades da população de maneira ampla e integrada. A consolidação da integralidade é um desafio, mas também uma oportunidade para avançar na garantia do direito à saúde para todos.

EXEMPLOS PRÁTICOS DE INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE

A integralidade na atenção à saúde se concretiza em ações e programas que buscam atender as necessidades dos indivíduos de maneira ampla e integrada. Esses exemplos demonstram como o princípio pode ser colocado em prática no Sistema Único de Saúde (SUS), articulando diferentes níveis de atenção, setores e estratégias para oferecer cuidado humanizado e resolutivo.

► **Estratégia Saúde da Família (ESF)**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos principais instrumentos para a promoção da integralidade no SUS. Com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), a ESF promove a proximidade entre os serviços de saúde e a população.

▪ **Como funciona:** Equipes multiprofissionais — compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde — acompanham famílias em suas comunidades. Essas equipes realizam ações preventivas, curativas, de promoção da saúde e reabilitação.

▪ **Exemplo de integralidade:** Uma equipe da ESF identifica uma gestante em situação de vulnerabilidade. Além do acompanhamento pré-natal, a equipe articula a vacinação, promove orientações sobre alimentação saudável, verifica as condições de moradia e faz encaminhamentos necessários para serviços especializados.

▪ **Impacto:** Redução das taxas de mortalidade infantil e materna, aumento da adesão a práticas preventivas e fortalecimento do vínculo entre usuários e o SUS.

► **Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é um exemplo de como o SUS promove a integralidade no cuidado à saúde mental. Criada para atender pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a RAPS integra diversos serviços, como:

▪ **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** Realizam atendimento especializado e promovem ações terapêuticas individualizadas ou em grupo.

▪ **Unidades Básicas de Saúde (UBSs):** Acompanham casos leves e encaminham para serviços especializados quando necessário.

▪ **Articulação intersetorial:** Parcerias com assistência social, educação e justiça para oferecer suporte integral.

▪ **Exemplo de integralidade:** Um paciente com transtorno mental grave é atendido em um CAPS. Além do acompanhamento psicológico e psiquiátrico, o serviço organiza visitas domiciliares, auxilia na reinserção social e busca articulação com programas de geração de renda.

▪ **Impacto:** Melhoria da qualidade de vida dos pacientes e redução da estigmatização associada à saúde mental.

► **Programa Nacional de Imunização (PNI)**

O Programa Nacional de Imunização (PNI) exemplifica a integralidade ao coordenar ações preventivas que beneficiam toda a população. O PNI não se limita à vacinação; ele organiza campanhas educativas, monitoramento epidemiológico e resposta a surtos.

▪ **Exemplo de integralidade:** Durante uma campanha de vacinação contra a influenza, profissionais de saúde aproveitam para identificar grupos de risco, como idosos com doenças crônicas. Esses pacientes são encaminhados para acompanhamento médico, realização de exames e controle de comorbidades.

▪ **Impacto:** Redução de internações e complicações associadas a doenças imunopreveníveis, além de maior integração entre os níveis de atenção.

► **Programa de Controle do Diabetes Mellitus e Hipertensão**

O cuidado às pessoas com doenças crônicas é um exemplo claro de como a integralidade se manifesta na prática. Esse programa articula ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, integrando diferentes níveis de atenção.

Exemplo de integralidade:

- Pacientes com diabetes e hipertensão são cadastrados em UBSs, onde recebem orientações sobre alimentação, práticas físicas e monitoramento contínuo.

- Quando há necessidade de exames mais complexos, como ecocardiogramas, os pacientes são encaminhados à atenção secundária.

- Casos graves, como pacientes com complicações renais, são atendidos na atenção terciária, com suporte de equipes especializadas.

- **Impacto:** Melhor controle das doenças crônicas, redução das complicações e aumento da qualidade de vida dos pacientes.

► **Atendimento Integral à Saúde da Mulher**

A saúde da mulher no SUS é organizada para oferecer cuidado abrangente, considerando suas necessidades em diferentes etapas da vida. Programas como o de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) exemplificam a integralidade ao incluir ações de:

- **Planejamento reprodutivo:** Distribuição de métodos contraceptivos e orientações personalizadas.

- **Acompanhamento pré-natal e puerpério:** Monitoramento de gestantes para prevenir complicações e assegurar o parto humanizado.

- **Prevenção e tratamento do câncer ginecológico:** Realização de exames como Papanicolau e mamografia, além de acompanhamento nos casos de diagnóstico positivo.

Exemplo de integralidade:

Uma mulher que busca consulta para planejamento familiar é atendida na UBS. Durante a consulta, é orientada sobre métodos contraceptivos e realiza exames preventivos. Ao detectar alterações no Papanicolau, ela é encaminhada para serviços especializados, garantindo cuidado contínuo.

- **Impacto:** Redução das taxas de mortalidade materna e aumento do acesso à saúde reprodutiva.

► **Parcerias Intersetoriais para Saneamento Básico e Saúde**

A saúde não depende apenas de ações diretas do SUS; programas intersetoriais são essenciais para promover a integralidade. Parcerias entre saúde, educação e saneamento têm gerado avanços significativos.

Exemplo de integralidade:

Em uma comunidade sem acesso a saneamento básico, equipes de saúde identificam alta incidência de doenças relacionadas à água contaminada. Em parceria com o setor de saneamento, são instalados sistemas de água tratada. Paralelamente, profissionais de saúde realizam palestras educativas sobre higiene e prevenção de doenças.

- **Impacto:** Redução de doenças infecciosas, melhoria nas condições de vida e maior conscientização da população.

► **Telemedicina no SUS**

A telemedicina tem sido uma ferramenta valiosa para promover a integralidade, especialmente em regiões remotas. Ela conecta profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção, facilitando o acesso a serviços especializados.

Exemplo de integralidade:

Um médico em uma UBS em área rural utiliza a telemedicina para discutir o caso de um paciente com um cardiologista em um hospital de referência. O especialista orienta o manejo do caso, evitando deslocamentos desnecessários e promovendo continuidade no cuidado.

- **Impacto:** Redução de barreiras geográficas e maior eficiência no cuidado.

Os exemplos práticos demonstram como a integralidade no SUS é implementada por meio de ações articuladas e centradas no usuário. Seja no acompanhamento de doenças crônicas, na saúde mental ou em campanhas de imunização, a integralidade reflete o compromisso do SUS em oferecer cuidado amplo, coordenado e humanizado. A expansão e o fortalecimento dessas práticas são essenciais para consolidar um sistema de saúde mais equitativo e resolutivo.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL E COMUNITÁRIA NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

A saúde coletiva, enquanto campo de conhecimento e prática, transcende o atendimento individualizado e busca compreender e intervir nas condições de saúde de populações inteiras. Essa área está profundamente vinculada ao conceito de determinação social da saúde, reconhecendo que fatores como condições socioeconômicas, ambientais e culturais impactam diretamente o bem-estar das comunidades. Nesse contexto, a organização social e comunitária emerge como uma estratégia essencial para enfrentar desafios e promover melhorias sustentáveis na saúde pública.

A organização social refere-se à estruturação de grupos, instituições e redes que atuam coletivamente para responder às demandas sociais. No campo da saúde coletiva, esse conceito ganha especial relevância, pois a mobilização de comunidades e instituições permite a formulação de políticas públicas mais adequadas às necessidades locais, além de ampliar o acesso a serviços de saúde de qualidade. Por outro lado, a participação comunitária desempenha um papel transformador, ao estimular o protagonismo dos indivíduos na busca por soluções para os problemas de saúde que os afetam diretamente.

Historicamente, movimentos sociais e comunitários têm desempenhado um papel crucial na construção de sistemas de saúde mais equitativos. Desde ações de base até parcerias com governos e organizações não governamentais, essas iniciativas demonstram que a saúde é uma responsabilidade compartilhada, exigindo esforço coletivo e contínuo. A articulação entre agentes comunitários, instituições públicas e privadas e a própria sociedade civil possibilita intervenções mais eficazes e culturalmente apropriadas.

FUNDAMENTOS DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

A organização social em saúde é um pilar fundamental na estruturação de estratégias coletivas para enfrentar os desafios das condições de saúde pública. Sua essência reside na capacidade de mobilizar recursos, pessoas e conhecimentos para criar soluções que atendam às necessidades de populações específicas.

Para compreender seus fundamentos, é necessário explorar conceitos, mecanismos e exemplos que ilustrem como essas organizações operam e impactam a sociedade.

O Conceito de Organização Social em Saúde

Organizações sociais são entidades criadas por grupos da sociedade civil para atender demandas específicas da coletividade. No campo da saúde, essas organizações desempenham papéis que vão desde a prestação direta de serviços até a formulação de políticas públicas, muitas vezes atuando em sinergia com o Estado e instituições privadas.

Essas estruturas são caracterizadas por:

- **Autonomia Administrativa:** Embora muitas recebam suporte financeiro governamental ou privado, são independentes na sua gestão.
- **Propósito Público:** Focam em objetivos que beneficiam a sociedade, como ampliar o acesso à saúde ou combater desigualdades.
- **Engajamento Comunitário:** Dependem da participação ativa da comunidade em suas ações.

Exemplos notáveis incluem:

- **Associações de Moradores:** Organizam campanhas de vacinação ou iniciativas de promoção de saúde em bairros específicos.
- **ONGs em Saúde:** Como Médicos Sem Fronteiras, que atua em crises humanitárias.
- **Cooperativas de Saúde:** Que oferecem serviços baseados na colaboração entre seus membros.

A Articulação com o Sistema de Saúde Pública

No Brasil, a relação entre organizações sociais e o Sistema Único de Saúde (SUS) é emblemática. O SUS, como sistema universal, promove a integração dessas entidades por meio de parcerias, como a contratualização de serviços. Organizações sociais podem gerenciar unidades de saúde, ampliando a eficiência administrativa e a cobertura dos serviços.

Além disso, conselhos de saúde e conferências de saúde são espaços institucionais que fomentam o diálogo entre a sociedade civil e o poder público. Esses mecanismos garantem que as organizações sociais e os cidadãos tenham voz ativa na formulação de políticas e no monitoramento de sua execução.

Impacto das Organizações Sociais no Campo da Saúde

O impacto das organizações sociais pode ser medido em diferentes dimensões:

- **Acesso:** Promovem a expansão de serviços em áreas de difícil alcance pelo sistema público.
- **Educação em Saúde:** Estimulam campanhas educativas sobre prevenção de doenças e promoção do bem-estar.
- **Inclusão Social:** Atendem populações marginalizadas, como moradores de rua ou comunidades ribeirinhas.

Um exemplo prático é o trabalho realizado pelas organizações no combate à epidemia de HIV/AIDS nos anos 1980 e 1990. Nessa época, associações como o Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) e a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) foram fundamentais para divulgar informações, oferecer apoio psicológico e pressionar o governo por políticas públicas adequadas.

Desafios da Organização Social em Saúde

Apesar dos avanços, essas organizações enfrentam obstáculos como:

- **Sustentabilidade Financeira:** Muitas dependem de doações e parcerias, que podem ser instáveis.
- **Burocracia:** Excesso de regulamentações pode dificultar a atuação em parceria com o Estado.
- **Capacitação:** Nem todas dispõem de profissionais qualificados para lidar com problemas complexos de saúde pública.

A organização social em saúde é um componente essencial para a consolidação de sistemas de saúde mais equitativos e responsivos às necessidades da população. Por meio da mobilização de comunidades, recursos e saberes, essas entidades contribuem significativamente para a melhoria da qualidade de vida e a garantia de direitos básicos.

Essa relação será aprofundada na próxima seção, que aborda a participação comunitária como elemento transformador no campo da saúde coletiva.

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA SAÚDE COLETIVA

A participação comunitária é um elemento central na promoção de um sistema de saúde mais equitativo e eficiente. Ao engajar as comunidades diretamente no planejamento, implementação e avaliação de políticas e serviços de saúde, torna-se possível alinhar as ações às reais necessidades da população. Essa abordagem não só fortalece a saúde coletiva, mas também fomenta a cidadania ativa e o empoderamento social.

A Importância da Participação Comunitária

A participação comunitária é vital para transformar a saúde em um processo colaborativo, onde indivíduos e grupos têm a oportunidade de contribuir ativamente para a melhoria das condições de vida em suas localidades.

Principais benefícios da participação comunitária:

- **Protagonismo Social:** Comunidades deixam de ser apenas receptoras de serviços para se tornarem agentes ativos na construção de soluções.
- **Diagnóstico Mais Preciso:** As necessidades de saúde são melhor compreendidas quando os moradores locais participam do processo de identificação dos problemas.
- **Fortalecimento das Redes Locais:** A interação entre indivíduos, instituições e organizações cria um tecido social mais resiliente.
- **Sustentabilidade das Ações:** Programas de saúde com participação comunitária têm maior chance de continuidade, pois são percebidos como legítimos e pertinentes.

► **Mecanismos de Engajamento Comunitário**

Existem diversos mecanismos pelos quais a participação comunitária pode ser implementada no campo da saúde coletiva. Entre os mais eficazes estão:

Conselhos e Conferências de Saúde

Os Conselhos de Saúde, como previstos no Sistema Único de Saúde (SUS), são espaços formais de deliberação que reúnem representantes da sociedade civil, profissionais de saúde e gestores públicos.

As Conferências de Saúde, realizadas periodicamente, permitem a construção participativa de diretrizes para políticas públicas.

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

No Brasil, os ACS desempenham papel fundamental ao fazer a ponte entre as equipes de saúde e a comunidade. Sua proximidade com a população facilita o entendimento das demandas locais e o acompanhamento contínuo.

Movimentos Sociais e Associações

Organizações comunitárias, como associações de moradores e coletivos culturais, frequentemente lideram ações de educação em saúde, campanhas preventivas e programas de assistência.

Tecnologias de Comunicação

Ferramentas digitais, como aplicativos de saúde e redes sociais, permitem maior interação entre comunidades e gestores, ampliando o alcance da participação.

► **Exemplos de Sucesso em Participação Comunitária**

Programa Saúde da Família (PSF)

O PSF é um exemplo clássico de como a integração entre profissionais de saúde e a comunidade pode gerar resultados significativos. Com o apoio de equipes multiprofissionais e agentes comunitários, o programa promove o cuidado integral, prevenindo doenças e tratando as existentes de maneira próxima e humanizada.

Controle Social na Vigilância Epidemiológica

Em diversos países, campanhas de combate à dengue foram fortalecidas por meio do engajamento comunitário. A população é incentivada a identificar focos de mosquito em suas residências e reportá-los aos órgãos competentes.

Iniciativas de Saúde Mental

Em comunidades vulneráveis, grupos de apoio liderados por moradores têm sido fundamentais para acolher pessoas em sofrimento psíquico e integrar serviços formais de saúde mental.

► **Desafios da Participação Comunitária**

Embora os benefícios sejam evidentes, a participação comunitária enfrenta obstáculos que precisam ser superados:

▪ **Desigualdade de Poder:** Em algumas instâncias, a voz da comunidade pode ser ignorada em decisões finais.

▪ **Falta de Representatividade:** Conselhos de saúde nem sempre conseguem incluir todas as vozes, especialmente de populações marginalizadas.

▪ **Capacitação Insuficiente:** Moradores podem carecer de formação adequada para participar efetivamente dos processos de decisão.

► **O Papel da Educação na Participação Comunitária**

Educar a população sobre seus direitos e sobre a importância de sua participação é um passo essencial para promover o engajamento. Campanhas de conscientização e programas de formação específicos podem empoderar comunidades, garantindo maior impacto e eficácia das ações de saúde coletiva.

A participação comunitária no campo da saúde coletiva é mais do que uma estratégia administrativa; é um compromisso com a equidade e a justiça social. Ela promove não apenas a melhoria dos indicadores de saúde, mas também a construção de uma sociedade mais solidária e consciente de suas responsabilidades coletivas. A seguir, discutiremos os modelos de intervenção comunitária que potencializam essas ações em contextos diversos.

MODELOS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Os modelos de intervenção comunitária no campo da saúde coletiva são estratégias planejadas para enfrentar problemas específicos de saúde por meio do engajamento direto da comunidade. Essas abordagens reconhecem que a proximidade das populações com suas realidades permite identificar necessidades, criar soluções sustentáveis e promover a equidade na assistência à saúde.

► **Modelos Baseados na Educação em Saúde**

A educação em saúde é um dos alicerces mais utilizados em intervenções comunitárias. Esse modelo busca informar e capacitar as comunidades para que adotem práticas de vida saudáveis e previnam doenças.

▪ **Foco na Prevenção:** Conscientização sobre hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, higiene, vacinação e prática de exercícios físicos.

▪ **Métodos Participativos:** Oficinas, rodas de conversa e campanhas educativas.

▪ **Parceria com Escolas e Organizações Locais:** Ampliação do alcance por meio de parcerias estratégicas.

Exemplo:

▪ **Campanhas de Prevenção ao Diabetes e Hipertensão:** Em muitos municípios brasileiros, ações em postos de saúde incluem palestras e atividades práticas, como medições regulares de pressão arterial e glicemia, para educar a população sobre os riscos e formas de controle.

► **Modelos de Ação Integrada: Saúde e Bem-Estar**

Esses modelos abordam a saúde de maneira ampla, considerando fatores sociais, ambientais e econômicos que influenciam o bem-estar das comunidades.

▪ **Interdisciplinaridade:** Envolvem profissionais de diferentes áreas, como saúde, assistência social, educação e urbanismo.

▪ **Ações Multissetoriais:** Trabalham simultaneamente em áreas como habitação, saneamento básico e segurança alimentar.

▪ **Enfoque Holístico:** Atendem a necessidades físicas, psicológicas e sociais.

Exemplo prático:

▪ **Projeto Redes de Cuidado (Brasil):** Promovido em comunidades vulneráveis, o programa integra assistência social e saúde mental, oferecendo oficinas de artes, esportes e orientação profissional, ao lado de atendimentos de saúde.

► **Modelos de Intervenção com Agentes Comunitários de Saúde**

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm um papel estratégico na saúde coletiva, sendo fundamentais para promover a interface entre o sistema de saúde e as comunidades.

▪ **Proximidade e Confiabilidade:** ACS são selecionados dentro das próprias comunidades, o que aumenta a confiança dos moradores.

▪ **Monitoramento e Acompanhamento:** Visitas domiciliares para identificar necessidades e prevenir doenças.

▪ **Educação e Mobilização:** Orientação sobre cuidados de saúde e mobilização para campanhas preventivas.

Exemplo:

▪ **Atuação no Programa Saúde da Família (PSF):** Os ACS visitam regularmente famílias para monitorar gestantes, idosos e crianças, além de identificar sinais de agravos como desnutrição e doenças respiratórias.

► **Modelos de Participação Comunitária para Controle de Epidemias**

Intervenções comunitárias são cruciais no enfrentamento de epidemias, especialmente em áreas onde a infraestrutura de saúde é limitada. Esses modelos buscam engajar a comunidade no controle de vetores e na vigilância epidemiológica.

▪ **Mobilização Rápida:** Treinamento de moradores para identificar e eliminar focos de doenças.

▪ **Educação Intensiva:** Campanhas informativas sobre prevenção de doenças transmissíveis.

▪ **Acompanhamento Contínuo:** Monitoramento dos resultados por lideranças locais.

Exemplo:

▪ **Combate à Dengue:** Em muitas cidades brasileiras, grupos comunitários atuam na identificação de criadouros do Aedes aegypti e na orientação sobre eliminação de água parada.

► **Modelos Baseados na Promoção da Saúde Mental**

Intervenções comunitárias em saúde mental visam criar redes de suporte e reduzir o estigma associado a transtornos psicológicos, além de promover o bem-estar emocional.

▪ **Acolhimento Comunitário:** Criação de espaços seguros para troca de experiências e apoio mútuo.

▪ **Capacitação de Líderes Locais:** Formação de voluntários e líderes comunitários para identificar sinais de sofrimento psíquico.

▪ **Atividades Terapêuticas:** Oferecimento de oficinas, grupos de terapia e apoio psicossocial.

Exemplo:

▪ **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** Integram cuidados especializados à participação ativa da comunidade, promovendo inclusão social e suporte contínuo.

► **Resultados e Impactos dos Modelos de Intervenção Comunitária**

Os modelos de intervenção comunitária têm gerado impactos significativos, como:

▪ **Redução de Indicadores de Doenças:** Ações preventivas diminuem a incidência de doenças evitáveis, como hipertensão e diabetes.

▪ **Aumento do Acesso aos Serviços de Saúde:** A presença de agentes comunitários e programas locais facilita o acesso das populações vulneráveis.

▪ **Fortalecimento da Cidadania:** Comunidades envolvidas tornam-se mais conscientes de seus direitos e mais ativas na busca por melhores condições de vida.

► **Desafios e Considerações Finais**

Apesar do sucesso, esses modelos enfrentam desafios como:

▪ **Falta de Recursos:** Escassez de financiamento e infraestrutura.

▪ **Resistência Cultural:** Dificuldade em alterar comportamentos enraizados.

▪ **Sustentabilidade:** Garantir a continuidade das ações após o término de apoios externos.

Os modelos de intervenção comunitária são ferramentas indispensáveis para a promoção de saúde coletiva, especialmente em contextos de vulnerabilidade. Ao mobilizar comunidades, integrar diferentes setores e focar na sustentabilidade das ações, essas intervenções têm o potencial de transformar a saúde pública de forma duradoura e equitativa.

DESAFIOS E OPORTUNIDADES NA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E COMUNITÁRIA

A organização social e comunitária desempenha um papel estratégico no fortalecimento da saúde coletiva, promovendo soluções inovadoras e participativas para atender às necessidades da população. No entanto, esse campo enfrenta desafios estruturais, culturais e operacionais que, se superados, podem abrir portas para oportunidades significativas. Nesta seção, abordaremos os principais obstáculos e as perspectivas de melhoria na organização social e comunitária voltada à saúde.

Sustentabilidade Financeira

▪ **Problema:** A maior parte das organizações sociais depende de recursos governamentais, doações ou financiamentos esporádicos, o que dificulta a manutenção de projetos no longo prazo.

▪ **Impacto:** Projetos bem-sucedidos podem ser interrompidos por falta de verba, comprometendo a continuidade das ações comunitárias.

Desigualdades Regionais

▪ **Problema:** Áreas urbanas centrais frequentemente têm maior acesso a recursos, enquanto regiões periféricas ou rurais enfrentam barreiras de infraestrutura e suporte.

▪ **Impacto:** Amplia-se a disparidade no acesso aos benefícios promovidos por essas organizações.

Burocracia e Excessiva Regulamentação

▪ **Problema:** Processos administrativos complexos para formalização, obtenção de recursos e parcerias dificultam a operação de organizações menores.

▪ **Impacto:** O tempo e os recursos necessários para lidar com a burocracia afastam o foco das ações principais.

Falta de Representatividade

▪ **Problema:** Algumas organizações não conseguem engajar de forma ampla todas as parcelas da comunidade, especialmente populações vulneráveis como indígenas, quilombolas ou pessoas em situação de rua.

▪ **Impacto:** As soluções propostas podem não atender integralmente às necessidades locais.

Capacitação e Profissionalização

▪ **Problema:** Líderes e membros de organizações sociais nem sempre têm acesso a treinamentos e capacitação para lidar com os desafios da gestão e das práticas de saúde coletiva.

▪ **Impacto:** Dificuldades na execução de projetos e no uso eficiente de recursos.

► Oportunidades para o Fortalecimento

Apesar dos desafios, a organização social e comunitária apresenta inúmeras oportunidades para se consolidar como um agente transformador na saúde coletiva. Essas oportunidades estão alinhadas ao fortalecimento das políticas públicas, ao uso de tecnologias e à promoção de parcerias estratégicas.

Expansão do Uso de Tecnologias Digitais

▪ **Oportunidade:** Ferramentas como aplicativos, plataformas de crowdfunding e redes sociais podem ampliar a captação de recursos, mobilizar comunidades e facilitar o acesso a informações de saúde.

▪ **Exemplo:** Aplicativos que conectam moradores a agentes de saúde ou que rastreiam demandas emergentes de saúde pública.

Parcerias Público-Privadas

▪ **Oportunidade:** Colaborações com empresas privadas e o setor público podem fornecer suporte financeiro, logístico e técnico.

▪ **Exemplo:** Programas de empresas que investem em saúde como parte de suas iniciativas de responsabilidade social corporativa.

Fortalecimento da Educação Comunitária

▪ **Oportunidade:** Capacitação dos membros das comunidades para que possam atuar como multiplicadores de conhecimento em saúde, promovendo práticas preventivas e fortalecendo o engajamento social.

▪ **Exemplo:** Programas de formação em saúde mental para líderes comunitários.

Promoção da Participação Social

▪ **Oportunidade:** Incentivar a inclusão ativa de populações vulneráveis nos processos decisórios pode aumentar a eficácia das ações.

▪ **Exemplo:** Ampliação de espaços deliberativos, como conselhos de saúde e fóruns comunitários.

Adoção de Modelos Sustentáveis

▪ **Oportunidade:** Investir em modelos de autossuficiência financeira, como cooperativas de saúde e microcréditos, pode garantir maior estabilidade às organizações.

▪ **Exemplo:** Cooperativas de saúde em áreas rurais que combinam geração de renda com atendimento médico.

► Superando Obstáculos: Estratégias Propostas

Para que as organizações sociais e comunitárias alcancem todo o seu potencial, é necessário investir em estratégias de fortalecimento que contemplem as particularidades de cada região e população.

▪ **Simplificação de Processos Burocráticos:** Criar políticas públicas que reduzam a carga burocrática, facilitando a formalização e acesso a recursos.

▪ **Incentivos Governamentais:** Oferecer subsídios e linhas de financiamento específicas para organizações sociais em saúde.

▪ **Treinamento Contínuo:** Garantir acesso a programas de capacitação para gestores e voluntários, abordando temas como gestão de projetos, captação de recursos e saúde pública.

▪ **Engajamento Comunitário Sustentado:** Estabelecer métodos de participação ativa e inclusiva, integrando comunidades nos processos de decisão.

▪ **Monitoramento e Avaliação:** Implantar sistemas que permitam mensurar resultados e ajustar intervenções com base em evidências.

► Impacto das Oportunidades no Cenário da Saúde Coletiva

A implementação de estratégias e o aproveitamento das oportunidades podem trazer benefícios amplos, como:

▪ **Redução de Desigualdades:** Ações mais direcionadas e inclusivas contribuem para minimizar disparidades no acesso à saúde.

▪ **Maior Eficiência das Políticas Públicas:** A parceria com organizações sociais agrega expertise local, ampliando o alcance e a efetividade das iniciativas governamentais.

▪ **Empoderamento Comunitário:** Comunidades envolvidas tornam-se mais resilientes e capacitadas para lidar com desafios futuros.

A organização social e comunitária na saúde coletiva está em constante evolução, e os desafios que enfrenta são uma oportunidade para promover inovações estruturais e sociais. Ao investir em capacitação, tecnologia e parcerias, essas entidades têm o potencial de transformar o cenário da saúde pública, tornando-o mais equitativo, participativo e eficaz.

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A **Vigilância em Saúde** é um conjunto de atividades contínuas, planejadas e sistemáticas que envolvem a coleta, análise e interpretação de dados relacionados à saúde, a fim de orientar decisões e ações para a prevenção, controle e promoção da saúde. Ela é uma peça fundamental no sistema de saúde pública, funcionando como uma “rede de segurança” que monitora a saúde da população, detecta precocemente surtos e epidemias, e garante que intervenções eficazes sejam implementadas.

Além disso, a Vigilância em Saúde tem um papel importante na formulação de políticas públicas, pois fornece dados e informações que ajudam a direcionar as decisões dos gestores de saúde, oferecendo uma base sólida para a alocação de recursos e implementação de programas de saúde. Essa vigilância se estende a diferentes áreas de atuação, cada uma com um foco específico, mas todas trabalhando de forma integrada para melhorar a saúde da população.

— Objetivos da Vigilância em Saúde

Os principais **objetivos** da Vigilância em Saúde são:

1. Monitorar a saúde da população: A vigilância em saúde visa monitorar continuamente a ocorrência de doenças e agravos, além de fatores de risco. Com isso, é possível identificar mudanças no padrão de saúde e propor intervenções rápidas.

2. Detectar precocemente surtos e epidemias: A capacidade de identificar, em estágios iniciais, surtos ou mudanças epidemiológicas é essencial para prevenir a disseminação de doenças.

3. Fornecer informações para o planejamento de políticas públicas: A vigilância em saúde oferece dados essenciais para o planejamento, gestão e avaliação de políticas de saúde, o que permite a tomada de decisões baseadas em evidências.

4. Prevenir e controlar doenças e agravos: A vigilância em saúde possibilita a implementação de estratégias de controle e prevenção de doenças, com foco em minimizar impactos na saúde coletiva.

5. Avaliar a eficácia das intervenções de saúde pública: Monitorar as ações implementadas é fundamental para ajustar ou aprimorar medidas de prevenção e tratamento.

6. Promover a saúde e melhorar a qualidade de vida: Além de prevenir doenças, a vigilância em saúde também contribui para a promoção da saúde, por meio da identificação de condições de vida inadequadas ou comportamentos de risco.

Componentes e Elementos da Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde é composta por diferentes áreas de atuação que, em conjunto, fornecem uma abordagem abrangente para a proteção da saúde pública. Cada componente tem seu foco específico, mas todos compartilham o objetivo comum de prevenir doenças e promover a saúde.

— Vigilância Epidemiológica

A **Vigilância Epidemiológica** é o componente da Vigilância em Saúde responsável pela observação sistemática de doenças e agravos à saúde. Ela identifica a ocorrência de doenças transmissíveis e não transmissíveis, analisando padrões de disseminação, fatores de risco e grupos vulneráveis, permitindo a implementação de medidas de controle eficazes.

Principais atividades da Vigilância Epidemiológica:

- Coleta e análise de dados sobre a ocorrência de doenças e agravos, como tuberculose, HIV/AIDS, dengue, entre outras.

- **Notificação compulsória de doenças:** A vigilância epidemiológica mantém um sistema de notificação compulsória de doenças de interesse nacional, como febre amarela, meningite e sarampo. Esse sistema permite uma resposta rápida em casos de surtos ou epidemias.

- **Investigação de surtos:** Ao identificar surtos de doenças, a vigilância epidemiológica investiga as possíveis causas, modos de transmissão e grupos de risco, propondo intervenções imediatas para conter a disseminação.

- **Planejamento de campanhas de vacinação:** A vigilância epidemiológica também tem papel crucial na organização e execução de campanhas de imunização em massa, como as realizadas contra a gripe e a COVID-19.

A vigilância epidemiológica é especialmente importante em momentos de crise sanitária, como na pandemia de COVID-19. Ela atuou na identificação de casos, monitoramento de curvas epidemiológicas, análise da efetividade de vacinas e na tomada de decisões sobre medidas de isolamento social e restrições.

— Vigilância Ambiental

A **Vigilância Ambiental** atua na identificação e controle de fatores do ambiente que podem representar riscos à saúde humana. Seu campo de ação envolve desde a poluição do ar, água e solo, até a exposição a produtos químicos tóxicos e a presença de vetores de doenças, como mosquitos que transmitem dengue, zika e chikungunya.

Principais atividades da Vigilância Ambiental:

- **Monitoramento da qualidade da água:** Um dos focos principais da vigilância ambiental é a garantia da qualidade da água consumida pela população. Isso inclui o monitoramento de mananciais e redes de distribuição, além da detecção de contaminantes.

- **Controle de vetores:** A vigilância ambiental participa ativamente no controle de doenças transmitidas por vetores, como a dengue, chikungunya e zika, por meio de ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

- **Avaliação de áreas de risco:** Em regiões sujeitas a desastres naturais, como inundações ou deslizamentos, a vigilância ambiental realiza avaliações para mitigar os riscos de doenças, como leptospirose ou contaminações por substâncias químicas.

- **Controle de resíduos sólidos:** A vigilância ambiental também atua no monitoramento do descarte inadequado de resíduos sólidos e seus impactos na saúde da população.

A prevenção de desastres e a resposta a emergências ambientais são áreas em que a vigilância ambiental tem se tornado cada vez mais essencial, especialmente diante das mudanças climáticas e seus efeitos sobre a saúde pública.

— Vigilância Sanitária

A **Vigilância Sanitária** tem o papel de fiscalizar e regular produtos e serviços que possam impactar a saúde pública. Isso inclui a inspeção de alimentos, medicamentos, produtos de higiene, bem como a fiscalização de estabelecimentos de saúde e locais que envolvem a manipulação de produtos ou serviços de saúde.

Principais atividades da Vigilância Sanitária:

- **Fiscalização de alimentos e bebidas:** A vigilância sanitária realiza inspeções em indústrias alimentícias, restaurantes e mercados para garantir que os produtos consumidos estejam de acordo com os padrões de higiene e segurança estabelecidos.

- **Controle de medicamentos:** A vigilância sanitária também fiscaliza a produção e distribuição de medicamentos, garantindo que os produtos sejam seguros e eficazes para o uso humano.

- **Inspeção de serviços de saúde:** Hospitais, clínicas, laboratórios e outros estabelecimentos de saúde são fiscalizados regularmente para garantir que as condições sanitárias sejam adequadas e que os serviços prestados sigam normas de segurança e qualidade.

- **Monitoramento de produtos de saúde:** Além de alimentos e medicamentos, a vigilância sanitária também monitora cosméticos, produtos de higiene pessoal e materiais médicos para garantir a segurança dos consumidores.

Em tempos de crise, como durante a pandemia de COVID-19, a vigilância sanitária teve papel crucial no controle e regulamentação de equipamentos de proteção individual (EPIs) e no acompanhamento da qualidade das vacinas e insumos médicos.

– Vigilância da Saúde do Trabalhador

A Vigilância da Saúde do Trabalhador tem como foco a prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, garantindo que os ambientes de trabalho ofereçam condições seguras e adequadas para a saúde dos trabalhadores. Ela está envolvida tanto na fiscalização das condições de trabalho quanto na promoção de ações de saúde para o trabalhador.

Principais atividades da Vigilância da Saúde do Trabalhador:

- **Investigação de doenças ocupacionais:** Essa vigilância atua na identificação e monitoramento de doenças relacionadas ao ambiente de trabalho, como Lesões por Esforço Repetitivo (LER), doenças pulmonares causadas pela inalação de substâncias nocivas e outras condições ocupacionais.

- **Fiscalização de condições de trabalho:** Realiza inspeções em ambientes de trabalho para verificar se as normas de segurança estão sendo cumpridas e se os trabalhadores estão protegidos contra riscos ocupacionais.

- **Promoção da saúde no trabalho:** Desenvolve programas de prevenção de acidentes e doenças no ambiente de trabalho, oferecendo orientações e treinamentos para empregadores e empregados.

- **Registro de acidentes de trabalho:** A vigilância da saúde do trabalhador mantém um sistema de registro e análise de acidentes de trabalho, permitindo a implementação de medidas corretivas e preventivas.

Esse componente é vital para proteger os trabalhadores de exposições nocivas e melhorar a qualidade de vida no trabalho, especialmente em setores de risco, como a construção civil e a indústria.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A educação em saúde é um componente vital da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visa não apenas tratar doenças, mas promover um ambiente saudável para a comunidade, prevenindo enfermidades e capacitando os indivíduos a cuidarem melhor de si mesmos. Na ESF, as ações de educação em saúde são integradas ao cotidiano das equipes de saúde e são direcionadas tanto para a população em geral quanto para grupos específicos, como crianças, adolescentes, gestantes, idosos e pessoas com doenças crônicas.

A abordagem da ESF busca o envolvimento ativo da comunidade, considerando o contexto social, cultural e econômico das pessoas para oferecer um cuidado integral e humanizado. A educação em saúde, dentro desse contexto, não é vista apenas como uma transferência de informações, mas como um processo contínuo de construção de conhecimento, diálogo e empoderamento dos indivíduos e das comunidades.

- Importância da Educação em Saúde na ESF**Capacitação da Comunidade:**

A capacitação da comunidade é uma das principais metas da educação em saúde na ESF. Isso envolve fornecer às pessoas o conhecimento necessário para prevenir doenças, reconhecer sintomas precoces e buscar atendimento médico adequado. Mais do que apenas disseminar informações, a educação em saúde visa empoderar os indivíduos para que se tornem agentes ativos em seu próprio cuidado e no cuidado de suas famílias.

- **Empoderamento para Decisões Informadas:** Através da educação em saúde, a ESF capacita as pessoas a tomarem decisões informadas sobre sua saúde. Isso inclui compreender os fatores de risco para doenças, a importância da adesão ao tratamento e a necessidade de realizar exames preventivos regularmente.

- **Prevenção de Doenças:** A educação em saúde enfatiza a prevenção como a melhor estratégia para manter a saúde. Ao informar a população sobre práticas preventivas, como vacinação, higiene pessoal e ambiental, alimentação saudável e atividade física, a ESF ajuda a reduzir a incidência de doenças evitáveis.

Redução das Desigualdades em Saúde:

As desigualdades em saúde são um desafio significativo, especialmente em um país tão diverso e desigual como o Brasil. A educação em saúde desempenha um papel crucial na redução dessas desigualdades, garantindo que as informações sobre saúde cheguem a todos, independentemente de sua localização geográfica, condição socioeconômica ou nível educacional.

- **Acessibilidade das Informações:** As ações educativas da ESF são planejadas para serem acessíveis a todos os segmentos da população, considerando as diferenças culturais, linguísticas e sociais. Isso garante que todos tenham a oportunidade de aprender sobre saúde e adotar práticas que promovam o bem-estar.

- **Inclusão Social:** A ESF trabalha para incluir populações historicamente marginalizadas, como comunidades indígenas, quilombolas, pessoas em situação de rua e minorias étnicas, garantindo que essas comunidades tenham acesso às informações e serviços de saúde de que necessitam.

- Principais Ações de Educação em Saúde na ESF

Visitas Domiciliares:

As visitas domiciliares são uma das ferramentas mais importantes da ESF para a promoção da educação em saúde. Elas permitem que os profissionais de saúde entrem em contato direto com a realidade das famílias, oferecendo orientações personalizadas e identificando precocemente problemas de saúde.

- **Educação Personalizada:** Durante as visitas, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros membros da equipe de saúde fornecem orientações sobre como prevenir doenças comuns, como a dengue, infecções respiratórias, e doenças crônicas como diabetes e hipertensão. Eles também ensinam sobre a importância da vacinação, o uso correto de medicamentos e a higiene pessoal e do ambiente doméstico.

- **Monitoramento Contínuo:** As visitas domiciliares permitem o acompanhamento contínuo das famílias, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade social e com maior risco de adoecer. O monitoramento regular ajuda a identificar mudanças no estado de saúde dos indivíduos e permite intervenções precoces, evitando complicações.

Grupos de Educação em Saúde:

Os grupos de educação em saúde são reuniões regulares onde membros da comunidade discutem temas de saúde relevantes sob a orientação de profissionais de saúde. Esses grupos podem focar em temas específicos, como o controle da hipertensão, o manejo do diabetes, a saúde mental, a saúde da mulher, entre outros.

- **Troca de Experiências:** Além de fornecer informações, os grupos de educação em saúde criam um espaço para que os participantes compartilhem suas experiências, dúvidas e desafios. Essa troca de experiências fortalece os laços comunitários e cria um ambiente de apoio mútuo, onde os indivíduos se sentem encorajados a seguir as recomendações de saúde.

- **Promoção da Saúde Coletiva:** Ao reunir pessoas que enfrentam desafios de saúde semelhantes, os grupos facilitam o aprendizado coletivo e a criação de estratégias comunitárias para melhorar a saúde. Isso contribui para a criação de uma cultura de saúde na comunidade, onde os bons hábitos são compartilhados e incentivados.

Palestras e Oficinas Educativas:

Palestras e oficinas educativas são realizadas em diversos ambientes, como unidades de saúde, escolas, centros comunitários e eventos locais. Essas atividades são planejadas para alcançar um grande número de pessoas e sensibilizá-las sobre temas específicos de saúde.

- **Abordagem Interativa:** As oficinas educativas utilizam métodos interativos, como dinâmicas de grupo, demonstrações práticas e o uso de materiais audiovisuais, para facilitar o aprendizado. Isso torna as informações mais acessíveis e compreensíveis, especialmente para pessoas com níveis variados de alfabetização.

- **Ampla Alcance:** Palestras e oficinas permitem disseminar informações importantes para um grande número de pessoas simultaneamente, o que é especialmente útil em campanhas de saúde pública, como as de vacinação, prevenção do tabagismo, ou conscientização sobre doenças como o câncer de mama e o câncer de colo de útero.

Campanhas de Saúde:

As campanhas de saúde são mobilizações realizadas pela ESF em parceria com outros setores do SUS e com a comunidade, com o objetivo de sensibilizar a população sobre a importância da prevenção e do controle de doenças.

- **Campanhas de Vacinação:** Uma das campanhas mais conhecidas é a de vacinação, que visa garantir a imunização em massa contra doenças como gripe, sarampo, poliomielite e, mais recentemente, COVID-19. A educação em saúde é fundamental para aumentar a adesão da população às campanhas de vacinação, esclarecendo dúvidas e combatendo mitos e desinformação.

- **Campanhas de Prevenção:** Outras campanhas importantes incluem a prevenção ao tabagismo, à obesidade, à violência doméstica, e à transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Através dessas campanhas, a ESF sensibiliza a população sobre a importância de adotar hábitos saudáveis e de buscar ajuda em casos de risco.

Educação em Saúde nas Escolas:

A parceria entre a ESF e as escolas é estratégica para a promoção da saúde entre crianças e adolescentes. A educação em saúde nas escolas abrange uma ampla gama de temas, que vão desde a higiene pessoal e a alimentação saudável até a saúde sexual e reprodutiva e a promoção da saúde mental.

- **Formação de Hábitos Saudáveis:** As crianças e adolescentes são incentivados a adotar hábitos saudáveis desde cedo, o que é fundamental para a prevenção de doenças ao longo da vida. As atividades realizadas nas escolas ajudam a criar uma cultura de saúde, que pode ser levada para dentro de casa e compartilhada com a família.

- **Engajamento das Famílias:** Muitas das ações de educação em saúde nas escolas envolvem também os pais e responsáveis, criando uma rede de apoio que fortalece as práticas saudáveis em casa e na comunidade.

- Desafios e Perspectivas

Desafios na Implementação das Ações Educativas:

Embora a educação em saúde seja fundamental para o sucesso da ESF, sua implementação enfrenta vários desafios:

- **Limitações de Recursos:** Muitas vezes, a ESF enfrenta a falta de recursos humanos, financeiros e materiais para realizar ações educativas em larga escala. A escassez de profissionais capacitados e de materiais educativos limita a capacidade da ESF de alcançar todas as comunidades de forma eficaz.

- **Diversidade Cultural e Linguística:** A diversidade cultural e linguística das comunidades pode dificultar a comunicação e a eficácia das ações educativas. Em áreas com populações indígenas, quilombolas ou imigrantes, por exemplo, é necessário adaptar as estratégias de educação em saúde para respeitar e incorporar as particularidades culturais e linguísticas dessas comunidades.

- **Engajamento da Comunidade:** A falta de engajamento da comunidade em algumas áreas pode ser um obstáculo significativo. Desconfiança em relação aos serviços de saúde, falta de tempo ou interesse e barreiras geográficas podem dificultar a participação ativa nas ações de educação em saúde.

Perspectivas para o Futuro:

Apesar dos desafios, há várias oportunidades para fortalecer as ações de educação em saúde na ESF:

- **Capacitação Contínua:** Investir na capacitação contínua dos profissionais de saúde, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é essencial para que estejam preparados para realizar ações educativas de alta qualidade. Programas de treinamento devem focar em técnicas de comunicação, metodologias educativas e atualização constante sobre temas de saúde.

- **Parcerias e Colaborações:** Fortalecer parcerias com escolas, organizações não governamentais (ONGs), lideranças comunitárias, empresas e outras instituições pode ampliar o alcance e a eficácia das ações de educação em saúde. Parcerias intersetoriais também são importantes para abordar os determinantes sociais da saúde de maneira mais integrada.

- Uso de Tecnologias:

A incorporação de tecnologias de informação e comunicação pode facilitar o acesso a informações de saúde e promover o engajamento da comunidade. Aplicativos móveis, redes sociais, plataformas de educação a distância e outras ferramentas digitais oferecem novas possibilidades para a educação em saúde, especialmente em tempos de pandemia, quando o distanciamento social é necessário.

O TRABALHO COM GRUPOS

O trabalho com grupos ocupa uma posição central nas práticas de saúde, especialmente no âmbito da atenção básica e saúde pública. Ele transcende o cuidado individualizado ao explorar as dinâmicas coletivas, promovendo trocas de experiências, suporte mútuo e engajamento comunitário. Essa abordagem é fundamentada na ideia de que a interação social pode potencializar tanto a prevenção quanto a promoção da saúde.

A relevância do trabalho em grupo reside em sua capacidade de abordar questões complexas e multifatoriais, como tabagismo, obesidade, saúde mental e doenças crônicas, de forma colaborativa. Além disso, oferece um espaço de acolhimento e aprendizagem coletiva, ajudando a construir redes de apoio que são essenciais para a adesão ao tratamento e mudanças comportamentais sustentáveis.

Os grupos também funcionam como ferramentas poderosas para os profissionais de saúde. Eles permitem não apenas compartilhar informações, mas também observar comportamentos, identificar necessidades específicas e construir vínculos que fortalecem a relação com a comunidade atendida. Dessa forma, integram aspectos técnicos, educativos e humanos, alinhados aos princípios da integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compreender o papel e a aplicação do trabalho com grupos é essencial para profissionais e gestores da área da saúde. Este texto explora os fundamentos teóricos, as etapas de planejamento e condução, além dos desafios e impactos dessa prática. Essa reflexão é crucial para fortalecer a atuação em equipe e alcançar melhores resultados na promoção da saúde e no cuidado integral à população.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DO TRABALHO COM GRUPOS

O trabalho com grupos, amplamente utilizado na área da saúde, fundamenta-se em conceitos e teorias que destacam a importância das interações sociais para o desenvolvimento individual e coletivo. Essa abordagem surge do reconhecimento de que o ser humano é essencialmente relacional, e suas experiências de vida são moldadas e enriquecidas por suas conexões com outras pessoas.

Grupos podem ser definidos como um conjunto de indivíduos que compartilham objetivos comuns e estabelecem interações entre si, influenciando-se mutuamente. Na saúde, eles são utilizados para:

- **Educação em Saúde:** Compartilhamento de informações sobre prevenção de doenças e promoção de hábitos saudáveis.
- **Suporte Psicológico:** Fortalecimento emocional e troca de experiências em contextos como tratamento de doenças crônicas ou superação de dependências.
- **Promoção da Adesão:** Estímulo ao comprometimento com tratamentos médicos e mudanças comportamentais.

A principal característica do trabalho com grupos é a criação de um espaço seguro para que os participantes expressem suas dificuldades, aprendam juntos e desenvolvam estratégias coletivas para enfrentar os desafios.

► Principais Teorias e Abordagens

Teoria de Campo de Kurt Lewin

Lewin propôs que o comportamento humano é influenciado tanto pelo indivíduo quanto pelo ambiente em que ele está inserido. Nos grupos, as dinâmicas internas (como papéis, normas e liderança) e externas (contexto social e cultural) moldam as interações e o aprendizado.

Grupos Operativos de Enrique Pichon-Rivière

Essa abordagem foca no trabalho grupal como um espaço de aprendizagem e mudança. Segundo Pichon-Rivière, os grupos operativos possuem três funções principais:

- **Tarefa:** Objetivo compartilhado pelos participantes.
- **Vínculo:** Relações interpessoais que sustentam o trabalho coletivo.
- **Processos Grupais:** Dinâmicas emocionais que podem impulsionar ou bloquear o alcance da tarefa.

Teoria Sistêmica

Baseia-se na ideia de que os grupos funcionam como sistemas vivos, onde cada membro influencia e é influenciado pelos demais. Essa perspectiva destaca a importância de compreender o grupo como um todo, considerando suas interconexões e padrões de comportamento.

Psicodrama e Dinâmica de Grupos

Criado por Jacob Levy Moreno, o psicodrama utiliza dramatizações para explorar os papéis sociais e emoções dos participantes. Nas dinâmicas de grupo, as atividades práticas promovem o engajamento e fortalecem a cooperação entre os membros.

Componentes de um Grupo Bem-Sucedido

Para que os grupos na saúde sejam eficazes, alguns fatores são essenciais:

- **Clareza na Tarefa:** Todos os participantes devem entender o objetivo do grupo.
- **Liderança Funcional:** O facilitador precisa organizar as interações, garantir a participação de todos e manejar conflitos.
- **Espaço de Comunicação:** Um ambiente acolhedor e livre de julgamentos é crucial para o compartilhamento de ideias e sentimentos.
- **Flexibilidade:** O grupo deve se adaptar às necessidades e características dos seus membros.

Benefícios do Trabalho com Grupos na Saúde

- **Fortalecimento de Vínculos:** Grupos criam redes de apoio que ajudam a lidar com dificuldades.
- **Aprendizagem Coletiva:** A troca de experiências enriquece o conhecimento dos participantes.
- **Maior Engajamento:** A interação social é um fator motivador para adesão a tratamentos.

Os fundamentos teóricos do trabalho com grupos fornecem uma base sólida para a prática profissional. Eles ajudam a entender os processos que ocorrem nas interações grupais e a planejar intervenções mais eficazes, promovendo benefícios que vão além do individual para impactar a comunidade como um todo.

APLICAÇÕES PRÁTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

O trabalho com grupos é uma ferramenta estratégica na atenção básica, pois permite abordar questões de saúde de forma coletiva, fortalecendo vínculos comunitários e promovendo o protagonismo dos participantes. Essas práticas são especialmente eficazes em ações de prevenção, promoção da saúde e manejo de condições crônicas, alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), como integralidade e equidade.

► Grupos Operativos na Atenção Básica

Os grupos operativos, baseados na teoria de Enrique Pichon-Rivière, são amplamente aplicados na atenção básica. Eles têm como objetivo central a construção de conhecimento e o fortalecimento de habilidades para enfrentar desafios específicos. Esses grupos seguem um formato dinâmico, com atividades que favorecem o aprendizado coletivo e a troca de experiências.

▪ **Exemplo:** Um grupo operativo para diabéticos pode incluir discussões sobre controle glicêmico, dinâmicas para identificação de barreiras na adesão ao tratamento e planejamento coletivo de metas de autocuidado.

► Grupos de Promoção e Prevenção de Saúde

Os grupos voltados à promoção da saúde e à prevenção de doenças são fundamentais na atenção básica. Eles abordam questões como alimentação saudável, atividade física, saúde mental e controle do tabagismo.

Exemplo prático:

▪ **Grupos Antitabagismo:** Utilizam técnicas de terapia cognitivo-comportamental e dinâmicas de grupo para ajudar os participantes a reduzir e cessar o consumo de tabaco.

▪ **Grupos de Caminhada:** Além de incentivar o exercício físico, reforçam a convivência comunitária.

► Grupos Terapêuticos e Psicossociais

Na atenção básica, grupos terapêuticos são amplamente utilizados para apoiar indivíduos em sofrimento emocional ou social. Esses grupos oferecem acolhimento e suporte psicológico, promovendo a escuta ativa e o fortalecimento emocional.

▪ **Exemplo prático:** Grupos de apoio para pessoas em situação de luto, que ajudam a compartilhar experiências e a encontrar formas de ressignificar perdas.

► Grupos Focais com Objetivos Específicos

Grupos focais têm um propósito delimitado e uma duração curta, sendo úteis para explorar temas ou implementar mudanças específicas.

▪ **Exemplo prático:** Grupos de gestantes promovem a educação perinatal, abordando temas como alimentação na gravidez, sinais de trabalho de parto e cuidados com o recém-nascido.

► Ferramentas e Dinâmicas Utilizadas nos Grupos

As atividades nos grupos devem ser planejadas de forma a engajar os participantes e facilitar a aprendizagem. Algumas ferramentas práticas incluem:

▪ **Rodas de Conversa:** Formato informal que incentiva a troca de ideias.

▪ **Dinâmicas de Grupo:** Atividades lúdicas que reforçam o trabalho em equipe e ajudam na resolução de problemas.

▪ **Sessões Educativas:** Apresentações e materiais audiovisuais sobre temas de interesse coletivo.

► **O Papel do Facilitador no Contexto da Atenção Básica**

O profissional que conduz os grupos na atenção básica desempenha o papel de mediador e educador, sendo responsável por:

- Garantir a participação equitativa dos membros.
- Criar um ambiente acolhedor e livre de julgamentos.
- Manejar conflitos e promover a cooperação.

► **Exemplos de Grupos Bem-Sucedidos na Atenção Básica**

a) Grupos de Cuidado com Idosos:

- **Foco:** Prevenção de quedas, fortalecimento muscular e socialização.
- **Resultados:** Melhora da mobilidade, redução de acidentes domésticos e combate à solidão.

b) Grupos de Saúde Mental:

- **Foco:** Apoio a pacientes com ansiedade e depressão.
- **Resultados:** Maior adesão ao tratamento, redução de estigmas e ampliação da rede de suporte emocional.

► **Impacto das Práticas Grupais na Atenção Básica**

Os grupos contribuem para a ampliação da cobertura dos serviços de saúde e a redução de demandas individuais, otimizando o trabalho das equipes multidisciplinares. Além disso, promovem o empoderamento dos usuários, que passam a assumir um papel mais ativo no cuidado com sua saúde.

Por meio de uma condução planejada e bem estruturada, o trabalho com grupos na atenção básica transforma as interações coletivas em agentes de mudança, fortalecendo a saúde comunitária e contribuindo para a consolidação dos princípios do SUS.

PLANEJAMENTO E CONDUÇÃO DE GRUPOS

O sucesso de um grupo na área da saúde depende de um planejamento cuidadoso e de uma condução eficiente. Essas etapas garantem que as interações sejam produtivas, atendam aos objetivos propostos e promovam um ambiente acolhedor para todos os participantes.

► **Etapas do Planejamento**

O planejamento é a base para a formação de um grupo funcional. Ele deve considerar os objetivos, os recursos disponíveis e as características dos participantes.

Definição de Objetivos

- **Claros e Mensuráveis:** Determine o que se deseja alcançar com o grupo (ex.: melhorar a adesão ao tratamento de hipertensão).
- **Específicos e Alinhados à Realidade:** Adeque os objetivos ao contexto dos participantes e à estrutura disponível.

Identificação do Público-Alvo

- Conheça o perfil dos participantes (idade, escolaridade, condição de saúde, crenças culturais).
- Entenda as expectativas e necessidades do grupo.

Estrutura e Logística

- **Local:** Escolha um espaço adequado, confortável e acessível.
- **Duração e Frequência:** Defina horários convenientes e a periodicidade das reuniões.
- **Recursos:** Prepare materiais de apoio, como cartazes, vídeos, ou dinâmicas interativas.

Planejamento do Conteúdo

- Divida os encontros em etapas, com temas ou atividades definidos para cada sessão.
- Insira momentos para interação e troca de experiências entre os participantes.

Capacitação do Facilitador

Certifique-se de que o profissional responsável pelo grupo esteja preparado para lidar com dinâmicas grupais, manejar conflitos e facilitar o aprendizado.

► **Condução do Grupo**

A condução exige habilidades de comunicação, empatia e liderança. O facilitador deve criar um ambiente que estimule a participação ativa e o senso de pertencimento.

Primeiro Encontro: Criação do Vínculo

O encontro inicial é crucial para estabelecer uma conexão entre os membros.

- Apresente os objetivos e o formato do grupo.
- Promova uma apresentação inicial dos participantes, incentivando a troca de experiências.
- Crie regras básicas, como respeito ao tempo de fala e confidencialidade.

Técnicas de Facilitação

Algumas técnicas ajudam a manter o grupo engajado e produtivo:

- **Rodadas de Fala:** Garanta que todos tenham a oportunidade de se expressar.
- **Perguntas Abertas:** Estimule reflexões e promova discussões.
- **Dinâmicas de Grupo:** Atividades lúdicas para reforçar conceitos ou integrar os participantes.
- **Uso de Exemplos Práticos:** Contextualize informações para torná-las mais compreensíveis.

Manejo de Situações Desafiadoras

- **Participação Excessiva de um Membro:** Oriente para que todos tenham espaço de fala.
- **Resistência ou Desinteresse:** Identifique as causas e adapte a abordagem, incentivando a integração.
- **Conflitos Entre Membros:** Aja como mediador, promovendo o respeito mútuo e a solução conjunta.

Papel do Facilitador

O facilitador deve ser um guia e não apenas um transmissor de informações.

- Promova a autonomia dos participantes, incentivando-os a compartilhar ideias e propor soluções.
- Observe as interações para identificar necessidades e ajustar o grupo conforme necessário.

► **Estrutura de um Encontro**

Para otimizar o tempo e alcançar os objetivos, cada sessão pode ser organizada da seguinte forma:

Acolhimento e Revisão (10-15 minutos):

- Cumprimentos iniciais e acolhimento.
- Revisão do que foi discutido na reunião anterior.

Desenvolvimento do Tema (30-40 minutos):

- Apresente o tema principal utilizando ferramentas como vídeos, apresentações ou rodas de conversa.
- Promova dinâmicas que estimulem a reflexão e o engajamento.

Discussão e Troca de Experiências (15-20 minutos):

Abra espaço para os participantes compartilharem experiências ou dúvidas.

Encerramento e Avaliação (10 minutos):

- Resuma os pontos principais.
- Reforce os próximos passos e recolha feedback dos participantes sobre a sessão.

► **Monitoramento e Avaliação do Grupo**

Acompanhar o progresso e avaliar os resultados são etapas fundamentais para garantir que o grupo atinja seus objetivos.

Monitoramento

- **Presença e Participação:** Acompanhe a regularidade dos participantes e sua interação nas atividades.
- **Observação Qualitativa:** Analise as dinâmicas internas e ajuste abordagens quando necessário.

Avaliação

- **Resultados Alcançados:** Compare os objetivos iniciais com os resultados observados.
- **Feedback dos Participantes:** Utilize questionários ou rodas de conversa para entender a percepção dos membros.
- **Impacto na Saúde:** Avalie indicadores, como melhora na adesão a tratamentos ou mudanças de comportamento.

O planejamento e a condução eficazes são a base para o sucesso de um grupo. Quando bem executadas, essas etapas transformam o espaço coletivo em um ambiente propício para aprendizado, acolhimento e transformação, beneficiando tanto os participantes quanto os profissionais envolvidos.

DESAFIOS E SOLUÇÕES NA PRÁTICA GRUPAL

Embora o trabalho com grupos seja uma estratégia eficiente na área da saúde, ele apresenta desafios que podem comprometer seu impacto caso não sejam devidamente enfrentados. Desde dificuldades relacionadas ao engajamento dos participantes até problemas logísticos e de manejo de conflitos, é essencial que os facilitadores estejam preparados para identificar e superar essas barreiras.

► **Desafios Relacionados ao Engajamento dos Participantes**

Baixa Adesão e Faltas Frequentes

Desafio:

Muitos participantes têm dificuldades em manter uma frequência regular nos encontros, seja por questões pessoais, falta de interesse ou problemas logísticos.

Soluções:

- Realizar um diagnóstico inicial para compreender as necessidades e limitações do público-alvo.
- Flexibilizar os horários e locais dos encontros, considerando a rotina dos participantes.
- Envolver os participantes no planejamento, para que sintam o grupo como algo útil e alinhado aos seus interesses.

Desinteresse e Desmotivação

Desafio:

Alguns membros podem não se engajar nas atividades ou demonstrar resistência em participar ativamente.

Soluções:

- Utilizar metodologias participativas, como dinâmicas de grupo, rodas de conversa e debates.
- Estimular o protagonismo dos participantes, dando-lhes voz para sugerir temas e atividades.
- Reforçar os benefícios do grupo, destacando os avanços alcançados ao longo do processo.

► **Desafios Relacionados à Dinâmica do Grupo**

Desigualdade na Participação

Desafio:

Alguns participantes podem monopolizar a fala, enquanto outros permanecem calados ou retraídos.

Soluções:

- Estabelecer regras claras de convivência desde o início, incentivando a rotatividade nas falas.
- Utilizar técnicas como rodadas de fala, que garantem que todos tenham oportunidade de se expressar.
- O facilitador pode atuar de forma ativa, encorajando os mais tímidos e intervindo quando necessário.

Conflitos entre os Membros

Desafio:

Divergências de opinião ou conflitos interpessoais podem gerar tensões e prejudicar o andamento do grupo.

Soluções:

- Promover um ambiente acolhedor e respeitoso, reforçando as regras de convivência.
- Mediar os conflitos de forma imparcial, buscando soluções que respeitem todos os envolvidos.
- Incentivar o diálogo construtivo, valorizando a diversidade de opiniões como um ponto de aprendizado.

► **Desafios Técnicos e Logísticos**

Espaços e Recursos Inadequados

Desafio:

A falta de um local apropriado e de materiais de apoio pode dificultar a realização das atividades.

Soluções:

- Identificar parcerias locais que possam disponibilizar espaços comunitários, como escolas ou associações de bairro.
- Planejar atividades que demandem poucos recursos, mas que ainda sejam eficazes, como rodas de conversa.
- Buscar apoio institucional para aquisição de materiais essenciais, como flip charts ou recursos audiovisuais.

Sobrecarga dos Facilitadores

Desafio:

Profissionais que conduzem os grupos muitas vezes acumulam outras funções, dificultando o planejamento e a dedicação necessários.

Soluções:

- Dividir a condução com outros membros da equipe multiprofissional, promovendo uma abordagem colaborativa.
- Simplificar a logística, utilizando formatos de encontro que demandem menos preparação, sem perder a qualidade.

► **Desafios Relacionados ao Contexto Sociocultural**

Diferenças Culturais e de Valores

Desafio:

Em grupos diversificados, crenças culturais, religiosas ou valores pessoais podem gerar resistência ou desconforto.

Soluções:

- Respeitar as particularidades culturais de cada participante, sem impor julgamentos ou padrões.
- Promover discussões inclusivas, destacando pontos em comum e valorizando a diversidade como um recurso.
- Adaptar as atividades e o conteúdo às especificidades culturais do grupo.

Estigmas e Barreiras Psicológicas

Desafio:

Em alguns casos, os participantes podem sentir vergonha ou medo de expor suas dificuldades, especialmente em temas sensíveis como saúde mental ou sexualidade.

Soluções:

- Garantir a confidencialidade do que é discutido no grupo.
- Criar um ambiente seguro, onde os participantes sintam-se acolhidos e valorizados.
- Abordar temas delicados de forma gradual, respeitando o ritmo e a vontade do grupo.

► **Monitoramento e Adaptação**

Além de enfrentar os desafios, é fundamental que o facilitador monitore constantemente a evolução do grupo para ajustar a abordagem conforme necessário.

▪ **Avaliações Regulares:** Realize momentos de feedback para identificar dificuldades e ajustar o planejamento.

▪ **Flexibilidade:** Esteja disposto a modificar temas, formatos ou estratégias para atender às necessidades emergentes.

▪ **Capacitação Contínua:** Invista em formação e supervisão dos facilitadores para lidar com situações desafiadoras.

Superar os desafios do trabalho com grupos exige preparação, empatia e criatividade. Quando bem conduzidos, esses esforços tornam o grupo um espaço transformador, capaz de promover aprendizado, apoio mútuo e resultados concretos na saúde e qualidade de vida dos participantes.

IMPACTO DAS PRÁTICAS GRUPAIS NA SAÚDE PÚBLICA

As práticas grupais desempenham um papel estratégico na saúde pública, contribuindo para o fortalecimento de ações coletivas, otimização de recursos e melhoria dos indicadores de saúde. Por meio de intervenções que promovem o aprendizado coletivo, o suporte mútuo e a mudança de comportamentos, os grupos ajudam a enfrentar desafios complexos, como doenças crônicas, transtornos de saúde mental e promoção de hábitos saudáveis.

► **Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças**

Educação em Saúde

Grupos são ferramentas eficazes para disseminar informações sobre cuidados com a saúde, prevenção de doenças e promoção de estilos de vida saudáveis.

Exemplo:

Grupos de combate ao tabagismo, que combinam sessões educativas com suporte emocional, têm mostrado alta eficácia na redução do consumo de cigarro.

Impacto:

- Aumento do conhecimento sobre fatores de risco.
- Estímulo à adoção de hábitos saudáveis, como alimentação balanceada e prática regular de exercícios físicos.

Vacinação e Imunização

Campanhas de vacinação, muitas vezes integradas a ações grupais, ampliam a cobertura vacinal, sobretudo em populações vulneráveis.

Impacto:

- Redução de surtos de doenças evitáveis.
- Melhora da confiança na vacinação por meio da troca de experiências e esclarecimento de dúvidas.

► **Apoio Psicológico e Redução do Estigma**

Saúde Mental e Resiliência

Grupos terapêuticos e de suporte emocional são cruciais para pacientes que enfrentam transtornos como ansiedade, depressão e luto.

Exemplo:

Grupos de apoio a pessoas em sofrimento psicológico oferecem um espaço seguro para troca de experiências e fortalecimento emocional.

Impacto:

- Redução de sintomas psicológicos.
- Aumento da adesão ao tratamento e melhora na qualidade de vida.

► **Combate ao Estigma**

Grupos voltados para populações vulneráveis, como pessoas vivendo com HIV/AIDS, promovem a inclusão e combatem preconceitos.

Impacto:

- Melhora da autoestima dos participantes.
- Ampliação do acesso aos serviços de saúde por meio da integração social.

► **Fortalecimento de Redes de Apoio**

Vínculos Comunitários

As práticas grupais fomentam a criação de redes de apoio que vão além do ambiente do grupo, fortalecendo os laços comunitários.

Exemplo:

Grupos de convivência para idosos promovem a socialização, combatendo a solidão e o isolamento social.

Impacto:

- Aumento da percepção de pertencimento.
- Redução de problemas relacionados ao isolamento, como depressão e piora de doenças crônicas.

Apoio ao Autocuidado

Grupos que incentivam o autocuidado, como os voltados para diabéticos ou hipertensos, ajudam os participantes a assumir um papel ativo na gestão de sua saúde.

Impacto:

- Melhora do controle de condições crônicas.
- Redução de internações hospitalares e complicações.

► **Eficiência e Sustentabilidade do Sistema de Saúde**

Otimização de Recursos

Ao atender várias pessoas simultaneamente, os grupos ajudam a reduzir a sobrecarga nos atendimentos individuais.

Impacto:

- Diminuição do tempo de espera para consultas.
- Maior eficiência na alocação de recursos humanos e materiais.

Promoção de Cuidados Continuados

Grupos na atenção básica auxiliam na manutenção de cuidados preventivos e na promoção da saúde, reduzindo a necessidade de intervenções mais complexas e onerosas.

Exemplo:

Grupos para gestantes evitam complicações na gravidez por meio da orientação precoce.

Impacto:

Redução de custos associados a internações e complicações de saúde.

► **Evidências Científicas e Resultados Observados**

Estudos mostram que as práticas grupais têm resultados significativos em diversos contextos:

- **Doenças Crônicas:** Grupos de educação para diabéticos reduzem níveis de glicemia e melhoram a adesão ao tratamento.
- **Saúde Mental:** Grupos terapêuticos demonstram redução de sintomas depressivos e aumento da resiliência emocional.
- **Promoção da Saúde:** Grupos de atividade física melhoram a qualidade de vida, combatendo sedentarismo e obesidade.

► **Impacto Social Ampliado**

Além dos benefícios diretos à saúde, os grupos contribuem para a formação de cidadãos mais conscientes e participativos.

Impacto:

- Aumento da autonomia dos indivíduos.
- Melhora da coesão social e do empoderamento comunitário.
- Promoção de equidade no acesso à saúde.

As práticas grupais são pilares fundamentais na saúde pública por sua capacidade de promover mudanças comportamentais, fortalecer redes de apoio e otimizar o uso de recursos do sistema de saúde.

Quando bem planejadas e conduzidas, essas iniciativas geram impactos positivos tanto no nível individual quanto coletivo, contribuindo para a construção de uma sociedade mais saudável e inclusiva.

POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

A Saúde Coletiva é um campo interdisciplinar que abrange práticas, políticas e saberes voltados para a promoção da saúde e a melhoria das condições de vida da população. Diferentemente de abordagens centradas apenas no indivíduo, a Saúde Coletiva busca compreender e intervir nos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais que afetam o bem-estar de grupos e comunidades. Essa perspectiva amplia o foco das ações de saúde, integrando medidas preventivas, curativas e educativas, sempre com base na análise dos problemas de saúde pública.

No Brasil, a Saúde Coletiva desempenha um papel crucial no enfrentamento das desigualdades de acesso aos serviços de saúde e na promoção de equidade para toda a população. Por meio de políticas públicas consistentes e práticas integradas, busca-se garantir a universalidade, a integralidade e a participação social nos cuidados de saúde, princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo das últimas décadas, o país implementou iniciativas inovadoras, como a Estratégia Saúde da Família e o Programa Nacional de Imunizações, que reforçam a importância de políticas abrangentes e coordenadas. Entretanto, desafios persistem, como a desigualdade regional no acesso aos serviços, as limitações orçamentárias e os impactos das mudanças climáticas e socioeconômicas.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

A história da Saúde Coletiva no Brasil é marcada por transformações profundas que refletem as condições políticas, econômicas e sociais de cada época. Desde as iniciativas rudimentares no período colonial até a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), o país enfrentou inúmeros desafios para implementar políticas públicas que atendessem às necessidades de sua população diversa e desigual.

► Período Colonial e Imperial: As Primeiras Intervenções

Durante o período colonial, as ações relacionadas à saúde eram limitadas e focavam no controle de epidemias que ameaçavam interesses econômicos. Não havia políticas de saúde estruturadas; as ações de controle de doenças, como a varíola e a febre amarela, eram pontuais e restritas aos centros urbanos. A chegada de médicos europeus e as primeiras práticas de vacinação, introduzidas no início do século XIX, representaram marcos iniciais da preocupação com a saúde coletiva.

No período imperial, destacam-se as primeiras regulamentações sanitárias, como o Regulamento Sanitário de 1850, voltado principalmente para o controle de portos, que eram portas de entrada para doenças contagiosas. No entanto, o acesso aos serviços de saúde era limitado às elites urbanas.

► Primeira República: Urbanização e as Reformas Sanitárias

A transição para a Primeira República trouxe um crescimento acelerado das cidades, aumentando a incidência de doenças infecciosas devido às condições precárias de saneamento. Esse período foi marcado pelas reformas sanitárias lideradas por figuras como Oswaldo Cruz, que implementou campanhas de vacinação em massa e combateu vetores de doenças, como o mosquito transmissor da febre amarela.

Embora significativas, essas ações frequentemente enfrentavam resistência popular devido à falta de educação em saúde e à imposição autoritária das medidas, como a obrigatoriedade da vacina na Revolta da Vacina (1904). Apesar dos conflitos, essas iniciativas estabeleceram as bases para políticas públicas futuras.

► Era Vargas: Consolidação das Instituições de Saúde

Com a ascensão de Getúlio Vargas, a saúde pública passou a integrar a agenda estatal, especialmente em função da necessidade de mão de obra saudável para sustentar a industrialização. Foi nesse período que surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que ofereciam assistência médica a trabalhadores formais, embora excluíssem grande parte da população.

A criação do Ministério da Saúde em 1953 foi outro marco relevante, centralizando ações de saúde pública e reforçando a institucionalização do setor.

► Período Militar: Expansão dos Serviços e as Bases do SUS

Durante o regime militar (1964–1985), houve avanços na infraestrutura de saúde, como a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que ampliou o acesso aos serviços médicos para os trabalhadores registrados. Entretanto, essa expansão foi desigual e excludente, mantendo milhões de brasileiros sem cobertura.

Paralelamente, cresceu o movimento sanitário, um coletivo de profissionais e ativistas que defendia a saúde como um direito universal e lutava pela reforma do sistema de saúde. Esse movimento foi fundamental para a criação de um modelo mais inclusivo.

► Redemocratização e a Constituição de 1988: O Nascimento do SUS

A redemocratização trouxe mudanças profundas na saúde pública brasileira. A Constituição Federal de 1988 consagrou a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, estabelecendo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. Esses ideais culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), oficialmente implementado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde.

O SUS representou uma revolução na Saúde Coletiva brasileira, garantindo acesso gratuito a serviços de saúde para toda a população. Além disso, o sistema integrou a participação social em suas decisões, por meio de conselhos e conferências de saúde.

► Desafios e Avanços no Século XXI

Desde sua implementação, o SUS enfrentou desafios como subfinanciamento, desigualdade regional e pressão crescente devido ao envelhecimento populacional e às demandas por tecnologias avançadas. Apesar disso, o sistema é reconhecido internacionalmente por seus programas de vacinação, transplantes e controle de epidemias, como o enfrentamento da COVID-19.

A evolução da Saúde Coletiva no Brasil reflete a constante busca por equidade e justiça social, enfrentando desafios estruturais para oferecer um sistema que atenda às necessidades de todos. Ao compreender essa trajetória, é possível valorizar os avanços conquistados e identificar caminhos para superar os obstáculos atuais.

PRINCIPAIS POLÍTICAS DE SAÚDE COLETIVA

As políticas de Saúde Coletiva no Brasil desempenham um papel essencial na promoção da saúde e no combate às desigualdades sociais. Estas políticas são orientadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) — universalidade, integralidade e equidade —, buscando atender às necessidades de saúde da população de maneira abrangente e eficiente. Entre as mais relevantes estão a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Estratégia Saúde da Família (ESF), e os programas de imunização e controle de doenças.

► **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**

A PNPS, instituída em 2006, é uma das políticas mais abrangentes da Saúde Coletiva, com foco em ações preventivas e na promoção de hábitos saudáveis. O objetivo central é reduzir os fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e melhorar a qualidade de vida.

Principais diretrizes:

- **Promoção de estilos de vida saudáveis:** incentivo à alimentação equilibrada, prática de atividade física e combate ao tabagismo e ao consumo excessivo de álcool.
- **Educação em saúde:** campanhas para conscientizar a população sobre a importância de atitudes preventivas.
- **Ambientes saudáveis:** ações para melhorar a qualidade de espaços públicos, como áreas de lazer, e o saneamento básico.

Impactos:

A PNPS contribuiu significativamente para o fortalecimento das ações intersetoriais, integrando saúde, educação, segurança e assistência social. Ela também foi central na criação de políticas voltadas para populações vulneráveis, como indígenas, quilombolas e moradores de periferias urbanas.

► **Estratégia Saúde da Família (ESF)**

A Estratégia Saúde da Família, lançada em 1994, é considerada a espinha dorsal da Atenção Primária no Brasil. Baseada em equipes multidisciplinares que atuam diretamente nas comunidades, a ESF tem o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde e fortalecer a prevenção.

Características principais:

- **Modelo descentralizado e territorializado:** equipes compostas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários e outros profissionais atendem famílias de uma área específica.
- **Promoção de cuidados contínuos:** ênfase no acompanhamento regular, prevenção de doenças e diagnóstico precoce.
- **Educação e mobilização social:** agentes comunitários de saúde atuam como elo entre as famílias e o sistema de saúde.

Resultados:

Estudos indicam que a ESF contribuiu para a redução da mortalidade infantil, melhoria dos indicadores de vacinação e diminuição das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária, como hipertensão e diabetes.

► **Programa Nacional de Imunizações (PNI)**

Criado em 1973, o Programa Nacional de Imunizações é reconhecido mundialmente por sua eficácia e abrangência. Ele é responsável por coordenar a vacinação em massa contra doenças transmissíveis, garantindo proteção coletiva.

Destaques:

- **Cobertura universal:** oferece gratuitamente vacinas para toda a população, desde recém-nascidos até idosos.
- **Campanhas de vacinação:** incluem esforços nacionais para erradicar doenças como poliomielite, sarampo e rubéola.
- **Armazenamento e distribuição:** gestão eficiente da cadeia de frio para manter a eficácia das vacinas.

Avanços:

O PNI foi fundamental para a erradicação da varíola no Brasil e a eliminação da transmissão do sarampo em várias regiões do país. Apesar dos desafios recentes, como a hesitação vacinal, o programa continua sendo um pilar da Saúde Coletiva.

► **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Homem e do Idoso**

Essas políticas específicas buscam atender às demandas de grupos populacionais com características e necessidades distintas:

- **Saúde da mulher:** programas voltados para o pré-natal, parto humanizado e prevenção de câncer de mama e colo do útero.
- **Saúde do homem:** ações para prevenção de doenças crônicas e promoção do autocuidado, tradicionalmente negligenciado por essa população.
- **Saúde do idoso:** foco no envelhecimento saudável e na prevenção de condições como quedas, hipertensão e diabetes.

► **Política de Combate e Controle de Doenças Endêmicas**

O Brasil enfrenta desafios relacionados a doenças endêmicas, como dengue, zika, chikungunya e malária. Para enfrentá-los, o Ministério da Saúde coordena ações integradas que incluem:

- **Vigilância epidemiológica:** monitoramento contínuo da ocorrência de casos.
- **Controle de vetores:** programas de eliminação de criadouros de mosquitos transmissores.
- **Educação em saúde:** campanhas de conscientização sobre medidas preventivas.

Exemplo prático: a resposta coordenada à epidemia de zika em 2015 demonstrou a capacidade do país de articular políticas e práticas intersetoriais, envolvendo saúde, ciência e assistência social.

As políticas de Saúde Coletiva são ferramentas indispensáveis para o enfrentamento das desigualdades e a construção de uma sociedade mais saudável. Apesar dos avanços, desafios como o subfinanciamento e a desigualdade regional ainda persistem, exigindo esforços contínuos para fortalecer essas iniciativas e garantir seu pleno funcionamento.

PRÁTICAS E INTERVENÇÕES EM SAÚDE COLETIVA

As práticas e intervenções em Saúde Coletiva no Brasil são alicerçadas em estratégias que integram prevenção, promoção, vigilância e educação em saúde. Elas têm como objetivo não apenas tratar doenças, mas também agir sobre os determinantes sociais da saúde, melhorando as condições de vida da população.

Essas ações se destacam pela abordagem multidisciplinar, intersetorial e comunitária, promovendo a articulação entre diferentes níveis de atenção e setores da sociedade.

► **Vigilância em Saúde: O Pilar do Controle e Monitoramento**

A vigilância em saúde é uma prática essencial da Saúde Coletiva e envolve o monitoramento contínuo de fatores que afetam o bem-estar coletivo. Ela está subdividida em três áreas principais:

▪ **Vigilância Epidemiológica:** Focada no rastreamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis, identificando surtos e monitorando tendências para orientar políticas públicas.

Exemplo: monitoramento da COVID-19 e medidas como isolamento social e vacinação em massa.

▪ **Vigilância Sanitária:** Atua no controle de produtos e serviços que impactam a saúde, como alimentos, medicamentos e qualidade da água.

Exemplo: fiscalização de alimentos em estabelecimentos comerciais para evitar surtos de doenças alimentares.

▪ **Vigilância Ambiental:** Observa fatores ambientais que podem impactar a saúde, como poluição do ar, saneamento básico e resíduos sólidos.

Exemplo: controle de vetores como o *Aedes aegypti*, transmissor de dengue, zika e chikungunya.

► **Promoção de Hábitos Saudáveis e Estilos de Vida**

Práticas que incentivam a adoção de hábitos saudáveis são centrais nas intervenções de Saúde Coletiva. Elas buscam prevenir doenças crônicas e promover o bem-estar, com ênfase em ações educativas e comunitárias.

▪ **Atividade física:** Programas como o “Academia da Saúde”, que incentiva a prática de exercícios em espaços públicos, ajudam a combater o sedentarismo.

▪ **Alimentação saudável:** Políticas como o Guia Alimentar para a População Brasileira orientam escolhas alimentares equilibradas, combatendo a obesidade e doenças relacionadas.

▪ **Controle do tabagismo e álcool:** Campanhas nacionais, como a Lei Antifumo e iniciativas de conscientização, têm reduzido o consumo de cigarros e álcool.

Essas práticas são apoiadas por campanhas educativas e parcerias entre governo, sociedade civil e setor privado, visando mudanças culturais sustentáveis.

► **Educação em Saúde e Mobilização Comunitária**

A educação em saúde é uma ferramenta poderosa para empoderar a população e garantir que as políticas públicas sejam efetivas. Ela abrange atividades que informam, sensibilizam e mobilizam as comunidades para agir em prol da saúde coletiva.

▪ **Papel dos agentes comunitários de saúde:** Profissionais da Estratégia Saúde da Família desempenham um papel crucial ao visitar domicílios e educar sobre prevenção de doenças.

▪ **Campanhas de conscientização:** Campanhas como “Outubro Rosa” e “Novembro Azul” destacam a importância da detecção precoce do câncer de mama e de próstata.

▪ **Participação comunitária:** Conselhos de Saúde e conferências locais promovem a inclusão da população no planejamento e avaliação das políticas de saúde.

► **Ações Preventivas: O Coração da Saúde Coletiva**

Prevenir é mais eficaz e econômico do que tratar. Nesse sentido, a Saúde Coletiva prioriza intervenções que diminuam os riscos de doenças antes que se manifestem.

▪ **Vacinação:** O Programa Nacional de Imunizações (PNI) lidera campanhas de vacinação em massa, prevenindo surtos de doenças como sarampo, poliomielite e gripe.

▪ **Screening de saúde:** Programas de rastreamento, como exames para detecção precoce de hipertensão, diabetes e câncer, são fundamentais para reduzir a morbidade e mortalidade.

▪ **Controle de zoonoses:** Ações de vacinação antirrábica e controle de populações de animais vetores de doenças, como cães e gatos, também fazem parte dessa estratégia.

► **Intersetorialidade e Parcerias**

As práticas em Saúde Coletiva não se limitam ao setor de saúde. Uma abordagem intersetorial é essencial para abordar as múltiplas dimensões dos determinantes sociais da saúde.

▪ **Parcerias com a educação:** Programas de saúde escolar integram atividades físicas, nutricionais e educacionais nas escolas.

▪ **Urbanismo e habitação:** Projetos de saneamento básico e melhoria da infraestrutura urbana têm impacto direto na saúde da população.

▪ **Trabalho conjunto com o setor privado:** Empresas participam de campanhas de saúde e programas de qualidade de vida no trabalho.

► **Resposta a Emergências de Saúde Pública**

As intervenções em situações de crise, como pandemias e desastres naturais, demonstram a capacidade de resposta integrada da Saúde Coletiva no Brasil.

▪ **COVID-19:** Mobilização nacional com ampliação de leitos, campanhas de vacinação e ações de conscientização.

▪ **Desastres naturais:** Respostas a enchentes e deslizamentos incluem vacinação emergencial, distribuição de água potável e assistência psicossocial.

As práticas e intervenções em Saúde Coletiva representam a materialização de políticas públicas que buscam promover o bem-estar da população em sua totalidade. Embora o Brasil enfrente desafios como desigualdades regionais e limitações de recursos, essas ações têm sido fundamentais para reduzir doenças, ampliar o acesso à saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

O fortalecimento dessas práticas é essencial para construir um sistema de saúde mais resiliente e eficiente.

DESAFIOS ATUAIS E PERSPECTIVAS FUTURAS DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

A Saúde Coletiva no Brasil é um campo dinâmico, que enfrenta desafios estruturais e conjunturais em sua busca por equidade, universalidade e integralidade nos serviços de saúde. Desde as disparidades regionais até o impacto das mudanças climáticas, os obstáculos são numerosos, mas as perspectivas de inovação tecnológica e fortalecimento da governança oferecem caminhos para avanços significativos.

Este contexto exige tanto a manutenção quanto a renovação de esforços em políticas públicas, gestão de recursos e engajamento comunitário.

► Desafios Atuais

Desigualdades Regionais e Acesso à Saúde

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha ampliado o acesso aos serviços, ainda existem disparidades regionais marcantes:

- **Infraestrutura insuficiente:** Regiões Norte e Nordeste frequentemente carecem de hospitais, profissionais especializados e equipamentos modernos.
- **Distâncias e isolamento geográfico:** Em áreas rurais e comunidades indígenas, a falta de transporte e de unidades de saúde próximas dificulta o acesso aos cuidados necessários.
- **Desigualdades econômicas:** Mesmo com a gratuidade do SUS, a distribuição desigual de recursos compromete a qualidade dos serviços oferecidos.

Subfinanciamento do SUS

O financiamento insuficiente é um dos maiores desafios enfrentados pela Saúde Coletiva. O subfinanciamento compromete:

- A ampliação de programas de atenção básica e especializada.
- A manutenção de hospitais e clínicas.
- A oferta de medicamentos e insumos.

Apesar da Emenda Constitucional nº 95/2016, que limitou os gastos públicos, ser apontada como um agravante, há também a necessidade de maior eficiência no uso dos recursos disponíveis.

Mudanças Socioeconômicas e Ambientais

- **Mudanças demográficas:** O envelhecimento da população brasileira aumenta a prevalência de doenças crônicas e a demanda por serviços de longa duração.
- **Impactos ambientais:** Mudanças climáticas e desastres naturais, como enchentes, têm provocado surtos de doenças como dengue e leptospirose.
- **Pandemias e doenças emergentes:** A COVID-19 destacou a necessidade de sistemas de saúde mais resilientes e preparados para crises.

Resistência Vacinal e Desinformação

Nos últimos anos, a hesitação vacinal e a disseminação de informações falsas (fake news) têm dificultado a adesão a programas de imunização, colocando em risco o controle de doenças preveníveis.

► Perspectivas Futuras

Fortalecimento da Atenção Primária

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para o SUS e possui um enorme potencial para melhorar a saúde coletiva no Brasil:

- **Ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF):** Expandir a cobertura e incluir mais equipes multidisciplinares.
- **Telemedicina:** Levar serviços básicos e especializados a regiões remotas, promovendo maior equidade.

Integração de Tecnologias e Inovação

A incorporação de novas tecnologias oferece ferramentas valiosas para superar limitações e melhorar a eficiência do sistema de saúde:

- **Sistemas de informação em saúde:** Melhorar a gestão de dados e integrar prontuários eletrônicos para evitar redundâncias e erros.
- **Inteligência artificial:** Apoiar diagnósticos precoces e personalizar tratamentos.
- **Aplicativos de saúde:** Empoderar os cidadãos com informações sobre prevenção e acompanhamento de condições crônicas.

Enfoque na Saúde Mental

A saúde mental, historicamente negligenciada, tem ganhado atenção como uma prioridade de Saúde Coletiva:

- **Políticas de prevenção:** Investir em programas para reduzir o estigma e promover o bem-estar emocional.
- **Capacitação de profissionais:** Expandir a oferta de serviços especializados em saúde mental na Atenção Primária.

Sustentabilidade e Saúde Ambiental

A interseção entre saúde e meio ambiente é cada vez mais relevante:

- **Políticas de saneamento básico:** A ampliação do acesso à água potável e tratamento de esgoto reduz doenças de origem hídrica.
- **Saúde climática:** Programas de adaptação e mitigação dos efeitos das mudanças climáticas.

Participação Social e Intersetorialidade

O envolvimento da população na formulação e fiscalização de políticas públicas é essencial para o sucesso das iniciativas em saúde:

- **Conselhos de Saúde:** Fortalecer os espaços de participação para garantir a representatividade das demandas locais.
- **Ações intersetoriais:** Integrar saúde, educação, habitação e meio ambiente em políticas que abordem os determinantes sociais da saúde.

► O Papel da Formação e Capacitação Profissional

A formação contínua dos profissionais de saúde é indispensável para enfrentar os desafios da Saúde Coletiva:

- **Atualização constante:** Incorporar novas evidências científicas e tecnologias no cotidiano do SUS.
- **Valorização profissional:** Investir em remuneração e condições de trabalho, especialmente em regiões de difícil acesso.

► **Caminhos para o Futuro**

Para enfrentar os desafios e aproveitar as oportunidades, é necessário:

- **Aumento do financiamento público:** Reavaliar os limites de gastos e priorizar investimentos em saúde.
- **Fortalecimento da governança:** Melhorar a gestão e a transparência nos sistemas de saúde.
- **Resiliência frente às crises:** Desenvolver planos estratégicos para emergências de saúde pública.

Os desafios atuais da Saúde Coletiva no Brasil, embora complexos, são acompanhados de perspectivas promissoras. Com políticas públicas bem estruturadas, investimento em inovação e maior envolvimento da sociedade, é possível construir um sistema de saúde mais equitativo e sustentável.

A combinação de esforços governamentais, comunitários e intersetoriais será crucial para garantir o direito à saúde para todas as gerações futuras.

CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA; ATENÇÃO DOMICILIAR; EQUIPE DE SAÚDE; SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENDIMENTO DOMICILIAR

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), foi implementado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como uma resposta às necessidades de reorganização da atenção primária à saúde no Brasil. Desde sua criação, a ESF tem sido uma ferramenta central na promoção da saúde, prevenção de doenças e no cuidado integral das comunidades. A estratégia visa garantir que o cuidado em saúde seja acessível, contínuo e centrado nas necessidades reais da população, integrando diversos níveis de atenção e promovendo uma saúde pública mais eficaz e equitativa.

A ESF foi desenvolvida com a compreensão de que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Para atingir esse objetivo, a ESF trabalha com equipes multidisciplinares que atuam diretamente nas comunidades, proporcionando um atendimento que vai além do tratamento de doenças, englobando também a promoção de hábitos saudáveis e a prevenção de problemas de saúde. O programa busca ainda fortalecer o vínculo entre a população e os serviços de saúde, garantindo que todos tenham acesso aos cuidados necessários de maneira oportuna e de qualidade.

1. Objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF)

1.1 Promover a Saúde e Prevenir Doenças

A promoção da saúde e a prevenção de doenças são pilares fundamentais da ESF. Essa estratégia visa não apenas tratar as doenças existentes, mas evitar que elas ocorram. Para isso, a ESF desenvolve uma série de ações educativas, como palestras e oficinas, que orientam a população sobre a importância de adotar hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação balanceada e a prática regular de atividades físicas. Além disso, campanhas de vacinação são organizadas para prevenir a disseminação de doenças infecciosas, enquanto programas específicos são imple-

mentados para o controle de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão. Ao focar na prevenção, a ESF busca reduzir a necessidade de intervenções médicas mais complexas e caras, promovendo uma saúde preventiva que é mais sustentável para o sistema de saúde e para a população.

1.2 Atenção Integral à Saúde

A ESF adota uma abordagem integral à saúde, que considera o indivíduo em todas as suas dimensões – física, emocional e social. Esse modelo de cuidado integral é implementado através de um acompanhamento contínuo, onde a equipe de saúde não apenas trata as doenças, mas também promove o bem-estar geral dos pacientes. As equipes são responsáveis por desenvolver planos de cuidado personalizados, que incluem desde a promoção da saúde e prevenção de doenças até a reabilitação de condições crônicas. A atenção integral também significa que a ESF está preparada para lidar com as diversas fases da vida dos pacientes, desde o nascimento até a velhice, garantindo que todos os aspectos de sua saúde sejam abordados de forma coordenada e contínua.

1.3 Vinculação e Acolhimento

O vínculo entre os profissionais de saúde e as comunidades atendidas é um dos principais diferenciais da ESF. A estratégia busca criar um relacionamento de confiança entre a equipe de saúde e os usuários do SUS, proporcionando um atendimento acolhedor e humanizado. O acolhimento é a base para que as necessidades de saúde dos indivíduos sejam compreendidas e atendidas de maneira eficaz. Os profissionais da ESF são capacitados para escutar ativamente os pacientes, compreendendo suas preocupações e fornecendo orientações adequadas. Além disso, o vínculo forte entre a equipe de saúde e a comunidade facilita a adesão ao tratamento, o que é fundamental para o sucesso das intervenções em saúde.

1.4 Descentralização e Acesso Universal

A descentralização dos serviços de saúde é uma das principais estratégias da ESF para garantir o acesso universal à saúde. Ao levar os cuidados de saúde para mais perto das pessoas, especialmente aquelas em áreas rurais, periféricas e vulneráveis, a ESF reduz as barreiras geográficas e sociais que muitas vezes impedem o acesso aos serviços de saúde. A estratégia também busca assegurar que os serviços sejam equitativos, ou seja, que todos, independentemente de sua localização ou condição socioeconômica, tenham acesso aos mesmos padrões de cuidado. A descentralização facilita a identificação de problemas de saúde locais e a implementação de soluções adaptadas às realidades específicas de cada comunidade.

1.5 Coordenação do Cuidado

A ESF atua como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, coordenando o cuidado de saúde dos pacientes entre os diferentes níveis de atenção, desde a atenção básica até os serviços especializados. Isso significa que a equipe de saúde da família não apenas presta cuidados primários, mas também é responsável por organizar o fluxo de atendimento, garantindo que os pacientes sejam encaminhados para especialistas ou serviços de alta complexidade quando necessário. A coordenação do cuidado é fundamental para garantir a continuidade do atendi-

mento e para evitar a fragmentação dos serviços de saúde, o que pode comprometer a qualidade do cuidado e a satisfação dos pacientes.

1.6 Foco na Comunidade e Participação Social

Um dos pilares da ESF é o foco na comunidade e a promoção da participação social. A ESF entende que a saúde é um direito de todos e que a comunidade deve ser ativa na gestão de sua própria saúde. Por isso, a estratégia incentiva a participação da população nas decisões relacionadas à saúde, por meio de conselhos de saúde e outras formas de controle social. Esse envolvimento é crucial para garantir que as ações de saúde sejam relevantes e adequadas às necessidades locais. Além disso, a participação social fortalece o senso de responsabilidade compartilhada pela saúde, promovendo uma cultura de cuidado coletivo.

1.7 Redução das Desigualdades em Saúde

A ESF tem como um de seus principais objetivos a redução das desigualdades em saúde, assegurando que todos os cidadãos, especialmente os mais vulneráveis, tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade. A estratégia foca em identificar e atender as necessidades específicas de populações que enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde, como moradores de áreas rurais, periferias urbanas, comunidades indígenas e quilombolas. Ao proporcionar cuidados equitativos, a ESF busca garantir que todos tenham as mesmas oportunidades de alcançar e manter um bom estado de saúde, independentemente de sua condição social, econômica ou geográfica.

2. Equipes de Saúde da Família (ESF)

2.1 Composição e Funções das Equipes de Saúde da Família

As Equipes de Saúde da Família são o núcleo operacional da ESF, compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas que trabalham de forma integrada para oferecer cuidados primários de saúde. A composição das equipes pode variar conforme as necessidades da população atendida e os recursos disponíveis, mas geralmente inclui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Esses profissionais colaboram para proporcionar um atendimento abrangente, que vai desde a prevenção de doenças até o tratamento e acompanhamento contínuo dos pacientes. A flexibilidade na composição das equipes permite que a ESF seja adaptada às realidades locais, garantindo que as necessidades específicas das comunidades sejam atendidas.

2.2 Médico de Família e Comunidade O médico de família e comunidade é um dos pilares da equipe de saúde da família. Ele é responsável por realizar consultas médicas, diagnósticos e tratamentos, acompanhando os pacientes ao longo do tempo, independentemente da faixa etária ou do tipo de condição. Esse profissional tem uma visão holística da saúde, abordando tanto condições agudas quanto crônicas e atuando na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Além disso, o médico de família coordena o cuidado dos pacientes, encaminhando-os para especialistas ou outros serviços de saúde quando necessário, e garantindo que o cuidado seja contínuo e integrado.

2.3 Enfermeiro

O enfermeiro desempenha um papel central na coordenação das atividades da equipe de saúde da família. Ele realiza consultas de enfermagem, monitorando condições crônicas como diabetes e hipertensão, além de acompanhar gestantes e crianças em crescimento. O enfermeiro também supervisiona o trabalho dos técnicos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, garantindo que todas as ações estejam alinhadas com as diretrizes do SUS. Além disso, os enfermeiros são responsáveis por ações educativas e campanhas de saúde, contribuindo para a promoção da saúde e a prevenção de doenças na comunidade.

2.4 Técnico ou Auxiliar de Enfermagem

O técnico ou auxiliar de enfermagem atua em apoio ao enfermeiro, realizando procedimentos básicos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos e vacinação. Esses profissionais são fundamentais para a operacionalização das atividades diárias da equipe de saúde da família, garantindo que os pacientes recebam cuidados de qualidade. Além disso, eles ajudam na coleta de exames laboratoriais e na organização do ambiente de trabalho, contribuindo para a eficiência e eficácia dos serviços prestados.

2.5 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são a ligação vital entre a comunidade e os serviços de saúde. Eles realizam visitas domiciliares, identificando as necessidades de saúde da população e promovendo ações de educação em saúde. Os ACSs são fundamentais para a vigilância em saúde, coletando dados que informam as ações da equipe e ajudam na detecção precoce de problemas de saúde. Além disso, os ACSs mobilizam a comunidade para participar das atividades da ESF, fortalecendo o vínculo entre a população e os serviços de saúde.

2.6 Dentista (Cirurgião-Dentista) e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)

Quando presente na equipe, o dentista é responsável pela promoção da saúde bucal, prevenção e tratamento de doenças odontológicas, como cáries e doenças periodontais. O auxiliar de saúde bucal apoia o dentista nas atividades clínicas e na organização do ambiente de trabalho. Juntos, eles desenvolvem ações educativas para a comunidade, ensinando práticas de higiene bucal e promovendo campanhas de prevenção. A inclusão desses profissionais na equipe permite uma abordagem integral da saúde, que considera a saúde bucal como parte essencial do bem-estar geral.

2.7 Assistente Social (opcional)

O assistente social, quando incluído na equipe, aborda questões sociais que afetam a saúde, como violência doméstica, condições habitacionais inadequadas e acesso a direitos sociais. Esse profissional trabalha para integrar os serviços de saúde com as redes de assistência social, oferecendo suporte aos indivíduos e famílias em situações de vulnerabilidade. O assistente social também atua na mediação de conflitos e na defesa dos direitos dos usuários, contribuindo para um atendimento mais humanizado e abrangente.

2.8 Outros Profissionais de Saúde

Dependendo das necessidades da comunidade, outros profissionais, como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e educadores físicos, podem ser integrados às equipes de saúde da família. Esses profissionais oferecem suporte especializado, ajudando a atender as diversas demandas de saúde da população. A presença de uma equipe multidisciplinar permite uma abordagem mais completa e eficaz, garantindo que todos os aspectos da saúde sejam abordados de maneira integrada e coordenada.

Dinâmica de Trabalho das Equipes de Saúde da Família

As equipes de saúde da família são responsáveis por um território definido, o que lhes permite conhecer profundamente as características, necessidades e desafios da comunidade que atendem. Esse conhecimento facilita a personalização do atendimento, garantindo que as ações de saúde sejam relevantes e eficazes. A dinâmica de trabalho das equipes envolve tanto atendimentos na Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto visitas domiciliares, o que garante que os serviços de saúde estejam acessíveis a todos, incluindo aqueles que têm dificuldades de locomoção ou que vivem em áreas mais remotas.

A integração entre os membros da equipe é fundamental para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado. Cada profissional contribui com sua expertise para a construção de um plano de cuidado abrangente, que leva em consideração todos os aspectos da saúde do paciente. Essa abordagem coordenada permite que as intervenções sejam mais eficazes, aumentando as chances de sucesso no tratamento e na prevenção de doenças.

Atuação da Enfermagem na Estratégia Saúde da Família

4.1 Coordenação das Ações de Saúde

Os enfermeiros na ESF são frequentemente os coordenadores das equipes, sendo responsáveis por planejar, executar e avaliar as atividades de saúde. Eles supervisionam o trabalho dos agentes comunitários de saúde e dos técnicos de enfermagem, garantindo que todas as ações estejam alinhadas com as diretrizes do SUS. A coordenação das ações de saúde inclui a organização de campanhas de vacinação, programas de controle de doenças crônicas e ações de promoção da saúde, sempre com foco na integralidade do cuidado e na atenção às necessidades da comunidade.

4.2 Consultas de Enfermagem

As consultas de enfermagem são uma das atividades centrais dos enfermeiros na ESF. Nessas consultas, os enfermeiros avaliam o estado de saúde dos pacientes, realizam diagnósticos de enfermagem, planejam e implementam cuidados, e monitoram a evolução dos tratamentos. Essas consultas são especialmente importantes no acompanhamento de pacientes com condições crônicas, como diabetes e hipertensão, garantindo que eles recebam cuidados contínuos e personalizados. Além disso, os enfermeiros realizam o pré-natal, monitoram o crescimento infantil e prestam cuidados a idosos e outros grupos vulneráveis.

4.3 Educação em Saúde

A educação em saúde é uma das principais responsabilidades dos enfermeiros na ESF. Eles desenvolvem e implementam programas educativos que abordam uma variedade de temas,

desde a prevenção de doenças até a promoção de hábitos de vida saudáveis. Essas atividades educativas podem ser realizadas na unidade de saúde, em escolas, ou durante visitas domiciliares, e são fundamentais para capacitar a comunidade a cuidar melhor de sua saúde. Ao promover a educação em saúde, os enfermeiros contribuem para a criação de uma cultura de prevenção e autocuidado, que é essencial para a sustentabilidade do sistema de saúde.

4.4 Visitas Domiciliares

As visitas domiciliares são uma parte fundamental do trabalho dos enfermeiros na ESF. Essas visitas permitem que os enfermeiros monitorem a saúde de pacientes que têm dificuldade de acessar a unidade de saúde, como acamados, gestantes, recém-nascidos e idosos. Durante as visitas, os enfermeiros avaliam as condições de saúde do paciente e do ambiente familiar, orientam sobre cuidados específicos e, quando necessário, realizam procedimentos como curativos e administração de medicamentos. As visitas domiciliares garantem que todos os membros da comunidade recebam cuidados adequados, independentemente de sua capacidade de locomoção.

4.5 Supervisão e Capacitação da Equipe

Os enfermeiros também são responsáveis por supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde e dos técnicos de enfermagem, garantindo que todas as atividades sejam realizadas de acordo com os protocolos e diretrizes do SUS. Além disso, eles são responsáveis pela capacitação contínua da equipe, assegurando que todos os membros estejam atualizados em relação às melhores práticas de saúde. A supervisão e capacitação são essenciais para manter a qualidade do atendimento e para garantir que a equipe esteja preparada para enfrentar os desafios do trabalho na atenção primária.

4.6 Atenção à Saúde da Mulher, da Criança e do Idoso

A atenção à saúde de populações específicas, como mulheres, crianças e idosos, é uma das áreas de atuação dos enfermeiros na ESF. Eles realizam pré-natal, acompanham o crescimento e desenvolvimento infantil, e promovem ações de prevenção e manejo de doenças comuns na terceira idade. A atenção a essas populações é crucial para a redução da mortalidade infantil, para o controle de doenças crônicas e para a promoção de uma vida saudável em todas as fases da vida. Os enfermeiros são fundamentais para garantir que essas populações recebam cuidados personalizados e contínuos.

4.7 Imunizações e Campanhas de Saúde

A administração de vacinas e a coordenação de campanhas de vacinação são responsabilidades importantes dos enfermeiros na ESF. Eles garantem que a população tenha acesso às vacinas previstas no calendário nacional de imunização, contribuindo para o controle e a erradicação de doenças transmissíveis. Além disso, os enfermeiros são responsáveis por organizar e coordenar campanhas de saúde, que podem incluir ações de prevenção ao tabagismo, controle da hipertensão, e promoção da saúde mental. Essas campanhas são essenciais para a promoção da saúde pública e para a prevenção de doenças.

4.8 Controle de Doenças Crônicas e Infectocontagiosas

No controle de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, os enfermeiros desempenham um papel central, monitorando continuamente os pacientes e ajustando os planos de cuidado conforme necessário. Eles também atuam no controle de doenças infectocontagiosas, como tuberculose e hanseníase, promovendo a adesão ao tratamento e realizando a vigilância epidemiológica. O controle eficaz dessas doenças é essencial para a proteção da saúde pública e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

4.9 Acolhimento e Humanização do Atendimento

A humanização do atendimento é um princípio fundamental na atuação dos enfermeiros na ESF. Eles são responsáveis por garantir que o atendimento seja acolhedor, respeitoso e centrado nas necessidades dos pacientes. Isso inclui escutar ativamente as preocupações dos pacientes, proporcionar orientações claras e personalizadas, e buscar soluções que respeitem a dignidade e a individualidade de cada pessoa. A humanização do atendimento é essencial para construir uma relação de confiança entre a equipe de saúde e a comunidade, e para garantir que os pacientes se sintam valorizados e bem cuidados.

5. Impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Saúde Pública

A Estratégia Saúde da Família tem desempenhado um papel crucial na melhoria da saúde pública no Brasil, especialmente em áreas vulneráveis. Ao levar os serviços de saúde para mais perto da população, a ESF tem contribuído significativamente para a redução da mortalidade infantil, o controle de doenças crônicas e a melhoria da qualidade de vida da população. A proximidade das equipes de saúde da família com as comunidades que atendem permite uma identificação precoce de problemas de saúde e a implementação de intervenções preventivas, o que é essencial para a sustentabilidade do sistema de saúde e para a promoção da saúde pública.

Além disso, a ESF tem ajudado a reduzir as desigualdades em saúde, garantindo que todos os cidadãos, independentemente de sua localização ou condição socioeconômica, tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade. A estratégia também promove a participação ativa da comunidade na gestão de sua própria saúde, fortalecendo o controle social e a corresponsabilidade. Esses resultados demonstram a importância da ESF como um alicerce do Sistema Único de Saúde e como uma ferramenta essencial para a promoção de uma saúde pública mais justa e equitativa.

6. Desafios e Perspectivas da Estratégia Saúde da Família

Embora a Estratégia Saúde da Família tenha alcançado muitos sucessos, ainda enfrenta desafios significativos que precisam ser superados para que seu potencial seja plenamente realizado. Entre os principais desafios estão a necessidade de recursos humanos e materiais adequados, a integração efetiva com outros níveis de atenção à saúde e a ampliação da cobertura em áreas remotas e de difícil acesso. Além disso, é crucial garantir a continuidade e o fortalecimento da ESF, mesmo em um contexto de restrições orçamentárias e mudanças nas políticas públicas.

No entanto, as perspectivas para a ESF são positivas, especialmente com o reconhecimento crescente da importância da atenção primária à saúde como base para um sistema de saúde

sustentável e eficaz. Com investimentos adequados e políticas públicas que priorizem a saúde preventiva e a atenção integral, a ESF pode continuar a desempenhar um papel central na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida da população brasileira. A continuidade dessa estratégia é essencial para o avanço do SUS e para a construção de um sistema de saúde mais justo, acessível e centrado nas necessidades da população.

CONHECIMENTOS BÁSICOS SOBRE O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O **Programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS)** é uma iniciativa do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa promover a atenção básica à saúde nas comunidades. Os agentes comunitários de saúde atuam como elo entre a comunidade e o sistema de saúde, garantindo que informações e cuidados básicos cheguem até a população. O trabalho desses profissionais é essencial para a prevenção de doenças, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade.

— Objetivos do Programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem como principal objetivo promover a atenção primária à saúde nas comunidades, ampliando o acesso a serviços básicos de saúde, prevenindo doenças e promovendo o bem-estar da população. Por meio da educação em saúde, da prevenção de doenças e do acompanhamento das famílias, o programa visa melhorar a qualidade de vida nas comunidades, com ênfase nas áreas mais vulneráveis. Além disso, o ACS atua como um elo entre a população e o Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando o acesso a tratamentos e serviços.

Os objetivos do programa podem ser organizados em quatro áreas principais: promoção da saúde, prevenção de doenças, facilitação do acesso aos serviços de saúde e monitoramento da saúde da comunidade.

Promoção da Saúde

Um dos principais objetivos do programa é promover a educação em saúde, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e a conscientização sobre os cuidados com a saúde. O ACS realiza ações educativas e campanhas para orientar a comunidade sobre temas importantes relacionados à saúde e à prevenção de doenças.

- **Incentivo a hábitos saudáveis:** O ACS orienta a comunidade sobre a importância de uma alimentação equilibrada, da prática regular de atividades físicas, da higiene pessoal e da prevenção de comportamentos de risco, como o consumo excessivo de álcool e o tabagismo.

- **Educação sobre higiene e saneamento:** O programa também promove ações educativas sobre higiene e saneamento básico, fundamentais para prevenir doenças infecciosas causadas por água contaminada e falta de limpeza adequada.

- **Saúde mental e bem-estar social:** Além dos cuidados com a saúde física, o ACS também promove a saúde mental, orientando a comunidade sobre a importância de cuidados emocionais e sociais, e incentivando a busca por ajuda em casos de transtornos mentais ou situações de vulnerabilidade.

Prevenção de Doenças

O programa tem como um de seus pilares a prevenção de doenças, atuando para evitar a disseminação de doenças crônicas, infecciosas e endêmicas. O ACS identifica fatores de risco na comunidade e promove campanhas de conscientização, garantindo que as famílias sigam medidas preventivas.

- **Prevenção de doenças crônicas:** O ACS monitora e orienta pessoas com doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, para que sigam corretamente os tratamentos e adotem hábitos saudáveis, prevenindo complicações.

- **Imunização e campanhas de vacinação:** O ACS desempenha um papel importante na promoção da vacinação, garantindo que a população siga o calendário de imunizações. Ele também participa ativamente de campanhas de vacinação, orientando as famílias sobre a importância de manter as vacinas em dia.

- **Prevenção de endemias e epidemias:** O programa é essencial para controlar surtos de doenças, como dengue, zika e chikungunya. Os ACSs orientam a comunidade sobre a eliminação de criadouros de mosquitos e outras medidas para evitar a proliferação de vetores de doenças.

Facilitação do Acesso aos Serviços de Saúde

O ACS atua como um facilitador entre a comunidade e o sistema de saúde, garantindo que as famílias tenham acesso a consultas, exames e tratamentos oferecidos pelo SUS. Ao identificar as necessidades de saúde da comunidade, o ACS encaminha os indivíduos para os serviços adequados e acompanha o tratamento.

- **Encaminhamento para serviços de saúde:** Um dos papéis do ACS é orientar e encaminhar as pessoas para unidades de saúde, como postos de saúde, UPAs e hospitais, ajudando a garantir que os pacientes recebam o atendimento necessário.

- **Acompanhamento de tratamentos:** O ACS faz o acompanhamento contínuo de pacientes que estão em tratamento, garantindo que eles sigam as orientações médicas, façam exames de acompanhamento e compareçam às consultas agendadas.

- **Facilitação de acesso a programas sociais:** Além de cuidados médicos, o ACS também pode orientar as famílias sobre programas sociais e assistenciais, como Bolsa Família ou programas de apoio à saúde, garantindo que recebam o suporte necessário.

Monitoramento da Saúde da Comunidade

O monitoramento contínuo da saúde das famílias é uma das funções essenciais do ACS, permitindo a detecção precoce de problemas de saúde e o acompanhamento de casos crônicos. Esse acompanhamento regular ajuda a prevenir complicações e a garantir que os pacientes estejam em dia com suas necessidades de saúde.

- **Visitas domiciliares:** O ACS faz visitas regulares às famílias, identificando possíveis problemas de saúde, acompanhando gestantes, recém-nascidos, crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas. Essas visitas são fundamentais para avaliar as condições de saúde da comunidade e identificar necessidades específicas.

- **Detecção precoce de doenças:** Por estar em contato direto com as famílias, o ACS pode identificar sinais precoces de doenças, facilitando o encaminhamento para tratamento antes que o problema se agrave.

- **Registro e acompanhamento de casos:** O ACS mantém um registro atualizado da saúde das famílias da sua área de atuação, garantindo que as informações estejam disponíveis para as unidades de saúde e facilitando o acompanhamento de casos crônicos ou mais complexos.

Funções e Atividades do Agente Comunitário de Saúde

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional essencial no Sistema Único de Saúde (SUS), atuando como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. As funções e atividades do ACS envolvem desde a visita domiciliar e a educação em saúde até a prevenção de doenças e o encaminhamento para atendimento médico, garantindo que as famílias tenham acesso aos serviços de saúde e informações necessárias para manter sua qualidade de vida. O trabalho do ACS é voltado principalmente para a atenção básica, promovendo ações preventivas e ajudando a integrar a comunidade aos serviços públicos de saúde.

Visitas Domiciliares

Uma das funções mais importantes do ACS é realizar visitas domiciliares regulares. Essas visitas permitem que o agente observe de perto as condições de saúde das famílias e, ao mesmo tempo, construa uma relação de confiança com a comunidade.

- **Monitoramento de saúde familiar:** Durante as visitas, o ACS avalia o estado de saúde dos membros da família, acompanha gestantes, crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas. Ele identifica necessidades, orienta sobre o uso de medicamentos e faz o monitoramento de sinais de alerta, como pressão alta e glicemia elevada.

- **Prevenção de doenças:** O ACS orienta sobre como prevenir doenças por meio de boas práticas de higiene, alimentação saudável e cuidados preventivos. Ele também explica a importância da vacinação e ajuda a garantir que todos estejam com o calendário de vacinação atualizado.

- **Acompanhamento de gestantes e recém-nascidos:** O ACS realiza visitas periódicas para acompanhar o pré-natal de gestantes, promovendo o acesso a exames e consultas, e orientando sobre cuidados necessários para garantir uma gestação saudável. Após o nascimento, ele monitora o desenvolvimento do recém-nascido e reforça a importância do aleitamento materno.

Educação em Saúde

O trabalho educativo do ACS é essencial para informar e conscientizar a comunidade sobre os principais cuidados com a saúde. As ações educativas são voltadas para a prevenção de

doenças e a promoção de hábitos saudáveis, sendo realizadas tanto nas visitas domiciliares quanto em ações coletivas na comunidade.

- **Orientação sobre hábitos saudáveis:** O ACS orienta as famílias sobre a importância de uma alimentação equilibrada, da prática regular de exercícios físicos e da adoção de comportamentos preventivos, como o uso de repelentes em áreas de risco de dengue ou a limpeza de caixas d'água.

- **Conscientização sobre higiene e saneamento:** Em áreas com infraestrutura sanitária precária, o ACS ensina a população sobre a importância da higiene pessoal e do ambiente doméstico para evitar a contaminação por doenças como diarreia, leptospirose e doenças de transmissão hídrica.

- **Campanhas de saúde pública:** O ACS também participa de campanhas comunitárias, como palestras sobre controle de doenças, prevenção da dengue, zika e chikungunya, e campanhas de vacinação. Nessas campanhas, o ACS atua na organização, divulgação e conscientização da comunidade.

2.3 Prevenção de Doenças e Promoção da Vacinação

A prevenção de doenças é uma função chave do ACS, que trabalha em conjunto com as equipes de saúde para promover ações que ajudem a evitar a disseminação de doenças transmissíveis e crônicas, além de garantir a imunização da população.

- **Promoção da vacinação:** O ACS garante que as famílias estejam cientes do calendário de vacinação, incentivando a imunização de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Ele também apoia campanhas de vacinação, monitorando se todos estão com as vacinas em dia.

- **Prevenção de doenças crônicas:** O ACS monitora pacientes com doenças como hipertensão e diabetes, garantindo que eles sigam os tratamentos indicados, como a tomada correta de medicamentos e a realização de exames periódicos.

- **Controle de endemias:** O ACS atua em áreas de risco de doenças endêmicas, como dengue, malária e febre amarela. Ele orienta a população sobre a eliminação de criadouros de mosquitos, a importância do saneamento básico e outras medidas preventivas para evitar a proliferação de vetores.

Facilitação do Acesso aos Serviços de Saúde

Os agentes comunitários de saúde desempenham um papel fundamental na facilitação do acesso da população aos serviços oferecidos pelo SUS. Eles ajudam a comunidade a entender os serviços disponíveis e a buscar atendimento médico quando necessário.

- **Encaminhamento para consultas e exames:** O ACS orienta as famílias sobre quando e como buscar atendimento nas unidades de saúde, encaminhando os pacientes para consultas médicas, exames de rotina ou tratamentos especializados quando necessário.

- **Acompanhamento pós-tratamento:** O ACS realiza visitas de acompanhamento a pacientes que passaram por tratamentos ou internações, garantindo que sigam as orientações médicas e que recebam os cuidados necessários para a recuperação.

- **Acesso a programas de saúde e assistência social:** O ACS orienta as famílias sobre programas sociais e de saúde, como o Programa Bolsa Família, programas de alimentação, prevenção e controle de doenças crônicas, além de garantir que a população conheça seus direitos de acesso ao sistema de saúde.

Registro e Monitoramento de Dados

O ACS também é responsável pelo registro de dados sobre a saúde da população que ele acompanha. Essas informações são fundamentais para que o SUS tenha uma visão clara das necessidades de saúde da comunidade e possa planejar suas ações de forma mais eficaz.

- **Coleta de dados de saúde:** Durante as visitas domiciliares, o ACS coleta informações sobre a saúde das famílias, como condições de doenças crônicas, necessidade de tratamentos ou presença de sintomas preocupantes. Esses dados são repassados à equipe de saúde da família, auxiliando no planejamento das ações de saúde.

- **Monitoramento contínuo:** O acompanhamento contínuo da saúde das famílias permite que o ACS identifique mudanças no quadro de saúde dos indivíduos e alerte a equipe médica quando necessário, garantindo uma resposta rápida a situações de risco.

- **Atualização de cadastros:** O ACS mantém atualizado o cadastro das famílias sob sua responsabilidade, garantindo que o histórico de saúde de cada indivíduo esteja sempre disponível para os profissionais de saúde.

— Impacto do Programa na Comunidade

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem gerado impactos significativos nas comunidades em que atua, especialmente nas áreas mais vulneráveis. Com foco na atenção básica, prevenção de doenças e promoção da saúde, o trabalho dos agentes comunitários contribui para a melhoria da qualidade de vida e redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. O impacto do programa se reflete em avanços na prevenção de doenças, ampliação do acesso aos serviços de saúde, melhoria da saúde pública e no fortalecimento das relações sociais dentro das comunidades.

Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde

O programa tem um impacto significativo na prevenção de doenças e na promoção da saúde, por meio de ações educativas e de conscientização realizadas pelos ACSs. O trabalho contínuo com as famílias ajuda a reduzir a ocorrência de doenças evitáveis, como as doenças infecciosas e as condições crônicas não transmissíveis.

- **Redução da mortalidade infantil e materna:** O acompanhamento contínuo de gestantes e recém-nascidos é uma das atividades mais impactantes do programa, resultando em uma redução significativa na mortalidade infantil e materna. O ACS

garante que gestantes façam o pré-natal corretamente e que recém-nascidos recebam os cuidados necessários nos primeiros meses de vida.

- **Controle de doenças crônicas:** O trabalho do ACS no monitoramento de doenças crônicas como hipertensão e diabetes tem ajudado a reduzir complicações graves e internações. Ao orientar pacientes sobre o uso correto de medicamentos e a necessidade de exames de rotina, o ACS promove o controle eficiente dessas doenças, evitando complicações de longo prazo.

- **Prevenção de doenças transmissíveis:** O programa tem impacto direto na prevenção de doenças transmissíveis, como dengue, tuberculose e hanseníase. Ao promover campanhas de conscientização e orientar a comunidade sobre medidas de prevenção, os ACSs ajudam a controlar surtos e prevenir o aumento de casos dessas doenças.

Ampliação do Acesso aos Serviços de Saúde

O acesso facilitado aos serviços de saúde é um dos principais impactos do programa. Muitas comunidades, especialmente em áreas rurais e periféricas, enfrentam barreiras para acessar o sistema de saúde. O trabalho do ACS é crucial para reduzir essas barreiras e garantir que a população tenha acesso a consultas, exames, tratamentos e vacinas.

- **Acesso facilitado a cuidados de saúde:** O ACS garante que as famílias saibam como acessar os serviços oferecidos pelo SUS, como agendamentos de consultas, exames preventivos e vacinação. Esse acompanhamento permite que os pacientes recebam atendimento preventivo, em vez de esperar até que a doença se agrave.

- **Redução de filas e sobrecarga no sistema de saúde:** O trabalho preventivo dos ACSs contribui para a redução da demanda por atendimentos emergenciais e hospitalares, aliviando a sobrecarga nas unidades de saúde. Ao promover a prevenção e identificar problemas de saúde antes que se tornem graves, o ACS ajuda a diminuir a pressão sobre os serviços de emergência.

- **Maior adesão a tratamentos:** O acompanhamento contínuo de pacientes em tratamento, feito pelo ACS, ajuda a aumentar a adesão às orientações médicas e a garantir que os tratamentos sejam seguidos corretamente, o que contribui para melhores resultados de saúde.

Melhoria da Qualidade de Vida e Educação em Saúde

A educação em saúde promovida pelo ACS tem um impacto direto na melhoria da qualidade de vida das comunidades. Ao levar informações sobre cuidados com a saúde e a prevenção de doenças, os agentes comunitários capacitam as famílias a tomar decisões informadas sobre seu bem-estar.

- **Maior conscientização sobre a saúde:** As ações educativas realizadas pelos ACSs, seja por meio de visitas domiciliares ou em campanhas comunitárias, ajudam a aumentar a conscientização sobre práticas saudáveis. Isso inclui a importância de uma alimentação adequada, a prática de exercícios físicos e a higiene pessoal, o que contribui para a prevenção de doenças.

- **Promoção da saúde mental:** O programa também tem impacto na saúde mental, ao promover a conscientização sobre o estresse, a depressão e outros transtornos mentais. O ACS orienta a população sobre onde buscar ajuda e oferece apoio emocional básico, especialmente em situações de vulnerabilidade social.

- **Redução de doenças ligadas ao saneamento precário:** Em áreas onde o saneamento básico é deficiente, o trabalho de conscientização dos ACSs ajuda a reduzir doenças como diarreia, parasitoses e infecções por falta de higiene adequada. O agente orienta sobre o armazenamento correto da água, descarte de resíduos e higiene doméstica.

Fortalecimento do Vínculo entre Comunidade e Sistema de Saúde

O ACS atua como ponte entre a comunidade e o sistema de saúde, fortalecendo a relação de confiança entre as pessoas e os serviços oferecidos pelo SUS. O programa não apenas facilita o acesso, mas também cria um ambiente de acolhimento, onde as famílias se sentem mais confortáveis para buscar ajuda quando necessário.

- **Confiança e proximidade com o ACS:** O vínculo estabelecido entre o ACS e a comunidade é um dos principais fatores que contribuem para o sucesso do programa. Por estar presente no cotidiano das famílias, o agente comunitário de saúde se torna uma figura de confiança, o que facilita a comunicação e a adesão às orientações.

- **Sensibilização para problemas sociais e de saúde:** O ACS ajuda a identificar situações de vulnerabilidade social, como pobreza extrema, violência doméstica e problemas de saúde mental, e pode encaminhar os indivíduos para os serviços de apoio adequados. Essa sensibilidade para questões sociais contribui para um cuidado mais completo e humanizado.

- **Integração com a equipe de saúde:** O trabalho dos ACSs fortalece a integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, desde a prevenção até o tratamento especializado. Ao fornecer informações detalhadas sobre a saúde da comunidade, os ACSs permitem que as unidades de saúde atuem de forma mais direcionada e eficiente.

Impacto na Saúde Pública

O impacto do Programa de Agente Comunitário de Saúde na saúde pública é expressivo, especialmente em termos de prevenção e controle de doenças. O programa ajuda a diminuir as desigualdades no acesso à saúde, melhora os indicadores de saúde da população e contribui para a construção de uma sociedade mais saudável.

- **Redução de surtos e epidemias:** A presença ativa dos ACSs nas comunidades contribui para a rápida identificação e controle de surtos de doenças, como dengue, sarampo ou gripe. Com o monitoramento constante, os agentes são capazes de identificar possíveis focos de infecção e garantir que as medidas de controle sejam adotadas rapidamente.

- **Promoção da equidade no acesso à saúde:** O ACS desempenha um papel fundamental em reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, especialmente nas regiões mais carentes. Ao facilitar o acesso e garantir que todas as famílias sejam atendidas, o programa promove a equidade na saúde, independentemente de fatores socioeconômicos.

- **Melhoria dos indicadores de saúde:** O trabalho contínuo dos ACSs nas áreas de vacinação, controle de doenças crônicas e promoção da saúde tem resultado em melhorias nos indicadores de saúde pública, como a redução da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida e melhor controle das doenças endêmicas.

— Desafios e Perspectivas

O Programa de Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a saúde e prevenindo doenças nas comunidades. No entanto, como qualquer programa de grande escala, enfrenta desafios que precisam ser superados para continuar evoluindo e ampliando seu impacto positivo. Ao mesmo tempo, existem perspectivas de melhoria e expansão que podem fortalecer ainda mais o papel dos agentes comunitários na atenção básica à saúde.

— Desafios do Programa de Agente Comunitário de Saúde

Infraestrutura e Recursos

Um dos maiores desafios enfrentados pelo programa é a falta de infraestrutura e recursos adequados, que pode limitar a eficácia do trabalho dos ACSs. Em muitas áreas, principalmente nas zonas rurais e nas periferias urbanas, os agentes comunitários lidam com falta de equipamentos básicos, transportes inadequados e recursos financeiros insuficientes para garantir a continuidade das suas atividades.

- **Falta de transporte:** A dificuldade de deslocamento, especialmente em áreas rurais, afeta o número de visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, limitando o acompanhamento adequado da população.

- **Recursos limitados para campanhas educativas:** O financiamento insuficiente de materiais educativos e equipamentos de trabalho prejudica as ações de prevenção e promoção da saúde, como campanhas de conscientização e palestras comunitárias.

- **Baixa remuneração e sobrecarga de trabalho:** Em algumas regiões, os ACSs enfrentam salários baixos e acúmulo de responsabilidades, o que pode levar ao desgaste profissional e comprometer a qualidade do atendimento.

Capacitação e Atualização dos Agentes

A capacitação contínua dos agentes comunitários é essencial para garantir que estejam preparados para lidar com as novas demandas de saúde da comunidade. No entanto, muitos ACSs ainda têm acesso limitado a treinamentos atualizados e educação permanente, o que pode afetar a qualidade do atendimento.

- **Treinamento insuficiente:** Em algumas localidades, os treinamentos oferecidos aos ACSs são insuficientes ou desatualizados, o que compromete a sua capacidade de lidar com doenças emergentes e novas tecnologias de saúde.

- **Falta de especialização:** A necessidade de conhecimentos mais especializados, como no acompanhamento de doenças crônicas ou de saúde mental, muitas vezes não é plenamente atendida pelos programas de capacitação oferecidos.

Integração com a Rede de Saúde

Embora o ACS atue como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, a integração entre os agentes e o restante da rede de saúde nem sempre é eficiente. A comunicação com outras unidades de saúde pode ser limitada, o que dificulta o encaminhamento rápido de pacientes para atendimento especializado e o acompanhamento de casos mais graves.

- **Integração limitada com equipes de saúde da família:** Em algumas regiões, há uma falta de comunicação eficiente entre o ACS e as equipes de saúde da família, o que pode prejudicar a continuidade do atendimento e o acompanhamento de pacientes.

- **Dificuldade de encaminhamento para especialistas:** Em áreas onde os recursos são escassos, os ACSs enfrentam dificuldades para encaminhar pacientes para exames e consultas especializadas, o que retarda o diagnóstico e tratamento adequado.

Cobertura em Áreas Remotas e Periféricas

Outro desafio importante é a cobertura insuficiente em algumas áreas remotas e periféricas, onde a presença de agentes comunitários de saúde é limitada ou inexistente. Essas áreas, que muitas vezes são as que mais precisam de atenção, acabam ficando desassistidas, o que amplia as desigualdades no acesso à saúde.

- **Falta de cobertura nas áreas rurais e periféricas:** Regiões afastadas, de difícil acesso ou com condições precárias de infraestrutura, muitas vezes não recebem a cobertura adequada do programa, deixando parte da população sem o atendimento preventivo e contínuo que o ACS oferece.

— Perspectivas de Melhoria e Expansão

Apesar dos desafios, o Programa de Agente Comunitário de Saúde tem grande potencial de expansão e fortalecimento, especialmente com a adoção de novas tecnologias e políticas públicas que ampliem os recursos disponíveis para os ACSs. Algumas perspectivas promissoras incluem:

Melhoria na Infraestrutura e Recursos

Investimentos em infraestrutura e recursos podem transformar o trabalho dos ACSs, permitindo que ampliem o alcance e a eficácia de suas atividades. A alocação de recursos adequados para transporte, materiais e remuneração pode melhorar significativamente a qualidade do atendimento.

- **Maior financiamento:** O aumento do financiamento governamental para o programa pode garantir que os ACSs tenham os recursos necessários para realizar suas visitas e campanhas de conscientização, além de garantir uma melhor remuneração para os profissionais.

- **Equipamentos tecnológicos:** A inclusão de tecnologias móveis, como tablets e smartphones com aplicativos de monitoramento de saúde, pode facilitar o trabalho dos agentes, permitindo uma coleta de dados mais eficiente e o acompanhamento remoto de pacientes.

Capacitação Contínua e Educação Permanente

Investir em capacitação contínua é fundamental para que os agentes comunitários de saúde acompanhem as evoluções do setor e estejam sempre preparados para enfrentar novos desafios de saúde.

- **Programas de educação à distância:** A criação de plataformas de ensino à distância pode permitir que os ACSs tenham acesso a treinamentos regulares e atualizados, sem que precisem se deslocar para centros de formação, o que é especialmente útil para áreas rurais e de difícil acesso.

- **Cursos especializados:** A oferta de cursos de especialização em áreas como doenças crônicas, saúde mental e saúde da mulher pode ampliar a competência técnica dos ACSs, permitindo que atuem de forma mais eficaz em problemas de saúde específicos.

Integração com a Rede de Saúde

O fortalecimento da integração entre os ACSs e as unidades de saúde é uma perspectiva importante para melhorar a qualidade do atendimento. Melhorar a comunicação entre os ACSs e as equipes de saúde da família pode garantir um atendimento mais completo e coordenado.

- **Sistema de informação unificado:** A criação de um sistema de informação integrado, acessível para ACSs e profissionais de saúde, pode permitir uma comunicação mais eficiente e o acompanhamento em tempo real dos pacientes, melhorando o encaminhamento e o monitoramento de casos.

- **Aprimoramento da comunicação:** Melhorar a comunicação direta entre os ACSs e os profissionais das unidades de saúde pode acelerar o encaminhamento de casos graves e garantir que os pacientes recebam atendimento adequado sem atrasos.

Expansão da Cobertura em Áreas Remotas

Ampliar a cobertura do programa para áreas ainda não assistidas, especialmente regiões rurais e periféricas, é uma prioridade para garantir a universalidade do acesso à saúde. Isso pode ser feito com a contratação de mais agentes e o reforço da infraestrutura.

- **Contratação de novos ACSs:** A contratação de mais agentes comunitários pode ampliar a cobertura em áreas de difícil acesso e garantir que um número maior de famílias tenha acompanhamento contínuo de saúde.

- **Parcerias com iniciativas locais:** Em áreas de difícil alcance, parcerias com organizações não governamentais e iniciativas comunitárias podem ser uma alternativa para aumentar a presença dos ACSs, promovendo campanhas locais de saúde e colaborando na formação de novos agentes.

Uso de Tecnologias para Monitoramento

O uso de tecnologias digitais é uma perspectiva que pode transformar o trabalho dos ACSs, facilitando o monitoramento da saúde da população e permitindo um atendimento mais ágil e eficiente.

- **Telemedicina:** A utilização de telemedicina pode ser uma solução para ampliar o acesso a profissionais de saúde em áreas remotas, permitindo que os ACSs encaminhem pacientes para consultas e exames online, quando não houver possibilidade de deslocamento.

- **Monitoramento remoto:** Com a utilização de aplicativos e ferramentas digitais, os ACSs podem monitorar remotamente os pacientes, enviando lembretes para consultas, orientações sobre tratamentos e coletando dados de saúde que são compartilhados com os profissionais de saúde.

HUMANIZAÇÃO E SAÚDE

A humanização na assistência de enfermagem é uma filosofia de cuidado que coloca o paciente e suas necessidades individuais no centro de todas as práticas de saúde. Esta abordagem transcende a mera aplicação de procedimentos técnicos e medicamentos, abraçando uma visão holística do paciente como um ser humano único, com suas próprias histórias, emoções, desejos e temores.

No cerne da humanização está a compreensão de que cada interação com o paciente é uma oportunidade para fornecer não apenas cuidados de saúde, mas também conforto, dignidade e compaixão.

Empatia e Compreensão

A empatia é o alicerce da humanização. Os enfermeiros humanizados são treinados para serem excelentes ouvintes, capazes de entender não apenas as palavras ditas pelos pacientes, mas também seus sentimentos e preocupações não verbalizados. Ouvir ativamente envolve dar tempo ao paciente para expressar suas preocupações, fazer perguntas e responder de maneira que valide suas experiências e emoções.

Construindo Relações de Confiança

Estabelecer uma relação de confiança com o paciente é essencial. Isso é alcançado através de um cuidado consistente, respeitando a privacidade e a autonomia do paciente, e mostrando confiabilidade e competência. A confiança facilita uma comunicação aberta, incentivando os pacientes a compartilhar informações que podem ser cruciais para o seu cuidado.

Comunicação Efetiva e Educação do Paciente

Uma comunicação eficaz não é apenas sobre transmitir informações; é também sobre fazê-lo de maneira que seja compreensível e sensível às necessidades do paciente. Isso inclui usar linguagem clara, evitar jargões médicos e garantir que o paciente e sua família entendam os procedimentos, tratamentos e opções disponíveis.

Empoderamento do Paciente

Informar os pacientes sobre sua condição e tratamento os empodera a tomar decisões informadas sobre seu próprio cuidado. Isso inclui discussões sobre os riscos e benefícios de diferentes opções de tratamento, bem como o que esperar durante a recuperação.

Criando um Espaço Acolhedor

O ambiente em que o cuidado é prestado tem um impacto significativo na experiência do paciente. Um ambiente de cura é aquele que é calmo, limpo, privado e confortável. Pequenas mudanças, como ajustar a iluminação e a temperatura, podem ter um grande impacto no bem-estar do paciente.

Atendendo às Necessidades Individuais

Cada paciente tem necessidades únicas, e a assistência de enfermagem humanizada se esforça para atendê-las. Isso pode incluir considerações culturais, linguísticas e espirituais, bem como necessidades relacionadas à idade, como as de crianças ou idosos.

Saúde Mental e Apoio Emocional

Os enfermeiros humanizados estão atentos aos aspectos psicológicos e emocionais do cuidado. Isso envolve reconhecer sinais de ansiedade, depressão ou estresse e fornecer apoio emocional. Em alguns casos, pode ser necessário encaminhar o paciente para serviços de saúde mental adicionais.

Suporte aos Familiares

A família e os cuidadores também são parte essencial do processo de cuidado. Oferecer apoio, informações e orientações a eles é crucial, pois desempenham um papel vital no apoio ao paciente fora do ambiente hospitalar.

Mantendo o Bem-Estar da Equipe

O autocuidado dos profissionais de saúde é fundamental para a prestação de um cuidado compassivo e eficaz. Isso inclui gerenciamento do estresse, equilíbrio entre vida profissional e pessoal e apoio mútuo entre colegas.

Educação e Desenvolvimento Contínuo

A educação contínua em humanização e desenvolvimento profissional ajuda os enfermeiros a manterem-se atualizados com as melhores práticas e a desenvolverem habilidades adicionais em comunicação e cuidado empático.

A humanização na assistência de enfermagem é mais do que uma técnica; é uma abordagem que reconhece e responde às necessidades complexas e multifacetadas de cada paciente. Incorporando empatia, comunicação eficaz, ambiente de cura e apoio emocional, os enfermeiros podem transformar a experiência de saúde dos pacientes, proporcionando não apenas cuidado médico, mas também conforto, dignidade e respeito.

**O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE;
CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, sendo responsável pelo primeiro contato da população com os serviços de saúde. Seu papel vai além da prevenção e do tratamento de doenças, englobando a promoção da saúde e o acompanhamento contínuo dos indivíduos e comunidades. Dentro desse contexto, o enfermeiro desempenha uma função essencial, atuando diretamente na assistência, no planejamento e na coordenação do cuidado.

Os enfermeiros que atuam na APS, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), possuem um papel fundamental na vigilância em saúde, na educação sanitária e na gestão do cuidado. Eles acompanham pacientes em todas as fases da vida, com enfoque na prevenção de agravos e no manejo de doenças crônicas. Além disso, são responsáveis por realizar consultas de enfermagem, visitas domiciliares e ações de imunização, fortalecendo o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade.

Em paralelo, os cuidados paliativos vêm ganhando destaque na APS como uma estratégia essencial para garantir qualidade de vida a pacientes com doenças crônicas avançadas e seus familiares. O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de condições como câncer, doenças cardiovasculares e neurodegenerativas tornaram os cuidados paliativos uma necessidade crescente. Na atenção primária, esses cuidados não se limitam ao controle da dor e dos sintomas físicos, mas também incluem suporte emocional, social e espiritual, promovendo um atendimento humanizado e integral.

A interseção entre a enfermagem e os cuidados paliativos na APS é um campo desafiador e de grande impacto. Os enfermeiros são muitas vezes os primeiros profissionais a identificar a necessidade de uma abordagem paliativa, sendo responsáveis por oferecer acolhimento, orientar familiares e articular o trabalho em equipe multidisciplinar. No entanto, a implementação desses cuidados na atenção primária ainda enfrenta desafios, como a falta de capacitação específica e a escassez de recursos.

Diante desse cenário, este texto explora o papel do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, com um olhar especial para sua atuação nos cuidados paliativos. Serão abordadas suas atribuições, desafios e perspectivas, ressaltando a importância de fortalecer a APS como um pilar fundamental para um cuidado mais humanizado e acessível a toda a população.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a base do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsável pelo primeiro atendimento e pelo acompanhamento contínuo dos pacientes ao longo de suas vidas. Dentro dessa estrutura, o enfermeiro desempenha um papel essencial, atuando não apenas na assistência direta, mas também na coordenação do cuidado, na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Seu trabalho é fundamental para garantir a efetividade das políticas públicas e a integralidade da atenção à saúde.

— **Atribuições do Enfermeiro na APS**

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o enfermeiro na APS possui um conjunto de responsabilidades que incluem:

- **Consulta de enfermagem e acompanhamento de pacientes crônicos:** Monitoramento de doenças como hipertensão, diabetes e doenças respiratórias, garantindo adesão ao tratamento e prevenindo complicações.

- **Educação em saúde:** Desenvolvimento de ações educativas para a comunidade, abordando temas como alimentação saudável, higiene, vacinação e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

- **Visitas domiciliares:** Atendimento a pacientes acamados, idosos e pessoas com dificuldade de locomoção, garantindo a continuidade do cuidado.

- **Supervisão da equipe de enfermagem:** Coordenação de técnicos e auxiliares de enfermagem, organizando as atividades diárias e garantindo a qualidade dos serviços prestados.

- **Administração de medicamentos e imunização:** Aplicação de vacinas e administração de medicamentos conforme protocolos estabelecidos pelo SUS.

- **Acolhimento e escuta qualificada:** Atendimento humanizado, garantindo que o paciente se sinta ouvido e compreendido em suas necessidades de saúde.

— **O Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF)**

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo prioritário da APS no Brasil, o enfermeiro tem um papel ainda mais abrangente. Ele atua em conjunto com médicos, agentes comunitários de saúde e outros profissionais, formando equipes que acompanham famílias de forma contínua e integral.

- **Planejamento e organização do processo de trabalho:** O enfermeiro participa da definição de estratégias para o atendimento da população adscrita, garantindo que as necessidades da comunidade sejam atendidas de forma eficaz.

- **Vigilância em saúde:** Monitoramento de agravos, surtos e condições que possam impactar a saúde da população, como surtos de dengue, tuberculose e doenças infecciosas.

- **Atenção à saúde materno-infantil:** Acompanhamento do pré-natal, orientações sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, garantindo a redução da mortalidade materno-infantil.

— **Desafios do Enfermeiro na APS**

Embora o enfermeiro desempenhe um papel fundamental na APS, sua atuação enfrenta desafios que podem comprometer a qualidade do atendimento:

- **Sobrecarga de trabalho:** A alta demanda por atendimentos e a carência de profissionais podem dificultar o acompanhamento adequado dos pacientes.

- **Infraestrutura inadequada:** Muitas unidades de saúde apresentam limitações estruturais e escassez de insumos, dificultando a realização de procedimentos e exames.

- **Falta de capacitação contínua:** A necessidade de atualização constante em protocolos, técnicas e diretrizes muitas vezes não é suprida, prejudicando a qualidade do cuidado prestado.

— **Perspectivas para a Enfermagem na APS**

Para que a enfermagem na APS seja fortalecida, é fundamental investir em:

- **Capacitação profissional:** Oferecimento de cursos e treinamentos regulares para atualização dos enfermeiros.

- **Melhoria das condições de trabalho:** Ampliação da infraestrutura das unidades de saúde e garantia de insumos necessários para o atendimento adequado.

- **Valorização profissional:** Reconhecimento do papel do enfermeiro na APS, com melhores condições salariais e de carreira.

O enfermeiro na APS é um agente transformador da saúde pública, promovendo um atendimento humanizado e acessível. Seu papel vai além do atendimento clínico, abrangendo a educação em saúde, a gestão do cuidado e o fortalecimento do vínculo com a comunidade. Investir na qualificação e valorização desse profissional é essencial para garantir uma Atenção Primária à Saúde eficiente e de qualidade para toda a população.

CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os cuidados paliativos são uma abordagem que busca melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas avançadas e de seus familiares. Seu objetivo não é a cura, mas sim o alívio da dor e do sofrimento físico, emocional, social e espiritual. A Atenção Primária à Saúde (APS), sendo a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), desempenha um papel essencial na oferta desses cuidados, garantindo que os pacientes recebam assistência próxima de suas famílias e comunidades, evitando internações hospitalares desnecessárias e promovendo um atendimento mais humanizado.

— **O Conceito de Cuidados Paliativos na APS**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes com doenças graves ao aliviar o sofrimento por meio da prevenção e do controle da dor e de outros sintomas. No contexto da APS, os cuidados paliativos devem ser integrados às ações de acompanhamento de pacientes crônicos e idosos, assegurando suporte contínuo e evitando a fragmentação do cuidado.

Os principais pilares dos cuidados paliativos na APS incluem:

- **Controle de sintomas:** Manejo da dor, fadiga, náusea, dispneia e outros sintomas físicos que comprometem a qualidade de vida do paciente.

- **Suporte emocional e psicológico:** Atendimento humanizado para reduzir o sofrimento do paciente e de seus familiares.

- **Atenção social e espiritual:** Auxílio na adaptação do paciente e de sua família às mudanças provocadas pela doença.

- **Acompanhamento contínuo:** Cuidados prestados desde o diagnóstico da doença até o final da vida, garantindo um suporte adequado à família durante o luto.

– **Populações Beneficiadas pelos Cuidados Paliativos na APS**

Os cuidados paliativos na Atenção Primária são essenciais para diferentes grupos de pacientes, incluindo:

- **Pacientes com doenças crônicas avançadas:** Pessoas com insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), insuficiência renal ou hepática em estágio terminal.

- **Pacientes oncológicos:** Indivíduos com câncer em estágio avançado, que necessitam de controle rigoroso da dor e de outros sintomas.

- **Pacientes com doenças neurodegenerativas:** Pessoas com Alzheimer, esclerose lateral amiotrófica (ELA) e outras doenças que levam à perda progressiva da funcionalidade.

- **Idosos em situação de fragilidade:** Pacientes idosos com múltiplas comorbidades e dependência funcional que necessitam de um acompanhamento contínuo e humanizado.

– **Desafios da Implementação dos Cuidados Paliativos na APS**

Embora os cuidados paliativos sejam fundamentais na APS, sua implementação enfrenta desafios significativos:

- **Falta de capacitação dos profissionais:** Muitos enfermeiros, médicos e agentes comunitários não recebem treinamento específico para cuidados paliativos.

- **Escarceza de protocolos estruturados:** A ausência de diretrizes claras sobre a atuação da APS nos cuidados paliativos dificulta sua aplicação prática.

- **Resistência cultural e social:** Muitos pacientes e familiares associam os cuidados paliativos à desistência do tratamento, dificultando sua aceitação.

- **Limitações na infraestrutura:** Falta de medicamentos essenciais para o controle da dor e de equipe multiprofissional nas unidades básicas de saúde (UBS).

– **Estratégias para Fortalecer os Cuidados Paliativos na APS**

Para superar esses desafios, algumas estratégias podem ser adotadas:

- **Capacitação da equipe de saúde:** Formação contínua para enfermeiros e médicos sobre o manejo da dor, comunicação empática e abordagem multiprofissional.

- **Integração entre níveis de atenção:** Fortalecimento da rede de cuidados, garantindo a comunicação entre APS, hospitais e unidades especializadas.

- **Aprimoramento das visitas domiciliares:** Expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) para garantir acompanhamento próximo aos pacientes que não podem se deslocar até as unidades de saúde.

- **Educação da comunidade:** Sensibilização da população sobre a importância dos cuidados paliativos, promovendo uma visão mais ampla sobre qualidade de vida e dignidade no final da vida.

– **O Impacto dos Cuidados Paliativos na APS**

A implementação dos cuidados paliativos na Atenção Primária tem um impacto significativo tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde:

- **Melhoria da qualidade de vida dos pacientes:** Maior controle da dor e dos sintomas, promovendo conforto e dignidade.

- **Redução de internações hospitalares desnecessárias:** Atendimento próximo à família evita hospitalizações prolongadas e reduz custos para o sistema de saúde.

- **Fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade:** Maior humanização do atendimento, promovendo confiança entre equipe de saúde, pacientes e familiares.

Os cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde representam um avanço essencial para garantir um atendimento mais humanizado e eficaz para pacientes em condições crônicas avançadas. Apesar dos desafios, investir na capacitação dos profissionais e no fortalecimento da APS como espaço de cuidado integral pode transformar a experiência desses pacientes e de suas famílias, assegurando dignidade, conforto e suporte contínuo.

– **O Enfermeiro e os Cuidados Paliativos na Atenção Primária à Saúde**

A atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) é essencial para garantir um atendimento humanizado e integral a pacientes com doenças crônicas avançadas. Como profissional de saúde presente no dia a dia da comunidade, o enfermeiro desempenha um papel estratégico no acolhimento, no controle de sintomas, na comunicação com pacientes e familiares e na articulação da equipe multiprofissional.

– **O Papel do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos na APS**

A atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos na APS abrange diversas dimensões do cuidado, incluindo:

1. Identificação e Acompanhamento de Pacientes Elegíveis

- Realização de consultas de enfermagem para avaliar o estado clínico e a evolução do paciente.

- Identificação precoce de pacientes que podem se beneficiar dos cuidados paliativos, considerando critérios como diagnóstico, prognóstico e necessidades de suporte.

- Registro e monitoramento contínuo das condições do paciente para garantir intervenções oportunas.

2. Manejo da Dor e Controle de Sintomas

- Administração de medicamentos analgésicos, opioides e adjuvantes conforme prescrição médica, seguindo protocolos estabelecidos.

- Monitoramento dos efeitos colaterais das medicações e ajustes na conduta terapêutica conforme necessário.

- Implementação de medidas não farmacológicas para alívio da dor, como técnicas de relaxamento, mudanças posturais e cuidados com a pele para prevenção de lesões.

3. Acolhimento e Suporte Psicológico

- Oferta de escuta qualificada para o paciente e seus familiares, garantindo que suas preocupações e medos sejam considerados no plano de cuidado.

- Apoio emocional para lidar com o impacto do diagnóstico, a progressão da doença e a fase final da vida.

- Sensibilização da família sobre a importância dos cuidados paliativos e estratégias para lidar com o sofrimento do paciente.

4. Comunicação Efetiva com Pacientes e Familiares

- Explicação clara e objetiva sobre a evolução da doença e as opções de cuidados disponíveis, sempre respeitando os desejos do paciente.

- Mediação entre a equipe multiprofissional e a família para garantir um alinhamento nas decisões sobre o tratamento.

- Auxílio na tomada de decisões relacionadas à limitação terapêutica, garantindo que o paciente tenha uma morte digna e sem sofrimento desnecessário.

5. Atendimento Domiciliar e Continuidade do Cuidado

- Realização de visitas domiciliares para acompanhamento do paciente em ambiente familiar, reduzindo a necessidade de deslocamento até a unidade de saúde.

- Capacitação dos familiares para o manejo de sintomas em casa, incluindo administração de medicação, troca de curativos e cuidados básicos.

- Articulação com médicos e outros profissionais para garantir a continuidade do cuidado, evitando hospitalizações desnecessárias.

6. Trabalho em Equipe Multiprofissional

- Atuação conjunta com médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros profissionais para garantir um cuidado integral ao paciente.

- Participação em reuniões de equipe para discutir casos, ajustar condutas terapêuticas e compartilhar informações sobre a evolução do paciente.

- Articulação com serviços especializados quando necessário, garantindo encaminhamentos adequados para cuidados paliativos avançados.

Desafios da Atuação do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos na APS

Embora o enfermeiro tenha um papel essencial na oferta de cuidados paliativos na atenção primária, há desafios significativos que precisam ser superados para que essa assistência seja eficaz:

- **Falta de capacitação específica:** Muitos enfermeiros não recebem treinamento adequado sobre cuidados paliativos, o que pode comprometer a qualidade do atendimento.

- **Escassez de recursos:** A falta de medicamentos, materiais e equipe multiprofissional limita a efetividade das ações paliativas.

- **Resistência dos pacientes e familiares:** O desconhecimento sobre os cuidados paliativos leva muitas famílias a resistirem a essa abordagem, associando-a erroneamente à desistência do tratamento.

- **Alta demanda e sobrecarga de trabalho:** A quantidade de pacientes atendidos na APS pode dificultar um acompanhamento individualizado adequado.

Estratégias para Aprimorar a Atuação do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos

Para fortalecer a atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos na APS, algumas medidas podem ser implementadas:

- **Capacitação profissional contínua:** Promoção de treinamentos e cursos para atualização dos enfermeiros sobre manejo da dor, comunicação empática e estratégias paliativas.

- **Criação de protocolos específicos:** Desenvolvimento de diretrizes padronizadas para orientar a conduta dos enfermeiros na APS no atendimento a pacientes paliativos.

- **Maior integração entre os níveis de atenção:** Fortalecimento da rede de cuidados para garantir o encaminhamento adequado de pacientes para unidades de referência quando necessário.

- **Apoio psicológico para profissionais:** Oferta de suporte emocional e psicológico para os enfermeiros, que lidam diariamente com situações de sofrimento e terminalidade.

A Importância do Enfermeiro na Humanização dos Cuidados Paliativos

O enfermeiro é um dos pilares do cuidado paliativo na APS, pois está presente na rotina do paciente e da família, oferecendo suporte contínuo e humanizado. Sua atuação vai além do aspecto técnico, abrangendo o acolhimento, a escuta ativa e o respeito à dignidade do paciente.

Ao garantir um atendimento mais próximo, acessível e sensível às necessidades dos pacientes em fim de vida, o enfermeiro contribui para a promoção de uma morte digna e confortável, reduzindo o sofrimento e fortalecendo o vínculo entre o sistema de saúde e a comunidade. Investir na capacitação e no suporte a esses profissionais é essencial para garantir a qualidade dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde.

QUESTÕES

1. IVIN - 2023 - Prefeitura de Canto do Buriti - PI - Enfermeiro
Na gestão em saúde, a avaliação é fundamental para a busca por resultados desejáveis. Nesse contexto, analise as alternativas a seguir e assinale a correta:

(A) O papel reservado ao enfermeiro é predominantemente centrado em aspectos técnicos assistenciais, e pelo modelo atual de formação acadêmica, deve-se limitar apenas à execução de tarefas.

(B) As competências e habilidades específicas para o enfermeiro gestor incluem a atuação para garantir a qualidade da assistência em todos os níveis de saúde, planejando, organizando, gerenciando e avaliando o processo de trabalho em enfermagem.

(C) Espera-se do enfermeiro gestor qualidades como a criatividade, inteligência emocional, parceria, inovação, capacidade de se relacionar, competência interpessoal e principalmente, a capacidade de manter-se atualizado.

(D) O líder deve ser capaz de estabelecer relações interpessoais, de modo a criar um clima de grupo de trabalho formais, artificiais e funcionais.

(E) O enfermeiro gestor deve compreender a complexidade das relações entre seres humanos, visando garantir a qualidade da assistência em serviços de alta complexidade.

2. UNIVIDA - 2024 - Prefeitura de Peabiru - PR - Enfermeiro
Conforme a Lei 7.498, de 25 de Junho de 1986, Art.11º. São atividades privativamente do enfermeiro. Analise as alternativas abaixo:

I - Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem.

II - Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

III - Prescrição médica e da assistência de enfermagem.

IV - É responsável pelos serviços de saúde assistenciais especializados e pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, tendo obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente.

Assinale a alternativa CORRETA:

- (A) Todas estão corretas.
- (B) I e II somente.
- (C) I, II e III somente.
- (D) II, III e IV somente.

3. IBFC - 2022 - SES-DF - Enfermeiro

De acordo com a Lei no 7.498, 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, assinale a alternativa que não é atividade privativa do Enfermeiro.

- (A) Consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem
- (B) Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas
- (C) Consulta de enfermagem
- (D) Prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde
- (E) Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida

4. FGV - 2023 - FHEMIG - Enfermeiro Obstetra

Com base nas disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, analise as afirmativas a seguir.

I. A ação, omissão ou conivência que implique em desobediência ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem é considerada infração ética e disciplinar.

II. A advertência verbal consiste na admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

III. A penalidade de cassação do direito ao exercício profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem.

Está correto o que se afirma em

- (A) I, apenas.
- (B) II, apenas.
- (C) I e III, apenas.
- (D) II e III, apenas.
- (E) I, II e III.

5. OBJETIVA - 2024 - Prefeitura de Santa Leopoldina - ES - Enfermeiro

Com base no Código de Ética de Enfermagem, as infrações serão consideradas leves, moderadas, graves ou gravíssimas segundo a natureza do ato e a circunstância de cada caso. Em relação a isso, relacionar as colunas e assinalar a sequência correspondente.

- (1) Infrações Leves.
- (2) Infrações Moderadas.
- (3) Infrações Graves.
- (4) Infrações Gravíssimas.

() Aquelas que provoquem a morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa.

() Aquelas que provoquem debilidade temporária de membro, sentido ou função na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

() Aquelas que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade ou aquelas que venham a difamar organizações da categoria ou instituições ou ainda que causem danos patrimoniais ou financeiros.

() Aquelas que provoquem perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, dano moral irremediável na pessoa ou ainda as que causem danos mentais, morais, patrimoniais ou financeiros.

- (A) 2 - 1 - 3 - 4.
- (B) 4 - 2 - 1 - 3.
- (C) 4 - 3 - 2 - 1.
- (D) 3 - 1 - 4 - 2.

6. CESGRANRIO - 2023 - Transpetro - Profissional Transpetro de Nível Superior - Junior: Ênfase 14: Enfermagem do Trabalho

A Sistematização da Assistência de Enfermagem objetiva organizar o trabalho profissional quanto ao método, ao pessoal e aos instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem.

O processo de enfermagem organiza-se em cinco etapas, das quais a realização das ações ou intervenções dos cuidados caracteriza-se como a etapa de

- (A) coleta de dados
- (B) diagnóstico
- (C) planejamento
- (D) implementação
- (E) avaliação

7. UNIVIDA - 2024 - Prefeitura de Peabiru - PR - Enfermeiro

A Central de Material e Esterilização (CME), conforme definição do Ministério da Saúde, é o conjunto de elementos destinados à recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material para as unidades do estabelecimento de saúde. Assinale a alternativa CORRETA, quanto aos elementos da estrutura física da Central de Material e Esterilização:

- (A) A área de desinfecção destina-se a recepção, conferência e separação dos artigos médico-hospitalares contaminados das unidades consumidoras.
- (B) A área de lavagem destina-se a lavagem, em espaço específico anexo a área limpa, com pia exclusiva e bancada para recipiente com solução desinfetante, hipoclorito de sódio a 1%; neste espaço realiza-se a limpeza dos materiais,

enxágue, secagem, utilização de ar comprimido sob pressão para secagem dos materiais tubulares, embalagem, identificação do responsável pelo processamento e data.

(C) Área de armazenamento e distribuição de material, nesta área os artigos médico-hospitalares são inspecionados, e identificados para posterior esterilização. Algumas atividades desta área incluem: distribuição, preparação das caixas/materiais, embalagem, identificação do material, loteamento, inserção de datas de fabricação e validade.

(D) Área de recepção; área de lavagem; área de recepção de roupa limpa; área de preparo dos artigos; área de desinfecção; área de armazenamento e distribuição de material estéril.

8. Instituto Fênix - 2023 - Prefeitura de Sul Brasil - SC - Enfermeiro

Qual é a medida mais eficaz na prevenção de infecções hospitalares?

- (A) Uso de antibióticos.
- (B) Higienização das mãos.
- (C) Isolamento de todos os pacientes.
- (D) Uso esporádico de luvas.

9. IPEFAE - 2024 - Prefeitura de Santa Adélia - SP - Enfermeiro Padrão

São os principais cuidados de enfermagem com a parturiente no pós-parto imediato:

- (A) Monitorar os sinais vitais e o sangramento vaginal.
- (B) Realizar a episiotomia, se necessário.
- (C) Administrar analgésicos e antibióticos.
- (D) Orientar sobre a amamentação e os cuidados com o recém-nascido.

10. COTEC - 2024 - Prefeitura de Virgem da Lapa - MG - Enfermeiro / Hospital

No Brasil, na década de 1970, foi desenvolvida, por Wanda Horta, a primeira geração do Processo de Enfermagem (PE) apoiado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), baseada na teoria de Maslow, reforçando a importância de um cuidado amplo e humanizado, evidenciando a enfermagem como ciência e apoiando como uma teoria. É embasada em leis gerais como a do equilíbrio, da adaptação e do holismo. Wanda Horta prega como conceitos gerais: enfermagem, ser humano, ambiente, saúde/doença, necessidades humanas básicas, assistir e cuidar em enfermagem, classificando as necessidades humanas básicas em três dimensões. Essas três principais dimensões, segundo Wanda Horta, são:

- (A) biológica, espiritual e motricidade.
- (B) psicoespiritual, monumental e social.
- (C) psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual.
- (D) psicobiológica, humana e espiritual.
- (E) biomotricidade, psicossomotricidade e mental.

11. Instituto JK - 2024 - Prefeitura de Nina Rodrigues - MA - Enfermeiro

Programa Nacional de Imunização (PNI) é uma iniciativa de saúde pública essencial no Brasil. Qual das seguintes afirmações sobre o PNI é correta?

- (A) O PNI é administrado exclusivamente pelo governo federal.
- (B) O PNI se concentra apenas em vacinas para doenças infantis.
- (C) O PNI não oferece vacinas para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).
- (D) O PNI é responsável pela aquisição e distribuição de vacinas para prevenir uma variedade de doenças.

12. FUNDATEC - 2024 - Prefeitura de Monte Castelo - SC - Enfermeiro

O protocolo para classificação de risco mais utilizado, no Brasil, é o Protocolo de Manchester. Sendo assim, qual é o principal objetivo do Protocolo de Manchester na triagem de pacientes?

- (A) Priorizar pacientes com base na sua gravidade clínica.
- (B) Agendar consultas médicas de acordo com a disponibilidade do paciente.
- (C) Classificar pacientes com base na sua idade.
- (D) Identificar pacientes com seguro saúde.
- (E) Fornecer treinamento para profissionais de saúde.

13. FUNCERN - 2024 - Prefeitura de Guamaré - RN - Enfermeiro - Hospitalar/UPA

A intoxicação é o resultado da exposição a agentes tóxicos, podendo gerar sinais e sintomas variados que se apresentam após o contato com as substâncias tóxicas como remédios em doses excessivas, metais como chumbo e mercúrio, inseticidas, raticidas e os agrotóxicos em geral. Sobre isso, é correto afirmar:

- (A) Existem dificuldades em diagnosticar e estabelecer a associação causa/efeito das intoxicações, exceto quando há exposição de longo prazo a múltiplas substâncias químicas.
- (B) A sintomatologia das intoxicações exógenas pode ser inespecífica, uma vez que estas podem ser causadas por diferentes agentes tóxicos. Reforça-se, portanto, a importância de uma anamnese bem estruturada, a fim de se identificar a intoxicação.
- (C) A intoxicação crônica caracteriza-se por ser decorrente de uma única exposição ao agente tóxico ou mesmo de sucessivas exposições, desde que tenham ocorrido em um prazo médio de 24 horas, podendo causar efeitos imediatos sobre a saúde.
- (D) Os casos de intoxicações exógenas envolvendo tentativas de suicídio devem ser notificados na Ficha de Investigação de Intoxicações Exógenas e na Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada, no prazo de até 1 semana.

14. Avança SP - 2023 - Prefeitura de Americana - SP - Enfermeiro

Homem, com 33 anos queixando-se de acidente com animal peçonhento, devido a mordedura por cobra coral verdadeira. Qual tipo de soro deverá ser utilizado nessa situação?

- (A) Antibotrópico.
- (B) Anticrotático.
- (C) Antilonômico.
- (D) Antilaquético.
- (E) Antielapídico.

15. Unesc - 2022 - Prefeitura de Laguna - SC - Enfermeiro - Edital nº 001 - SMS

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia de fortalecimento do Sistema Público de Saúde, em curso no Brasil desde meados de 2003.

Sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), é INCORRETO afirmar que:

- (A) A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença.
- (B) A PNH pode ser implantada em qualquer serviço de saúde, como Centro de Saúde, Unidade de Saúde da Família, Serviço de Urgência, hospital, nível central das secretarias de saúde, dentre outros.
- (C) Com a PNH, a humanização alcança os processos de gestão e organização do trabalho nos serviços de Saúde, e a gestão centralizada desponta como modelo eleito para a realização dessa política.
- (D) O cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sociofamiliar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e a daqueles que lhes são caros.
- (E) As rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças são ferramentas experimentadas nos serviços de saúde a partir das orientações da PNH.

16. IPEFAE - 2024 - Prefeitura de Santa Adélia - SP - Enfermeiro Padrão

São os principais cuidados de enfermagem com a parturiente no pós-parto imediato:

- (A) Monitorar os sinais vitais e o sangramento vaginal.
- (B) Realizar a episiotomia, se necessário.
- (C) Administrar analgésicos e antibióticos.
- (D) Orientar sobre a amamentação e os cuidados com o recém-nascido.

17. FACET Concursos - 2024 - Prefeitura de Princesa Isabel - PB - Enfermeiro

As doenças cardiovasculares, como insuficiência cardíaca e infarto agudo do miocárdio, são grandes responsáveis pela morbidade e mortalidade em idosos. Qual dos fatores abaixo NÃO está relacionado diretamente com o aumento do risco de doenças cardiovasculares na terceira idade?

- (A) Sedentarismo e obesidade.
- (B) Tabagismo e consumo excessivo de álcool.
- (C) Hipertensão arterial não controlada.
- (D) Dieta rica em gorduras saturadas.
- (E) Alto nível de atividade física, como corridas diárias.

18. AMAUC - 2024 - Prefeitura de Lindóia do Sul - SC - Enfermeiro

Ao se falar em indicadores de saúde, é preciso entender o conceito de saúde, por seu caráter multidimensional. De acordo com a OMS, a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência ou enfermidade”. Sobre o assunto, julgue as seguintes afirmações como verdadeiras (V) ou falsas (F):

- () Todo indicador de saúde é uma estimativa de uma dimensão de saúde em uma população-alvo.
- () “Dado” e “indicador” são conceitos usados para definir um mesmo elemento em saúde pública.
- () Um indicador é positivo se tem uma relação, associação ou correlação direta com o estado de saúde. Quanto maior sua magnitude, melhor o estado de saúde dos indivíduos nessa população.

Assinale a alternativa cuja respectiva ordem de julgamento esteja correta:

- (A) F – V – V.
- (B) V – V – V.
- (C) V – F – V.
- (D) F – F – F.
- (E) V – F – F.

19. CS-UFG - 2023 - Prefeitura de Goiatuba - GO - Enfermeiro

No campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), a definição dada pela Lei nº 8.080/1990 como um “conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” refere-se à ação de

- (A) vigilância sanitária.
- (B) vigilância farmacêutica.
- (C) vigilância epidemiológica.
- (D) vigilância nutricional.

20. Prefeitura de Tijucas - SC - 2021 - Prefeitura de Tijucas - SC - Enfermeiro - Edital nº 001

A educação em saúde promove uma estratégia que potencializa o cuidado de enfermagem ao envolver atividades educativas na assistência ao paciente.

Analise as afirmativas abaixo sobre a educação em saúde.

1. As ações de Educação em Saúde integram, rotineiramente, o trabalho do enfermeiro, que utiliza diversas estratégias para transpor o conhecimento ao paciente e/ou familiar.

2. Dentre os objetivos da Educação em saúde está fornecer orientações, além de esclarecer dúvidas, prevenir doenças e/ou promover adaptação a atual condição de saúde do paciente, contribuindo para o autocuidado e para a qualidade de vida.

3. A educação em saúde pode ser entendida como a educação realizada para os profissionais da saúde com vistas a sua melhor formação e capacitação.

4. A Educação em Saúde deve ser realizada pelos enfermeiros por meio de ações conforme o conhecimento das necessidades singulares de cada usuário e da comunidade.

5. A educação em saúde é uma proposta político-pedagógica que favorece, aos trabalhadores, um processo de ensino-aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral.

Assinale a alternativa que indica todas as afirmativas corretas.

- (A) São corretas apenas as afirmativas 1, 2 e 4.
- (B) São corretas apenas as afirmativas 1, 2 e 5.
- (C) São corretas apenas as afirmativas 2, 3 e 4.
- (D) São corretas apenas as afirmativas 2, 3 e 5.
- (E) São corretas apenas as afirmativas 3, 4 e 5.

GABARITO

1	B
2	B
3	D
4	E
5	B
6	D
7	D
8	B
9	A
10	C
11	D
12	A
13	B
14	E
15	C
16	A
17	E
18	C
19	C
20	A

ANOTAÇÕES