



OP-073MR-20
CÓD.: 7891182030281

Prefeitura Municipal de Botucatu Estado de São Paulo

Agente Comunitário de Saúde

Língua Portuguesa

Compreensão e interpretação de texto.	01
A estrutura do parágrafo.	03
Ortografia.	04
Acentuação gráfica.	07
Crase.	10
Pontuação.	12
Divisão silábica.	14
Substantivos e adjetivos (gênero, número e grau). Verbos (tempos e modos). Morfologia – classes de palavras: artigo, substantivo, adjetivo, pronome, numeral, verbo e suas flexões; advérbio, conjunção, preposição e interjeição.	16
Regência (verbal e nominal).	22
Concordância (verbal e nominal).	27
Estrutura do período simples e composto.	33
Fonética e Fonologia: encontros vocálicos e consonantais. Dígrafos.	37
Elementos de comunicação.	40
Figuras de sintaxe.	45

Atualidades

1. Tópicos relevantes e atuais relativos à área de saúde, tais como: políticas de saúde, investimentos em saúde, educação em saúde, segurança em saúde, uso da tecnologia em saúde, energia, endemias, epidemias e pandemias.	01
--	----

Noções de Saúde Pública

Políticas de Saúde: Organização dos serviços de saúde no Brasil, Sistema Único de Saúde: princípios e diretrizes.	01
Controle social.	09
Indicadores de Saúde.	13
Sistema de vigilâncias em saúde epidemiológica.	16
Endemias e epidemias: situação atual, medidas de controle e tratamento.	25
Modelo Assistencial, Planejamento e programação local de saúde.	28
Política Nacional de Humanização.	31
Constituição Federal /88, Seção II - Da Saúde.	37
Lei Federal nº 8.080 de 19/09/1990,	40
Lei Federal nº 8.142 de 26/12/1990.	49
Política Nacional de Atenção Básica à Saúde Portaria 2436 de 21/09/2017.	50
Estratégias de Saúde da Família Núcleos de Apoio à Saúde da Família.	75
Cartilha de Direito e Deveres do usuário do SUS.	82
Redes de atenção à saúde.	89

Política Nacional de Promoção de saúde,	92
Política Nacional de Educação Permanente em saúde	106
Modelo de atenção e processo de trabalho no SUS.	106
Determinantes do processo saúde-doença.	116
Políticas de saúde e história das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva histórica.....	119
Reforma sanitária.	127
Sistemas e serviços de saúde.	133
Financiamento público e privado da saúde no Brasil.	136
Controle social: conselhos e conferências de saúde. Conferências Nacionais de Saúde.	151
Organização do SUS.	158
Legislação estruturante, princípios e diretrizes do SUS; Constituição Federal de 1988; Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90.....	160
Pacto pela Saúde, de Gestão e pela Vida.	160
Planejamento e Gestão em saúde.	202
Modelos de atenção à saúde.	216
Vigilância à Saúde: noções básicas.	216
Programas nacionais de saúde.....	222
Promoção da saúde.	223
Política Nacional de Humanização.	223
Atenção Primária à Saúde: conceitos, princípios e organização no Brasil. História da APS.	223
Estratégia de Saúde da Família: histórico, processo de implantação, organização e normatizações. Princípios e Diretrizes.	225
Processo de Trabalho em Saúde.	226
Vigilância à saúde.	226
Epidemiologia básica: indicadores de saúde; sistemas de informações; métodos epidemiológicos; principais agravos de interesse público.	226
Demografia básica: perfis nacionais, alterações recentes e perspectivas.....	226

Conhecimentos Específicos

Agente Comunitário de Saúde

Cadastramento familiar e territorial: finalidade e instrumentos.	01
Intersetorialidade: conceito e relevância para o trabalho no território.	03
Território: conceito, localização espacial, capacidade de observação e planejamento, vulnerabilidade, cartografia e ambiente físico e social.	10
Ações Educativas: amamentação, prevenção de drogas, doenças crônicas, nutrição, planejamento familiar, educação sexual e prevenção de DST/AIDS.	20
Controle Social: participação e mobilização social.	35
Família: conceito, tipos e estruturas familiares.	39
Saúde da Criança: cuidados ao recém-nascido, vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, programa bolsa família, orientações alimentares para a criança.	41
Saúde do adolescente: vacinação, sexualidade, transtornos alimentares.	53

Saúde do adulto: vacinação, hábitos alimentares saudáveis, doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.	56
Saúde do homem.	73
Saúde da mulher.	81
Atenção ao idoso.	104
Saúde mental: ansiedade, depressão e uso abusivo de álcool e outras drogas.	117
Violência familiar: violência contra a mulher, a criança, ao adolescente, ao idoso e a pessoas portadores de deficiência física ou mental, e suas prevenções.	130
Saúde Bucal: cuidados na saúde bucal com criança, adolescente e adulto.	154
Proliferação de vetores, pragas e animais peçonhentos: dengue, esquistossomose, toxoplasmosose, febre maculosa e raiva.	155
Meio Ambiente: limpeza da casa e poluição da água, do solo e do ar.	174
Trabalho em equipe: relacionamento interpessoal, humanização, comunicação, liderança, criatividade, iniciativa e participação comunitária.	177
Estatuto da Criança e do Adolescente.	190
Estatuto do Idoso.	230



AVISO IMPORTANTE



A Apostilas Opção **não** está vinculada as organizadoras de Concurso Público. A aquisição do material **não** garante sua inscrição ou ingresso na carreira pública.



Sua Apostila aborda os tópicos do Edital de forma prática e esquematizada.



Alterações e Retificações após a divulgação do Edital estarão disponíveis em **Nosso Site** na **Versão Digital**.



Dúvidas sobre matérias podem ser enviadas através do site: <https://www.apostilasopcao.com.br/contatos.php>, com retorno do Professor no prazo de até **05 dias úteis**.



PIRATARIA É CRIME: É proibida a reprodução total ou parcial desta apostila, de acordo com o Artigo 184 do Código Penal.



Apostilas Opção, a Opção certa para a sua realização.



CONTEÚDO EXTRA

Aqui você vai saber tudo sobre o Conteúdo Extra Online



Para acessar o **Conteúdo Extra Online** (*vídeoaulas, testes e dicas*) digite em seu navegador: www.apostilasopcao.com.br/extra



O **Conteúdo Extra Online** é apenas um material de apoio complementar aos seus estudos.



O **Conteúdo Extra Online** **não** é elaborado de acordo com Edital da sua Apostila.



O **Conteúdo Extra Online** foi tirado de diversas fontes da internet e **não** foi revisado.



A Apostilas Opção **não** se responsabiliza pelo **Conteúdo Extra Online**.



LÍNGUA PORTUGUESA

COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTO.

Texto – é um conjunto de ideias organizadas e relacionadas entre si, formando um todo significativo capaz de produzir interação comunicativa (capacidade de codificar e decodificar).

Contexto – um texto é constituído por diversas frases. Em cada uma delas, há uma informação que se liga com a anterior e/ou com a posterior, criando condições para a estruturação do conteúdo a ser transmitido. A essa interligação dá-se o nome de *contexto*. O relacionamento entre as frases é tão grande que, se uma frase for retirada de seu contexto original e analisada separadamente, poderá ter um significado diferente daquele inicial.

Intertexto - comumente, os textos apresentam referências diretas ou indiretas a outros autores através de citações. Esse tipo de recurso denomina-se *intertexto*.

Interpretação de texto - o objetivo da interpretação de um texto é a identificação de sua ideia principal. A partir daí, localizam-se as ideias secundárias - ou fundamentações -, as argumentações - ou explicações -, que levam ao esclarecimento das questões apresentadas na prova.

Normalmente, numa prova, o candidato deve:

1- **Identificar** os elementos fundamentais de uma argumentação, de um processo, de uma época (neste caso, procuram-se os verbos e os advérbios, os quais definem o tempo).

2- **Comparar** as relações de semelhança ou de diferenças entre as situações do texto.

3- **Comentar**/relacionar o conteúdo apresentado com uma realidade.

4- **Resumir** as ideias centrais e/ou secundárias.

5- **Parafrasear** = reescrever o texto com outras palavras.

Condições básicas para interpretar

Fazem-se necessários:

- Conhecimento histórico-literário (escolas e gêneros literários, estrutura do texto), leitura e prática;

- Conhecimento gramatical, estilístico (qualidades do texto) e semântico;

Observação – na semântica (significado das palavras) incluem-se: *homônimos e parônimos, denotação e conotação, sinonímia e antonímia, polissemia, figuras de linguagem*, entre outros.

- Capacidade de observação e de síntese;

- Capacidade de raciocínio.

Interpretar / Compreender

Interpretar significa:

- *Explicar, comentar, julgar, tirar conclusões, deduzir.*

- *Através do texto, infere-se que...*

- *É possível deduzir que...*

- *O autor permite concluir que...*

- *Qual é a intenção do autor ao afirmar que...*

Compreender significa

- *entendimento, atenção ao que realmente está escrito.*

- *o texto diz que...*

- *é sugerido pelo autor que...*

- *de acordo com o texto, é correta ou errada a afirmação...*

- *o narrador afirma...*

Erros de interpretação

- Extrapolação (“viagem”) = ocorre quando se sai do contexto, acrescentando ideias que não estão no texto, quer por conhecimento prévio do tema quer pela imaginação.

- Redução = é o oposto da extrapolação. Dá-se atenção apenas a um aspecto (esquecendo que um texto é um conjunto de ideias), o que pode ser insuficiente para o entendimento do tema desenvolvido.

- Contradição = às vezes o texto apresenta ideias contrárias às do candidato, fazendo-o tirar conclusões equivocadas e, conseqüentemente, errar a questão.

Observação - Muitos pensam que existem a ótica do escritor e a ótica do leitor. Pode ser que existam, mas numa prova de concurso, o que deve ser levado em consideração é o que o autor diz e nada mais.

Coesão - é o emprego de mecanismo de sintaxe que relaciona palavras, orações, frases e/ou parágrafos entre si. Em outras palavras, a coesão dá-se quando, através de um pronome relativo, uma conjunção (NEXOS), ou um pronome oblíquo átono, há uma relação correta entre o que se vai dizer e o que já foi dito.

Observação – São muitos os erros de coesão no dia a dia e, entre eles, está o mau uso do pronome relativo e do pronome oblíquo átono. Este depende da regência do verbo; aquele, do seu antecedente. Não se pode esquecer também de que os pronomes relativos têm, cada um, valor semântico, por isso a necessidade de adequação ao antecedente.

Os pronomes relativos são muito importantes na interpretação de texto, pois seu uso incorreto traz erros de coesão. Assim sendo, deve-se levar em consideração que existe um pronome relativo adequado a cada circunstância, a saber:

- *que* (neutro) - relaciona-se com qualquer antecedente, mas depende das condições da frase.

- *qual* (neutro) idem ao anterior.

- *quem* (pessoa)

- *cujo* (posse) - antes dele aparece o possuidor e depois o objeto possuído.

- *como* (modo)

- *onde* (lugar)

- *quando* (tempo)

- *quanto* (montante)

Exemplo:

Falou tudo QUANTO queria (correto)

Falou tudo QUE queria (errado - antes do QUE, deveria aparecer o demonstrativo O).

Dicas para melhorar a interpretação de textos

- Leia todo o texto, procurando ter uma visão geral do assunto. *Se ele for longo, não desista! Há muitos candidatos na disputa, portanto, quanto mais informação você absorver com a leitura, mais chances terá de resolver as questões.*

- Se encontrar palavras desconhecidas, não interrompa a leitura.

- Leia, leia bem, leia profundamente, ou seja, leia o texto, pelo menos, duas vezes – *ou quantas forem necessárias.*

- *Procure fazer inferências, deduções (chegar a uma conclusão).*

- **Volte ao texto quantas vezes precisar.**

- **Não permita que prevaleçam suas ideias sobre as do autor.**

- Fragmente o texto (parágrafos, partes) para melhor compreensão.

- **Verifique, com atenção e cuidado, o enunciado de cada questão.**

- O autor defende ideias e você deve percebê-las.

- Observe as relações interparágrafos. Um parágrafo geralmente mantém com outro uma relação de continuação, conclusão ou falsa oposição. Identifique muito bem essas relações.

- Sublinhe, em cada parágrafo, o tópico frasal, ou seja, a ideia mais importante.

- **Nos enunciados, grife palavras como “correto” ou “incorreto”, evitando, assim, uma confusão na hora da resposta – o que vale não somente para Interpretação de Texto, mas para todas as demais questões!**

- Se o foco do enunciado for o tema ou a ideia principal, leia com atenção a introdução e/ou a conclusão.

- Olhe com especial atenção os pronomes relativos, pronomes pessoais, pronomes demonstrativos, etc., chamados *vocábulos relatores*, porque remetem a outros vocábulos do texto.

Fontes de pesquisa:

<http://www.tudosobreconcursos.com/materiais/portugues/como-interpretar-textos>

<http://portuguesemfoco.com/pf/09-dicas-para-melhorar-a-interpretacao-de-textos-em-provas>

<http://www.portuguesnarede.com/2014/03/dicas-para-voce-interpretar-melhor-um.html>

<http://vestibular.uol.com.br/cursinho/questoes/questao-117-portugues.htm>

Questões

1-) (SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL/DF – TÉCNICO EM ELETRÔNICA – IADES/2014)

Gratuidades

Crianças com até cinco anos de idade e adultos com mais de 65 anos de idade têm acesso livre ao Metrô-DF. Para os menores, é exigida a certidão de nascimento e, para os idosos, a carteira de identidade. Basta apresentar um documento de identificação aos funcionários posicionados no bloqueio de acesso.

Disponível em: <<http://www.metro.df.gov.br/estacoes/gratuidades.html>> Acesso em: 3/3/2014, com adaptações.

Conforme a mensagem do primeiro período do texto, assinale a alternativa correta.

(A) Apenas as crianças com até cinco anos de idade e os adultos com 65 anos em diante têm acesso livre ao Metrô-DF.

(B) Apenas as crianças de cinco anos de idade e os adultos com mais de 65 anos têm acesso livre ao Metrô-DF.

(C) Somente crianças com, no máximo, cinco anos de idade e adultos com, no mínimo, 66 anos têm acesso livre ao Metrô-DF.

(D) Somente crianças e adultos, respectivamente, com cinco anos de idade e com 66 anos em diante, têm acesso livre ao Metrô-DF.

(E) Apenas crianças e adultos, respectivamente, com até cinco anos de idade e com 65 anos em diante, têm acesso livre ao Metrô-DF.

1-) Dentre as alternativas apresentadas, a única que condiz com as informações expostas no texto é “Somente crianças com, no máximo, cinco anos de idade e adultos com, no mínimo, 66 anos têm acesso livre ao Metrô-DF”.

RESPOSTA: “C”.

2-) (SUSAM/AM – TÉCNICO (DIREITO) – FGV/2014 - adaptada) “Se alguém que é gay procura Deus e tem boa vontade, quem soueuparajulgá-lo?” declaração do Papa Francisco, pronunciada durante uma entrevista à imprensa no final de sua visita ao Brasil, ecoou como um trovão mundo afora. Nela existe mais forma que substância – mas a forma conta”. (...)

(Axé Silva, O Mundo, setembro 2013)

O texto nos diz que a declaração do Papa ecoou como um trovão mundo afora. Essa comparação traz em si mesma dois sentidos, que são

(A) o barulho e a propagação.

(B) a propagação e o perigo.

(C) o perigo e o poder.

(D) o poder e a energia.

(E) a energia e o barulho.

2-) Ao comparar a declaração do Papa Francisco a um trovão, provavelmente a intenção do autor foi a de mostrar o “barulho” que ela causou e sua propagação mundo afora. Você pode responder à questão por eliminação: a segunda opção das alternativas relaciona-se a “mundo afora”, ou seja, que se propaga, espalha. Assim, sobraria apenas a alternativa A!

RESPOSTA: “A”.

3-) (SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL/DF – TÉCNICO EM CONTABILIDADE – IADES/2014 - adaptada)

Concha Acústica

Localizada às margens do Lago Paranoá, no Setor de Clubes Esportivos Norte (ao lado do Museu de Arte de Brasília – MAB), está a Concha Acústica do DF. Projetada por Oscar Niemeyer, foi inaugurada oficialmente em 1969 e doada pela Terracap à Fundação Cultural de Brasília (hoje Secretaria de Cultura), destinada a espetáculos ao ar livre. Foi o primeiro grande palco da cidade.

Disponível em: <<http://www.cultura.df.gov.br/rossa-cultura/concha-acustica.html>>. Acesso em: 21/3/2014, com adaptações.

Assinale a alternativa que apresenta uma mensagem compatível com o texto.

(A) A Concha Acústica do DF, que foi projetada por Oscar Niemeyer, está localizada às margens do Lago Paranoá, no Setor de Clubes Esportivos Norte.

(B) Oscar Niemeyer projetou a Concha Acústica do DF em 1969.

(C) Oscar Niemeyer doou a Concha Acústica ao que hoje é a Secretaria de Cultura do DF.

(D) A Terracap transformou-se na Secretaria de Cultura do DF.

(E) A Concha Acústica foi o primeiro palco de Brasília.

3-) Recorramos ao texto: “Localizada às margens do Lago Paranoá, no Setor de Clubes Esportivos Norte (ao lado do Museu de Arte de Brasília – MAB), está a Concha Acústica do DF. Projetada por Oscar Niemeyer”. As informações contidas nas demais alternativas são incoerentes com o texto.

RESPOSTA: “A”.

A ESTRUTURA DO PARÁGRAFO.

Primeiramente, o que nos faz produzir um texto é a capacidade que temos de pensar. Por meio do pensamento, elaboramos todas as informações que recebemos e orientamos as ações que interferem na realidade e organização de nossos escritos. O que lemos é produto de um pensamento transformado em texto.

Logo, como cada um de nós tem seu modo de pensar, quando escrevemos sempre procuramos uma maneira organizada do leitor compreender as nossas ideias.

A finalidade da escrita é direcionar totalmente o que você quer dizer, por meio da comunicação.

Para isso, os elementos que compõem o texto se subdividem em: introdução, desenvolvimento e conclusão. Todos eles devem ser organizados de maneira equilibrada.

Introdução

Caracterizada pela entrada no assunto e a argumentação inicial. A ideia central do texto é apresentada nessa etapa. Essa apresentação deve ser direta, sem rodeios. O seu tamanho raramente excede a 1/5 de todo o texto. Porém, em textos mais curtos, essa proporção não é equivalente. Neles, a introdução pode ser o próprio título. Já nos textos mais longos, em que o assunto é exposto em várias páginas, ela pode ter o tamanho de um capítulo ou de uma parte precedida por subtítulo. Nessa situação, pode ter vários parágrafos. Em redações mais comuns, que em média têm de 25 a 80 linhas, a introdução será o primeiro parágrafo.

Desenvolvimento

A maior parte do texto está inserida no desenvolvimento, que é responsável por estabelecer uma ligação entre a introdução e a conclusão. É nessa etapa que são elaboradas as ideias, os dados e os argumentos que sustentam e dão base às explicações e posições do autor. É caracterizado por uma “ponte” formada pela organização das ideias em uma sequência que permite formar uma relação equilibrada entre os dois lados.

O autor do texto revela sua capacidade de discutir um determinado tema no desenvolvimento, e é através desse que o autor mostra sua capacidade de defender seus pontos de vista, além de dirigir a atenção do leitor para a conclusão. As conclusões são fundamentadas a partir daqui.

Para que o desenvolvimento cumpra seu objetivo, o escritor já deve ter uma ideia clara de como será a conclusão. Daí a importância em planejar o texto.

Em média, o desenvolvimento ocupa 3/5 do texto, no mínimo. Já nos textos mais longos, pode estar inserido em capítulos ou trechos destacados por subtítulos. Apresentar-se-á no formato de parágrafos medianos e curtos.

Os principais erros cometidos no desenvolvimento são o desvio e a desconexão da argumentação. O primeiro está relacionado ao autor tomar um argumento secundário que se distancia da discussão inicial, ou quando se concentra em apenas um aspecto do tema e esquece o seu todo. O segundo caso acontece quando quem redige tem muitas ideias ou informações sobre o que está sendo discutido, não conseguindo estruturá-las. Surge também a dificuldade de organizar seus pensamentos e definir uma linha lógica de raciocínio.

Conclusão

Considerada como a parte mais importante do texto, é o ponto de chegada de todas as argumentações elaboradas. As ideias e os dados utilizados convergem para essa parte, em que a exposição ou discussão se fecha.

Em uma estrutura normal, ela não deve deixar uma brecha para uma possível continuidade do assunto; ou seja, possui atributos de síntese. A discussão não deve ser encerrada com argumentos repetitivos, como por exemplo: “Portanto, como já dissemos antes...”, “Concluindo...”, “Em conclusão...”.

Sua proporção em relação à totalidade do texto deve ser equivalente ao da introdução: de 1/5. Essa é uma das características de textos bem redigidos.

Os seguintes erros aparecem quando as conclusões ficam muito longas:

- O problema aparece quando não ocorre uma exploração devida do desenvolvimento, o que gera uma invasão das ideias de desenvolvimento na conclusão.

- Outro fator conseqüente da insuficiência de fundamentação do desenvolvimento está na conclusão precisar de maiores explicações, ficando bastante vazia.

- Enrolar e “encher linguiça” são muito comuns no texto em que o autor fica girando em torno de ideias redundantes ou paralelas.

- Uso de frases vazias que, por vezes, são perfeitamente dispensáveis.

- Quando não tem clareza de qual é a melhor conclusão, o autor acaba se perdendo na argumentação final.

Em relação à abertura para novas discussões, a conclusão não pode ter esse formato, **exceto** pelos seguintes fatores:

- Para não influenciar a conclusão do leitor sobre temas polêmicos, o autor deixa a conclusão em aberto.

- Para estimular o leitor a ler uma possível continuidade do texto, o autor não fecha a discussão de propósito.

- Por apenas apresentar dados e informações sobre o tema a ser desenvolvido, o autor não deseja concluir o assunto.

- Para que o leitor tire suas próprias conclusões, o autor enumera algumas perguntas no final do texto.

A maioria dessas falhas pode ser evitada se antes o autor fizer um esboço de todas as suas ideias. Essa técnica é um roteiro, em que estão presentes os planejamentos. Naquele devem estar indicadas as melhores sequências a serem utilizadas na redação; ele deve ser o mais enxuto possível.

Fonte de pesquisa:

http://producao-de-textos.info/mos/view/Caracter%C3%ADsticas_e_Estruturas_do_Texto/

ORTOGRAFIA.

A ortografia é a parte da Fonologia que trata da correta grafia das palavras. É ela quem ordena qual som devem ter as letras do alfabeto. Os vocábulos de uma língua são grafados segundo acordos ortográficos.

A maneira mais simples, prática e objetiva de aprender ortografia é realizar muitos exercícios, ver as palavras, familiarizando-se com elas. O conhecimento das regras é necessário, mas não basta, pois há inúmeras exceções e, em alguns casos, há necessidade de conhecimento de etimologia (origem da palavra).

Regras ortográficas

O fonema s

S e não C/Ç

palavras substantivadas derivadas de verbos com radicais em **nd, rg, rt, pel, corr e sent**: *pretender - pretensão / expandir - expansão / ascender - ascensão / inverter - inversão / aspergir - aspersão / submergir - submersão / divertir - diversão / impelir - impulsivo / compelir - compulsório / repelir - repulsa / recorrer - recurso / discorrer - discurso / sentir - sensível / consentir - consensual.*

SS e não C e Ç

nomes derivados dos verbos cujos radicais terminem em **gred, ced, prim** ou com verbos terminados por **tir** ou **-meter**: *agredir - agressivo / imprimir - impressão / admitir - admissão / ceder - cessão / exceder - excesso / percutir - percussão / regredir - regressão / oprimir - opressão / comprometer - compromisso / submeter - submissão.*

*quando o prefixo termina com vogal que se junta com a palavra iniciada por “s”. Exemplos: *a + simétrico - assimétrico / re + surgir - ressurgir.*

*no pretérito imperfeito simples do subjuntivo. Exemplos: *ficasse, falasse.*

C ou Ç e não S e SS

vocábulos de origem árabe: *cetim, açucena, açúcar.*

vocábulos de origem tupi, africana ou exótica: *cipó, Juçara, caçula, cachaça, cacique.*

sufixos **aça, aço, ação, çar, ecer, iça, nça, uça, uçu, uço**: *barçaça, ricaço, aguçar, empalidecer, carniça, caniço, esperança, carapuça, dentuço.*

nomes derivados do verbo **ter**: *abster - abstenção / deter - detenção / ater - atenção / reter - retenção.*

após ditongos: *foice, coice, traição.*

palavras derivadas de outras terminadas em **-te, to(r)**: *mar-te - marciano / infrator - infração / absorto - absorção.*

O fonema z

S e não Z

sufixos: **ês, esa, esia, e isa**, quando o radical é substantivo, ou em gentílicos e títulos nobiliárquicos: *freguês, freguesa, freguesia, poetisa, baronesa, princesa.*

sufixos gregos: **ase, ese, ise e ose**: *catequese, metamorfose.*

formas verbais **pôr** e **querer**: *pôs, pus, quisera, quis, quiseste*.

nomes derivados de verbos com radicais terminados em “**d**”: *aludir - alusão / decidir - decisão / empreender - empresa / difundir - difusão*.

diminutivos cujos radicais terminam com “**s**”: *Luís - Luisinho / Rosa - Rosinha / lápis - lapisinho*.

após ditongos: *coisa, pausa, pouso, causa*.

verbos derivados de nomes cujo radical termina com “**s**”: *anális(e) + ar - analisar / pesquis(a) + ar - pesquisar*.

Z e não S

sufixos “**ez**” e “**eza**” das palavras derivadas de adjetivo: *macio - maciez / rico - riqueza / belo - beleza*.

sufixos “**izar**” (desde que o radical da palavra de origem não termine com s): *final - finalizar / concreto - concretizar*.

consoante de ligação se o radical não terminar com “s”: *pé + inho - pezinho / café + al - cafezal*

Exceção: *lápiz + inho - lapisinho*.

O fonema j

G e não J

palavras de **origem grega ou árabe**: *tigela, girafa, gesso*.

estrangeirismo, cuja letra G é originária: *sargento, gim*.

terminações: **agem, igem, ugem, ege, oge** (com poucas exceções): *imagem, vertigem, penugem, bege, foge*.

Exceção: *pajem*.

terminações: **ágio, égio, ígio, ógio, ugio**: *sortilégio, lição, relógio, refúgio*.

verbos terminados em **ger/gir**: *emergir, eleger, fugir, mugir*.

depois da letra “r” com poucas exceções: *emergir, surgir*.

depois da letra “a”, desde que não seja radical terminada com j: *ágil, agente*.

J e não G

palavras de origem latinas: *jeito, majestade, hoje*.

palavras de origem árabe, africana ou exótica: *jiboia, manjerona*.

palavras terminadas com **aje**: *ultraje*.

O fonema ch

X e não CH

palavras de origem tupi, africana ou exótica: *abacaxi, xucro*.

palavras de origem inglesa e espanhola: *xampu, lagartixa*.

depois de ditongo: *frouxo, feixe*.

depois de “**en**”: *enxurrada, enxada, enxoval*.

Exceção: quando a palavra de origem não derive de outra iniciada com ch - *Cheio - (enchente)*

CH e não X

palavras de origem estrangeira: *chave, chumbo, chassi, mochila, espadachim, chope, sanduíche, salsicha*.

As letras “e” e “i”

Ditongos nasais são escritos com “e”: *mãe, põem*. Com “i”, só o ditongo interno *cãibra*.

verbos que apresentam infinitivo em **-oar, -uar** são escritos com “e”: *caçoe, perdoe, tumultue*. Escrevemos com “i”, os verbos com infinitivo em **-air, -oer** e **-uir**: *traí, dói, possuí, contribuí*.

* **Atenção** para as palavras que mudam de sentido quando substituímos a grafia “e” pela grafia “i”: *área (superfície), ária (melodia) / delatar (denunciar), dilatar (expandir) / emergir (vir à tona), imergir (mergulhar) / peão (de estância, que anda a pé), pião (brinquedo)*.

* Dica:

- Se o dicionário ainda deixar dúvida quanto à ortografia de uma palavra, há a possibilidade de consultar o Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (VOLP), elaborado pela Academia Brasileira de Letras. É uma obra de referência até mesmo para a criação de dicionários, pois traz a grafia atualizada das palavras (sem o significado). Na Internet, o endereço é www.academia.org.br.

Informações importantes

- Formas variantes são formas duplas ou múltiplas, equivalentes: *aluguel/aluguer, relampejar/relampear/relampar/relampadar*.

- Os símbolos das unidades de medida são escritos sem ponto, com letra minúscula e sem “s” para indicar plural, sem espaço entre o algarismo e o símbolo: *2kg, 20km, 120km/h*.

Exceção para litro (L): *2 L, 150 L*.

- Na indicação de horas, minutos e segundos, não deve haver espaço entre o algarismo e o símbolo: *14h, 22h30min, 14h23'34"* (= quatorze horas, vinte e três minutos e trinta e quatro segundos).

- O símbolo do real antecede o número sem espaço: *R\$1.000,00*. No cifrão deve ser utilizada apenas uma barra vertical (\$).

Fontes de pesquisa:

<http://www.pciconcursos.com.br/aulas/portugues/ortografia>

SACCONI, Luiz Antônio. *Nossa gramática completa Sacconi*. 30ª ed. Rev. São Paulo: Nova Geração, 2010.

Português linguagens: volume 1 / Wiliam Roberto Cereja, Thereza Cochar Magalhães. – 7ªed. Reform.– São Paulo: Saraiva, 2010.

Português: novas palavras: literatura, gramática, redação / Emília Amaral... [et al.]. – São Paulo: FTD, 2000.



ATUALIDADES

1. TÓPICOS RELEVANTES E ATUAIS RELATIVOS À ÁREA DE SAÚDE, TAIS COMO: POLÍTICAS DE SAÚDE, INVESTIMENTOS EM SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE, SEGURANÇA EM SAÚDE, USO DA TECNOLOGIA EM SAÚDE, ENERGIA, ENDEMIAS, EPIDEMIAS E PANDEMIAS

MUNDO

Irã avisou ao Iraque que iria atacar bases militares dos EUA

O primeiro-ministro do Iraque, Adel Abdul Mahdi, recebeu uma mensagem prévia do Irã alertando que uma resposta à morte do comandante Qassem Soleimani era iminente ou estava a caminho, informou nesta quarta-feira (8/1/2020) o porta-voz da autoridade em um comunicado.

Dois bases no Iraque que abrigam forças americanas e iraquianas foram atingidas por mais de uma dúzia de mísseis iranianos na noite de terça-feira (7/1/2020) — madrugada de quarta (8) no horário local.

Os complexos atingidos foram Ain al-Assad, em Anbar, e Harir, em Erbil, ambos considerados estratégicos para a operação militar dos Estados Unidos na região e para o combate ao grupo Estado Islâmico.

O premiê recebeu uma ligação dos Estados Unidos simultaneamente à queda dos mísseis nas bases, segundo o comunicado.

A Guarda Revolucionária do Irã assumiu a responsabilidade pelos lançamentos dos mísseis a ambas as bases.

Não houve relatos de mortes. Em um breve comunicado, as forças militares internacionais e do Iraque afirmaram que não registraram perdas. Foram 22 mísseis, de acordo com o Comando Unificado em Bagdá.

Segundo avaliação inicial dos Estados Unidos, os mísseis atingiram áreas da base que não eram ocupadas por norte-americanos. Um militar dos EUA afirmou à rede de televisão CNN que as forças armadas tiveram um aviso antecipado do ataque, e que as pessoas tiveram tempo de se abrigar em bunkers.

A principal base, Al-Asad, fica em uma região sunita (o Irã é um país xiita). Foram 17 mísseis contra essa base — dois deles não atingiram o alvo, mas não chegaram a explodir.

Sem vítimas da Otan

Jens Stoltenberg, o chefe da Organização do Tratado do Atlântico Norte (Otan), condenou o ataque com mísseis. “A Otan exorta o Irã a se abster de mais violência”, ele publicou em uma rede social.

Uma autoridade da Otan afirmou, sem se identificar, que também não houve vítimas entre as tropas de sua missão em treinamento no Iraque.

Resumo dos acontecimentos:

- Cerca de 20 mísseis foram lançados pelo Irã contra duas bases no Iraque que abrigam forças americanas e iraquianas.

- O Pentágono confirmou o ataque; o Irã assumiu a responsabilidade e ameaçou realizar ataques dentro dos Estados Unidos se os americanos revidarem a ofensiva.

- A ação é uma vingança pelo assassinato do general iraniano Qassem Soleimani.

- Houve relatos iniciais de vítimas iraquianas, no entanto os casos não foram confirmados.

- O presidente norte-americano, Donald Trump, tuitou em resposta ao ataque: “Está tudo bem!”

- O preço do petróleo subiu no mercado futuro por volta de 22h (horário de Brasília), mas na manhã desta quarta-feira (8/1/2020) os preços passaram a cair.

(Fonte: <https://g1.globo.com/mundo/roticia/2020/01/08/ira-avisou-ao-iraque-que-iria-atacar-bases-militares-dos-eua.ghtml>)

Bombardeio ordenado por Trump mata principal general iraniano

Qassem Soleimani, chefe de uma unidade especial da Guarda Revolucionária do Irã e um dos homens mais poderosos do país, morreu em um ataque com drone dos Estados Unidos nesta quinta-feira (2/1/2020) em Bagdá, no Iraque.

O Pentágono confirmou o bombardeio e disse que a ordem partiu do presidente Donald Trump. Em nota, o órgão culpou Soleimani por mortes de americanos no Oriente Médio e afirmou que o objetivo foi deter planos de futuros ataques iranianos (leia a íntegra mais abaixo).

Donald Trump, que estava na Flórida no momento do ataque, postou uma bandeira americana em uma rede social, mas só comentou o ataque nesta sexta.

Irã promete vingança

O líder supremo do Irã, o aiatolá Ali Khamenei, disse nesta sexta-feira (3/1/2020) que a morte de Qassem Soleimani irá dobrar a motivação da resistência contra os EUA e Israel.

O presidente iraniano, Hassan Rouhani, disse que agora o país estará mais determinado a resistir aos EUA e prevê vingança.

O ministro das Relações Exteriores do Irã, Javad Zarif, afirmou também em uma rede social que a morte de Soleimani é um “ato de terrorismo” dos EUA “extremamente perigoso e uma escalada tola”.

Bombardeio

O bombardeio com drone ocorreu no Aeroporto Internacional de Bagdá e matou pelo menos sete pessoas. Entre as vítimas está Abu Mahdi al-Muhandis, chefe das Forças de Mobilização Popular do Iraque, milícia apoiada pelo Irã.

Qassem Soleimani, de 62 anos, era general da Força Al Quds, unidade especial da Guarda Revolucionária do Irã, e apontado como o cérebro por trás da estratégia militar e geopolítica do país. Ele era muito próximo do aiatolá Ali Khamenei e sobreviveu a diversas tentativas de assassinato nas últimas décadas.

Um porta-voz da milícia iraquiana culpou também Israel, principal inimigo regional do Irã e principal aliado americano no Oriente Médio, pelas mortes. O governo israelense colocou as Forças Armadas em alerta máximo nesta sexta-feira, mas, até agora, não se pronunciou sobre o ataque.

O silêncio sobre o ataque dos integrantes do gabinete de segurança de Benjamin Netanyahu foi interpretado pela mídia israelense como uma tentativa de impedir retaliação de representantes e aliados do Irã na região. Isso inclui o Hezbollah, movimento libanês apoiado por Teerã, e os grupos militantes palestinos Hamas e Jihad Islâmica, em Gaza.

Embaixada dos EUA

A Embaixada dos EUA em Bagdá, que na terça-feira (31/12/19) foi alvo de um ataque por uma milicianos xiitas iraquianos e seus apoiadores pró-Irã, pediu aos cidadãos norte-americanos que estão no Iraque que deixem o país o mais rápido possível, por via aérea ou terrestre.

A representação diplomática pediu aos americanos no Iraque que deixem o país “de avião enquanto é possível”, já que o bombardeio aconteceu no aeroporto de Bagdá, ou “sigam para outros países por via terrestre”.

As principais passagens de fronteira do Iraque levam ao Irã e a uma Síria em guerra, mas também há outras áreas de fronteira com Arábia Saudita e Turquia.

Tensão entre EUA e Irã

As mortes ocorrem em meio a uma escalada de tensão que ameaça transformar o Iraque em um campo de batalha entre forças apoiadas por Estados Unidos e Irã no Oriente Médio.

Desde o fim de outubro, militares e diplomatas americanos foram alvo de ataques, e na semana passada um funcionário dos EUA morreu em um bombardeio com foguetes.

A crise subiu de patamar na terça (31/12/19), quando milicianos iraquianos invadiram a embaixada americana em Bagdá. Trump acusou o Irã de estar por trás da ação e prometeu retaliação. De acordo com o Pentágono, Soleimani teria aprovado os ataques à embaixada.

A invasão da embaixada foi uma resposta a um ataque americano na fronteira com a Síria que matou 25 combatentes das Forças de Mobilização Popular do Iraque no domingo (29/12/19).

Uma hora após a divulgação da morte de Soleimani, os preços do petróleo no mercado internacional já tinham aumentado 4%. O barril brent era vendido a US\$ 68,90.

A importância de Qassem Soleimani

Qassem Soleimani tinha 62 anos e era um alto líder das forças militares iranianas e um herói nacional. Ele chefiava a Guarda Revolucionária, uma força paramilitar de elite que responde diretamente ao aiatolá Ali Khamenei, líder supremo do país há 30 anos.

A Guarda Revolucionária é uma espécie de exército paralelo que surgiu após a Revolução Islâmica de 1979. Na ocasião, o governo passou a ser supervisionado pelo clero.

Em abril de 2019, os Estados Unidos designaram a Guarda Revolucionária do Irã como uma organização terrorista. Foi a primeira vez que Washington rotulou formalmente uma unidade militar de outro país como terrorista.

Sob liderança de Soleimani, o Irã reforçou o apoio ao Hezbollah (no Líbano) e outros grupos militantes pró-iranianos, expandiu a presença militar do Irã no Iraque e na Síria e organizou a ofensiva da Síria contra grupos rebeldes durante a guerra civil que assola o país.

O colunista Guga Chacra, da GloboNews, afirma que a morte de Soleimani terá consequências geopolíticas gravíssimas.

Nota do Pentágono

“Sob a direção do presidente, os militares dos EUA tomaram medidas defensivas decisivas para proteger o efetivo dos EUA no exterior, matando Qasem Soleimani, chefe da Guarda Revolucionária Islâmica Corps-Quds Force, considerada pelos EUA uma organização terrorista estrangeira.

O general Soleimani estava ativamente desenvolvendo planos para atacar diplomatas americanos e membros do serviço no Iraque e em toda a região.

O general Soleimani e sua força Quds foram responsáveis pela morte de centenas de americanos e membros da coalizão e por ferir outros milhares.

Ele orquestrou ataques a bases da coalizão no Iraque nos últimos meses - incluindo o ataque de 27 de dezembro - matando e ferindo efetivos americanos e iraquianos.

O general Soleimani também aprovou os ataques à embaixada dos EUA em Bagdá que ocorreram nesta semana.

Este ataque teve como objetivo impedir futuros planos de ataque iranianos. Os Estados Unidos continuarão a tomar todas as medidas necessárias para proteger nosso povo e nossos interesses onde quer que estejam ao redor do mundo.”

(Fonte: <https://g1.globo.com/mundo/roticia/2020/01/02/ataque-aereo-mata-major-general-iraniano-diz-agencia-milicia-culpa-eua-e-israel.ghtml>)

Incêndios na Austrália

2019 foi um dos anos mais secos da história da Austrália. Como uma das consequências, o país enfrentou uma série de incêndios, que atingiram 6,3 milhões de hectares (1 hectare = 10.000m²), mais de 1.000 casas e mataram ao menos 25 pessoas e 480 milhões de animais.

O tamanho da tragédia ambiental ainda está sendo mensurado. O governo da Austrália tem usado helicópteros para sobrevoar as áreas queimadas jogando alimentos para os animais sobreviventes.

No Brasil, o assunto gerou comparações com os incêndios na Amazônia.

(Fonte: <https://www.politize.com.br/retrospectiva-janeiro-2020>)

Impeachment de Trump

Nos Estados Unidos, segue o processo de Impeachment do presidente Donald Trump. Aprovado na Câmara, de maioria Democrata, cabe ao Senado, de maioria Republicana (partido do presidente) decidir dar ou não prosseguimento ao caso.

Tudo aponta para uma absolvição do presidente, mas ainda há tentativas entre os Democratas do Senado para ouvir John Bolton, ex-conselheiro de segurança nacional, que estava para lançar seu livro *The Room Where It Happened: A White House Memoir*, que, segundo rumores, poderia conter informações que incriminam Trump.

No dia 29/01/2020, a Casa Branca suspendeu a publicação do livro de Bolton por alegar que ele continha informações confidenciais.

(Fonte: <https://www.politize.com.br/retrospectiva-janeiro-2020>)

Fim da novela do Brexit

Depois de uma série de impasses internos e externos, no dia 29 de janeiro de 2020, o Parlamento Europeu aprovou o acordo do Brexit negociado com o Primeiro-Ministro britânico Boris Johnson. O acordo já havia sido aprovado internamente, em meio à vitória de Boris Johnson na última eleição para o parlamento britânico, no qual conquistou a maioria.

Após o resultado da votação, membros do Parlamento Europeu cantaram juntos *Auld Lang Syne*, uma tradicional canção escocesa de despedida.

(Fonte: <https://www.politize.com.br/retrospectiva-janeiro-2020>)

Mudanças na Família Real britânica

Continuando na Inglaterra, o casal Príncipe Harry e Meghan Markle anunciou, no dia 08 de janeiro de 2020, sua renúncia aos cargos de membros sêniores na família real inglesa. Com isso, eles deixam de representar oficialmente a rainha e de receber dinheiro para cumprir deveres reais. Harry era o sexto na linha de sucessão ao trono.

O casal perde seus títulos de “sua alteza real” e ambos concordaram em ressarcir os cofres públicos com o valor da reforma de sua residência (aproximadamente R\$ 13 milhões), pela qual pagarão aluguel.

(Fonte: <https://www.politize.com.br/retrospectiva-janeiro-2020>)

Fórum Econômico Mundial

Dia 21 de janeiro, teve início o 50º encontro anual do Fórum Econômico Mundial, em Davos, na Suíça. Como sempre acontece na cidade, é comum ouvirmos falar do encontro pelo nome “Davos”. O encontro acontece desde 1971 e reúne algumas das principais autoridades da economia política mundial. Confira um histórico dos principais acontecimentos dos últimos 50 anos montado pelo Estadão.

Em 2020, o fórum contou com a presença de nomes como Donald Trump (presidente dos Estados Unidos), Angela Merkel (chanceler da Alemanha), Emmanuel Macron (presidente da França) e Boris Johnson (primeiro ministro da Inglaterra) e apresentou uma série de painéis, com questões que vão da economia ao clima, educação, tecnologia, entre outros. Você pode assistir aos principais acontecimentos no youtube do Fórum.

No caso brasileiro, dois nomes se destacaram: o Ministro da Economia Paulo Guedes e o apresentador e possível candidato à presidência Luciano Huck. No caso de Guedes, o grande destaque foi o anúncio da intenção do Brasil de aderir ao Acordo de Compras Governamentais, da OMC, que permite a participação de empresas estrangeiras em licitações no país e das brasileiras em licitações de outros países.

Já Huck participou, no dia 23, do painel sobre desigualdades na América Latina, tratando de temas como desigualdade, educação e meio ambiente e cobrou maior participação do Brasil em outros painéis para além dos painéis econômicos. Huck chegou a ser chamado em voz alta de “próximo presidente” por membros da plateia.

(Fonte: <https://www.politize.com.br/retrospectiva-janeiro-2020>)

Putin manobrando na Rússia

No dia 15 de janeiro, o presidente Russo, Vladimir Putin, anunciou algumas propostas de emendas constitucionais (entenda o que é uma emenda constitucional) na Rússia. A principal mudança é o fortalecimento da figura da Duma (câmara baixa do parlamento) e do primeiro-ministro.

Putin propôs que a Duma não só concordasse, mas fosse responsável pela aprovação do primeiro-ministro, assim como a aprovação dos ministros do gabinete de ministros. O presidente, por sua vez, ficaria impossibilitado de se opor à formação do gabinete de ministros, podendo, contudo, retirá-los no caso de moções de confiança ou caso não exerçam bem suas obrigações. Confira mais detalhes nesta reportagem do Sputnik.

No dia 23, as mudanças foram aprovadas por unanimidade por todos os presentes na Duma. Analistas apontam que as mudanças podem ser parte de uma manobra de Putin para se manter no poder após o fim de seu mandato presidencial em 2024.

(Fonte: <https://www.politize.com.br/retrospectiva-janeiro-2020>)

Luanda Leaks

O Consórcio Internacional de Jornalistas Investigativos (ICIJ), no mês de janeiro, divulgou uma investigação envolvendo a empresária Isabel dos Santos, a mulher mais rica da África. Filha de um ex-presidente angolano, Isabel é acusada de ter se aproveitado do poder político do pai para, com empresas de fachada e informações privilegiadas, construir sua fortuna. O dinheiro desviado chegou, inclusive, a vir parar na Paraíba.

(Fonte: <https://www.politize.com.br/retrospectiva-janeiro-2020>)

Publicação de fotos de corpo de mulher vítima de feminicídio causa indignação no México

Um caso de feminicídio de uma jovem provocou indignação e gerou críticas sobre o papel da imprensa no México.

Ingrid Escamilla, de 25 anos, foi supostamente assassinada por seu parceiro na Cidade do México, que confessou o crime.

A polícia identificou o homem, que está preso, como Francisco Robledo, de 46 anos. Ele foi encontrado pela polícia com manchas de sangue e diante do corpo de Escamilla, que apresentava várias lacerações de arma branca.

O assassinato aconteceu no domingo (09/02) e as fotos do corpo da vítima foram publicadas nas capas dos tabloides da capital mexicana.

A Procuradoria-Geral de Justiça da Cidade do México (FGJCDMX, na sigla em espanhol) informou que pelo menos seis pessoas, policiais e promotores, estão sendo investigadas por vazamento de imagens.

Nas redes sociais, foi feita uma convocatória para compartilhar o rosto de Ingrid Escamilla em vez das fotos violentas do feminicídio.

Os assassinatos de mulheres cresceram 137% nos últimos cinco anos no México, disse o procurador-geral Alejandro Gertz na segunda-feira (10/02) durante uma entrevista a jornalistas com o presidente Andrés Manuel López Obrador.

Embora o caso de Ingrid Escamilla não tenha sido citado especificamente, gerou ainda mais indignação o fato de Gertz ter sugerido mudar a maneira pelo qual o feminicídio é investigado - tratando o crime apenas como homicídio. Também despertou crítica a declaração de López Obrador de que "houve muita manipulação sobre esse assunto (feminicídios) na mídia".

Confissão

A Secretaria de Segurança (SCC) da capital mexicana informou que recebeu, no domingo de manhã, um alerta de uma "agressão contra uma mulher" no bairro Gustavo A. Madero.

Ao chegar ao local, encontraram o suposto agressor com "pontos visíveis" de sangue em suas roupas e corpo, de modo que ele foi "imediatamente preso", afirmou a SSC em nota.

"No local, o corpo de uma mulher de 25 anos foi encontrado, sem sinais vitais e com traços visíveis de violência", acrescentou.

Um vídeo divulgado nas redes sociais mostra o detido sendo interrogado em uma patrulha da polícia.

Nas imagens, ele confessa que depois de uma discussão com sua parceira na noite anterior, ambos se agrediram com uma faca. Ele, então, a matou e mutilou seu corpo.

"Não queria que ninguém notasse. Com a mesma faca que ela me atingiu, eu a enterrei", diz o suposto assassino, que também diz que tentou se livrar de partes do corpo da mulher.

Robledo decidiu fazer isso para apagar as evidências, além de sentir "vergonha, medo".

Sensacionalismo

O tabloide Pásala estampou em sua capa de segunda-feira a manchete "A culpa foi do Cupido", porque o assassinato ocorreu "a poucos dias do Dia dos Namorados (14/02)", com uma foto grande e explícita do corpo da vítima.

Já a manchete do jornal La Prensa foi "Esquartejada", com três fotos ocupando toda a capa: uma do detento, outra do corpo da vítima e mais uma do prédio onde moravam.

Antes dessas e de outras manchetes dos jornais, mulheres e coletivos repudiaram nas redes sociais a divulgação das fotos e a abordagem da imprensa mexicana sobre feminicídios.

Nelly Montealegre, vice-procuradora-geral das Vítimas da FJG, informou na terça-feira (11/02) que seis pessoas - incluindo integrantes da polícia do SSC e da FJG - estão sendo investigadas, porque foram elas as "responsáveis pelo vazamento das informações." Dependendo do nível de responsabilidade, elas podem sofrer uma penalidade penal ou administrativa.

Um menor de idade foi colocado sob "medidas de proteção como vítima indireta dos fatos", ao testemunhar o assassinato de Ingrid Escamilla, disse Montealegre. Os relatos da imprensa indicam que ele é uma criança com autismo, o filho do suspeito.

"O feminicídio é um crime absolutamente condenável. Quando o ódio atinge os limites como o de Ingrid Escamilla é escandaloso", disse a prefeita da Cidade do México Claudia Sheinbaum no Twitter.

No ano passado, foram registrados 68 casos de feminicídio na capital mexicana, uma taxa de 1,44 casos para cada 100 mil habitantes. Se contabilizados os dados de todos os 32 Estados do país, foram 976 casos, de acordo com o Sistema Nacional de Segurança Pública.

No entanto, várias organizações dizem que há muitos casos subnotificados.

Eles também criticam o fato de que a grande maioria dos casos nunca é resolvida e apenas uma pequena parcela dos autores é levada à Justiça.

"Manipulação"

Para o presidente López Obrador, o feminicídio foi objeto de "manipulação" pela imprensa crítica a seu governo. O presidente respondeu a perguntas de jornalistas sobre os planos do promotor Gertz de mudar a maneira como os feminicídios são classificados.

"Houve muita manipulação dessa questão na mídia e aqueles que não nos veem com bons olhos se aproveitam de qualquer circunstância para gerar campanhas de difamação, de informações distorcidas, falsas", afirmou.

Gertz argumentou que sua intenção não é acabar com a judicialização dos feminicídios, mas, segundo ele, é preferível mudar a tipificação dos assassinatos de gênero contra as mulheres para facilitar sua investigação.

Ele ressaltou que na lei atual mais requisitos são necessários para criminalizar um caso como feminicídio do que como homicídio, o que atrasa a justiça para as mulheres.

"Deveríamos tornar muito mais simples proteger as vítimas, proteger as mulheres, dar-lhes maior poder em defesa de sua vulnerabilidade", afirmou.

No entanto, o Congresso, responsável por modificar a lei, ainda não discutiu o assunto.

(Fonte: <https://www.terra.com.br/roticias/mundo/publicacao-de-fotos-de-corpo-de-mulher-vitima-de-feminicidio-causa-indignacao-no-mexico,dc6ca5a83dfb444a1a9942a56a3ef9ebvbnupth5.html>)

Guaidó anuncia volta da Venezuela à Comunidade Andina de Nações

O presidente do Parlamento venezuelano, o opositor Juan Guaidó, anunciou hoje (20/02/20) o regresso da Venezuela à Comunidade Andina de Nações (CAN), da qual deixou de fazer parte em 2006.

“A Venezuela regressa à CAN, de onde não devia ter saído” anunciou o líder opositor em sua conta no Twitter.

Guaidó acrescentou que falou “com o presidente da Colômbia, Ivan Duque, e com representantes dos ministérios de Relações Exteriores do Equador, do Peru e da Bolívia sobre a importância de fazer parte do Sistema Andino de Integração (SAI)”.

“Faremos a Venezuela juntar-se, de imediato, às medidas de migração e mobilidade. E tornar mais eficaz o processo de integração, com uma agenda nas áreas de comércio, investimentos, serviços, interligação e identidade andina”.

Em 2006, a Venezuela abandonou a CAN, numa decisão do antigo presidente Hugo Chávez, que dirigiu o país de 1999 até sua morte em 2013, depois de ter acusado o organismo de estar “ferido de morte”, na sequência de acordos de livre comércio assinados pela Colômbia e o Peru com os Estados Unidos.

Em 1969, o Pacto Andino, também conhecido como Acordo de Cartagena, foi criado entre a Bolívia, Colômbia, o Chile, Equador e Peru. A Venezuelana integrou o grupo em 1973.

Em 1997, o Pacto Andino passou a chamar-se Comunidade Andina de Nações, em decisão tomada durante cúpula realizada em março de 1996, em Trujillo, no Peru.

‘Parasita’ é o grande vencedor do Oscar 2020, com quatro prêmios

“Parasita” foi o grande vencedor do Oscar neste domingo (9/2/20). A cerimônia dos melhores do cinema aconteceu em Los Angeles.

A dramédia sul-coreana sobre diferença de classes recebeu quatro estatuetas e se tornou o primeiro não falado em língua inglesa a vencer como Melhor Filme.

Além do principal prêmio, o cineasta Bong Joon Ho também ganhou como roteiro original, diretor e filme internacional;

- “1917”, drama de guerra dirigido por Sam Mendes, ficou com três estatuetas;

- “Coringa”, “Ford vs Ferrari” e “Era uma vez em Hollywood” ganharam duas cada;

- “O Irlandês” não ganhou nenhuma de suas dez indicações;

- Nas categorias de atuação, Joaquin Phoenix, Renée Zellweger, Brad Pitt e Laura Dern foram premiados

“Se a Academia deixasse, eu gostaria de pegar uma serra-elétrica e quebrar minha estatueta em cinco pedaços com todos vocês”, disse Joon-ho, ao vencer como Melhor Diretor. Ele disse que estudou Scorsese e que Tarantino foi um dos primeiros a elogiá-lo.

“Não quando nos cancelamos pelos erros do passado, mas quando nos guiamos para crescer, por redenção, esse é o melhor da humanidade”, disse Phoenix

Além das cinco músicas indicadas Melhor Canção Original, a cerimônia também teve performances de Eminem e Billie Eilish.

O rapper cantou “Lose Yourself”, música que ganhadora do Oscar em 2003, quando ele não foi à premiação receber a estatueta.

A cantora americana de 18 anos se apresentou com seu irmão e produtor Finneas. O show foi no tributo aos profissionais da indústria do cinema que morreram recentemente, com uma versão de “Yesterday”, dos Beatles.

Outro momento musical de destaque foi quando um trio conhecido por interpretar heroínas (Gal Gadot, Sigourney Weaver e Brie Larson) apresentou a maestrina Eimear Noone.

Pela primeira vez em 92 anos, uma mulher conduziu a orquestra da premiação, tocando todas as trilhas sonoras indicadas. Deu o óbvio, com “Coringa” e a islandesa Hildur Guðnadóttir.

Melhor Documentário

“Indústria Americana” ganhou o Oscar de Melhor Documentário. “Democracia em vertigem”, da diretora brasileira Petra Costa, era um dos indicados na categoria.

Produzido pelo casal Obama, o documentário vencedor mostra os contrastes entre a cultura americana e chinesa durante a abertura de uma fábrica em Ohio, nos Estados Unidos.

(Fonte: <https://g1.globo.com/pop-arte/cinema/oscar/2020/roticia/2020/02/10/parasita-e-o-grande-vencedor-do-oscar-2020.ghtml>)

Cientistas detectam a maior explosão no espaço depois do Big Bang

Cientistas encontraram evidências de uma explosão colossal no espaço — a maior desde o Big Bang.

Acredita-se que a explosão tenha emanado de um buraco negro supermassivo a cerca de 390 milhões de anos-luz da Terra.

E tenha liberado cinco vezes mais energia do que a recordista anterior.

A erupção teria deixado uma cavidade gigante no aglomerado de galáxias Ophiuchus, conforme aponta o estudo publicado na revista científica The Astrophysical Journal.

Há muito tempo os pesquisadores acreditavam que havia algo estranho no aglomerado de galáxias Ophiuchus, um conglomerado gigante que contém milhares de galáxias individuais entremeadas por gás quente e matéria escura. Por meio de telescópios de raios-X, eles haviam observado uma curiosa curvatura.

Os cientistas especulavam que poderia ser a parede de uma cavidade esculpida em seu gás pelas emissões de um buraco negro central.

Os buracos negros são famosos por se alimentar “sugando” as matérias que estão à sua volta, mas também por expelir quantidades enormes de matéria e energia na forma de jatos.



NOÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA

POLÍTICAS DE SAÚDE: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL; SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

O que é o Sistema Único de Saúde (SUS)?

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

AVANÇO: Conforme a Constituição Federal de 1988 (CF-88), a "Saúde é direito de todos e dever do Estado". No período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas.

Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, conforme determina a Constituição Federal. Cada ente tem suas co-responsabilidades.

Ministério da Saúde

Gestor nacional do SUS, formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia políticas e ações, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Atua no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para pactuar o Plano Nacional de Saúde. Integram sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Into e oito hospitais federais.

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

Participa da formulação das políticas e ações de saúde, presta apoio aos municípios em articulação com o conselho estadual e participa da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para aprovar e implementar o plano estadual de saúde.

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

Planeja, organiza, controla, avalia e executa as ações e serviços de saúde em articulação com o conselho municipal e a esfera estadual para aprovar e implantar o plano municipal de saúde.

Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde, no âmbito de atuação (Nacional, Estadual ou Municipal), em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Cabe a cada Conselho de Saúde definir o número de membros, que obedecerá a seguinte composição: 50% de entidades e movimentos representativos de usuários; 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos.

Responsabilidades dos entes que compõem o SUS União

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Estados e Distrito Federal

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território.

Municípios

São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer.

História do sistema único de saúde (SUS)

As duas últimas décadas foram marcadas por intensas transformações no sistema de saúde brasileiro, intimamente relacionadas com as mudanças ocorridas no âmbito político-institucional. Simultaneamente ao processo de redemocratização iniciado nos anos 80, o país passou por grave crise na área econômico-financeira.

No início da década de 80, procurou-se consolidar o processo de expansão da cobertura assistencial iniciado na segunda metade dos anos 70, em atendimento às proposições formuladas pela OMS na Conferência de Alma-Ata (1978), que preconizava "Saúde para Todos no Ano 2000", principalmente por meio da Atenção Primária à Saúde.

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissio-

nais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

As proposições desse movimento, iniciado em pleno regime autoritário da ditadura militar, eram dirigidas basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976.

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) - que, na realidade, nunca saiu do papel -, logo seguida pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982 a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Essas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, considerada um marco histórico, consagra os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, retrata o resultado de todo o processo desenvolvido ao longo dessas duas décadas, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) e determinando que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" (art. 196).

Entre outros, a Constituição prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, com regionalização e hierarquização, descentralização com direção única em cada esfera de governo, participação da comunidade e atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

A Lei nº 8.080, promulgada em 1990, operacionaliza as disposições constitucionais. São atribuições do SUS em seus três níveis de governo, além de outras, "ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde" (CF, art. 200, inciso III).

Princípios do SUS

São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990. Os principais são:

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

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

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

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

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

Principais leis

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

Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080/1990: Regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental. Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

Lei n.º 8.142/1990: Dispõe sobre o papel e a participação das comunidades na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências.

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

Responsabilização Sanitária

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

Responsabilização Macrossanitária

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

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

Responsabilização Microssanitária

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

Instâncias de Pactuação

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

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

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

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

Descentralização

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

Regionalização: consensos e estratégias - As ações e os serviços de saúde não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios. Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que apresentam serviços de referência, tornando-se polos regionais que garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interesta-

duais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de estados diferentes. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental, que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização.

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

Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na área, incluindo o orçamento para a sua execução. Um instrumento fundamental para nortear a elaboração do PMS é o Plano Nacional de Saúde. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer as diretrizes para a formulação do PMS, em função da análise da realidade e dos problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis.

No PMS, devem ser descritos os principais problemas da saúde pública local, suas causas, consequências e pontos críticos. Além disso, devem ser definidos os objetivos e metas a serem atingidos, as atividades a serem executadas, os cronogramas, as sistemáticas de acompanhamento e de avaliação dos resultados.

Sistemas de informações ajudam a planejar a saúde: O SUS opera e/ou disponibiliza um conjunto de sistemas de informações estratégicas para que os gestores avaliem e fundamentem o planejamento e a tomada de decisões, abrangendo: indicadores de saúde; informações de assistência à saúde no SUS (internações hospitalares, produção ambulatorial, imunização e atenção básica); rede assistencial (hospitalar e ambulatorial); morbidade por local de internação e residência dos atendidos pelo SUS; estatísticas vitais (mortalidade e nascidos vivos); recursos financeiros, informações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Caminha-se rumo à integração dos diversos sistemas informatizados de base nacional, que podem ser acessados no site do Datasus. Nesse processo, a implantação do Cartão Nacional de Saúde tem pa-

pel central. Cabe aos prefeitos conhecer e monitorar esse conjunto de informações essenciais à gestão da saúde do seu município.

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

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

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

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

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

Saúde da Família: é a saúde mais perto do cidadão. É parte da estratégia de estruturação eleita pelo Ministério da Saúde para reorganização da atenção básica no País, com recursos financeiros específicos para o seu custeio. Cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo agora contar com profissional de saúde bucal) que se responsabiliza pela situação

de saúde de determinada área, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Essa população deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsável das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive. Os profissionais é que devem ir até suas casas, porque o objetivo principal da Saúde da Família é justamente aproximar as equipes das comunidades e estabelecer entre elas vínculos sólidos.

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

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

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

Vigilância em saúde: expande seus objetivos. Em um país com as dimensões do Brasil, com realidades regionais bastante diversificadas, a vigilância em saúde é um grande desafio. Apesar dos avanços obtidos, como a erradicação da poliomielite, desde 1989, e com a interrupção da transmissão de sarampo, desde 2000, convivemos com doenças transmissíveis que persistem ou apresentam incremento na incidência, como a AIDS, as hepatites virais, as meningites, a malária na região amazônica, a dengue, a tuberculose e a hanseníase. Observamos, ainda, aumento da mortalidade por causas externas, como acidentes de trânsito, conflitos, homicídios e suicídios, atingindo, principalmente, jovens e população em idade produtiva. Nesse



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

CADASTRAMENTO FAMILIAR E TERRITORIAL: FINALIDADE E INSTRUMENTOS.

Sobre o cadastramento familiar e territorial, podemos afirmar que todos os dados são disponibilizados a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica, conhecido também pela sigla SIAB. Tais dados são gerados pelo trabalho diário das equipes de Saúde da Família (ESF) em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

As visitas domiciliares realizadas pelas equipes de Agentes Comunitários de Saúde, representam o instrumento principal para que exista o cadastramento das famílias, que identifica a situações de saneamento, saúde, educação e moradia, dando andamento a essa coleta de dados mensalmente.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA CADASTRAMENTO FAMILIAR NOTAS TÉCNICAS

Origem dos dados

Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os Agentes Comunitários de Saúde, através das visitas domiciliares, fazem o cadastramento das famílias, identificam a situação de saneamento e moradia e fazem o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias. Com base nessas informações e mais os procedimentos realizados pelas Equipes de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, as Coordenações Municipais de Atenção Básica fazem mensalmente a consolidação de seus dados e os enviam para as Regionais de Saúde. Daí seguem para as Secretarias Estaduais, sempre fazendo as respectivas consolidações.

As bases estaduais são enviadas mensalmente para o Datasus, quando então é consolidada a base nacional.

É importante esclarecer que os relatórios emitidos pelo SIAB, quando solicitados por Regional, Estado ou Nacional, excluem municípios que não informaram todos os meses do período selecionado, razão pela qual se poderá ter indicadores diferentes no cruzamento das variáveis aqui disponibilizadas, a não ser que se utilize os mesmos critérios.

Crítica dos dados

O Ministério da Saúde, quando disponibiliza os indicadores do SIAB, através de publicações, como por exemplo, o "Sistema de Informação da Atenção Básica - Indicadores 2002", na consolidação por Estado, Região e Brasil exclui municípios que não informaram todos os meses do período. Aplica também uma rotina para a crítica dos dados.

Esta rotina se baseia na definição de critérios, a partir dos quais se define pela inclusão ou exclusão do município na base de dados para análise - "base limpa".

Foram definidos critérios de verificação de erros e inconsistências, tanto para a base de dados de cadastro quanto para a base de dados de situação de saúde. Ainda não foram definidos critérios para limpeza da base de dados de produção.

Após aplicação das rotinas de limpeza, obtêm-se duas "bases limpas": a base de cadastro e a base de situação de saúde. A "base limpa" de cadastro exclui os municípios com erros ou inconsistências relacionados a qualquer um dos critérios considerados. A "base limpa" de situação de saúde inclui ou exclui o município com relação a cada um dos indicadores analisados. Vale ressaltar que, como as rotinas são independentes, a exclusão de um município numa das bases não implica na sua exclusão da outra base.

Descrição das variáveis disponíveis para tabulação

Através da Internet, o Datasus disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de acordo com a base de dados recebida, sem críticas:

Localidade

Local (município, região metropolitana; microregião, aglomerado urbano, regional de saúde, macrorregional de saúde, UF ou região) onde as ESF e/ou de ACS atuam.

Ano

Ano de competência dos dados. Estão disponíveis dados a partir de 1998. Para cada ano, é apresentada a situação em dezembro, a não ser no ano corrente, quando é apresentada a situação do último mês disponível.

Tipo de equipe

Opção para dados agregados ou em separado referente ao tipo de equipe:

ESF - Equipe de Saúde da Família

ESFSB1 - Equipe Saúde Família com Saúde Bucal Modalidade 1

ESFSB2 - Equipe Saúde Família com Saúde Bucal Modalidade 2

EACS - Equipe de Agentes Comunitários de Saúde

Outros

Modelo de atenção

Opção para dados agregados ou em separado referente aos modelos PACS, PSF e outros.

Zona

Se rural ou urbana ou ambas.

Cadastramento Familiar

O cadastramento das famílias e pessoas das áreas de abrangência do PACS/PSF é realizado no início dos trabalhos das equipes e atualizado anualmente ou sempre que necessário. É consolidado a partir da ficha A.

Nº Famílias

Famílias Cadastradas: total de famílias cadastradas.

Nº Pessoas

Pessoas Cadastradas: total de pessoas cadastradas.

Mulheres <1ano, Mulheres 1a4a, Mulheres 5a6a, Mulheres 7a9a, Mulheres 10a14a, Mulheres 15a19a, Mulheres 20a39a, Mulheres 40a49a, Mulheres 50a59a, Mulheres >60anos

Homens <1ano, Homens 1a4a, Homens 5a6a, Homens 7a9a, Homens 10a14a, Homens 15a19a, Homens 20a39a, Homens 40a49a, Homens 50a59a, Homens >60anos

Número de pessoas cadastradas por sexo (mulheres e homens) nas seguintes faixas etárias:

<1ano - todas as crianças até 11 meses e 29 dias;

1a4a - crianças de 1 ano completo até 4 anos, 11 meses e 29 dias; 5a6a - crianças de 5 anos completos até 6 anos, 11 meses e 29 dias; 7a9a - crianças de 7 anos completos até 9 anos, 11 meses e 29 dias; 10a14a - de 10 anos completos até 14 anos, 11 meses e 29 dias; 15a19a - de 15 anos completos até 19 anos, 11 meses e 29 dias; 20a39a - de 20 anos completos até 39 anos, 11 meses e 29 dias; 40a49a - de 40 anos completos até 49 anos, 11 meses e 29 dias; 50a59a - de 50 anos completos até 59 anos, 11 meses e 29 dias; >60anos - de 60 anos completos em diante.

Criança 7a14a.escola

Crianças de 7 a 14 anos na escola: número de pessoas matriculadas e freqüentando regularmente a escola, mesmo aquela que estiver de férias no momento do cadastramento mas que freqüentará a escola no período letivo seguinte.

Adulto 15a+ alfabet

Pessoas de 15 anos e mais alfabetizadas: número de pessoas que sabe ler e escrever no mínimo um bilhete. O indivíduo que apenas assina o nome não é considerado alfabetizado.

Alcoolismo 0a14a, Chagas 0a14a, DefFísica 0a14a, Diabetes 0a14a, DistMental 0a14a, Epilepsia 0a14a, HipertArter 0a14a, Hanseníase 0a14a, Malária 0a14a, Tuberculose 0a14a, Gestantes 10a19a, Alcoolismo 15a+, Chagas 15a+, DefFísica 15a+, Diabetes 15a+, DistMental 15a+, Epilepsia 15a+, HipertArter 15a+, Hanseníase 15a+, Malária 15a+, Tuberculose 15a+, Gestantes 20a+

Número de casos atuais de doenças ou condições referidas pela família, por faixa etária. Não é necessária comprovação do diagnóstico. São as seguintes as doenças ou condições referidas:

- Alcoolismo - ALC
 - Chagas - CHA
 - DefFísica - DEF (Deficiência física)
 - Diabetes - DIA
 - DistMental - DME (Distúrbio mental)
 - Epilepsia - EPI
 - HipertArter - HA (Hipertensão arterial)
 - Hanseníase - HAN
 - Malária - MAL
 - Tuberculose - TB
 - Gestantes - GES
- As faixas etárias são:

- 0a14a - 0 a 14 anos
- 15a+ - 15 anos e mais

Para o número de gestantes, as faixas etárias são:

- 1019a - 10 a 19 anos
- 20a+ - 20 anos e mais
- Pes.Cob. Pl. Saúde

Pessoas com cobertura de Plano de Saúde: total de pessoas com cobertura de plano de saúde. É considerado como plano de saúde qualquer seguro para assistência médica privativa de qualquer tipo (hospitalizações, consultas, exames laboratoriais, etc.) pago pela família ou por outro (empregador de algum membro da família, parentes, etc.)

Cadastramento das famílias

A etapa inicial de seu trabalho é o cadastramento das famílias de sua microárea – o seu território de atuação – com, no máximo, 750 pessoas. Para realizar o cadastramento, é necessário o preenchimento de fichas específicas.

Conhecer o número de pessoas da comunidade por faixa etária e sexo é importante, pois há doenças que acometem mais crianças do que adultos ou mais mulheres que homens, o que influenciará no planejamento da equipe

O cadastro possibilita o conhecimento das reais condições de vida das famílias residentes na área de atuação da equipe, tais como a composição familiar, a existência de população indígena, quilombola ou assentada, a escolaridade, o acesso ao saneamento básico, o número de pessoas por sexo e idade, as condições da habitação, o desemprego, as doenças referidas etc.

É importante identificar os diversos estabelecimentos e instituições existentes no território, como escolas, creches, comércio, praças, instituições de longa permanência (ILP), igrejas, templos, cemitério, depósitos de lixo/aterros sanitários etc.

Para melhor desenvolver seu trabalho com essa população indígena, você pode buscar apoio técnico e articulação junto à sede do Distrito Sanitário Especial Indígena de sua cidade, se houver. Você também pode verificar se na secretaria de saúde existe alguma equipe ou setor que trate das questões de saúde dessa população e solicitar mais orientações. Caso trabalhe numa área rural ou próximo a aldeias indígenas, você deve buscar informação sobre a existência de equipe multidisciplinar de saúde indígena, incluído o agente indígena de saúde. Procurar essas pessoas para uma conversa pode ser muito importante e esclarecedor.

A Portaria GM nº 971/2006 cria a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que inclui atendimento gratuito em serviços de fitoterapia, acupuntura, plantas medicinais, homeopatia. Dessa forma, é importante saber se existem esses serviços na sua região.

Acupuntura é uma forma de cuidar das pessoas na Medicina Tradicional Chinesa (MTC). Pode ser usada isoladamente ou integrada com outros recursos terapêuticos, como as práticas corporais.

As práticas corporais são práticas/ações que favorecem a promoção e recuperação da saúde e a prevenção de doenças. Como exemplos, podemos citar o Tai-chi chuan, o Chi gong e o Lian gong.

Homeopatia é um sistema médico de base vitalista* criado pelo médico alemão Samuel Hahnemann, que consiste em tratar as doenças por meio de substâncias ministradas em doses diluídas, os medicamentos homeopáticos.

*O vitalismo é a posição filosófica caracterizada por postular a existência de uma força ou impulso vital sem a qual a vida não poderia ser explicada.

Ao identificar a população indígena, o ACS deve levar em consideração que, mesmo residindo no espaço urbano ou rural, longe de sua aldeia de origem ou em aldeamento não reconhecido oficialmente, o indígena possui o direito de ser acompanhado, respeitando-se as diferenças culturais.

É necessário considerar que o indígena nem sempre tem domínio da língua portuguesa, podendo entender algumas palavras em português, sem compreender a informação, a explicação dada ou mesmo a pergunta realizada. É importante observar e tentar perceber se estão entendendo e o que estão entendendo, cuidando para não constrangê-los. O esforço de comunicação deve ser mútuo de modo a promover o diálogo.

Ainda como informações importantes para o diagnóstico da comunidade, vale destacar a necessidade de identificar outros locais onde os moradores costumam ir para resolver seus problemas de saúde, como casa de benzedoras ou rezadores, raizeiros ou pessoas que são conhecidas por saberem orientar sobre nomes de remédio para algumas doenças, bem como saber se procuram serviços (pronto-socorro, hospitais etc.) situados fora de sua área de moradia ou fora do seu município. Também é importante você saber se as pessoas costumam usar remédios

caseiros, chás, plantas medicinais, fitoterapia e/ou se utilizam práticas complementares como a homeopatia e acupuntura. Você deve saber se existe disponível na região algum tipo de serviço de saúde que utilize essas práticas.

Ao realizar o cadastramento e identificar os principais problemas de saúde, seu trabalho contribui para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para a família, de acordo com a realidade e os problemas de cada comunidade.

Os dados desse cadastramento devem ser de conhecimento de toda a equipe de saúde.

Os profissionais devem atuar de forma integrada, discutindo e analisando em conjunto as situações identificadas.

Tão importante quanto fazer o cadastramento da população é mantê-lo atualizado.

INTERSETORIALIDADE: CONCEITO E RELEVÂNCIA PARA O TRABALHO NO TERRITÓRIO.

Desvendando a intersectorialidade

Trabalhar de forma intersectorial pressupõe desenvolver ações que busquem a promoção de impactos positivos nas condições de vida dos indivíduos e das comunidades. Essas ações devem envolver a articulação de saberes e experiências diversas, objetivando planejar para intervir de maneira efetiva nas situações-problema que afligem as comunidades. Acreditamos, assim, que espaços promotores de intersectorialidade são locais de construção de novas linguagens, saberes e conceitos, capazes de provocar profundas e benéficas mudanças na sociedade.

Nesse sentido, assim é entendida a intersectorialidade:

Como uma rede de ações que são compartilhadas entre os diversos setores, diversos espaços que buscam trabalhar em conjunto, buscam se articular, para que, no fim da história, se busque a promoção da saúde. Uma forma conjunta que de identificar um problema e buscar articular uma solução em conjunto.

Percebe-se que, para os sujeitos, trabalhar de forma intersectorial exige o compartilhamento de conhecimentos, visando à abordagem de novos conceitos e, conseqüentemente, de diferentes práticas em prol da melhoria da qualidade de vida da população. Percebe que um profissional isolado é incapaz de solucionar as adversidades e que a ação conjunta pode gerar um cuidado mais integral e resolutivo, fato que traz inúmeros benefícios para a população.

Entretanto, é importante que todos os profissionais estejam dispostos a atuar nessa nova visão de trabalho, sendo necessárias mudanças na organização dos serviços, além de revisões nos processos de formação dos profissionais atuantes na saúde.

Nesse sentido, a intersectorialidade constitui numa nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilitem a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, a fim de produzir efeitos mais significativos na resolução desse problema.

Além disso, a gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver problemas que incidem sobre uma população de determinado território. Essa perspectiva é importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Isso ocorre dada a complexidade da realidade social, que exige um olhar mais amplo, com o objetivo de otimizar os escassos recursos, procurando soluções integradas.

Como um processo coletivo e organizado, a ação intersetorial não pode ser espontânea. Trata-se de uma ação deliberada que requer o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve espaços comunicativos, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento final do problema principal e para a acumulação de forças na construção de sujeitos e na descoberta da possibilidade de agir.

Seguindo essa lógica, o serviço de saúde não se limita ao atendimento de intercorrências ou ações preventivas. A escola não se limita ao ensino. O ginásio de esportes não se limita a oferecer seu espaço e equipamentos. Cada serviço sediado numa comunidade compõe uma rede de ação social, que deve articular-se para identificar os problemas e encaminhar soluções integradas.

Dessa forma, a intersetorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir acesso igual aos desiguais. Para isso, administradores, gestores, profissionais e a população passam a ser considerados sujeitos com a capacidade de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à realidade social. A população passa a não ser objeto de intervenção, mas, sim, um sujeito assumindo um papel ativo. Assim, muda-se a lógica da política social, saindo da visão da carência, da solução de necessidades para a de direitos a uma vida digna e com qualidade.¹⁶

Em contrapartida, com as afirmativas anteriores, um entrevistado traz a seguinte descrição sobre intersetorialidade:

Práticas intersetoriais

A ESF recomenda a prestação de uma assistência capaz de atender os seres humanos, levando em conta sua complexidade e integralidade, indo além do estritamente biológico. Para tal, devem ser incluídas ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde e atinjam os contextos histórico, cultural, político e socioeconômico dos indivíduos e da comunidade, com o objetivo de promover a saúde deles. A complexidade dessa proposta demonstra a necessária criação de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, dada a incapacidade do setor saúde de atuar isoladamente.

Nesse sentido, micros e macroestratégias intersetoriais, construídas em articulação pelo Estado e pela sociedade civil, contribuem significativamente para efetividade e eficiência das ações de saúde. Tais articulações e arranjos podem ocorrer mediante a construção de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais, como educação, saúde, cultura, esporte, lazer, empresas privadas, organi-

zações não governamentais (ONGs), fundações, entidades religiosas, as três esferas de governo, organizações comunitárias, dentre outros.¹¹

Nota-se que, são realizadas atividades para promover a qualidade de vida da população. No entanto, a maior parte das atividades não tem se articulado completamente de maneira intersetorial, uma vez que a maioria das ações é planejada por um único setor, para serem aplicadas em outro. Faz-se necessário um processo de planejamento horizontal, levando em conta o que cada setor tem para contribuir.

Além disso, os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros mais comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, mas que muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem um trabalho prévio de planejamento, sendo ações definidas por apenas um setor.²³

Outro evento importante, observado nesta pesquisa, foi o fato de diversos sujeitos citarem a existência de parcerias entre a ESF e as escolas, nas quais há discussões entre professores, alunos e a equipe, possibilitando a todos a oportunidade de exporem suas ideias, tornando o trabalho proveitoso, uma vez que os temas são abordados conforme a necessidade apresentada pelos usuários.

Por meio de visitas domiciliares, é possível desenvolver ações de promoção da saúde em prol da melhoria da saúde dos indivíduos. No entanto, não se caracteriza como atividade intersetorial, uma vez que um indivíduo, ou uma família, não constitui um setor.

A intersetorialidade no contexto da Estratégia Saúde da Família

Nota-se que existem algumas iniciativas, em prol da criação de parcerias intersetoriais, destinadas a melhorar a resolutividade dos problemas vividos pela população. Entretanto, as experiências identificadas são pontuais, esporádicas e desprovidas de um planejamento sistemático.

Dentre as experiências encontradas neste estudo, as mais significativas foram as que se referem à parceria Centro de Saúde - educação, sendo que a escola mais próxima ao Centro de Saúde é a que compartilha de uma parceria mais sólida. A escola é um cenário importante para a promoção da saúde porque nela alunos, pais, professores e demais profissionais da educação permanecem e convivem. Em resumo, a ampliação do impacto das ações de promoção da saúde nas escolas precisa apoiar-se na soma das contribuições dos setores saúde e educação e não no repasse de parte da execução das tarefas de um setor para outro.

Tanto os discursos quanto as observações em campo evidenciam que a relação do Centro de Saúde com seus parceiros é, essencialmente, de prestação de serviços de caráter assistencial-curativista ou, no máximo, preventivista. Nota-se que as práticas de promoção da saúde são incipientes e que existe um limite no que se refere ao reconhecimento do potencial da ESF para intervir nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Cabe ressaltar que o informante do Centro de Saúde desconhece a existência de equipamentos sociais, em sua área de abrangência, relacionados a esporte e lazer, meio ambiente, trabalho e renda. Essa informação evidencia que a ESF não tem utilizado todo o potencial da intersectorialidade para promover a saúde da população, haja vista a fragilidade ou inexistência de parcerias importantes no processo de enfrentamento dos determinantes da saúde.

Esse achado reforça as considerações de Costa et al ao afirmar que um dos desafios da Estratégia de Saúde da Família na reorientação do modelo assistencial refere-se à confusão conceitual sobre intersectorialidade, pois esta é tomada como responsabilidade individualizada a partir das demandas individualizadas dos usuários. Desta forma, se identifica a intersectorialidade como um processo de trabalho penoso e solitário. Entende-se, ainda, a necessidade da criação de uma rede de apoio para a efetivação desse princípio e acredita-se que é preciso começar a entender e escutar a opinião de outros profissionais e setores para que o trabalho seja de fato precursor de processos de mudanças no modelo assistencial.

O impacto das concepções dos profissionais no processo de construção da prática intersectorial.

A formação dos profissionais e, conseqüentemente, suas concepções são colocadas, pelos participantes do estudo, como fatores que influenciam e/ou determinam as formas de intervenções em problemas vividos por indivíduos ou coletivos.

Para praticar a intersectorialidade, os profissionais, cuja área de atuação relaciona-se aos contextos de vida e saúde das pessoas, precisam ser capazes de perceberem tanto os limites setoriais quanto os benefícios das ações integradas. Essa percepção é colocada como um fator facilitador no processo de construção da intersectorialidade, visto que impulsiona a busca por parcerias que, por sua vez, permitem dar respostas mais efetivas e inovadoras aos complexos problemas sociais.

No que se refere especificamente ao setor saúde, é evidenciado que as concepções de saúde e doença dos profissionais influenciam suas práticas. Se o profissional orienta-se pelo paradigma biologicista, a medicalização será a principal forma de atuação. Entretanto, se ele incorpora o paradigma da produção social da saúde, o mesmo entende que o processo saúde-doença é influenciado por múltiplos fatores que extrapolam o setor saúde, cabendo então, além da Clínica, um trabalho intersectorial.

Assim, a ESF, como estruturante da atenção básica, traz aos trabalhadores de saúde o desafio de rever suas práticas diante do paradigma de produção social da saúde. Torna-se fundamental investir na formação de profissionais capacitados para lidar com esse objeto ampliado, para aprimorar os instrumentos de trabalho em saúde e buscar a intersectorialidade.

Da fragmentação à integração: rompendo o limite do olhar setorial em busca da construção de um espaço comunicativo que possibilite a resolução de problemas complexos.

A estrutura organizacional setorializada presente em nossa sociedade aponta a comunicação como elemento fundamental à operacionalização da prática intersectorial. Nota-se que a saúde é colocada como uma política que alcançou avanços no que se refere à atenção integral, porém possui limitações para praticar a universalidade com equidade.

Essa proposição aponta para a possibilidade de o setor saúde ser um estimulador da construção da intersectorialidade, visto que tem como um de seus princípios a integralidade que, por sua vez, necessita da articulação de saberes, setores e seguimentos sociais para ser alcançada.

Em se tratando da limitação em praticar a universalidade com equidade, na perspectiva da ação intersectorial, a população exposta a maior vulnerabilidade sócio-econômica tem necessidade ampliada de ter acesso a ações e serviços que operem sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-adoecimento. Assim, praticar universalidade sem negligenciar a equidade implica em colocar a disposição de todos os usuários do SUS ações de promoção da saúde, intensificando esta prática no contexto dos grupos populacionais mais vitimados por iniquidades sociais, o que demanda maior articulação. Essa análise vai ao encontro da proposta do Programa BH Cidadania que busca promover a inclusão social da população vulnerabilizada, através da acessibilidade aos bens e serviços públicos. O referido programa, criado em Belo Horizonte no ano de 2002, busca implementar um modelo de gestão baseado na descentralização, articulação e integração intersectorial, priorizando as áreas de maior vulnerabilidade social.

Desvendando caminhos para praticar a nova e promissora estratégia intersectorial

A intersectorialidade é uma estratégia em construção, da qual os diferentes atores, setores e segmentos sociais ainda estão se apropriando. É evidenciado, que alguns atores sociais são capazes de perceber a complexidade de certos problemas enfrentados pela população e, por conseguinte, compreendem a necessidade de intervenções de caráter intersectorial. Essa percepção das limitações do olhar setorial é o primeiro passo para se alcançar a articulação intersectorial, visto que essa nova maneira de trabalhar baseia-se no reconhecimento da necessidade de criar novas alternativas de intervenção que dependem da articulação de outros olhares, saberes e forças. Entretanto, existe uma limitação no que se refere à operacionalização da intersectorialidade. Em suma, os sujeitos que atuam nos distintos órgãos e instituições sociais reconhecem a demanda por ações intersectoriais, mas ainda não sabem como praticá-la.

Têm prevalecido entre as políticas sociais relações de disputa de poder; bem como de transferência de problemas e responsabilidades. Mas, há o entendimento de que para que a intersectorialidade efetivamente seja praticada, é mister que sejam construídas relações de compartilhamento.