



CÓD: OP-078JH-24
7908403555840

SMS SALVADOR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SALVADOR – BAHIA – BA

Enfermeiro PSF (SMS)

EDITAL Nº 01/2024, DE 05 DE JUNHO DE 2024

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de texto.....	9
2. Tipologia textual e gêneros textuais	9
3. Ortografia: emprego das letras	10
4. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem	10
5. Sintaxe: reconhecimento dos termos da oração; reconhecimento das orações num período	18
6. Concordância verbal; Concordância nominal	22
7. Colocação de pronomes	24
8. Ocorrência da crase	25
9. Regência verbal; Regência nominal	25
10. Processo de formação das palavras	26
11. Coesão	27
12. Sentido próprio e figurado das palavras. Figuras de Linguagem.....	28
13. Pontuação	31
14. Acentuação gráfica.....	34

Raciocínio Lógico

15. Raciocínio lógico envolvendo problemas aritméticos, geométricos e matriciais.....	41
16. Números inteiros e racionais (na forma decimal e fracionária): operações (adição, subtração, multiplicação, divisão, potenciação); expressões numéricas	42
17. Números e grandezas proporcionais: razões e proporções; divisão em partes proporcionais	47
18. Regra de três simples e composta	49
19. Porcentagem.....	50
20. Princípios de contagem e probabilidade.....	51
21. Operações com conjuntos	55
22. Sistema métrico: medidas de tempo, comprimento, superfície, volume, capacidade e massa	58
23. Interpretação de gráficos e tabelas.....	59
24. Média aritmética simples e ponderada	62
25. Resolução de situações problema	64

Legislação SUS e Específica

1. Política de saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) Evolução Histórica do Sistema de Saúde no Brasil. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes, estrutura, financiamento e organização	63
2. Reforma Sanitária	70
3. Controle Social no SUS.....	71
4. Constituição Federal de 1988 – Título VIII – artigo 194 a 200	73
5. Leis Orgânicas da Saúde - Lei nº 8.080/90	76
6. Lei nº 8.142/90	86

ÍNDICE

7. Decreto Presidencial nº 7.508/2011.....	86
8. Controle Social.....	90
9. Políticas públicas e modelos tecnoassistenciais.....	90
10. Estrutura organizacional da saúde do município de Salvador (Plano municipal de Saúde).....	90
11. Cenário epidemiológico do Município (Plano municipal de Saúde, VIGITEL, Plano Municipal de Saúde para Infância e Adolescente - PMSIA, Plano Municipal de Doenças e Agravos Não Transmissíveis PMDANT).....	91
12. Política Nacional de Promoção da Saúde.....	92
13. Política Nacional de Atenção Básica – (PNAB) 2017.....	97
14. Redes de Atenção à Saúde.....	119
15. Política Nacional de Regulação do SUS.....	120
16. Política Nacional de Humanização/Acolhimento\Clínica Ampliada.....	123
17. Política Nacional de Urgência e Emergências.....	128
18. Política nacional de saúde mental.....	128
19. Política nacional de atenção integral à pessoa privada de liberdade.....	129
20. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei.....	133
21. Política nacional para população em situação de rua.....	140
22. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (população quilombola, comunidades tradicionais).....	141
23. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani.....	141
24. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.....	145
25. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....	145
26. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....	145
27. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.....	145
28. Política Nacional para a População em Situação de Rua.....	148
29. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência.....	148
30. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).....	159
31. Programa Nacional de Imunização e Calendário Nacional de Vacinação.....	165
32. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.....	180
33. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).....	181
34. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....	218
35. Estatuto da Pessoa Idosa.....	226
36. Política Nacional de Promoção da Saúde.....	236
37. Saúde da população migrantes, refugiados e apátridas (Nota técnica número 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS)....	236
38. Determinantes Sociais da Saúde.....	242
39. Vigilância em Saúde (território, determinantes e condicionantes; notificação de agravos).....	243
40. Sistemas de Informação em Saúde.....	248
41. Transição Demográfica, Epidemiológica e Nutricional no Brasil.....	251
42. Noções Básicas de Epidemiologia.....	254
43. Doenças emergentes e reemergentes na realidade brasileira.....	262
44. Ouvidoria do SUS.....	267
45. Carta dos direitos e deveres dos usuários da saúde.....	268
46. Programa Nacional de Segurança do Paciente.....	274
47. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde.....	276
48. Trabalho em equipe e interprofissionalidade.....	276

49.	Processos em trabalho em saúde	277
50.	Política Nacional de Educação Popular em Saúde	277
51.	Educação Permanente em Saúde.....	279

Atualidade e Legislação

1.	Noções gerais sobre a economia, a política e as relações exteriores	285
2.	A questão ambiental: desenvolvimento sustentável e responsabilidade socioambiental.....	285
3.	Descobertas e inovações científicas e seus impactos na sociedade contemporânea no mundo, Brasil, Bahia e Salvador	286
4.	Sociedade brasileira: formação, estrutura e organização	286
5.	Pobreza e exclusão social.....	287
6.	Preconceito e discriminação	287
7.	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988: dos princípios fundamentais – Art. 1º ao Art. 4º	287
8.	Dos Direitos e garantias Fundamentais – Art. 5º ao Art. 17.....	288
9.	Da Ordem Social/da Seguridade Social – Art. 193 ao Art. 205	298
10.	Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos do Município do Salvador/BA (Estatuto do Servidor Público do Salvador, Lei Complementar nº 001/91) - regime estatutário, regime disciplinar e estágio probatório. Deveres e proibições dos servidores públicos da Administração Municipal	300

Noções de Informática

1.	Noções de internet, intranet e redes de computadores. Conceitos básicos dos modos de utilização de tecnologias digitais, suas ferramentas, uso e operação de aplicativos e procedimentos de informática	329
2.	Conceitos básicos dos modos de utilização de aplicativos para edição de textos, planilhas, apresentações, correio eletrônico, Agenda, videoconferência, chat, armazenamento de arquivos, Ambientes Virtuais de Aprendizagem, formulários eletrônicos, edição de sites utilizando-se a suíte de produtividade Google Workspace	335
3.	Noções básicas de edição de imagens e vídeos	337
4.	Conceitos e modos de utilização de Sistemas Operacionais, Windows 10 e superiores, Chrome OS	338
5.	Conceitos e modos de utilização do Adobe Reader e arquivos em formato PDF	341
6.	Noções básicas de ferramentas e aplicativos de navegação (Google Chrome, Firefox, Mozilla Firefox, Internet Explorer e Microsoft Edge). Sítios de busca e pesquisa na internet.....	343
7.	Conceitos de organização e de gerenciamento de informações, arquivos, pastas e programas em ambientes compartilhados	343
8.	Conceitos básicos de armazenamento de dados em nuvem	345
9.	Noções básicas de segurança da informação.....	345
10.	Lei Geral de Proteção de Dados e proteção de sistemas informatizados	346
11.	Noções básicas de hardware e software.....	359
12.	Conceitos e modos de utilização de sistemas Operacionais Móveis (Android/iOS)	360

Conhecimento Comum aos Profissionais da APS

1. Política Nacional de Atenção Básica 2017.	365
2. Princípios e Atributos da atenção primária	365
3. Financiamento da APS (portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024)	369
4. Política Nacional de Humanização/Acolhimento/Clínica Ampliada/Acesso Avançado, Política Nacional de promoção da saúde	374
5. Programa Bolsa Família na APS	374
6. Planejamento da APS	380
7. Gestão do Cuidado e da Agenda na APS.	381
8. Política Nacional de Urgência e Emergências.	384
9. Segurança do paciente na APS.	384
10. Política nacional de saúde mental.	384
11. Política nacional de atenção integral à pessoa privada de liberdade.	384
12. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei	384
13. Política nacional para população em situação de rua	385
14. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (população quilombola, comunidades tradicionais)	385
15. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani	385
16. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	385
17. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.	385
18. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	385
19. Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias	385
20. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	385
21. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência	385
22. Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS).	385
23. Programa Nacional de Imunização e Calendário Nacional de Vacinação.	385
24. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).	385
25. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa/Estatuto da Pessoa Idosa	386
26. Política Nacional de Promoção da Saúde	386
27. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS	386
28. Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (Portaria nº 635/2023)	412
29. Lei 13595 de 5 de Janeiro de 2018	414
30. Serviços de Atenção Domiciliar (atenção domiciliar tipo 1-AD1)	418
31. Programa Saúde na Escola (PSE)	420
32. Abordagem Individual; Abordagem Familiar; Abordagem Comunitária	422
33. Política Nacional de Controle do Tabagismo	424
34. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS.	428

Conhecimentos Específicos **Enfermeiro PSF (SMS)**

1. Bases Éticas e Legais do exercício Profissional de Enfermagem: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.	473
2. Lei do Exercício profissional da Enfermagem e Regulamentações do Exercício Profissional	478
3. Entidades de Classe	479
4. Enfermagem: Liderança e o Processo Decisório no exercício profissional do (a) enfermeiro (a) Dimensionamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos	480
5. Gerenciamento dos Recursos Físicos e Ambientais	489
6. Processo de qualidade da assistência e auditoria em enfermagem	495
7. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde APS	499
8. Processos de trabalho da enfermagem na APS	499
9. Procedimento de enfermagem na APS	499
10. Cuidados de Enfermagem em saúde na APS: ao recém-nascido, à criança, a pessoa adolescente, a pessoa adulta, a mulher, ao homem e a pessoa idosa.	508
11. Cuidados de enfermagem a população LGBT+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais e pessoas trans e travestis), saúde da população negra, pessoas com deficiência e pessoas em situação de rua.	508
12. Cuidados de enfermagem a pessoas em situação de violência	508
13. Cuidados de enfermagem a população negra	511
14. Cuidados de enfermagem no período grávido-puerperal e patologias clínico ginecológicas.	511
15. Rastreo e Prevenção de câncer de colo e mama.	512
16. Saúde Sexual e Reprodutiva. Planejamento familiar e reprodutivo	522
17. Cuidados de enfermagem para promoção e proteção do aleitamento humano e alimentação saudável	526
18. Cuidados de enfermagem em puericultura	536
19. Cuidado de enfermagem às pessoas com transtornos mentais leves, moderados e graves/persistentes	537
20. Situações de urgência e emergência na Atenção Primária à Saúde	537
21. Cuidado de enfermagem para prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com tuberculose, hanseníase, COVID-19, Doença Falciforme, arboviroses, doenças e agravos negligenciados, HIV, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis	557
22. Cuidado de enfermagem na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com doenças e condições crônicas mais prevalentes na população brasileira como: hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares e diabetes mellitus	561
23. Cuidado de enfermagem a feridas crônicas e agudas	566
24. Cuidados de enfermagem na realização de exames na APS	570
25. Atuação de enfermagem no Programa Nacional de Imunizações	585
26. Atuação de enfermagem na vigilância epidemiológica	585
27. Vigilância em saúde ambiental	585
28. Vigilância em saúde do trabalhador	585
29. Vigilância sanitária	587

LÍNGUA PORTUGUESA

LEITURA E INTERPRETAÇÃO DE TEXTO

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

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

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

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

Dicas práticas

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

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

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

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

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

TIPOLOGIA TEXTUAL E GÊNEROS TEXTUAIS

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

Tipos textuais

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

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

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

Gêneros textuais

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

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta

- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

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

ORTOGRAFIA: EMPREGO DAS LETRAS

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

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

Alfabeto

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

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

Uso do “X”

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

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

Uso do “S” ou “Z”

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

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

Uso do “S”, “SS”, “Ç”

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

Os diferentes porquês

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

Parônimos e homônimos

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

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

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

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

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

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

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

Substantivo

Tipos de substantivos

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

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

Flexão de gênero

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

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

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

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

Flexão de número

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

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

Variação de grau

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

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

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

Novo Acordo Ortográfico

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

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

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

Adjetivo

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

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

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

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

Variação de grau

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

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

Adjetivos de relação

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

RACIOCÍNIO LÓGICO

RACIOCÍNIO LÓGICO ENVOLVENDO PROBLEMAS ARITMÉTICOS, GEOMÉTRICOS E MATRICIAIS

Nesta parte iremos ver um compilado de conteúdos relacionados a *aritmética*, *geometria* e *matriz* que aparecem associados ao tema *raciocínio lógico*. Como estes assuntos não são o objetivo desta apostila, irão aparecer de forma simplificada, relativamente introdutória, visando principalmente que estes não sejam empecilhos para quando formos resolver nossas questões.

— Aritmética

Números pares

Números divisíveis por 2.

Números ímpares

Números não divisíveis por 2

Para sabermos se um número é par ou ímpar, basta vermos o **último algarismo** deste número. Se ele for 2; 4; 6; 8 ou 0, ele será *par*. Agora, caso seja 1; 3; 5; 7 ou 9, será *ímpar*.

O número 752 é par pois seu último algarismo é 2.

O número 35791 é ímpar pois seu último algarismo é 1

O número 1189784321324687411324756 é par pois seu último algarismo é 6.

Números primos

Números que possuem apenas dois divisores, 1 e ele mesmo

Números primos até 101:

2, 3, 5, 7, 11, 13, 17, 19, 23, 29, 31, 37, 41, 43, 47, 53, 59, 61, 67, 71, 73, 79, 83, 89, 97, 101¹

— MMC e MDC de dois ou mais números

MMC: Mínimo Múltiplo Comum - menor número que está na tabuada de ambos os números em questão.

$$\text{mmc}(2;3) = 6$$

$$\text{mmc}(3;21) = 21$$

$$\text{mmc}(100;95) = 1900$$

Podemos encontrar o mmc de dois números através da decomposição por números primos destes números. Vejamos:

Quero encontrar o MMC entre 8 e 242:

¹ Repare que 1 não é primo pois possui apenas um divisor, enquanto que 2 é o único primo par, todos os demais números primos serão ímpares (mas isso não implica que todo número ímpar é primo).

$$\begin{array}{r|l} 8; 242 & 2 \\ \hline 4; 121 & 2 \\ 2; 121 & 2 \\ 1; 121 & 11 \\ 1; 11 & 11 \text{ x} \\ 1; 1 & 968 \end{array}$$

Fonte: autor

Assim, $\text{MMC}(8; 242) = 968$.

Notemos que estamos dividindo os valores por números primos *quando possível*. Na coluna da esquerda temos os números que estamos dividindo até chegarmos a um (1). Enquanto isso, na direita estamos dividindo por números primos. Repare que na segunda e na terceira linha (de cima para baixo), não é possível dividir 121 por 2, então copiamos o número embaixo. Por fim, após decompor o número, multiplicamos os valores. Assim, $\text{MMC}(8; 242) = 2 \times 2 \times 2 \times 11 \times 11 = 968$.

MDC: Máximo Divisor Comum: maior número que divide ambos os números

Para achar o MDC entre dois números, o jeito mais simples é montar quais são seus divisores:

$$\text{mdc}(25;80) =$$

$$25 = 1; 5; 25$$

$$80 = 1; 2; 4; 5; 8; 10; 20; 40; 80$$

O maior número que aparece em ambos é o número 5, assim, $\text{mdc}(25;80)=5$

— Média

Existem vários tipos de cálculos de média, onde vemos qual característica queremos extrair da análise estatística, no entanto, alguns são mais úteis para certas ocasiões do que outras.

A média mais comumente usada é a *média aritmética*, onde a característica preservada é justamente a soma.

Na *média aritmética* iremos somar todos os termos e então dividir *pelo número de elementos somados*.

Exemplo: a média entre 5; 7; 12 e 3 será a soma destes valores: $5 + 7 + 12 + 3 = 27$

Dividido pelo número de elementos: 4

Assim, a média será $27/4 = 6,75$

— Geometria

Formas de polígono

Número de lados	Nome
3	Triângulo
4	Quadrado (se forem todos os lados iguais) Retângulo (se os lados forem dois a dois iguais) Quadrilátero (independe do tamanho dos lados ²)
5	Pentágono
6	Hexágono
7	Heptágono
8	Octógono
9	Eneágono
10	Decágono
11	Undecágono
12	Dodecágono
13	Tridecágono
...	...
20	Icoságono

Três conceitos importantes e centrais em geometria são o de *perímetro*, *área* e *volume*.

O **perímetro** é a soma de todos os lados de uma figura geométrica.

Por exemplo, qual o perímetro de um quadrado de lado 3? Como o quadrado tem quatro lados e todos eles são iguais, temos então que o perímetro será $3 + 3 + 3 + 3 = 4 \times 3 = 12$.

Já a **área** é quanto a figura ocupa de espaço *bidimensional*. Cada figura possui uma equação específica para seu cálculo de área, como vemos na tabela a seguir:

Nome	Área
Quadrado	(lado) ²
Retângulo	base x altura
Losango	(Diagonal maior x diagonal menor)/2
Paralelogramo	base x altura
Trapézio	[(Base maior x base menor) x altura] / 2
Círculo	$\pi \cdot \text{raio}^2 = \pi r^2$

² Note que todo quadrado é um retângulo (pois tem os lados dois a dois iguais), mas nem todo retângulo é um quadrado. Da mesma forma, todo quadrado e todo retângulo são quadriláteros, mas nem todo quadrilátero é um quadrado ou retângulo.

Volume é o equivalente à área para três dimensões, ou seja, volume é o quanto uma figura ocupa de espaço tridimensional. Novamente, cada figura irá possuir uma equação específica para calcular seu respectivo volume:

Nome	Volume
Cubo	(lado) ³
Paralelepípedo	base x altura x largura
Pirâmide	Área da base x altura/3
Cone	Área da base x altura/3
Esfera	$4 \cdot \pi \cdot r^2$

— Matrizes

Uma matriz é como se fosse uma tabela simplificada, apenas considerando números.

Por exemplo: a tabela a seguir diz sobre vendas em reais de dois vendedores A e B

Vendedor/mês	A	B
Janeiro	100	75
Fevereiro	75	80
Março	85	75

Podemos transcrever esta tabela na seguinte matriz

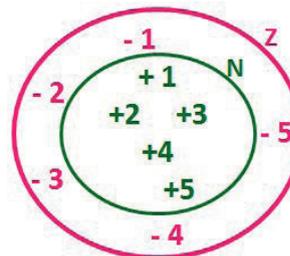
$$\begin{pmatrix} 100 & 75 \\ 75 & 80 \\ 85 & 75 \end{pmatrix}$$

O elemento da matriz podemos denominar de a_{ij} , onde i seriam as linhas e j as colunas. Desta forma, nossa matriz no exemplo acima seria uma matriz 3x2 e o elemento a_{22} seria 80, assim como o a_{11} seria o 100.

NÚMEROS INTEIROS E RACIONAIS (NA FORMA DECIMAL E FRACIONÁRIA): OPERAÇÕES (ADIÇÃO, SUBTRAÇÃO, MULTIPLICAÇÃO, DIVISÃO, POTENCIAÇÃO); EXPRESSÕES NUMÉRICAS

Conjunto dos números inteiros - z

O conjunto dos números inteiros é a reunião do conjunto dos números naturais $N = \{0, 1, 2, 3, 4, \dots, n, \dots\}$; $(N \subset Z)$; o conjunto dos opostos dos números naturais e o zero. Representamos pela letra Z.



$N \subset Z$ (N está contido em Z)

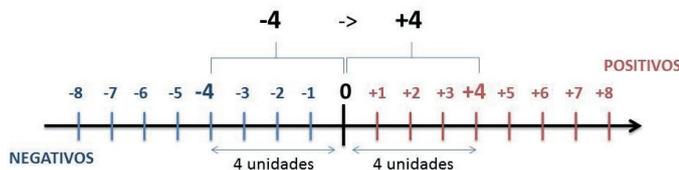
Subconjuntos:

Símbolo	Representação	Descrição
*	Z^*	Conjunto dos números inteiros não nulos
+	Z_+	Conjunto dos números inteiros não negativos
* e +	Z^*_+	Conjunto dos números inteiros positivos
-	Z_-	Conjunto dos números inteiros não positivos
* e -	Z^*_-	Conjunto dos números inteiros negativos

Observamos nos números inteiros algumas características:

• **Módulo:** distância ou afastamento desse número até o zero, na reta numérica inteira. Representa-se o módulo por $| |$. O módulo de qualquer número inteiro, diferente de zero, é sempre positivo.

• **Números Opostos:** dois números são opostos quando sua soma é zero. Isto significa que eles estão a mesma distância da origem (zero).



Somando-se temos: $(+4) + (-4) = (-4) + (+4) = 0$

Operações

• **Soma ou Adição:** Associamos aos números inteiros positivos a ideia de ganhar e aos números inteiros negativos a ideia de perder.

ATENÇÃO: O sinal (+) antes do número positivo pode ser dispensado, mas o sinal (-) antes do número negativo nunca pode ser dispensado.

• **Subtração:** empregamos quando precisamos tirar uma quantidade de outra quantidade; temos duas quantidades e queremos saber quanto uma delas tem a mais que a outra; temos duas quantidades e queremos saber quanto falta a uma delas para atingir a outra. A subtração é a operação inversa da adição. O sinal sempre será do maior número.

ATENÇÃO: todos parênteses, colchetes, chaves, números, ..., entre outros, precedidos de sinal negativo, tem o seu sinal invertido, ou seja, é dado o seu oposto.

Exemplo:

(FUNDAÇÃO CASA – AGENTE EDUCACIONAL – VUNESP) Para zelar pelos jovens internados e orientá-los a respeito do uso adequado dos materiais em geral e dos recursos utilizados em atividades educativas, bem como da preservação predial, realizou-se uma dinâmica elencando “atitudes positivas” e “atitudes negativas”, no entendimento dos elementos do grupo. Solicitou-se que cada um

classificasse suas atitudes como positiva ou negativa, atribuindo (+4) pontos a cada atitude positiva e (-1) a cada atitude negativa. Se um jovem classificou como positiva apenas 20 das 50 atitudes anotadas, o total de pontos atribuídos foi

- (A) 50.
- (B) 45.
- (C) 42.
- (D) 36.
- (E) 32.

Resolução:

$50 - 20 = 30$ atitudes negativas
 $20 \cdot 4 = 80$
 $30 \cdot (-1) = -30$
 $80 - 30 = 50$

Resposta: A

• **Multiplicação:** é uma adição de números/ fatores repetidos. Na multiplicação o produto dos números a e b , pode ser indicado por $a \times b$, $a \cdot b$ ou ainda ab sem nenhum sinal entre as letras.

• **Divisão:** a divisão exata de um número inteiro por outro número inteiro, diferente de zero, dividimos o módulo do dividendo pelo módulo do divisor.

ATENÇÃO:

- 1) No conjunto Z , a divisão não é comutativa, não é associativa e não tem a propriedade da existência do elemento neutro.
- 2) Não existe divisão por zero.
- 3) Zero dividido por qualquer número inteiro, diferente de zero, é zero, pois o produto de qualquer número inteiro por zero é igual a zero.

Na multiplicação e divisão de números inteiros é muito importante a **REGRA DE SINAIS:**

Sinais iguais (+) (+); (-) (-) = resultado sempre positivo.
Sinais diferentes (+) (-); (-) (+) = resultado sempre negativo.

Exemplo:

(PREF.DE NITERÓI) Um estudante empilhou seus livros, obtendo uma única pilha 52cm de altura. Sabendo que 8 desses livros possui uma espessura de 2cm, e que os livros restantes possuem espessura de 3cm, o número de livros na pilha é:

- (A) 10
- (B) 15
- (C) 18
- (D) 20
- (E) 22

Resolução:

São 8 livros de 2 cm: $8 \cdot 2 = 16$ cm
 Como eu tenho 52 cm ao todo e os demais livros tem 3 cm, temos:

$52 - 16 = 36$ cm de altura de livros de 3 cm
 $36 : 3 = 12$ livros de 3 cm
 O total de livros da pilha: $8 + 12 = 20$ livros ao todo.

Resposta: D

• **Potenciação:** A potência a^n do número inteiro a , é definida como um produto de n fatores iguais. O número a é denominado a *base* e o número n é o *expoente*. $a^n = a \times a \times a \times a \times \dots \times a$, a é multiplicado por a n vezes. Tenha em mente que:

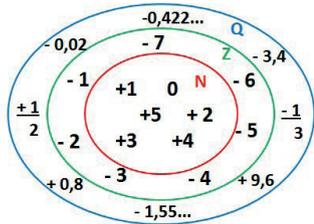
- Toda potência de **base positiva** é um número **inteiro positivo**.
- Toda potência de **base negativa e expoente par** é um número **inteiro positivo**.
- Toda potência de **base negativa e expoente ímpar** é um número **inteiro negativo**.

Propriedades da Potenciação

- 1) Produtos de Potências com bases iguais: Conserva-se a base e somam-se os expoentes. $(-a)^3 \cdot (-a)^6 = (-a)^{3+6} = (-a)^9$
- 2) Quocientes de Potências com bases iguais: Conserva-se a base e subtraem-se os expoentes. $(-a)^8 : (-a)^6 = (-a)^{8-6} = (-a)^2$
- 3) Potência de Potência: Conserva-se a base e multiplicam-se os expoentes. $[(-a)^5]^2 = (-a)^{5 \cdot 2} = (-a)^{10}$
- 4) Potência de expoente 1: É sempre igual à base. $(-a)^1 = -a$ e $(+a)^1 = +a$
- 5) Potência de expoente zero e base diferente de zero: É igual a 1. $(+a)^0 = 1$ e $(-b)^0 = 1$

Conjunto dos números racionais – Q

Um número racional é o que pode ser escrito na forma $\frac{m}{n}$, onde m e n são números inteiros, sendo que n deve ser diferente de zero. Frequentemente usamos m/n para significar a divisão de m por n .



N C Z C Q (N está contido em Z que está contido em Q)

Subconjuntos:

Símbolo	Representação	Descrição
*	Q^*	Conjunto dos números racionais não nulos
+	Q_+	Conjunto dos números racionais não negativos
* e +	Q^*_+	Conjunto dos números racionais positivos
-	Q_-	Conjunto dos números racionais não positivos
* e -	Q^*_-	Conjunto dos números racionais negativos

Representação decimal

Podemos representar um número racional, escrito na forma de fração, em número decimal. Para isso temos duas maneiras possíveis:

1º) O numeral decimal obtido possui, após a vírgula, um número finito de algarismos. Decimais Exatos:

$$\frac{2}{5} = 0,4$$

2º) O numeral decimal obtido possui, após a vírgula, infinitos algarismos (nem todos nulos), repetindo-se periodicamente Decimais Periódicos ou Dízimas Periódicas:

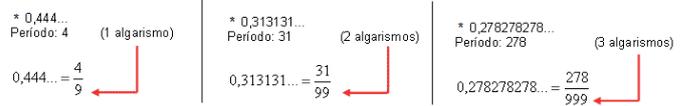
$$\frac{1}{3} = 0,333\dots$$

Representação Fracionária

É a operação inversa da anterior. Aqui temos duas maneiras possíveis:

1) Transformando o número decimal em uma fração numerador é o número decimal sem a vírgula e o denominador é composto pelo numeral 1, seguido de tantos zeros quantas forem as casas decimais do número decimal dado. Ex.: $0,035 = 35/1000$

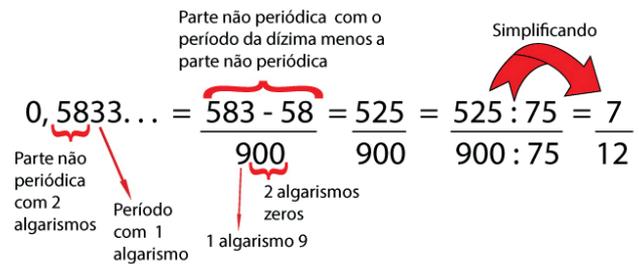
2) Através da fração geratriz. Aí temos o caso das dízimas periódicas que podem ser simples ou compostas.
- *Simplex*: o seu período é composto por um mesmo número ou conjunto de números que se repete infinitamente. Exemplos:



Procedimento: para transformarmos uma dízima periódica simples em fração basta utilizarmos o dígito 9 no denominador para cada quantos dígitos tiver o período da dízima.

- *Composta*: quando a mesma apresenta um ante período que não se repete.

a)



Procedimento: para cada algarismo do período ainda se coloca um algarismo 9 no denominador. Mas, agora, para cada algarismo do antiperíodo se coloca um algarismo zero, também no denominador.

LEGISLAÇÃO SUS E ESPECÍFICA

POLÍTICA DE SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, ESTRUTURA, FINANCIAMENTO E ORGANIZAÇÃO

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 profissionais 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 imple-

mentada 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 interestaduais, 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 papel 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 responsabilidade 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 es-

ATUALIDADE E LEGISLAÇÃO

NOÇÕES GERAIS SOBRE A ECONOMIA, A POLÍTICA E AS RELAÇÕES EXTERIORES

A economia, a política e as relações exteriores são três áreas interdependentes que desempenham um papel fundamental no desenvolvimento e funcionamento de um país.

A economia refere-se ao estudo das atividades econômicas de produção, distribuição e consumo de bens e serviços. Ela abrange aspectos como o crescimento econômico, o emprego, a inflação, o comércio internacional e a distribuição de renda. As políticas econômicas são implementadas pelos governos para influenciar esses aspectos e promover o desenvolvimento econômico.

A política, por sua vez, envolve o processo de tomada de decisões políticas e a administração dos assuntos públicos. Ela determina a forma como um país é governado e influencia as políticas econômicas, sociais e culturais. A política também está relacionada à democracia, à participação política, aos sistemas de governo e às relações de poder.

As relações exteriores referem-se às interações e relações entre países. Elas abrangem questões como a diplomacia, a política externa, os tratados internacionais, o comércio internacional, a segurança internacional e a cooperação global. As relações exteriores são importantes para a promoção dos interesses nacionais, a manutenção da paz e a busca de soluções conjuntas para problemas globais.

Essas três áreas estão intimamente interligadas e se influenciam mutuamente. Por exemplo, as políticas econômicas podem afetar as relações exteriores por meio do comércio internacional e dos investimentos estrangeiros. Da mesma forma, as relações exteriores podem influenciar a política doméstica e a economia de um país, como por meio de alianças militares ou acordos comerciais.

Em suma as noções gerais sobre a economia, a política e as relações exteriores são fundamentais para entender as dinâmicas sociais, políticas e econômicas de um país, bem como as interações entre os países.

A QUESTÃO AMBIENTAL: DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL

A questão ambiental é um tema de extrema importância na atualidade, pois envolve a preservação do meio ambiente e a busca por um desenvolvimento sustentável.

O desenvolvimento sustentável é um conceito que visa conciliar o progresso econômico e social com a preservação dos recursos naturais e a promoção da qualidade de vida. Isso significa que as atividades humanas devem ser realizadas de forma a garantir a sua continuidade no longo prazo, sem comprometer o equilíbrio ambiental.

Para alcançar o desenvolvimento sustentável, é necessário adotar práticas responsáveis de utilização dos recursos naturais, como a redução do consumo de energia, a reciclagem de materiais, o uso de tecnologias limpas e a proteção da biodiversidade.

Além disso, a responsabilidade socioambiental está diretamente ligada ao desenvolvimento sustentável. Ela envolve a preocupação das empresas e da sociedade em geral com os impactos de suas atividades no meio ambiente e nas comunidades onde estão inseridas.

As empresas têm o papel de adotar práticas sustentáveis em suas operações, como a redução da emissão de poluentes, a gestão adequada de resíduos e a promoção de ações sociais que beneficiem as comunidades locais. Já a sociedade em geral pode contribuir através de atitudes conscientes, como a redução do consumo excessivo e o uso racional dos recursos naturais.

Assim, a questão ambiental, o desenvolvimento sustentável e a responsabilidade socioambiental estão interligados e são fundamentais para garantir a preservação do meio ambiente e a qualidade de vida das futuras gerações.

A preocupação com o meio ambiente¹ vem sendo questionada e centro de tomada de decisões, pois, a grave problemática ameaça romper com o equilíbrio ecológico do Planeta.

Grande marco a respeito da preocupação ambiental está na Declaração de Estocolmo, de 1972, onde se enunciou, dentre outros, os direitos fundamentais do homem à liberdade, à igualdade e ao gozo de condições de vida adequadas num meio ambiente de tal qualidade que lhe permita levar uma vida digna com solene obrigação de proteger e melhorar o meio ambiente para as gerações presentes e futuras.

Já na Declaração do Rio de Janeiro, de 1992, a formulação é mais sutil, reza que os seres humanos estão no centro da preocupação com o desenvolvimento sustentável, com direito a uma vida mais saudável e produtiva, em harmonia com a natureza.

Breve histórico

A sociedade passou por profundas transformações em que a realidade socioeconômica se modificou com rapidez junto ao desenvolvimento incessante das economias de massas.

Os mecanismos de produção desenvolveram-se de tal forma a adequar às necessidades e vontades humanas. Contudo, o homem não mediu as possíveis consequências que tal desenvolvimento pudesse causar.

Não apenas o meio natural foi alterado, como também a globalização e seus mecanismos trouxeram para grande parcela da população mundial o aumento da pobreza, desigualdade social, além dentre outros, a exclusão estrutural e cultural, como a perda de identidade cultural e social, dando lugar ao consumismo cultural.

Ou seja, os avanços tecnológicos não tão adequados e preparados ameaçam aos Direitos Humanos, onde as classes excluídas sofrem diretamente muito mais com todo este cenário.

¹ <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-ambiental/educacao-ambiental-perspectivas-e-desafios-na-sociedade-de-risco/>

Sociedade atual – a crise e os riscos

A sociedade atual é caracterizada por uma sociedade de risco ambiental, em que não se sabe exatamente quais os riscos, quais suas proporções e devidas consequências.

A exploração irracional dos recursos naturais pelo homem desencadeou uma série de eventos negativos em que a própria vida do planeta se coloca em risco.

Destarte, o próprio homem se colocou na situação de crise ambiental e sociedade de risco, pois, os fatos como o advento da industrialização, globalização, crescimento populacional, guerras mundiais, fixação da cultura do consumismo, falta de estrutura e adequação, dentre outros, contribuíram para a atual crise ambiental.

Ainda, verifica-se que o modelo capitalista, irracional de exploração e apropriação dos recursos naturais não apenas alterou o meio natural, mas também houve o desencadeamento da miséria, de desigualdade social, concentração de renda e a própria violação aos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana. E, também, desestruturou ou extinguiu a identidade cultural de muitos povos.

Segundo, PHILIPPI Jr., o modelo de desenvolvimento econômico escolhido e assumido pelo governo brasileiro, nem sempre esteve associado ao meio ambiente, provocando, dentre outros, o incremento de uma sociedade dita consumista onde impera a força do mercado com regras que priorizam “ter” e não o “ser”, a quantidade, não a qualidade, de vida ou de qualquer outro objeto, de onde emerge o vocábulo “descartável”, neologismo que provoca a geração alucinada de resíduos sólidos, de todos os tipos, tamanhos e matérias. (Fonte: Urbanização e Meio Ambiente, Suetônio Mota, ABES, RJ, 2003, pg.50)

Isto é, o resultado desse tipo de desenvolvimento tem sido a degradação dos recursos naturais. Sendo que, respeitar a vida compreende respeitar ao meio ambiente e, sendo assim, o cuidado com o meio ambiente exige “ultrapassar fronteiras e gerações”, pois requer o “dever de atuação” da presente geração a fim de resguardar o “direito à vida” das futuras gerações.

DESCOBERTAS E INOVAÇÕES CIENTÍFICAS E SEUS IMPACTOS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA NO MUNDO, BRASIL, BAHIA E SALVADOR

A importância do estudo de atualidades

Dentre todas as disciplinas com as quais concurseiros e estudantes de todo o país se preocupam, a de atualidades tem se tornado cada vez mais relevante. Quando pensamos em matemática, língua portuguesa, biologia, entre outras disciplinas, inevitavelmente as colocamos em um patamar mais elevado que outras que nos parecem menos importantes, pois de algum modo nos é ensinado a hierarquizar a relevância de certos conhecimentos desde os tempos de escola.

No, entanto, atualidades é o único tema que insere o indivíduo no estudo do momento presente, seus acontecimentos, eventos e transformações. O conhecimento do mundo em que se vive de modo algum deve ser visto como irrelevante no estudo para concursos, pois permite que o indivíduo vá além do conhecimento técnico e explore novas perspectivas quanto à conhecimento de mundo.

Em sua grande maioria, as questões de atualidades em concursos são sobre fatos e acontecimentos de interesse público, mas podem também apresentar conhecimentos específicos do meio político, social ou econômico, sejam eles sobre música, arte, política, economia, figuras públicas, leis etc. Seja qual for a área, as questões de atualidades auxiliam as bancas a peneirarem os candidatos e selecionarem os melhores preparados não apenas de modo técnico.

Sendo assim, estudar atualidades é o ato de se manter constantemente informado. Os temas de atualidades em concursos são sempre relevantes. É certo que nem todas as notícias que você vê na televisão ou ouve no rádio aparecem nas questões, manter-se informado, porém, sobre as principais notícias de relevância nacional e internacional em pauta é o caminho, pois são debates de extrema recorrência na mídia.

O grande desafio, nos tempos atuais, é separar o joio do trigo. Com o grande fluxo de informações que recebemos diariamente, é preciso filtrar com sabedoria o que de fato se está consumindo. Por diversas vezes, os meios de comunicação (TV, internet, rádio etc.) adaptam o formato jornalístico ou informacional para transmitir outros tipos de informação, como fofocas, vidas de celebridades, futebol, acontecimentos de novelas, que não devem de modo algum serem inseridos como parte do estudo de atualidades. Os interesses pessoais em assuntos deste cunho não são condenáveis de modo algum, mas são triviais quanto ao estudo.

Ainda assim, mesmo que tentemos nos manter atualizados através de revistas e telejornais, o fluxo interminável e ininterrupto de informações veiculados impede que saibamos de fato como estudar. Apostilas e livros de concursos impressos também se tornam rapidamente desatualizados e obsoletos, pois atualidades é uma disciplina que se renova a cada instante.

O mundo da informação está cada vez mais virtual e tecnológico, as sociedades se informam pela internet e as compartilham em velocidades incalculáveis. Pensando nisso, a editora prepara mensalmente o material de atualidades de mais diversos campos do conhecimento (tecnologia, Brasil, política, ética, meio ambiente, jurisdição etc.) na “Área do Cliente”.

Lá, o concurseiro encontrará um material completo de aula preparado com muito carinho para seu melhor aproveitamento. Com o material disponibilizado online, você poderá conferir e checar os fatos e fontes de imediato através dos veículos de comunicação virtuais, tornando a ponte entre o estudo desta disciplina tão fluida e a veracidade das informações um caminho certo.

SOCIEDADE BRASILEIRA: FORMAÇÃO, ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

A sociedade brasileira é formada por uma mistura de diferentes etnias e culturas, resultado da colonização portuguesa, da escravidão africana, da imigração europeia e asiática, e da presença de povos indígenas. Essa diversidade é uma característica marcante do país e contribui para a riqueza cultural do Brasil.

A estrutura da sociedade brasileira é hierárquica e desigual, com uma grande disparidade de renda e acesso a direitos e recursos entre as diferentes classes sociais. A desigualdade social é um problema histórico no país, e a questão da distribuição de renda e oportunidades é um desafio para a sociedade brasileira.

A organização da sociedade brasileira se dá através de diversas instituições e organizações sociais, como o Estado, as empresas, as igrejas, as associações de classe, os sindicatos e os movimentos sociais. Essas instituições desempenham um papel importante na regulação e organização da vida social, política e econômica do país.

Apesar dos desafios e contradições, a sociedade brasileira é marcada pela criatividade, diversidade cultural e pela capacidade de resistência e resiliência diante das adversidades. A luta por justiça social, igualdade de direitos e inclusão de todos os segmentos da sociedade é um desafio constante, mas também uma fonte de inspiração e esperança para o futuro do país.

POBREZA E EXCLUSÃO SOCIAL

A pobreza e a exclusão social são problemas complexos que afetam milhões de pessoas em todo o mundo. A pobreza é caracterizada pela falta de recursos financeiros e de acesso a bens e serviços básicos, tais como alimentação, moradia, saúde e educação. Já a exclusão social refere-se à marginalização e discriminação de certos grupos da sociedade, que são impedidos de participar plenamente da vida social, econômica e política.

A pobreza e a exclusão social estão frequentemente interligadas, uma vez que as pessoas em situação de pobreza são as mais vulneráveis à exclusão social. A falta de recursos financeiros pode limitar o acesso a oportunidades de educação, emprego e saúde, perpetuando um ciclo de desvantagens e marginalização.

Para combater a pobreza e a exclusão social, é necessário adotar medidas abrangentes que abordem as causas estruturais desses problemas, tais como desigualdade de renda, falta de acesso a serviços básicos e discriminação baseada em gênero, raça, etnia ou condição física. Políticas públicas que promovam a inclusão social, a igualdade de oportunidades e a redistribuição de recursos são essenciais para garantir uma sociedade mais justa e equitativa para todos os seus membros. Além disso, é fundamental o engajamento da sociedade civil, do setor privado e das organizações internacionais na promoção de políticas e práticas que combatam a pobreza e a exclusão social em todas as suas formas.

A educação desempenha um papel fundamental na quebra do ciclo da pobreza e da exclusão social, permitindo que indivíduos tenham melhores oportunidades de emprego e alcancem uma melhor qualidade de vida. Investir em educação de qualidade para todos, independentemente da sua origem social ou econômica, é essencial para garantir um futuro promissor para as gerações futuras.

Além disso, é importante promover a inclusão social de grupos marginalizados, como pessoas com deficiência, migrantes, refugiados, comunidades indígenas, entre outros. Isso inclui garantir o acesso igualitário a serviços públicos, oportunidades de emprego e participação na vida política e social da comunidade.

A solidariedade e empatia são valores fundamentais na luta contra a pobreza e a exclusão social. É preciso que haja uma ampla sensibilização e conscientização da sociedade sobre a importância de combater esses problemas e de promover a igualdade de oportunidades para todos os membros da sociedade. Através da colaboração e cooperação de todos os setores da sociedade, é possível construir um mundo mais justo e inclusivo para todos os seus habitantes.

PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO

O preconceito e a discriminação são problemas sociais que envolvem a formação de opiniões negativas e estereotipadas sobre determinados grupos de pessoas, levando a tratamentos injustos e desiguais.

O preconceito refere-se a ideias pré-concebidas e pré-julgamentos baseados em características como raça, etnia, gênero, orientação sexual, religião, classe social, entre outros. Já a discriminação é a ação concreta de negação de direitos, oportunidades e tratamento igualitário a partir dos preconceitos enraizados.

Essas práticas prejudicam a sociedade como um todo, pois perpetuam desigualdades e injustiças, afetando a convivência e o desenvolvimento dos indivíduos. Além disso, o preconceito e a discriminação são contrários aos princípios de respeito à diversidade e igualdade de direitos, fundamentais para uma sociedade justa e inclusiva.

Combater o preconceito e a discriminação requer a conscientização e educação, promovendo a valorização da diversidade e a desconstrução de estereótipos negativos. É necessário também que as leis e políticas públicas sejam implementadas e efetivamente aplicadas, a fim de garantir a igualdade de oportunidades para todos os cidadãos. O diálogo, o respeito mútuo e a promoção da igualdade são fundamentais para superar esses problemas e construir uma sociedade mais justa e inclusiva.

Ademais, é importante que cada indivíduo reflita sobre seus próprios preconceitos e tome atitudes para não reproduzi-los. É necessário promover a empatia, a solidariedade e a compreensão entre as pessoas, buscando construir relações mais harmoniosas e respeitadas.

A luta contra o preconceito e a discriminação deve ser uma responsabilidade de toda a sociedade, e cabe a cada um de nós contribuir para a construção de um ambiente mais justo e igualitário. Juntos, podemos criar um mundo onde as diferenças sejam celebradas e respeitadas, e onde todos tenham as mesmas oportunidades e direitos.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988: DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS – ART. 1º AO ART. 4º

Forma, Sistema e Fundamentos da República

– Papel dos Princípios e o Neoconstitucionalismo

Os princípios abandonam sua função meramente subsidiária na aplicação do Direito, quando serviam tão somente de meio de integração da ordem jurídica (na hipótese de eventual lacuna) e vetor interpretativo, e passam a ser dotados de elevada e reconhecida normatividade.

– Princípio Federativo

Significa que a União, os Estados-membros, o Distrito Federal e os Municípios possuem autonomia, caracteriza por um determinado grau de liberdade referente à sua organização, à sua administração, à sua normatização e ao seu Governo, porém limitada por certos princípios consagrados pela Constituição Federal.

– Princípio Republicano

É uma forma de Governo fundada na igualdade formal entre as pessoas, em que os detentores do poder político exercem o comando do Estado em caráter eletivo, representativo, temporário e com responsabilidade.

– Princípio do Estado Democrático de Direito

O Estado de Direito é aquele que se submete ao império da lei. Por sua vez, o Estado democrático caracteriza-se pelo respeito ao princípio fundamental da soberania popular, vale dizer, funda-se na noção de Governo do povo, pelo povo e para o povo.

– Princípio da Soberania Popular

O parágrafo único do Artigo 1º da Constituição Federal revela a adoção da soberania popular como princípio fundamental ao prever que *“Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”*.

– Princípio da Separação dos Poderes

A visão moderna da separação dos Poderes não impede que cada um deles exerça atipicamente (de forma secundária), além de sua função típica (preponderante), funções atribuídas a outro Poder.

Vejamos abaixo, os dispositivos constitucionais correspondentes ao tema supracitado:

**TÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS**

Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

- I - a soberania;
- II - a cidadania
- III - a dignidade da pessoa humana;
- IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
- V - o pluralismo político.

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

Art. 2º São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

Objetivos Fundamentais da República

Os Objetivos Fundamentais da República estão elencados no Artigo 3º da CF/88. Vejamos:

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II - garantir o desenvolvimento nacional;
- III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Princípios de Direito Constitucional Internacional

Os Princípios de Direito Constitucional Internacional estão elencados no Artigo 4º da CF/88. Vejamos:

Art. 4º A República Federativa do Brasil rege-se nas suas relações internacionais pelos seguintes princípios:

- I - independência nacional;
- II - prevalência dos direitos humanos;
- III - autodeterminação dos povos;
- IV - não-intervenção;
- V - igualdade entre os Estados;
- VI - defesa da paz;
- VII - solução pacífica dos conflitos;
- VIII - repúdio ao terrorismo e ao racismo;
- IX - cooperação entre os povos para o progresso da humanidade;
- X - concessão de asilo político.

Parágrafo único. A República Federativa do Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando à formação de uma comunidade latino-americana de nações.

DOS DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS – ART. 5º AO ART. 17

Os direitos individuais estão elencados no caput do Artigo 5º da CF. São eles:

Direito à Vida

O direito à vida deve ser observado por dois prismas: o direito de permanecer vivo e o direito de uma vida digna.

O direito de permanecer vivo pode ser observado, por exemplo, na vedação à pena de morte (salvo em caso de guerra declarada).

Já o direito à uma vida digna, garante as necessidades vitais básicas, proibindo qualquer tratamento desumano como a tortura, penas de caráter perpétuo, trabalhos forçados, cruéis, etc.

Direito à Liberdade

O direito à liberdade consiste na afirmação de que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude de lei. Tal dispositivo representa a consagração da autonomia privada.

Trata-se a liberdade, de direito amplo, já que compreende, dentre outros, as liberdades: de opinião, de pensamento, de locomoção, de consciência, de crença, de reunião, de associação e de expressão.

Direito à Igualdade

A igualdade, princípio fundamental proclamado pela Constituição Federal e base do princípio republicano e da democracia, deve ser encarada sob duas óticas, a igualdade material e a igualdade formal.

A igualdade formal é a identidade de direitos e deveres concedidos aos membros da coletividade por meio da norma.

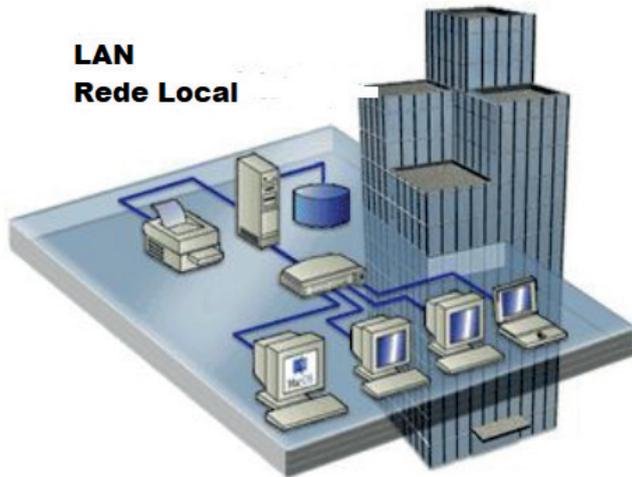
Por sua vez, a igualdade material tem por finalidade a busca da equiparação dos cidadãos sob todos os aspectos, inclusive o jurídico. É a consagração da máxima de Aristóteles, para quem o princípio da igualdade consistia em tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais na medida em que eles se desigualem.

NOÇÕES DE INFORMÁTICA

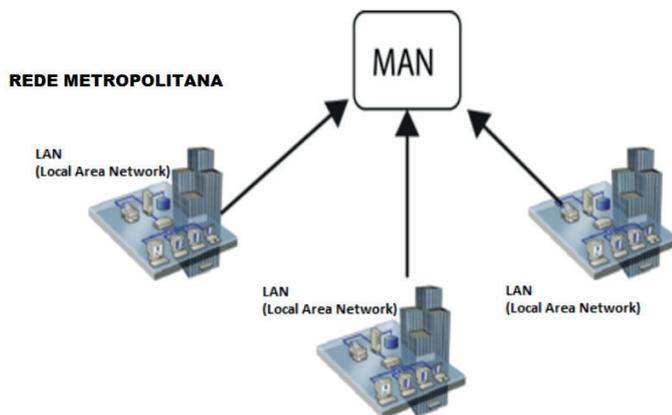
NOÇÕES DE INTERNET, INTRANET E REDES DE COMPUTADORES. CONCEITOS BÁSICOS DOS MODOS DE UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS DIGITAIS, SUAS FERRAMENTAS, USO E OPERAÇÃO DE APLICATIVOS E PROCEDIMENTOS DE INFORMÁTICA

Tipos de rede de computadores

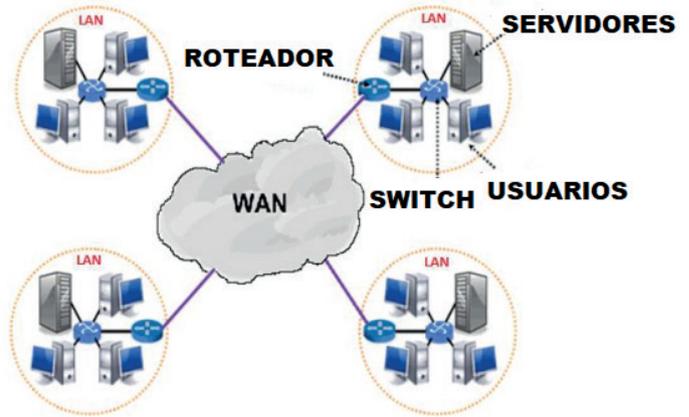
- LAN: Rede Local, abrange somente um perímetro definido. Exemplos: casa, escritório, etc.



- MAN: Rede Metropolitana, abrange uma cidade, por exemplo.



- WAN: É uma rede com grande abrangência física, maior que a MAN, Estado, País; podemos citar até a INTERNET para entendermos o conceito.



Navegação e navegadores da Internet

• Internet

É conhecida como a rede das redes. A internet é uma coleção global de computadores, celulares e outros dispositivos que se comunicam.

• Procedimentos de Internet e intranet

Através desta conexão, usuários podem ter acesso a diversas informações, para trabalho, lazer, bem como para trocar mensagens, compartilhar dados, programas, baixar documentos (download), etc.



• Sites

Uma coleção de páginas associadas a um endereço www. é chamada *web site*. Através de navegadores, conseguimos acessar web sites para operações diversas.

• **Links**

O link nada mais é que uma referência a um documento, onde o usuário pode clicar. No caso da internet, o Link geralmente aponta para uma determinada página, pode apontar para um documento qualquer para se fazer o download ou simplesmente abrir.

Dentro deste contexto vamos relatar funcionalidades de alguns dos principais navegadores de internet: Microsoft Internet Explorer, Mozilla Firefox e Google Chrome.

Internet Explorer 11



• **Identificar o ambiente**



O Internet Explorer é um navegador desenvolvido pela Microsoft, no qual podemos acessar sites variados. É um navegador simplificado com muitos recursos novos.

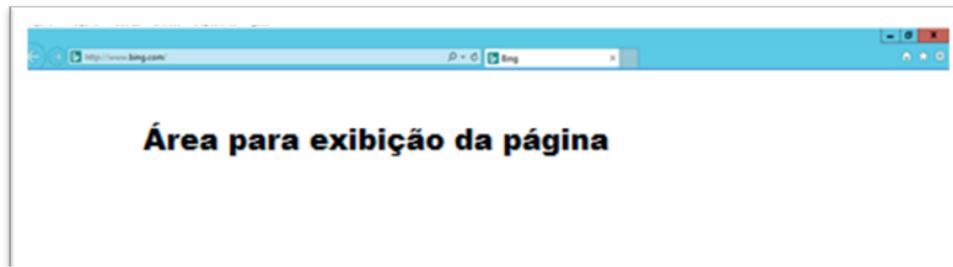
Dentro deste ambiente temos:

- **Funções de controle de privacidade:** Trata-se de funções que protegem e controlam seus dados pessoais coletados por sites;
- **Barra de pesquisas:** Esta barra permite que digitemos um endereço do site desejado. Na figura temos como exemplo: <https://www.gov.br/pt-br/>
- **Guias de navegação:** São guias separadas por sites aberto. No exemplo temos duas guias sendo que a do site <https://www.gov.br/pt-br/> está aberta.
- **Favoritos:** São pastas onde guardamos nossos sites favoritos
- **Ferramentas:** Permitem realizar diversas funções tais como: imprimir, acessar o histórico de navegação, configurações, dentre outras.

Desta forma o Internet Explorer 11, torna a navegação da internet muito mais agradável, com textos, elementos gráficos e vídeos que possibilitam ricas experiências para os usuários.

• **Características e componentes da janela principal do Internet Explorer**





À primeira vista notamos uma grande área disponível para *visualização*, além de percebermos que a barra de ferramentas fica automaticamente desativada, possibilitando uma maior área de exibição.

Vamos destacar alguns pontos segundo as indicações da figura:

1. Voltar/Avançar página

Como o próprio nome diz, clicando neste botão voltamos página visitada anteriormente;

2. Barra de Endereços

Esta é a área principal, onde digitamos o endereço da página procurada;

3. Ícones para manipulação do endereço da URL

Estes ícones são *pesquisar*, *atualizar* ou *fechar*, dependendo da situação pode aparecer *fechar* ou *atualizar*.

4. Abas de Conteúdo

São mostradas as abas das páginas carregadas.

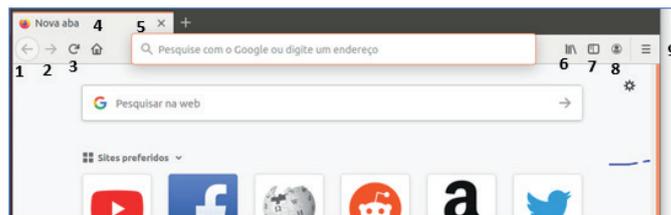
5. Página Inicial, favoritos, ferramentas, comentários

6.  Adicionar à barra de favoritos

Mozilla Firefox



Vamos falar agora do funcionamento geral do Firefox, objeto de nosso estudo:



Vejamos de acordo com os símbolos da imagem:

1		Botão Voltar uma página
2		Botão avançar uma página
3		Botão atualizar a página

4		Voltar para a página inicial do Firefox
5		Barra de Endereços
6		Ver históricos e favoritos
7		Mostra um painel sobre os favoritos (Barra, Menu e outros)
8		Sincronização com a conta FireFox (Vamos detalhar adiante)
9		Mostra menu de contexto com várias opções

– **Sincronização Firefox:** Ato de guardar seus dados pessoais na internet, ficando assim disponíveis em qualquer lugar. Seus dados como: Favoritos, históricos, Endereços, senhas armazenadas, etc., sempre estarão disponíveis em qualquer lugar, basta estar logado com o seu e-mail de cadastro. E lembre-se: ao utilizar um computador público sempre desative a sincronização para manter seus dados seguros após o uso.

Google Chrome



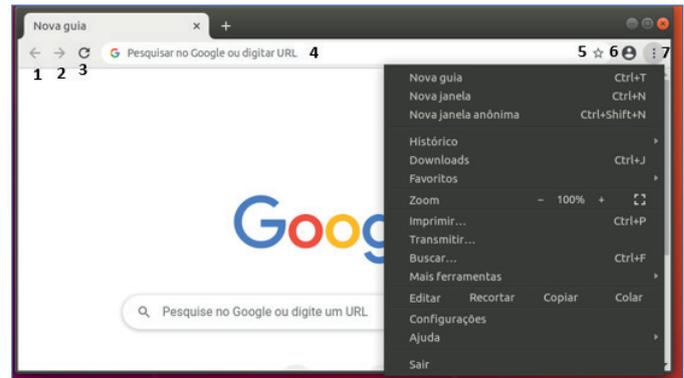
O Chrome é o navegador mais popular atualmente e disponibiliza inúmeras funções que, por serem ótimas, foram implementadas por concorrentes.

Vejam os:

• Sobre as abas

No Chrome temos o conceito de abas que são conhecidas também como guias. No exemplo abaixo temos uma aba aberta, se quisermos abrir outra para digitar ou localizar outro site, temos o sinal (+).

A barra de endereços é o local em que se digita o link da página visitada. Uma outra função desta barra é a de busca, sendo que ao digitar palavras-chave na barra, o mecanismo de busca do Google é acionado e exibe os resultados.



Vejam de acordo com os símbolos da imagem:

1		Botão Voltar uma página
2		Botão avançar uma página
3		Botão atualizar a página
4		Barra de Endereço.
5		Adicionar Favoritos
6		Usuário Atual
7		Exibe um menu de contexto que iremos relatar seguir.

O que vimos até aqui, são opções que já estamos acostumados ao navegar na Internet, mesmo estando no Ubuntu, percebemos que o Chrome é o mesmo navegador, apenas está instalado em outro sistema operacional. Como o Chrome é o mais comum atualmente, a seguir conferimos um pouco mais sobre suas funcionalidades.

• Favoritos

No Chrome é possível adicionar sites aos favoritos. Para adicionar uma página aos favoritos, clique na estrela que fica à direita da barra de endereços, digite um nome ou mantenha o sugerido, e pronto.

Por padrão, o Chrome salva seus sites favoritos na Barra de Favoritos, mas você pode criar pastas para organizar melhor sua lista. Para removê-lo, basta clicar em excluir.

CONHECIMENTO COMUM AOS PROFISSIONAIS DA APS

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017

Prezado Candidato, o tema supracitado, já foi abordado na matéria de Legislação SUS e Específica
Não deixe de conferir!

PRINCÍPIOS E ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a ação fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD)

“A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

A Atenção ou os Cuidados Primários de Saúde, como entendemos hoje, constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde. (ALEIXO)

Farmer e cols foram os primeiros a mostrar que a proporção de médicos de atenção primária por população teve efeito nas taxas de mortalidade, o qual foi independente de outros fatores.

Erroneamente, alguns segmentos da população a acreditam que a atenção especializada é melhor do que a atenção generalista.

A Estratégia Saúde da Família configura-se como o maior programa assistencial desenvolvido em escala em todo o Brasil, carregando enorme potencial para estruturar, de forma consistente, a Atenção Primária à Saúde em nosso País. (ALEIXO)

Internacionalmente tem-se apresentado ‘Atenção Primária à Saúde’ (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. Esse enunciado procura sintetizar as diversas concepções e denominações das propostas e experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS.

No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexi-

neriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação em clínica geral.

Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes.

Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (MINISTRY OF HEALTH)

Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Em contrapartida, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

Em 1978 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata,

no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS)

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. O documento descreve as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais.

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (MATTA).

Apesar de as metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século. Entretanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (MATTOS).

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais. Essa experiência inicialmente limitada às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos 50 e 60 para outras regiões do país, mas represada de um lado pela expansão do modelo médico-privatista, e de outro, pelas dificuldades de capilarização local de um órgão do governo federal, como é o caso do Sesp (MENDES).

Nos anos 70, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS) cujo objetivo era fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população.

Com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos 80. Nesse período, durante a crise do modelo médico previdenciário representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos.

Essas experiências somadas à constituição do SUS (BRASIL) e sua regulamentação (BRASIL) possibilitaram a construção de uma política de ABS que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como pode ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica, definindo a ABS como: um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social. (BRASIL)

A Charter for General Practice/Family Medicine in Europe [Carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa], desenvolvida por um grupo de trabalho da região europeia da Organização Mundial da Saúde (1994), reconhece, explicitamente, o papel da atenção primária como um sistema de atenção que oferece aten-

dimento acessível e aceitável para os pacientes; assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde; integra e coordena serviços curativos, paliativos, preventivos e promotores de saúde; controla, de forma racional, a tecnologia da atenção secundária e os medicamentos; e aumenta a relação custo-efetividade dos serviços por meio de 12 características:

1. Geral: não é restrita a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições
2. Acessível: em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura
3. Integrada: curativa, reabilitador, promotora de saúde e preventiva de enfermidades
4. Continuada: longitudinalidade ao longo de períodos substanciais de vida
5. Equipe: o médico é parte de um grupo multidisciplinar
6. Holística: perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades
7. Pessoal: atenção centrada na pessoa e não na enfermidade
8. Orientada para a família: problemas compreendidos no contexto da família e da rede social
9. Orientada para a comunidade: contexto de vida na comunidade local; consciência de necessidades de saúde na comunidade; colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde
10. Coordenada: coordenação de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe
11. Confidencial
12. Defensora: defensora do paciente em questões de saúde sempre e em relação a todos os outros provedores de atenção à saúde.

Reconhece, ainda, que determinadas condições estruturais, melhoras organizacionais e questões de desenvolvimento profissional devem ser consideradas na oferta de atenção primária de alta qualidade.

Os quatro elementos estruturais relevantes à atenção primária são acessibilidade, variedade de serviços, população eletiva e continuidade. São definidos como segue:

Acessibilidade: envolve a localização do estabelecimento próximo da população a qual atende, os horários e dias em que está aberto para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos da acessibilidade.

Variedade de serviços: é o pacote de serviços disponíveis para a população, bem como aqueles serviços que a população acredita que estejam disponíveis.

Definição da população eletiva: inclui o quanto o serviço de atenção à saúde pode identificar a população pela qual assume responsabilidade e o quanto os indivíduos da população atendida sabem que são considerados parte dela.

Continuidade: consiste nos arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos. A continuidade pode ser alcançada por intermédio de diversos mecanismos: um profissional que atende ao paciente ou um prontuário médico que registra o atendimento prestado, um registro computadorizado ou mesmo um prontuário trazido pelo paciente. O quanto o estabelecimento oferece tais arranjos e a percepção de sua obtenção pelos indivíduos na população indica a extensão da continuidade da atenção.

A coordenação (integração) da atenção requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além de reconhecimento de problemas (um elemento processual). Por exemplo, o estado de problemas observado em consultas anteriores ou problemas pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais deveria ser avaliado nas consultas subsequentes. Este reconhecimento de problemas será facilitado se o mesmo profissional examinar o paciente no acompanhamento ou se houver um prontuário médico que esclareça estes problemas. Assim, tanto a continuidade como o reconhecimento de problemas são necessários para avaliar a coordenação da atenção.

A coordenação, o quarto componente da atenção, é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa. Descrições de atenção primária, sob o ponto de vista do médico, frequentemente, referem-se ao profissional de atenção primária como o defensor do paciente (Robinson, 1977) ou em termos do compromisso do médico de atenção primária com as pessoas (McWhinney, 1975; Draper e Smits, 1975). Para chegar ao que estes termos indicam, o profissional de atenção primária deve estar ciente de todos os problemas do paciente em qualquer contexto no qual estes apareçam, pelo menos no que se refere à saúde. A ampliação do alcance da prática em consultórios individuais para unidades de grupo e como parte de sistemas integrados de saúde fornece tanto novos desafios como melhores oportunidades para coordenar os serviços.

Coordenação é um “estado de estar em harmonia numa ação ou esforço em comum”. Esta definição expressa, formalmente, o que as descrições mais realistas indicam. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

A expressão manejo de caso, que foi recentemente utilizada para descrever esforços para conter custos, pode-se sobrepor à ideia de coordenação da atenção, mas existe pouca concordância sobre uma definição operacional padrão de manejo de caso. Neste livro, manejo de caso é considerado como uma função da atenção que deriva da presença de uma fonte habitual, ou seja, longitudinalidade.

Longitudinalidade, no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. A continuidade não é necessária para que esta relação exista; as interrupções na continuidade da atenção, por qualquer motivo, necessariamente não interrompem esta relação. Portanto, o termo “longitudinalidade”, cunhado por Alpert e Charney em 1974, oferece um sentido muito melhor sobre a característica que é uma parte crucial da atenção primária.

A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim, a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população eletiva, bem como os indivíduos dessa população que deveriam receber seu atendimento da unidade, exceto quando for necessário realizar uma consulta fora ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com sua fonte de atenção deveria ser refletido em fortes laços interpessoais que refletissem a cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde.

Diversas questões importantes referem-se à longitudinalidade.

Aqueles indivíduos claramente identificados como usuários identificam a unidade de saúde como sua fonte regular de atenção e utilizam-na como tal por um período de tempo? Todas as consultas, exceto as iniciadas pelos profissionais, ocorrem na unidade? A natureza da interação entre o profissional de saúde e os pacientes reflete sua cooperação mútua?

Atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A saúde da família aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cujo trabalho é referência de cuidados para a população adscrita, com um número definido de domicílios e famílias assistidos por equipe.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde (ver verbete Atenção à Saúde), de forma a garantir o princípio da integralidade, assim como a necessidade permanente de ajuste das ações e serviços locais de saúde, visando à apreensão ampliada das necessidades de saúde da população e à superação das iniquidades entre as regiões do país.

Ressalta-se também na ABS a importante participação de profissionais de nível básico e médio em saúde, como os agentes comunitários de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros responsáveis por ações de educação e vigilância em saúde.

Por sua vez a Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica que se caracteriza pela tenção integral à saúde, levando em conta a inserção do paciente na família e comunidade. Foi em 1981, que o Ministério da Educação por meio da Comissão Nacional de Residência Médica reconheceu a MFC.

No ano de 2002 foi dada nova nomenclatura passando a ser conhecida como Associação Médica Brasileira e Comissão Nacional de Residência Médica em proposta da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

A Atenção Primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto o nível intermediário de atenção fica a encargo do SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), e o atendimento de média e alta complexidade feito nos hospitais.

A Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

A Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivo).

Envolve ainda a assistência em cirurgia reparadora (de mutilações, traumas ou queimaduras graves), cirurgia bariátrica (para os casos de obesidade mórbida), cirurgia reprodutiva, reprodução

assistida, genética clínica, terapia nutricional, distrofia muscular progressiva, osteogênese imperfeita (doença genética que provoca a fragilidade dos ossos) e fibrose cística (doença genética que acomete vários órgãos do corpo causando deficiências progressivas).

Entre os procedimentos ambulatoriais de alta complexidade estão a quimioterapia, a radioterapia, a hemoterapia, a ressonância magnética e a medicina nuclear, além do fornecimento de medicamentos excepcionais, tais como próteses ósseas, marca-passos, *stent* cardíaco, etc.

História e Conceitos

A primeira definição¹ sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ALMA-ATA, 1978).

Atenção Primária à Saúde forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

A atenção primária à saúde (APS) pode ser entendida como o primeiro nível do sistema de serviço de saúde, o qual deve funcionar como porta de entrada preferencial do sistema, com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando assim uma rede integrada de serviços (STARFIELD, 2004).

Pode ser vista como uma estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipes de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentado por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados, a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores, organizado em consonância com a comunidade a fim de proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos, suas famílias e da comunidade em um processo conjunto de produção social de saúde, mediante um pacto social que inclui aspectos biopsicossociais e do meio ambiente não discriminando nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural de raça ou sexo (LAGO & CRUZ, 2001).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS (BRASIL, 2004).

Até o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, a atenção básica à saúde organizava-se, sobretudo com base em serviços norteados pelos princípios de um modelo que entendia a saúde apenas como a ausência de doença, baseando-se em práticas frequentemente clientelistas e de conteúdo curativo. A oferta de atenção concentrava-se no indivíduo e suas demandas, desconsiderando a realidade e autonomia locais, o planejamento a partir de perfis epidemiológicos e a participação comunitária (PAIM, 2003).

1 <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/historia-e-conceitos-da-atencao-primaria-em-saude/43945>

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Enfermeiro PSF (SMS)

BASES ÉTICAS E LEGAIS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem – Cofen, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução Cofen nº 421, de 15 de fevereiro de 2012, e

CONSIDERANDO que nos termos do inciso III do artigo 8º da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, compete ao Cofen elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;

CONSIDERANDO que o Código de Deontologia de Enfermagem deve submeter-se aos dispositivos constitucionais vigentes;

CONSIDERANDO a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra (1949), cujos postulados estão contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiras (1953, revisado em 2012);

CONSIDERANDO a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005);

CONSIDERANDO o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993, reformulado em 2000 e 2007), as normas nacionais de pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 196/1996), revisadas pela Resolução nº 466/2012, e as normas internacionais sobre pesquisa envolvendo seres humanos;

CONSIDERANDO a proposta de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, consolidada na 1ª Conferência Nacional de Ética na Enfermagem – 1ª CONEENF, ocorrida no período de 07 a 09 de junho de 2017, em Brasília – DF, realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem e Coordenada pela Comissão Nacional de Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, instituída pela Portaria Cofen nº 1.351/2016;

CONSIDERANDO a Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal e a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, nos casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos e privados;

CONSIDERANDO a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente;

CONSIDERANDO a Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso;

CONSIDERANDO a Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

CONSIDERANDO a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

CONSIDERANDO as sugestões apresentadas na Assembleia Extraordinária de Presidentes dos Conselhos Regionais de Enfermagem, ocorrida na sede do Cofen, em Brasília, Distrito Federal, no dia 18 de julho de 2017, e

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário do Conselho Federal de Enfermagem em sua 491ª Reunião Ordinária,

RESOLVE:

Art. 1º Aprovar o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, conforme o anexo desta Resolução, para observância e respeito dos profissionais de Enfermagem, que poderá ser consultado através do sítio de internet do Cofen (www.cofen.gov.br).

Art. 2º Este Código aplica-se aos Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Obstetizes e Parteiras, bem como aos atendentes de Enfermagem.

Art. 3º Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 4º Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por proposta de 2/3 dos Conselheiros Efetivos do Conselho Federal ou mediante proposta de 2/3 dos Conselhos Regionais.

Parágrafo Único. A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria, coordenada pelos Conselhos Regionais, sob a coordenação geral do Conselho Federal de Enfermagem, em formato de Conferência Nacional, precedida de Conferências Regionais.

Art. 5º A presente Resolução entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias a partir da data de sua publicação no Diário Oficial da União, revogando-se as disposições em contrário, em especial a Resolução Cofen nº 311/2007, de 08 de fevereiro de 2007.

Brasília, 6 de novembro de 2017.

ANEXO DA RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017

PREÂMBULO

O Conselho Federal de Enfermagem, ao revisar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE, norteou-se por princípios fundamentais, que representam imperativos para a conduta profissional e consideram que a Enfermagem é uma ciência, arte e

uma prática social, indispensável à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde; tem como responsabilidades a promoção e a restauração da saúde, a prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento; proporciona cuidados à pessoa, à família e à coletividade; organiza suas ações e intervenções de modo autônomo, ou em colaboração com outros profissionais da área; tem direito a remuneração justa e a condições adequadas de trabalho, que possibilitem um cuidado profissional seguro e livre de danos.

Sobretudo, esses princípios fundamentais reafirmam que o respeito aos direitos humanos é inerente ao exercício da profissão, o que inclui os direitos da pessoa à vida, à saúde, à liberdade, à igualdade, à segurança pessoal, à livre escolha, à dignidade e a ser tratada sem distinção de classe social, geração, etnia, cor, crença religiosa, cultura, incapacidade, deficiência, doença, identidade de gênero, orientação sexual, nacionalidade, convicção política, raça ou condição social.

Inspirado nesse conjunto de princípios é que o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo Art. 8º, inciso III, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, aprova e edita esta nova revisão do CEPE, exortando os profissionais de Enfermagem à sua fiel observância e cumprimento.

PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade.

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar.

CAPÍTULO I DOS DIREITOS

Art. 1º Exercer a Enfermagem com liberdade, segurança técnica, científica e ambiental, autonomia, e ser tratado sem discriminação de qualquer natureza, segundo os princípios e pressupostos legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

Art. 3º Apoiar e/ou participar de movimentos de defesa da dignidade profissional, do exercício da cidadania e das reivindicações por melhores condições de assistência, trabalho e remuneração, observados os parâmetros e limites da legislação vigente.

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 5º Associar-se, exercer cargos e participar de Organizações da Categoria e Órgãos de Fiscalização do Exercício Profissional, atendidos os requisitos legais.

Art. 6º Aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos, históricos e culturais que dão sustentação à prática profissional.

Art. 7º Ter acesso às informações relacionadas à pessoa, família e coletividade, necessárias ao exercício profissional.

Art. 8º Requerer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, medidas cabíveis para obtenção de desagravo público em decorrência de ofensa sofrida no exercício profissional ou que atinja a profissão.

Art. 9º Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 10 Ter acesso, pelos meios de informação disponíveis, às diretrizes políticas, normativas e protocolos institucionais, bem como participar de sua elaboração.

Art. 11 Formar e participar da Comissão de Ética de Enfermagem, bem como de comissões interdisciplinares da instituição em que trabalha.

Art. 12 Abster-se de revelar informações confidenciais de que tenha conhecimento em razão de seu exercício profissional.

Art. 13 Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desprezitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 14 Aplicar o processo de Enfermagem como instrumento metodológico para planejar, implementar, avaliar e documentar o cuidado à pessoa, família e coletividade.

Art. 15 Exercer cargos de direção, gestão e coordenação, no âmbito da saúde ou de qualquer área direta ou indiretamente relacionada ao exercício profissional da Enfermagem.

Art. 16 Conhecer as atividades de ensino, pesquisa e extensão que envolvam pessoas e/ou local de trabalho sob sua responsabilidade profissional.

Art. 17 Realizar e participar de atividades de ensino, pesquisa e extensão, respeitando a legislação vigente.

Art. 18 Ter reconhecida sua autoria ou participação em pesquisa, extensão e produção técnico-científica.

Art. 19 Utilizar-se de veículos de comunicação, mídias sociais e meios eletrônicos para conceder entrevistas, ministrar cursos, palestras, conferências, sobre assuntos de sua competência e/ou divulgar eventos com finalidade educativa e de interesse social.

Art. 20 Anunciar a prestação de serviços para os quais detenha habilidades e competências técnico-científicas e legais.

Art. 21 Negar-se a ser filmado, fotografado e exposto em mídias sociais durante o desempenho de suas atividades profissionais.

Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 23 Requerer junto ao gestor a quebra de vínculo da relação profissional/usuários quando houver risco à sua integridade física e moral, comunicando ao Coren e assegurando a continuidade da assistência de Enfermagem.

**CAPÍTULO II
DOS DEVERES**

Art. 24 Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 25 Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

Art. 26 Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 27 Incentivar e apoiar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades em organizações da categoria.

Art. 28 Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

Art. 29 Comunicar formalmente, ao Conselho Regional de Enfermagem, fatos que envolvam recusa e/ou demissão de cargo, função ou emprego, motivado pela necessidade do profissional em cumprir o presente Código e a legislação do exercício profissional.

Art. 30 Cumprir, no prazo estabelecido, determinações, notificações, citações, convocações e intimações do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

Art. 31 Colaborar com o processo de fiscalização do exercício profissional e prestar informações fidedignas, permitindo o acesso a documentos e a área física institucional.

Art. 32 Manter inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, com jurisdição na área onde ocorrer o exercício profissional.

Art. 33 Manter os dados cadastrais atualizados junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 34 Manter regularizadas as obrigações financeiras junto ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição.

Art. 35 Apor nome completo e/ou nome social, ambos legíveis, número e categoria de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, assinatura ou rubrica nos documentos, quando no exercício profissional.

§ 1º É facultado o uso do carimbo, com nome completo, número e categoria de inscrição no Coren, devendo constar a assinatura ou rubrica do profissional.

§ 2º Quando se tratar de prontuário eletrônico, a assinatura deverá ser certificada, conforme legislação vigente.

Art. 36 Registrar no prontuário e em outros documentos as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar de forma clara, objetiva, cronológica, legível, completa e sem rasuras.

Art. 37 Documentar formalmente as etapas do processo de Enfermagem, em consonância com sua competência legal.

Art. 38 Prestar informações escritas e/ou verbais, completas e fidedignas, necessárias à continuidade da assistência e segurança do paciente.

Art. 39 Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem.

Art. 40 Orientar à pessoa e família sobre preparo, benefícios, riscos e consequências decorrentes de exames e de outros procedimentos, respeitando o direito de recusa da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 41 Prestar assistência de Enfermagem sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 42 Respeitar o direito do exercício da autonomia da pessoa ou de seu representante legal na tomada de decisão, livre e esclarecida, sobre sua saúde, segurança, tratamento, conforto, bem-estar, realizando ações necessárias, de acordo com os princípios éticos e legais.

Parágrafo único. Respeitar as diretivas antecipadas da pessoa no que concerne às decisões sobre cuidados e tratamentos que deseje ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, suas vontades.

Art. 43 Respeitar o pudor, a privacidade e a intimidade da pessoa, em todo seu ciclo vital e nas situações de morte e pós-morte.

Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

Parágrafo único. Será respeitado o direito de greve e, nos casos de movimentos reivindicatórios da categoria, deverão ser prestados os cuidados mínimos que garantam uma assistência segura, conforme a complexidade do paciente.

Art. 45 Prestar assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 46 Recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica na qual não constem assinatura e número de registro do profissional prescritor, exceto em situação de urgência e emergência.

§ 1º O profissional de Enfermagem deverá recusar-se a executar prescrição de Enfermagem e Médica em caso de identificação de erro e/ou ilegibilidade da mesma, devendo esclarecer com o prescritor ou outro profissional, registrando no prontuário.

§ 2º É vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação, conforme Resolução vigente.

Art. 47 Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

Art. 48 Prestar assistência de Enfermagem promovendo a qualidade de vida à pessoa e família no processo do nascer, viver, morrer e luto.

Parágrafo único. Nos casos de doenças graves incuráveis e terminais com risco iminente de morte, em consonância com a equipe multiprofissional, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis para assegurar o conforto físico, psíquico, social e espiritual, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

Art. 49 Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado.

Art. 50 Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal, ou decisão judicial.

Parágrafo único. Ficam resguardados os casos em que não haja capacidade de decisão por parte da pessoa, ou na ausência do representante ou responsável legal.

Art. 51 Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independentemente de ter sido praticada individual ou em equipe, por imperícia, imprudência ou negligência, desde que tenha participação e/ou conhecimento prévio do fato.

Parágrafo único. Quando a falta for praticada em equipe, a responsabilidade será atribuída na medida do(s) ato(s) praticado(s) individualmente.

Art. 52 Manter sigilo sobre fato de que tenha conhecimento em razão da atividade profissional, exceto nos casos previstos na legislação ou por determinação judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante ou responsável legal.

§ 1º Permanece o dever mesmo quando o fato seja de conhecimento público e em caso de falecimento da pessoa envolvida.

§ 2º O fato sigiloso deverá ser revelado em situações de ameaça à vida e à dignidade, na defesa própria ou em atividade multiprofissional, quando necessário à prestação da assistência.

§ 3º O profissional de Enfermagem intimado como testemunha deverá comparecer perante a autoridade e, se for o caso, declarar suas razões éticas para manutenção do sigilo profissional.

§ 4º É obrigatória a comunicação externa, para os órgãos de responsabilização criminal, independentemente de autorização, de casos de violência contra: crianças e adolescentes; idosos; e pessoas incapacitadas ou sem condições de firmar consentimento.

§ 5º A comunicação externa para os órgãos de responsabilização criminal em casos de violência doméstica e familiar contra mulher adulta e capaz será devida, independentemente de autorização, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo do profissional e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 53 Resguardar os preceitos éticos e legais da profissão quanto ao conteúdo e imagem veiculados nos diferentes meios de comunicação e publicidade.

Art. 54 Estimular e apoiar a qualificação e o aperfeiçoamento técnico-científico, ético-político, socioeducativo e cultural dos profissionais de Enfermagem sob sua supervisão e coordenação.

Art. 55 Aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, ético-políticos, socioeducativos e culturais, em benefício da pessoa, família e coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 56 Estimular, apoiar, colaborar e promover o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, devidamente aprovados nas instâncias deliberativas.

Art. 57 Cumprir a legislação vigente para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Art. 58 Respeitar os princípios éticos e os direitos autorais no processo de pesquisa, em todas as etapas.

Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 60 Respeitar, no exercício da profissão, a legislação vigente relativa à preservação do meio ambiente no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

CAPÍTULO III DAS PROIBIÇÕES

Art. 61 Executar e/ou determinar atos contrários ao Código de Ética e à legislação que disciplina o exercício da Enfermagem.

Art. 62 Executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

Art. 63 Colaborar ou acumpliciar-se com pessoas físicas ou jurídicas que desrespeitem a legislação e princípios que disciplinam o exercício profissional de Enfermagem.

Art. 64 Provocar, cooperar, ser conivente ou omisso diante de qualquer forma ou tipo de violência contra a pessoa, família e coletividade, quando no exercício da profissão.

Art. 65 Aceitar cargo, função ou emprego vago em decorrência de fatos que envolvam recusa ou demissão motivada pela necessidade do profissional em cumprir o presente código e a legislação do exercício profissional; bem como pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 66 Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de qualquer instituição ou estabelecimento congêneres, quando, nestas, não exercer funções de enfermagem estabelecidas na legislação.

Art. 67 Receber vantagens de instituição, empresa, pessoa, família e coletividade, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 68 Valer-se, quando no exercício da profissão, de mecanismos de coação, omissão ou suborno, com pessoas físicas ou jurídicas, para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 69 Utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional.

Art. 70 Utilizar dos conhecimentos de enfermagem para praticar atos tipificados como crime ou contravenção penal, tanto em ambientes onde exerça a profissão, quanto naqueles em que não a exerça, ou qualquer ato que infrinja os postulados éticos e legais.

Art. 71 Promover ou ser conivente com injúria, calúnia e difamação de pessoa e família, membros das equipes de Enfermagem e de saúde, organizações da Enfermagem, trabalhadores de outras áreas e instituições em que exerce sua atividade profissional.

Art. 72 Praticar ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais, no exercício profissional.

Art. 73 Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.

Parágrafo único. Nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência.

Art. 74 Promover ou participar de prática destinada a antecipar a morte da pessoa.

Art. 75 Praticar ato cirúrgico, exceto nas situações de emergência ou naquelas expressamente autorizadas na legislação, desde que possua competência técnica-científica necessária.

Art. 76 Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

Art. 77 Executar procedimentos ou participar da assistência à saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

Art. 78 Administrar medicamentos sem conhecer indicação, ação da droga, via de administração e potenciais riscos, respeitados os graus de formação do profissional.

Art. 79 Prescrever medicamentos que não estejam estabelecidos em programas de saúde pública e/ou em rotina aprovada em instituição de saúde, exceto em situações de emergência.

Art. 80 Executar prescrições e procedimentos de qualquer natureza que comprometam a segurança da pessoa.