



OP-046MA-20
CÓD.: 7891182033084

Secretaria de Saúde do Distrito Federal - SES-DF

Enfermeiro Obstetra

A apostila preparatória é elaborada antes da publicação do Edital Oficial com base no edital anterior, para que o aluno antecipe seus estudos.

Língua Portuguesa

1 Compreensão e compreensão de textos.	01
2 Tipologia textual.	09
3 Ortografia.	15
4 Acentuação gráfica.	18
5 Emprego do sinal indicativo de crase.	20
6 Formação, classe e emprego de palavras	22
7 Sintaxe da oração e do período.	35
8 Pontuação.	41
9 Concordância nominal e verbal.	43
10 Colocação pronominal.	48
11 Regência nominal e verbal.	48
12 Equivalência e transformação de estruturas.	52
13 Paralelismo sintático.	54
14 Relações de sinonímia e antonímia.	55

Raciocínio Lógico e Matemático

1 Operações, propriedades e aplicações (soma, subtração, multiplicação, divisão, potenciação e radiciação).	01
2 Princípios de contagem e probabilidade.	01
3 Arranjos e permutações.	01
4 Combinações.	01
5 Conjuntos numéricos (números naturais, inteiros, racionais e reais) e operações com conjuntos.	07
6 Razões e proporções (grandezas diretamente proporcionais, grandezas inversamente proporcionais, porcentagem, regras de três simples e compostas).	21
7 Equações e inequações.	27
8 Sistemas de medidas.	30
9 Volumes.	32
10 Compreensão de estruturas lógicas.	39
11 Lógica de argumentação (analogias, inferências, deduções e conclusões).	39
12 Diagramas lógicos.	39

Sistema Único de Saúde (SUS)

1 Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios, diretrizes e arcabouço legal.	01
2 Controle Social no SUS.	08
3 Resolução no 453/ 2012, do Conselho Nacional de Saúde	10
Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde	12

4 Constituição Federal, artigos de 194 a 200.....	12
5 Lei Orgânica da Saúde – Lei no 8.080/1990	14
Lei no 8.142/1990	22
e Decreto Presidencial no 7.508/2011	23
6 Determinantes Sociais da Saúde	26
7 Sistemas de Informação em Saúde	26

Legislação Aplicada aos Servidores do Governo do Distrito Federal

1 Lei Orgânica do Distrito Federal e alterações posteriores.	01
2 Lei Complementar no 840, de 23 de dezembro de 2011 (dispõe sobre o regime jurídicos dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais).	53

Atualidades

1 Realidade étnica, social, histórica, geográfica, cultura, política e econômica do Distrito Federal e da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE).	01
--	----

Conhecimentos Específicos **Enfermeiro Obstetra**

1 Processo de enfermagem.....	01
2 Sistematização da Assistência em Enfermagem.	01
3 Biossegurança, prevenção e controle de riscos ocupacionais e de infecções hospitalares.....	01
4 Administração em Enfermagem.	01
5 Dimensionamento de profissionais de enfermagem.....	02
6 Fisiologia da gestação, parto e puerpério.	02
7 Farmacologia aplicada ao ciclo gravídico puerperal.....	04
8 Assistência de Enfermagem no climatério, menopausa e esterilidade.....	04
9 Assistência à saúde materna e perinatal baseada em evidências científicas.....	04
10 Assistência de enfermagem ao pré-parto, parto e puerpério.	05
11 Intercorrências patológicas na gestação, parto e puerpério (hemorragias pós-parto e síndromes hemorrágicas na gestação, síndromes hipertensivas).	05
12 Processos infecciosos na gestação (trato urinário, vulvo-vaginites, infecções congênitas: sífilis, HIV, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose).....	06
13 Reanimação neonatal.....	07
14 Exames pré-natal de rotina avaliação e conduta.	07
15 Práticas de atenção ao risco obstétrico e neonatal baseadas em evidências científicas: assistência perinatal e morbimortalidade materna.	08
16 Assistência às urgências e emergências gerais, obstétricas e neonatais.....	08
17 Assistência ao recém-nascido em sala de parto.....	09

18 Alojamento conjunto espaço de cuidado e educação.....	09
19 Incentivo ao aleitamento materno e do vínculo mãe-bebê.....	10
20 Cuidados de enfermagem em triagem neonatal.....	10
21 Método Canguru.....	11
22 Assistência de enfermagem relacionada ao manuseio de hemocomponentes e hemoderivados.	11
23 Educação em saúde: educação popular em saúde e sua aplicação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde materno-infantil.	11
24 Conhecimentos relacionados ao Banco de Leite Humano.	12
25 Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes/MS/2012.....	12
26 Assistência à mulher em situação de abortamento e violência. Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento/MS/2011.....	13
27 Assistência à mulher no planejamento familiar: Lei no 9.263/1996, que regulamenta o Planejamento Familiar.	16
28 Programa Nacional de Imunizações.	14
29 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).	14
30 Políticas públicas para a promoção da saúde materna e perinatal no Brasil: diretrizes nacionais para a assistência ao pré-natal e ao puerpério e as doenças sexualmente transmissíveis.....	14
31 Legislação específica para a enfermagem em obstetrícia e técnicas obstétricas e relacionadas ao recém-nascido.....	17
32 Requisitos técnicos de funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.	15
33 Rede Cegonha e publicações relacionadas: Lei no 11.108/2005,.....	22
Lei no 11.634/2007,.....	22
Portaria GM/MS no 1.459/2011,.....	22
Portaria GM/MS no 930/2012,	27
Portaria GM/MS no 1.020/2013,.....	33
Portaria SAS/MS no 371/2014	39
Portaria GM/MS no 11/2015).....	42



AVISO IMPORTANTE



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



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



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



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



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



Apostilas Opção, a Opção certa para a sua realização.



CONTEÚDO EXTRA

Aqui você vai saber tudo sobre o Conteúdo Extra Online



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



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



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



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



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

LÍNGUA PORTUGUESA

1 Compreensão e interpretação de textos.	01
2 Tipologia textual.	09
3 Ortografia.	15
4 Acentuação gráfica.	18
5 Emprego do sinal indicativo de crase.	20
6 Formação, classe e emprego de palavras	22
7 Sintaxe da oração e do período.	35
8 Pontuação.	41
9 Concordância nominal e verbal.	43
10 Colocação pronominal.	48
11 Regência nominal e verbal.	48
12 Equivalência e transformação de estruturas.	52
13 Paralelismo sintático.	54
14 Relações de sinonímia e antonímia.	55

1 COMPREENSÃO E INTELECÇÃO DE TEXTOS.

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

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

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

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

Normalmente, numa prova, o candidato deve:

- 1- **Identificar** os elementos fundamentais de uma argumentação, de um processo, de uma época (neste caso, procuram-se os verbos e os advérbios, os quais definem o tempo).
- 2- **Comparar** as relações de semelhança ou de diferenças entre as situações do texto.
- 3- **Comentar**/relacionar o conteúdo apresentado com uma realidade.
- 4- **Resumir** as ideias centrais e/ou secundárias.
- 5- **Parafrasear** = reescrever o texto com outras palavras.

Condições básicas para interpretar

Fazem-se necessários:

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

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

- Capacidade de observação e de síntese;
- Capacidade de raciocínio.

Interpretar / Compreender

Interpretar significa:

- Explicar, comentar, julgar, tirar conclusões, deduzir.
- Através do texto, infere-se que...
- É possível deduzir que...
- O autor permite concluir que...
- Qual é a intenção do autor ao afirmar que...

Compreender significa

- entendimento, atenção ao que realmente está escrito.
- o texto diz que...
- é sugerido pelo autor que...
- de acordo com o texto, é correta ou errada a afirmação...
- o narrador afirma...

Erros de interpretação

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

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

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

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

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

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

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

- **que** (neutro) - relaciona-se com qualquer antecedente, mas depende das condições da frase.
- **qual** (neutro) idem ao anterior.
- **quem** (pessoa)
- **cujo** (posse) - antes dele aparece o possuidor e depois o objeto possuído.
- **como** (modo)
- **onde** (lugar)
- **quando** (tempo)
- **quanto** (montante)

Exemplo:

Falou tudo QUANTO queria (correto)

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

Dicas para melhorar a interpretação de textos

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

- Se encontrar palavras desconhecidas, não interrompa a leitura.

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

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

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

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

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

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

- O autor defende ideias e você deve percebê-las.
- Observe as relações interparágrafos. Um parágrafo geralmente mantém com outro uma relação de continuação, conclusão ou falsa oposição. Identifique muito bem essas relações.
- Sublinhe, em cada parágrafo, o tópico frasal, ou seja, a ideia mais importante.

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

- Se o foco do enunciado for o tema ou a ideia principal, leia com atenção a introdução e/ou a conclusão.
- Olhe com especial atenção os pronomes relativos, pronomes pessoais, pronomes demonstrativos, etc., chamados *vocábulos relatores*, porque remetem a outros vocábulos do texto.

Fontes de pesquisa:

- <http://www.tudosobreconcursos.com/materiais/portugues/como-interpretar-textos>
- <http://portuguesemfoco.com/pf/09-dicas-para-melhorar-a-interpretacao-de-textos-em-provas>
- <http://www.portuguesnarede.com/2014/03/dicas-para-voce-interpretar-melhor-um.html>
- <http://vestibular.uol.com.br/cursinho/questoes/questao-117-portugues.htm>

QUESTÕES

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

Gratuidades

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

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

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

- (A) Apenas as crianças com até cinco anos de idade e os adultos com 65 anos em diante têm acesso livre ao Metrô-DF.
- (B) Apenas as crianças de cinco anos de idade e os adultos com mais de 65 anos têm acesso livre ao Metrô-DF.
- (C) Somente crianças com, no máximo, cinco anos de idade e adultos com, no mínimo, 66 anos têm acesso livre ao Metrô-DF.
- (D) Somente crianças e adultos, respectivamente, com cinco anos de idade e com 66 anos em diante, têm acesso livre ao Metrô-DF.
- (E) Apenas crianças e adultos, respectivamente, com até cinco anos de idade e com 65 anos em diante, têm acesso livre ao Metrô-DF.

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

RESPOSTA: “C”.

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

(Axé Silva, O Mundo, setembro 2013)

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

- (A) o barulho e a propagação.
- (B) a propagação e o perigo.
- (C) o perigo e o poder.
- (D) o poder e a energia.
- (E) a energia e o barulho.

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

RESPOSTA: “A”.

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

Concha Acústica

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

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

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

- (A) A Concha Acústica do DF, que foi projetada por Oscar Niemeyer, está localizada às margens do Lago Paranoá, no Setor de Clubes Esportivos Norte.
- (B) Oscar Niemeyer projetou a Concha Acústica do DF em 1969.
- (C) Oscar Niemeyer doou a Concha Acústica ao que hoje é a Secretaria de Cultura do DF.
- (D) A Terracap transformou-se na Secretaria de Cultura do DF.
- (E) A Concha Acústica foi o primeiro palco de Brasília.

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

RESPOSTA: “A”.

ESTRUTURAÇÃO E ARTICULAÇÃO DO TEXTO.

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

Logo, como cada um de nós tem seu modo de pensar, quando escrevemos sempre procuramos uma maneira organizada do leitor compreender as nossas ideias. A finalidade da escrita é direcionar totalmente o que você quer dizer, por meio da comunicação.

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

Introdução

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

Desenvolvimento

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

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

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

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

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

Conclusão

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

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

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

Os seguintes erros aparecem quando as conclusões ficam muito longas:

- O problema aparece quando não ocorre uma exploração devida do desenvolvimento, o que gera uma invasão das ideias de desenvolvimento na conclusão.
- Outro fator consequente da insuficiência de fundamentação do desenvolvimento está na conclusão precisar de maiores explicações, ficando bastante vazia.
- Enrolar e “encher linguiça” são muito comuns no texto em que o autor fica girando em torno de ideias redundantes ou paralelas.
- Uso de frases vazias que, por vezes, são perfeitamente dispensáveis.
- Quando não tem clareza de qual é a melhor conclusão, o autor acaba se perdendo na argumentação final.

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

- Para não influenciar a conclusão do leitor sobre temas polêmicos, o autor deixa a conclusão em aberto.
- Para estimular o leitor a ler uma possível continuidade do texto, o autor não fecha a discussão de propósito.
- Por apenas apresentar dados e informações sobre o tema a ser desenvolvido, o autor não deseja concluir o assunto.
- Para que o leitor tire suas próprias conclusões, o autor enumera algumas perguntas no final do texto.

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

Fonte de pesquisa:

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

IDENTIFICANDO O TEMA DE UM TEXTO

O tema é a ideia principal do texto. É com base nessa ideia principal que o texto será desenvolvido. Para que você consiga identificar o tema de um texto, é necessário relacionar as diferentes informações de forma a construir o seu sentido global, ou seja, você precisa relacionar as múltiplas partes que compõem um todo significativo, que é o texto.

Em muitas situações, por exemplo, você foi estimulado a ler um texto por sentir-se atraído pela temática resumida no título. Pois o título cumpre uma função importante: antecipar informações sobre o assunto que será tratado no texto.

Em outras situações, você pode ter abandonado a leitura porque achou o título pouco atraente ou, ao contrário, sentiu-se atraído pelo título de um livro ou de um filme, por exemplo. É muito comum as pessoas se interessarem por temáticas diferentes, dependendo do sexo, da idade, escolaridade, profissão, preferências pessoais e experiência de mundo, entre outros fatores.

Mas, sobre que tema você gosta de ler? Esportes, namoro, sexualidade, tecnologia, ciências, jogos, novelas, moda, cuidados com o corpo? Perceba, portanto, que as temáticas são praticamente infinitas e saber reconhecer o tema de um texto é condição essencial para se tornar um leitor hábil. Vamos, então, começar nossos estudos?

Propomos, inicialmente, que você acompanhe um exercício bem simples, que, intuitivamente, todo leitor faz ao ler um texto: reconhecer o seu tema. Vamos ler o texto a seguir?

CACHORROS

Os zoólogos acreditam que o cachorro se originou de uma espécie de lobo que vivia na Ásia. Depois os cães se juntaram aos seres humanos e se espalharam por quase todo o mundo. Essa amizade começou há uns 12 mil anos, no tempo em que as pessoas precisavam caçar para se alimentar. Os cachorros perceberam que, se não atacassem os humanos, podiam ficar perto deles e comer a comida que sobrava. Já os homens descobriram que os cachorros podiam ajudar a caçar, a cuidar de rebanhos e a tomar conta da casa, além de serem ótimos companheiros. Um colaborava com o outro e a parceria deu certo.

Ao ler apenas o título “Cachorros”, você deduziu sobre o possível assunto abordado no texto. Embora você imagine que o texto vai falar sobre cães, você ainda não sabia exatamente o que elealaria sobre cães. Repare que temos várias informações ao longo do texto: a hipótese dos zoólogos sobre a origem dos cães, a associação entre eles e os seres humanos, a disseminação dos cães pelo mundo, as vantagens da convivência entre cães e homens.

As informações que se relacionam com o tema chamamos de subtemas (ou ideias secundárias). Essas informações se integram, ou seja, todas elas caminham no sentido de estabelecer uma unidade de sentido. Portanto, pense: sobre o que exatamente esse texto fala? Qual seu assunto, qual seu tema? Certamente você chegou à conclusão de que o texto fala sobre a relação entre homens e cães. Se foi isso que você pensou, parabéns! Isso significa que você foi capaz de identificar o tema do texto!

Fonte: <https://portuguesrapido.com/tema-ideia-central-e-ideias-secundarias/>

IDENTIFICAÇÃO DE EFEITOS DE IRONIA OU HUMOR EM TEXTOS VARIADOS

Ironia

Ironia é o recurso pelo qual o emissor diz o contrário do que está pensando ou sentindo (ou por pudor em relação a si próprio ou com intenção depreciativa e sarcástica em relação a outrem).

A ironia consiste na utilização de determinada palavra ou expressão que, em um outro contexto diferente do usual, ganha um novo sentido, gerando um efeito de humor.

Exemplo:



Na construção de um texto, ela pode aparecer em três modos: ironia verbal, ironia de situação e ironia dramática (ou satírica).

Ironia verbal

Ocorre quando se diz algo pretendendo expressar outro significado, normalmente oposto ao sentido literal. A expressão e a intenção são diferentes.

Exemplo: Você foi tão bem na prova! Tirou um zero incrível!

Ironia de situação

A intenção e resultado da ação não estão alinhados, ou seja, o resultado é contrário ao que se espera ou que se planeja.

Exemplo: Quando num texto literário uma personagem planeja uma ação, mas os resultados não saem como o esperado. No livro “Memórias Póstumas de Brás Cubas”, de Machado de Assis, a personagem título tem obsessão por ficar conhecida. Ao longo da vida, tenta de muitas maneiras alcançar a notoriedade sem sucesso. Após a morte, a personagem se torna conhecida. A ironia é que planejou ficar famoso antes de morrer e se tornou famoso após a morte.

Ironia dramática (ou satírica)

A ironia dramática é um dos efeitos de sentido que ocorre nos textos literários quando a personagem tem a consciência de que suas ações não serão bem-sucedidas ou que está entrando por um caminho ruim, mas o leitor já tem essa consciência.

Exemplo: Em livros com narrador onisciente, que sabe tudo o que se passa na história com todas as personagens, é mais fácil aparecer esse tipo de ironia. A peça como Romeu e Julieta, por exemplo, se inicia com a fala que relata que os protagonistas da história irão morrer em decorrência do seu amor. As personagens agem ao longo da peça esperando conseguir atingir seus objetivos, mas a plateia já sabe que eles não serão bem-sucedidos.

Humor

Nesse caso, é muito comum a utilização de situações que pareçam cômicas ou surpreendentes para provocar o efeito de humor.

Situações cômicas ou potencialmente humorísticas compartilham da característica do efeito surpresa. O humor reside em ocorrer algo fora do esperado numa situação.

Há diversas situações em que o humor pode aparecer. Há as tirinhas e charges, que aliam texto e imagem para criar efeito cômico; há anedotas ou pequenos contos; e há as crônicas, frequentemente acessadas como forma de gerar o riso.

Os textos com finalidade humorística podem ser divididos em quatro categorias: anedotas, cartuns, tiras e charges.

Exemplo:



QUESTÕES

01. (IF-GO - Assistente em Administração – CS-UFG – 2019)

Os Três Porquinhos e o Lobo, “Nossos Velhos Conhecidos”

Era uma vez Três Porquinhos e um Lobo Bruto. Os Três Porquinhos eram pessoas de muito boa família, e ambos tinham herdado dos pais, donos de uma churrascaria, um talento deste tamanho. Pedro, o mais velho, pintava que era uma maravilha – um verdadeiro Beethoven. Joaquim, o do meio, era um espanto das contas de somar e multiplicar, até indo à feira fazer compras sozinho. E Ananás, o menor, esse botava os outros dois no bolso – e isso não é maneira de dizer. Ananás era um mágico admirável. Mas o negócio é que – não é assim mesmo, sempre? – Pedro não queria pintar, gostava era de cozinhar, e todo dia estragava pelo menos um quilo de macarrão e duas dúzias de ovos tentando fazer uma bacalhoadada. Joaquim vivia perseguindo meretrizes e travestis, porque achava matemática chato, era doido por imoralidade aplicada. E Ananás detestava as mágicas que fazia tão bem – queria era descobrir a epistemologia da realidade cotidiana. Daí que um Lobo Bruto, que ia passando um dia, comeu os três e nem percebeu o talento que degustava, nem as incoerências que transitam pela alma cultivada. MORAL: É INÚTIL ATIRAR PÉROLAS AOS LOBOS.

Fernandes, Millôr. *100 Fábulas fabulosas*. Rio de Janeiro: Record, 2003.

Ao anunciar Os Três Porquinhos e o Lobo como “Velhos Conhecidos”, a fábula produz ironia porque

- A) a história narrada sofre alterações, mas a moral da história explicitada ao final do texto mantém-se a mesma da forma original.
- B) as descrições das personagens trazem características que subvertem a moral da história transmitida pela forma original.
- C) a atualização das características das personagens resulta em uma idealização compatível com os valores da vida contemporânea.
- D) o desfecho da narrativa ocorre de maneira abrupta, explicitando a possibilidade de um final feliz no mundo atual.

02. (SESACRE - Agente Administrativo – IBFC – 2019)

Leia com atenção a tira de “Calvin e Haroldo”, criada pelo cartunista Bill Watterson, para responder à questão.



De acordo com a tira e com a Gramática Normativa da Língua Portuguesa, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

- I. No primeiro quadrinho, é possível classificar a pergunta que Calvin faz para a mãe como uma pergunta retórica.
- II. A expressão “batendo as botas”, no terceiro quadrinho, é uma figura de linguagem conhecida como hipérbole.
- III. O adjetivo “bela”, no terceiro quadrinho, é utilizado com uma conotação irônica.

1 Operações, propriedades e aplicações (soma, subtração, multiplicação, divisão, potenciação e radiciação).	01
2 Princípios de contagem e probabilidade.	01
3 Arranjos e permutações.	01
4 Combinações.	01
5 Conjuntos numéricos (números naturais, inteiros, racionais e reais) e operações com conjuntos.	07
6 Razões e proporções (grandezas diretamente proporcionais, grandezas inversamente proporcionais, porcentagem, regras de três simples e compostas).	21
7 Equações e inequações.	27
8 Sistemas de medidas.	30
9 Volumes.	32
10 Compreensão de estruturas lógicas.	39
11 Lógica de argumentação (analogias, inferências, deduções e conclusões).	39
12 Diagramas lógicos	39

**1 OPERAÇÕES, PROPRIEDADES E APLICAÇÕES
(SOMA, SUBTRAÇÃO, MULTIPLICAÇÃO, DIVISÃO,
POTENCIAÇÃO E RADICIAÇÃO).**

Os cálculos desse tipo de problemas, envolvem adições e subtrações, posteriormente as multiplicações e divisões. Depois os problemas são resolvidos com a utilização dos fundamentos algébricos, isto é, criamos equações matemáticas com valores desconhecidos (letras). Observe algumas situações que podem ser descritas com utilização da álgebra.

É bom ter mente algumas situações que podemos encontrar:

O dobro de x $\boxed{2x}$

O triplo de um número $\boxed{3x}$

O dobro de um número adicionado de 4 $\boxed{2x+4}$

Um número adicionado de seu triplo $\boxed{x+3x}$

O quádruplo de a subtraído do sêxtuplo de y $\boxed{5a-6y}$

Exemplos:

01. (Pref. Guarujá/SP – SEDUC – Professor de Matemática – CAIPIMES) Sobre 4 amigos, sabe-se que Clodoaldo é 5 centímetros mais alto que Mônica e 10 centímetros mais baixo que Andreia. Sabe-se também que Andreia é 3 centímetros mais alta que Doralice e que Doralice não é mais baixa que Clodoaldo. Se Doralice tem 1,70 metros, então é verdade que Mônica tem, de altura:

- (A) 1,52 metros.
- (B) 1,58 metros.
- (C) 1,54 metros.
- (D) 1,56 metros.

Resolução:

Escrevendo em forma de equações, temos:

$$C = M + 0,05 \quad (I)$$

$$C = A - 0,10 \quad (II)$$

$$A = D + 0,03 \quad (III)$$

D não é mais baixa que C

Se $D = 1,70$, então:

$$(III) A = 1,70 + 0,03 = 1,73$$

$$(II) C = 1,73 - 0,10 = 1,63$$

$$(I) 1,63 = M + 0,05$$

$$M = 1,63 - 0,05 = 1,58 \text{ m}$$

Resposta: B.

02. (CEFET – Auxiliar em Administração – CESGRANRIO) Em três meses, Fernando depositou, ao todo, R\$ 1.176,00 em sua caderneta de poupança. Se, no segundo mês, ele depositou R\$ 126,00 a mais do que no primeiro e, no terceiro mês, R\$ 48,00 a menos do que no segundo, qual foi o valor depositado no segundo mês?

- (A) R\$ 498,00
- (B) R\$ 450,00
- (C) R\$ 402,00
- (D) R\$ 334,00
- (E) R\$ 324,00

Resolução:

Primeiro mês = x

Segundo mês = $x + 126$

Terceiro mês = $x + 126 - 48 = x + 78$

Total = $x + x + 126 + x + 78 = 1176$

$3.x = 1176 - 204$

$x = 972 / 3$

$x = \text{R\$ } 324,00$ (1º mês)

* No 2º mês: $324 + 126 = \text{R\$ } 450,00$

Resposta: B.

03. (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto/SP – Agente de Administração – VUNESP) Uma loja de materiais elétricos testou um lote com 360 lâmpadas e constatou que a razão entre o número de lâmpadas queimadas e o número de lâmpadas boas era $2 / 7$. Sabendo-se que, acidentalmente, 10 lâmpadas boas quebraram e que lâmpadas queimadas ou quebradas não podem ser vendidas, então a razão entre o número de lâmpadas que não podem ser vendidas e o número de lâmpadas boas passou a ser de

- (A) $1 / 4$.
- (B) $1 / 3$.
- (C) $2 / 5$.
- (D) $1 / 2$.
- (E) $2 / 3$.

Resolução:

Chamemos o número de lâmpadas queimadas de (Q) e o número de lâmpadas boas de (B) . Assim:

$$B + Q = 360, \text{ ou seja, } B = 360 - Q \quad (I)$$

$$\frac{Q}{B} = \frac{2}{7}, \text{ ou seja, } 7.Q = 2.B \quad (II)$$

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

$$7.Q = 2. (360 - Q)$$

$$7.Q = 720 - 2.Q$$

$$7.Q + 2.Q = 720$$

$$9.Q = 720$$

$$Q = 720 / 9$$

$$Q = 80 \text{ (queimadas)}$$

Como 10 lâmpadas boas quebraram, temos:

$$Q' = 80 + 10 = 90 \text{ e } B' = 360 - 90 = 270$$

$$\frac{Q'}{B'} = \frac{90}{270} = \frac{1}{3} \quad (: 9 / 9)$$

Resposta: B.

**2 PRINCÍPIOS DE CONTAGEM E PROBABILIDADE.
3 ARRANJOS E PERMUTAÇÕES.
4 COMBINAÇÕES.**

ANÁLISE COMBINATÓRIA

A **Análise Combinatória** é a parte da Matemática que desenvolve meios para trabalharmos com problemas de contagem. Vejamos eles:

PRINCÍPIO FUNDAMENTAL DE CONTAGEM (PFC)

É o total de possibilidades de o evento ocorrer.

- **Princípio multiplicativo:** $P_1. P_2. P_3. \dots P_n$. (regra do "e"). É um princípio utilizado em sucessão de escolha, como ordem.

- **Princípio aditivo:** $P_1 + P_2 + P_3 + \dots + P_n$. (regra do "ou"). É o princípio utilizado quando podemos escolher uma coisa ou outra.

Exemplos:

01. (BNB) Apesar de todos os caminhos levarem a Roma, eles passam por diversos lugares antes. Considerando-se que existem três caminhos a seguir quando se deseja ir da cidade A para a cidade B, e que existem mais cinco opções da cidade B para Roma, qual a quantidade de caminhos que se pode tomar para ir de A até Roma, passando necessariamente por B?

- (A) Oito.
- (B) Dez.
- (C) Quinze.
- (D) Dezesesseis.
- (E) Vinte.

Resolução:

Observe que temos uma sucessão de escolhas:

Primeiro, de A para B e depois de B para Roma.

1ª possibilidade: 3 (A para B).

Obs.: o número 3 representa a quantidade de escolhas para a primeira opção.

2ª possibilidade: 5 (B para Roma).

Temos duas possibilidades: A para B depois B para Roma, logo, uma sucessão de escolhas.

Resultado: $3 \cdot 5 = 15$ possibilidades.

Resposta: C.

02. (Pref. Chapecó/SC – Engenheiro de Trânsito – IOBV) Em um restaurante os clientes têm a sua disposição, 6 tipos de carnes, 4 tipos de cereais, 4 tipos de sobremesas e 5 tipos de sucos. Se o cliente quiser pedir 1 tipo carne, 1 tipo de cereal, 1 tipo de sobremesa e 1 tipo de suco, então o número de opções diferentes com que ele poderia fazer o seu pedido, é:

- (A) 19
- (B) 480
- (C) 420
- (D) 90

Resolução:

A questão trata-se de princípio fundamental da contagem, logo vamos enumerar todas as possibilidades de fazermos o pedido:

$6 \times 4 \times 4 \times 5 = 480$ maneiras.

Resposta: B.

FATORIAL

Sendo n um número natural, chama-se de $n!$ (lê-se: n fatorial) a expressão:

$n! = n \cdot (n - 1) \cdot (n - 2) \cdot (n - 3) \cdot \dots \cdot 2 \cdot 1$, como $n \geq 2$.

Exemplos:

$5! = 5 \cdot 4 \cdot 3 \cdot 2 \cdot 1 = 120$.

$7! = 7 \cdot 6 \cdot 5 \cdot 4 \cdot 3 \cdot 2 \cdot 1 = 5.040$.

Atenção!!!

$0! = 1$

$1! = 1$

Tenha cuidado $2! = 2$, pois $2 \cdot 1 = 2$. E $3!$ não é igual a 3, pois $3 \cdot 2 \cdot 1 = 6$.

ARRANJO SIMPLES

Arranjo simples de n elementos tomados p a p , onde $n \geq 1$ e p é um número natural, é qualquer ordenação de p elementos dentre os n elementos, em que cada maneira de tomar os elementos se diferenciam pela ordem e natureza dos elementos.

Atenção: Observe que no grupo dos elementos: $\{1, 2, 3\}$ um dos arranjos formados, com três elementos, 123 é DIFERENTE de 321, e assim sucessivamente.

- Sem repetição

A fórmula para cálculo de arranjo simples é dada por:

$$A_{np} = \frac{n!}{(n-p)!}$$

Onde:

n = Quantidade total de elementos no conjunto.

P = Quantidade de elementos por arranjo

Exemplo: Uma escola possui 18 professores. Entre eles, serão escolhidos: um diretor, um vice-diretor e um coordenador pedagógico. Quantas as possibilidades de escolha?

$n = 18$ (professores)

$p = 3$ (cargos de diretor, vice-diretor e coordenador pedagógico)

$$A_{n,p} = \frac{n!}{(n-p)!} \rightarrow A_{18,3} = \frac{18!}{(18-3)!} = \frac{18!}{15!} = \frac{18 \cdot 17 \cdot 16 \cdot 15!}{15!} = 4896 \text{ grupos}$$

- Com repetição

Os elementos que compõem o conjunto podem aparecer repetidos em um agrupamento, ou seja, ocorre a repetição de um mesmo elemento em um agrupamento.

A fórmula geral para o arranjo com repetição é representada por:

$$A_{(n,p)} = n^p$$

Exemplo: Seja P um conjunto com elementos: $P = \{A, B, C, D\}$, tomando os agrupamentos de dois em dois, considerando o arranjo com repetição quantos agrupamentos podemos obter em relação ao conjunto P .

Resolução:

$P = \{A, B, C, D\}$

$n = 4$

$p = 2$

$A_{(n,p)} = n^p$

$A_{(4,2)} = 4^2 = 16$

PERMUTAÇÃO

É a TROCA DE POSIÇÃO de elementos de uma sequência. Utilizamos todos os elementos.

- Sem repetição

$$P_n = n!$$

Atenção: Todas as questões de permutação simples podem ser resolvidas pelo princípio fundamental de contagem (PFC).

Exemplo: (PREF. LAGOA DA CONFUSÃO/TO – ORIENTADOR SOCIAL – IDECAN) Renato é mais velho que Jorge de forma que a razão entre o número de anagramas de seus nomes representa a diferença entre suas idades. Se Jorge tem 20 anos, a idade de Renato é

(A) 24.

(B) 25.

(C) 26.

(D) 27.

(E) 28.

Resolução:

Anagramas de RENATO

$6 \cdot 5 \cdot 4 \cdot 3 \cdot 2 \cdot 1 = 720$

Anagramas de JORGE

$5 \cdot 4 \cdot 3 \cdot 2 \cdot 1 = 120$

Razão dos anagramas: $720/120 = 6$

Se Jorge tem 20 anos, Renato tem $20+6=26$ anos.

Resposta: C.

- Com repetição

Na permutação com elementos repetidos ocorrem permutações que não mudam o elemento, pois existe troca de elementos iguais. Por isso, o uso da fórmula é fundamental.

$$P_n^{(\alpha, \beta, \dots, \gamma)} = \frac{n!}{\alpha! \beta! \dots \gamma!}$$

Exemplo: (CESPE) Considere que um decorador deva usar 7 faixas coloridas de dimensões iguais, pendurando-as verticalmente na vitrine de uma loja para produzir diversas formas. Nessa situação, se 3 faixas são verdes e indistinguíveis, 3 faixas são amarelas e indistinguíveis e 1 faixa é branca, esse decorador conseguirá produzir, no máximo, 140 formas diferentes com essas faixas.

() Certo () Errado

Resolução:

Total: 7 faixas, sendo 3 verdes e 3 amarelas.

$$P_7^{3,3} = \frac{7!}{3! 3!} = \frac{7 \cdot 6 \cdot 5 \cdot 4 \cdot 3!}{3! 3 \cdot 2 \cdot 1} = \frac{7 \cdot 6 \cdot 5 \cdot 4}{6} = \frac{840}{6} = 140.$$

Resposta: Certo.

- Circular

A permutação circular é formada por pessoas em um formato circular. A fórmula é necessária, pois existem algumas permutações realizadas que são iguais. Usamos sempre quando:

- a) Pessoas estão em um formato circular.
- b) Pessoas estão sentadas em uma mesa quadrada (retangular) de 4 lugares.

$$P_c = \frac{n!}{n} \text{ ou } (n-1)!$$

Exemplo: (CESPE) Uma mesa circular tem seus 6 lugares, que serão ocupados pelos 6 participantes de uma reunião. Nessa situação, o número de formas diferentes para se ocupar esses lugares com os participantes da reunião é superior a 102.

() Certo () Errado

Resolução:

É um caso clássico de permutação circular.

$P_c = (6-1)! = 5! = 5 \cdot 4 \cdot 3 \cdot 2 \cdot 1 = 120$ possibilidades.

Resposta: CERTO.

COMBINAÇÃO

Combinação é uma escolha de um grupo, SEM LEVAR EM CONSIDERAÇÃO a ordem dos elementos envolvidos.

- Sem repetição

Dados n elementos distintos, chama-se de combinação simples desses n elementos, tomados p a p , a qualquer agrupamento de p elementos distintos, escolhidos entre os n elementos dados e que diferem entre si pela natureza de seus elementos.

Fórmula:

$$C_{n,p} = \frac{n!}{p!(n-p)!}, \text{ com } n \geq p$$

Exemplo: (CRQ 2ª Região/MG – Auxiliar Administrativo – FUNDEP) Com 12 fiscais, deve-se fazer um grupo de trabalho com 3 deles. Como esse grupo deverá ter um coordenador, que pode ser qualquer um deles, o número de maneiras distintas possíveis de se fazer esse grupo é:

- (A) 4
- (B) 660

- (C) 1 320
(D) 3 960

Resolução:

Como trata-se de Combinação, usamos a fórmula:

$$C_{n,p} = \frac{n!}{(n-p)! p!}$$

Onde $n = 12$ e $p = 3$

$$C_{n,p} = \frac{n!}{(n-p)! p!} \rightarrow C_{12,3} = \frac{12!}{(12-3)! 3!} = \frac{12!}{9! 3!} = \frac{12 \cdot 11 \cdot 10 \cdot 9!}{9! 3!} = \frac{1320}{3 \cdot 2 \cdot 1} = \frac{1320}{6} = 220$$

Como cada um deles pode ser o coordenado, e no grupo tem 3 pessoas, logo temos $220 \times 3 = 660$.

Resposta: B.

As questões que envolvem combinação estão relacionadas a duas coisas:

- Escolha de um grupo ou comissões.
- Escolha de grupo de elementos, sem ordem, ou seja, escolha de grupo de pessoas, coisas, objetos ou frutas.

- Com repetição

É uma escolha de grupos, sem ordem, porém, podemos repetir elementos na hora de escolher.

$$CR_{n,p} = C_{n+p-1,p}$$

Exemplo: Em uma combinação com repetição classe 2 do conjunto $\{a, b, c\}$, quantas combinações obtemos?

Utilizando a fórmula da combinação com repetição, verificamos o mesmo resultado sem necessidade de enumerar todas as possibilidades:

$n = 3$ e $p = 2$

$$CR_{n,p} = C_{n+p-1,p} \rightarrow CR_{3+2-1,2} \rightarrow CR_{4,2} = \frac{4!}{2! (4-2)!} = \frac{4!}{2! 2!} = \frac{4 \cdot 3 \cdot 2!}{2! 2!} = \frac{12}{2} = 6$$

Números Binomiais

O número de combinações de n elementos, tomados p a p , também é representado pelo número binomial $\binom{n}{p}$.

$$\binom{n}{p} = \frac{n!}{p! (n-p)!}, n \geq p \geq 0$$

Binomiais Complementares

Dois binomiais de mesmo numerador em que a soma dos denominadores é igual ao numerador são iguais:

$$\binom{n}{p} = \binom{n}{n-p}$$

Relação de Stifel

$$\binom{n}{p} = \binom{n-1}{p-1} + \binom{n-1}{p}$$

1 Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios, diretrizes e arcabouço legal	01
2 Controle Social no SUS	08
3 Resolução no 453/ 2012, do Conselho Nacional de Saúde	10
Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde	12
4 Constituição Federal, artigos de 194 a 200.	12
5 Lei Orgânica da Saúde – Lei no 8.080/1990.	14
Lei no 8.142/1990.	22
e Decreto Presidencial no 7.508/2011	23
6 Determinantes Sociais da Saúde	26
7 Sistemas de Informação em Saúde	26

1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) – PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCABOUÇO LEGAL.

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 implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983. Essas constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

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

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distri-

tos 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 nº 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 nº 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, com-

petências 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 mu-

nício 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 especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos.

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

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

Vigilância em saúde: expande seus objetivos. Em um país com as dimensões do Brasil, com realidades regionais bastante diversificadas, a vigilância em saúde é um grande desafio. Apesar dos avanços obtidos, como a erradicação da poliomielite, desde 1989, e com a interrupção da transmissão de sarampo, desde 2000, convivemos com doenças transmissíveis que persistem ou apresentam incremento na incidência, como a AIDS, as hepatites virais, as meningites, a malária na região amazônica, a dengue, a tuberculose e a hanseníase. Observamos, ainda, aumento da mortalidade por causas externas, como acidentes de trânsito, conflitos, homicídios e suicídios, atingindo, principalmente, jovens e população em idade produtiva. Nesse contexto, o Ministério da Saúde com o objetivo de integração, fortalecimento da capacidade de gestão e redução da morbimortalidade, bem como dos fatores de risco associados à saúde, expande o objeto da vigilância em saúde pública, abrangendo as áreas de vigilância das doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de riscos; a vigilância ambiental em saúde e a análise de situação de saúde.

Competências municipais na vigilância em saúde

Compete aos gestores municipais, entre outras atribuições, as atividades de notificação e busca ativa de doenças compulsórias, surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e de nascidos vivos; garantia a exames laboratoriais para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória; monitoramento da qualidade da água para o consumo humano; coordenação e execução das ações de vacinação de rotina e especiais (campanhas e vacinações de bloqueio); vigilância epidemiológica; monitoramento da mortalidade infantil e materna; execução das ações básicas de vigilância sanitária; gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal; coordenação, execução e divulgação das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal; participação no financiamento das ações de vigilância em saúde e capacitação de recursos.

Desafios públicos, responsabilidades compartilhadas: A legislação brasileira – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e legislação sanitária, incluindo as Leis n.º 8.080/1990 e 8.142/1990 – estabelece prerrogativas, deveres e obrigações a todos os governantes. A Constituição Federal define os gastos mínimos em saúde, por esfera de governo, e a legislação sanitária, os critérios para as transferências intergovernamentais e alocação de recursos financeiros. Essa vinculação das receitas objetiva preservar condições mínimas e necessárias ao cumprimento das responsabilidades sanitárias e garantir transparência na utilização dos recursos disponíveis. A responsabilização fiscal e sanitária de cada gestor e servidor público deve ser compartilhada por todos os entes e esferas governamentais, resguardando suas características, atribuições e competências. O desafio primordial dos governos, sobretudo na esfera municipal, é avançar na transformação dos preceitos constitucionais e legais que constituem o SUS em serviços e ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza cotidianamente em cada estabelecimento, equipe e prática sanitária.

É preciso inovar e buscar, coletiva e criativamente, soluções novas para os velhos problemas do nosso sistema de saúde. A construção de espaços de gestão que permitam a discussão e a crítica, em ambiente democrático e plural, é condição essencial para que o SUS seja, cada vez mais, um projeto que defenda e promova a vida.

Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, dispondo de recursos financeiros e equipes insuficientes para atender às demandas dos usuários, seja em

volume, seja em complexidade – resultado de uma conjuntura social de extrema desigualdade. Nessas situações, a gestão pública em saúde deve adotar condução técnica e administrativa compatível com os recursos existentes e criativa em sua utilização. Deve estabelecer critérios para a priorização dos gastos, orientados por análises sistemáticas das necessidades em saúde, verificadas junto à população. É um desafio que exige vontade política, propostas inventivas e capacidade de governo.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e a interação dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais.

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, o SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada Subsistema.

A Sociedade, nos termos da Legislação, participa do planejamento e controle da execução das ações e serviços de saúde. Essa participação se dá por intermédio dos Conselhos de Saúde, presentes na União, nos Estados e Municípios.

Níveis de Gestão do SUS

Esfera Federal - Gestor: Ministério da Saúde - Formulação da política estadual de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível Estadual. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

Esfera Estadual - Gestor: Secretaria Estadual de Saúde - Formulação da política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde, financiados com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual do SUS.

Esfera Municipal - Gestor: Secretaria Municipal de Saúde - Formulação de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pela dicção dos arts. 196 e 198 da CF, podemos afirmar que somente da segunda parte do art. 196 se ocupa o Sistema Único de Saúde, de forma mais concreta e direta, sob pena de a saúde, como setor, como uma área da Administração Pública, se ver obrigada a cuidar de tudo aquilo que possa ser considerado como fatores que condicionam e interferem com a saúde individual e coletiva. Isso seria um arrematado absurdo e deveríamos ter um super Ministério e super Secretarias da Saúde responsáveis por toda política social e econômica protetivas da saúde.

Se a Constituição tratou a saúde sob grande amplitude, isso não significa dizer que tudo o que está ali inserido corresponde a área de atuação do Sistema Único de Saúde.

Repassando, brevemente, aquela seção do capítulo da Seguridade Social, temos que: -- o art. 196, de maneira ampla, cuida do direito à saúde; -- o art. 197 trata da relevância pública das ações e serviços de saúde, públicos e privados, conferindo ao Estado o direito e o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar o setor (público e privado); -- o art. 198 dispõe sobre as ações e os serviços públicos

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES
DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

1 Lei Orgânica do Distrito Federal e alterações posteriores.	01
2 Lei Complementar no 840, de 23 de dezembro de 2011 (dispõe sobre o regime jurídicos dos servidores públicos civis do Distrito Federal, das autarquias e das fundações públicas distritais).	53

**1 LEI ORGÂNICA DO DISTRITO FEDERAL E ALTERAÇÕES
POSTERIORES.**

LEI ORGÂNICA DO DISTRITO FEDERAL

**TÍTULO I
DOS FUNDAMENTOS DA ORGANIZAÇÃO DOS PODERES E DO
DISTRITO FEDERAL**

Art. 1º O Distrito Federal, no pleno exercício de sua autonomia política, administrativa e financeira, observador os princípios constitucionais, reger-se-á por esta Lei Orgânica.

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

Art. 2º O Distrito Federal integra a união indissolúvel da República Federativa do Brasil e tem como valores fundamentais:

- I - a preservação de sua autonomia como unidade federativa;
- II - a plena cidadania;
- III - a dignidade da pessoa humana;
- IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa;
- V - o pluralismo político.

NOVA REDAÇÃO DADA AO PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 2º PELA EMENDA À LODF Nº 65/2013 – DODF DE 11/09/13.

Parágrafo único. Ninguém será discriminado ou prejudicado em razão de nascimento, idade, etnia, raça, cor, sexo, características genéticas, estado civil, trabalho rural ou urbano, religião, convicções políticas ou filosóficas, orientação sexual, deficiência física, imunológica, sensorial ou mental, por ter cumprido pena, nem por qualquer particularidade ou condição, observada a Constituição Federal.

Art. 3º São objetivos prioritários do Distrito Federal:

I - garantir e promover os direitos humanos assegurados na Constituição Federal e na Declaração Universal dos Direitos Humanos;

II - assegurar ao cidadão o exercício dos direitos de iniciativa que lhe couberem, relativos ao controle da legalidade e legitimidade dos atos do Poder Público e da eficácia dos serviços públicos;

III - preservar os interesses gerais e coletivos;

IV - promover o bem de todos;

V - proporcionar aos seus habitantes condições de vida compatíveis com a dignidade humana, a justiça social e o bem comum;

VI - dar prioridade ao atendimento das demandas da sociedade nas áreas de educação, saúde, trabalho, transporte, segurança pública, moradia, saneamento básico, lazer e assistência social;

VII - garantir a prestação de assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;

VIII - preservar sua identidade, adequando as exigências do desenvolvimento à preservação de sua memória, tradição e peculiaridades;

IX - valorizar e desenvolver a cultura local, de modo a contribuir para a cultura brasileira.

INCLUÍDO O INCISO X – PELA EMENDA A LEI ORGÂNICA Nº 06, DE 14 DE OUTUBRO DE 1996, PUBLICADA NO DODF, DE 22.10.96

X - assegurar, por parte do poder público, a proteção individualizada à vida e à integridade física e psicológica das vítimas e testemunhas de infrações penais e de seus respectivos familiares.

INCLUÍDO PELA - EMENDA A LEI ORGÂNICA Nº 12, DE 12 DE DEZEMBRO DE 1996, PUBLICADA NO DODF DE 19.12.96

XI - zelar pelo conjunto urbanístico de Brasília, tombado sob a inscrição nº 532 do Livro do Tombo Histórico, respeitadas as definições e critérios constantes do Decreto nº 10.829, de 2 de outubro

de 1987, e da Portaria nº 314, de 8 de outubro de 1992, do então Instituto Brasileiro do Patrimônio Cultural - IBPC, hoje Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional - IPHAN.

ACRESCENTADO O INCISO XII AO ART. 3º PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 73, DE 23/04/14 – DODF DE 25/04/14.

XII – promover, proteger e defender os direitos da criança, do adolescente e do jovem.

ACRESCENTADO O INCISO XIII AO ART. 3º PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 103, DE 06/12/17 – DODF DE 11/12/17.

XIII - valorizar a vida e adotar políticas públicas de saúde, de assistência e de educação preventivas do suicídio.

ACRESCENTADO O INCISO XIV AO ART. 3º PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 115, DE 08/10/19 – DODF DE 11/10/19.

XIV - promover a inclusão digital, o direito de acesso à Internet, o exercício da cidadania em meios digitais e a prestação de serviços públicos por múltiplos canais de acesso.

Art. 4º É assegurado o exercício do direito de petição ou representação, independentemente de pagamento de taxas ou emolumentos, ou de garantia de instância.

Art. 5º A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos e, nos termos da lei, mediante:

- I - plebiscito;
- II - referendo;
- III - iniciativa popular.

**TÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL**

**CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 6º Brasília, Capital da República Federativa do Brasil, é a sede do governo do Distrito Federal.

Art. 7º São símbolos do Distrito Federal a bandeira, o hino e o brasão.

Parágrafo único. A lei poderá estabelecer outros símbolos e dispor sobre seu uso no território do Distrito Federal.

Art. 8º O território do Distrito Federal compreende o espaço físico geográfico que se encontra sob seu domínio e jurisdição.

Art. 9º O Distrito Federal, na execução de seu programa de desenvolvimento econômico-social, buscará a integração com a região do entorno do Distrito Federal.

**CAPÍTULO II
DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRITO FEDERAL**

Art. 10. O Distrito Federal organiza-se em Regiões Administrativas, com vistas à descentralização administrativa, à utilização racional de recursos para o desenvolvimento sócio-econômico e à melhoria da qualidade de vida.

§ 1º A lei disporá sobre a participação popular no processo de escolha do Administrador Regional.

§ 2º A remuneração dos Administradores Regionais não poderá ser superior à fixada para os Secretários de Governo do Distrito Federal.

FICA ACRESCENTADO O § 3º AO ART. 10 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 60, DE 2011 – DODF DE 26/12/11.

§ 3º A proibição de que trata o art. 19, § 8º, aplica-se à nomeação de administrador regional.

NOTA: FICA SUBSTITUÍDA A EXPRESSÃO “SECRETÁRIO DE GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL” POR “SECRETÁRIO DE ESTADO DO DISTRITO FEDERAL”, CONFORME EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 44 DE 29/11/05 – DODF DE 09/12/05.

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

Art. 11. As Administrações Regionais integram a estrutura administrativa do Distrito Federal.

Art. 12. Cada Região Administrativa do Distrito Federal terá um Conselho de Representantes Comunitários, com funções consultivas e fiscalizadoras, na forma da lei.

Art. 13. A criação ou extinção de Regiões Administrativas ocorrerá mediante lei aprovada pela maioria absoluta dos Deputados Distritais.

ACRESCENTADO O PARÁGRAFO ÚNICO AO ART. 13 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 83, DE 20/08/14 – DODF DE 25/08/14.

Parágrafo único. Com a criação de nova região administrativa, fica criado, automaticamente, conselho tutelar para a respectiva região.

CAPÍTULO III DA COMPETÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL

Art. 14. Ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios, cabendo-lhe exercer, em seu território, todas as competências que não lhe sejam vedadas pela Constituição Federal.

SEÇÃO I DA COMPETÊNCIA PRIVATIVA

Art. 15. Compete privativamente ao Distrito Federal:

- I - organizar seu Governo e Administração;
 - II - criar, organizar ou extinguir Regiões Administrativas, de acordo com a legislação vigente;
 - III - instituir e arrecadar tributos, observada a competência cumulativa do Distrito Federal;
 - IV - fixar, fiscalizar e cobrar tarifas e preços públicos de sua competência;
 - V - dispor sobre a administração, utilização, aquisição e alienação dos bens públicos;
 - VI - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;
 - VII - manter, com a cooperação técnica e financeira da União, programas de educação, prioritariamente de ensino fundamental e pré-escolar;
 - VIII - celebrar e firmar ajustes, consórcios, convênios, acordos e decisões administrativas com a União, Estados e Municípios, para execução de suas leis e serviços;
 - IX - elaborar e executar o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual;
- NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO X DO ART. 15 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 49, DE 17/10/07 – DODF 22/10/07.
- X — elaborar e executar o Plano Diretor de Ordenamento Territorial, a Lei de Uso e Ocupação do Solo e Planos de Desenvolvimento Local, para promover adequado ordenamento territorial, integrado aos valores ambientais, mediante planejamento e controle do uso, parcelamento e ocupação do solo urbano;
- XI - autorizar, conceder ou permitir, bem como regular, licenciar e fiscalizar os serviços de veículos de aluguel;
 - XII - dispor sobre criação, transformação e extinção de cargos, empregos e funções públicas;
 - XIII - dispor sobre a organização do quadro de seus servidores; instituição de planos de carreira, na administração direta, autarquias e fundações públicas do Distrito Federal; remuneração e regime jurídico único dos servidores;
 - XIV - exercer o poder de polícia administrativa;

XV - licenciar estabelecimento industrial, comercial, prestador de serviços e similar ou cassar o alvará de licença dos que se tornarem danosos ao meio ambiente, à saúde, ao bem-estar da população ou que infringirem dispositivos legais;

XVI - regulamentar e fiscalizar o comércio ambulante, inclusive o de papéis e de outros resíduos recicláveis;

XVII - dispor sobre a limpeza de logradouros públicos, remoção e destino do lixo domiciliar e de outros resíduos;

XVIII - dispor sobre serviços funerários e administração dos cemitérios;

XIX - dispor sobre apreensão, depósito e destino de animais e mercadorias apreendidas em decorrência de transgressão da legislação local;

XX - disciplinar e fiscalizar, no âmbito de sua competência, competições esportivas, espetáculos, diversões públicas e eventos de natureza semelhante, realizados em locais de acesso público;

XXI - dispor sobre a utilização de vias e logradouros públicos;

XXII - disciplinar o trânsito local, sinalizando as vias urbanas e estradas do Distrito Federal;

XXIII - exercer inspeção e fiscalização sanitária, de postura ambiental, tributária, de segurança pública e do trabalho, relativamente ao funcionamento de estabelecimento comercial, industrial, prestador de serviços e similar, no âmbito de sua competência, respeitada a legislação federal;

XXIV - adquirir bens, inclusive por meio de desapropriação, por necessidade, utilidade pública ou interesse social, nos termos da legislação em vigor;

XXV - licenciar a construção de qualquer obra;

XXVI - interditar edificações em ruína, em condições de insalubridade e as que apresentem as irregularidades previstas na legislação específica, bem como fazer demolir construções que ameacem a segurança individual ou coletiva;

XXVII - dispor sobre publicidade externa, em especial sobre exibição de cartazes, anúncios e quaisquer outros meios de publicidade ou propaganda, em logradouros públicos, em locais de acesso público ou destes visíveis.

SEÇÃO II DA COMPETÊNCIA COMUM

Art. 16. É competência do Distrito Federal, em comum com a União:

I - zelar pela guarda da Constituição Federal, desta Lei Orgânica, das leis e das instituições democráticas;

II - conservar o patrimônio público;

III - proteger documentos e outros bens de valor histórico e cultural, monumentos, paisagens naturais notáveis e sítios arqueológicos, bem como impedir sua evasão, destruição e descaracterização;

IV - proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas;

V - preservar a fauna, a flora e o cerrado;

VI - proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação e à ciência;

VII - prestar serviços de assistência à saúde da população e de proteção e garantia a pessoas portadoras de deficiência com a cooperação técnica e financeira da União;

VIII - combater as causas da pobreza, a subnutrição e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos segmentos desfavorecidos;

IX - fomentar a produção agropecuária e organizar o abastecimento alimentar;

X - promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico;

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

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

XII - estabelecer e implantar política para a segurança do trânsito.

ACRESCENTADO O PARÁGRAFO ÚNICO AO ART. 16 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

Parágrafo único. Lei complementar deve fixar norma para a co-operação entre a União e o Distrito Federal, tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e o bem-estar no âmbito do território do Distrito Federal.

SEÇÃO III DA COMPETÊNCIA CONCORRENTE

Art. 17. Compete ao Distrito Federal, concorrentemente com a União, legislar sobre:

I - direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico;

II - orçamento;

III - junta comercial;

IV - custas de serviços forenses;

V - produção e consumo;

VI - cerrado, caça, pesca, fauna, conservação da natureza, defesa do solo e dos recursos naturais, proteção do meio ambiente e controle da poluição;

VII - proteção do patrimônio histórico, cultural, artístico, paisagístico e turístico;

VIII - responsabilidade por danos ao meio ambiente, ao consumidor e a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, arqueológico, turístico e paisagístico;

IX - educação, cultura, ensino e desporto;

X - previdência social, proteção e defesa da saúde;

XI - assistência jurídica nos termos da legislação em vigor;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XI DO ART. 17 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XI – defensoria pública e assistência jurídica nos termos da legislação em vigor;

XII - proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XII DO ART. 17 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XII – proteção e integração social das pessoas com deficiência;

XIII - proteção à infância e à juventude;

XIV - manutenção da ordem e segurança internas;

XV - procedimentos em matéria processual;

XVI - organização, garantias, direitos e deveres da polícia civil.

§ 1º O Distrito Federal, no exercício de sua competência suplementar, observará as normas gerais estabelecidas pela União.

§ 2º Inexistindo lei federal sobre normas gerais, o Distrito Federal exercerá competência legislativa plena, para atender suas peculiaridades.

§ 3º A superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia de lei local, no caso em contrário.

CAPÍTULO IV DAS VEDAÇÕES

Art. 18. É vedado ao Distrito Federal:

I - estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público;

II - recusar fé aos documentos públicos;

III - subvencionar ou auxiliar, de qualquer modo, com recursos públicos, quer pela imprensa, rádio, televisão, serviço de alto-falante ou qualquer outro meio de comunicação, propaganda político-partidária ou com fins estranhos à administração pública;

IV - doar bens imóveis de seu patrimônio ou constituir sobre eles ônus real, bem como conceder isenções fiscais ou remissões de dívidas, sem expressa autorização da Câmara Legislativa, sob pena de nulidade do ato.

CAPÍTULO V DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

NOVA REDAÇÃO DADA AO CAPUT DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 106, DE 13/12/2017 – DODF DE 19/12/2017.

Art. 19. A Administração Pública direta e indireta de qualquer dos poderes do Distrito Federal obedece aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, razoabilidade, motivação, participação popular, transparência, eficiência e interesse público, e também ao seguinte

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO I DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

I – os cargos, os empregos e as funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei, assim como aos estrangeiros, na forma da legislação;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO II DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

II – a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado, em lei, de livre nomeação e exoneração;

III - o prazo de validade do concurso público será de até dois anos, prorrogável uma vez, por igual período;

IV - durante o prazo improrrogável previsto no edital de convocação, o aprovado em concurso público de provas ou de provas e títulos será convocado com prioridade sobre novos concursados, para assumir cargo ou emprego na carreira;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO V DO ARTIGO 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 50, DE 17/10/07 – DODF DE 22/10/07.

NOTA: VIDE LEI Nº 4.858, DE 29/06/12 – DODF DE 02/07/12 QUE REGULAMENTA ESTE INCISO V DESTE ARTIGO 19.

V - as funções de confiança, exercidas exclusivamente por servidores ocupantes de cargo efetivo, e pelo menos cinquenta por cento dos cargos em comissão, a serem preenchidos por servidores de carreira nos casos e condições previstos em lei, destinam-se apenas às atribuições de direção, chefia e assessoramento;

VI - REVOGADO O INCISO VI DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

VII - a lei reservará percentual de cargos e empregos públicos para portadores de deficiência, garantindo as adaptações necessárias a sua participação em concursos públicos, bem como definirá critérios de sua admissão;

VIII - a lei estabelecerá os casos de contratação de pessoal por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO IX DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

IX – a remuneração dos servidores públicos e o subsídio de que trata o art. 33, § 5º, somente podem ser fixados ou alterados por lei específica, observada a iniciativa privativa em cada caso, assegurada revisão geral anual, sempre na mesma data e sem distinção de índices;

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES
DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO X DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 46, DE 11/07/06 – DODF 14/07/06.

X – para fins do disposto no art. 37, XI, da Constituição da República Federativa do Brasil, fica estabelecido que a remuneração e o subsídio dos ocupantes de cargos, funções e empregos públicos, dos membros de qualquer dos Poderes e dos demais agentes políticos do Distrito Federal, bem como os proventos de aposentadorias e pensões, não poderão exceder o subsídio mensal, em espécie, dos Desembargadores do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios, na forma da lei, não se aplicando o disposto neste inciso aos subsídios dos Deputados Distritais;

NOTA: FICA SUBSTITUÍDA A EXPRESSÃO “SECRETÁRIO DE GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL” POR “SECRETÁRIO DE ESTADO DO DISTRITO FEDERAL”, CONFORME EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 44 DE 29/11/05 – DODF DE 09/12/05.

XI – os vencimentos dos cargos do Poder Legislativo não poderão ser superiores aos pagos pelo Poder Executivo;

NOTA: VIDE LEI Nº 3.894, DE 12/07/06 – DODF DE 13/07/06, QUE FIXA TETO DE REMUNERAÇÃO NO ÂMBITO DO DISTRITO FEDERAL.

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XII DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XII – é vedada a vinculação ou equiparação de quaisquer espécies remuneratórias para o efeito de remuneração de pessoal do serviço público;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XIII DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XIII – os acréscimos pecuniários percebidos por servidor público não são computados nem acumulados para fins de concessão de acréscimos ulteriores;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XIV DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XIV – o subsídio e os vencimentos dos ocupantes de cargos e empregos públicos são irredutíveis, ressalvado o disposto:

- a) nos incisos X e XIII deste artigo e no art. 125, V;
- b) nos arts. 39, § 4º, 150, II, 153, III, e 153, § 2º, I, da Constituição Federal;

NOVA REDAÇÃO DADA AO CAPUT DO INCISO XV DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XV – é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto quando houver compatibilidade de horários e observado, em qualquer caso, o disposto no inciso X:

- a) a de dois cargos de professor;
- b) a de um cargo de professor com outro técnico ou científico;

NOVA REDAÇÃO DADA À ALÍNEA “C” DO INCISO XV DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 78/2014 – DODF DE 06/05/2014.

c) a de dois cargos ou empregos privativos de profissionais de saúde, com profissões regulamentadas;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XVI DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XVI – a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista, suas subsidiárias e sociedades controladas, direta ou indiretamente, pelo Poder Público;

XVII – a administração fazendária e seus agentes fiscais, aos quais compete exercer privativamente a fiscalização de tributos do Distrito Federal, terão, em suas áreas de competência e jurisdição, precedência sobre os demais setores administrativos, na forma da lei;

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO XVIII DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

XVIII – somente por lei específica pode ser:

a) criada autarquia e autorizada a instituição de empresa pública, de sociedade de economia mista e de fundação, cabendo a lei complementar, neste último caso, definir as áreas de sua atuação;

b) transformada, fundida, cindida, incorporada, privatizada ou extinta entidade de que trata a alínea a;

XIX – depende de autorização legislativa, em cada caso, a criação de subsidiárias das entidades mencionadas no inciso anterior, assim como a participação de qualquer delas em empresa privada;

XX – ressalvada a legislação federal aplicável, ao servidor público do Distrito Federal é proibido substituir, sob qualquer pretexto, trabalhadores de empresas privadas em greve;

XXI – todo agente público, qualquer que seja sua categoria ou a natureza do cargo, emprego, função, é obrigatório a declarar seus bens na posse, exoneração ou aposentadoria;

XXII – lei disporá sobre cargos que exijam exame psicotécnico para ingresso e acompanhamento psicológico para progressão funcional.

INCLUÍDO O INCISO XXIII PELA - EMENDA A LEI ORGÂNICA Nº 21, DE 12/12/97 - PUBLICADA NO DODF DE 26.12.97

XXIII – aos integrantes da carreira de Fiscalização e Inspeção é garantida a independência funcional no exercício de suas atribuições, exigido nível superior de escolaridade para ingresso na carreira.

§ 1º É direito do agente público, entre outros, o acesso à profissionalização e ao treinamento como estímulo à produtividade e à eficiência.

§ 2º A lei estabelecerá a punição do servidor público que descumprir os preceitos estabelecidos neste artigo.

INCLUÍDO O § 3º - EMENDA A LEI ORGÂNICA Nº 04, DE 15/03/96 - PUBLICADA NO DODF DE 25.03.96

§ 3º São obrigados a fazer declaração pública anual de seus bens, sem prejuízo do disposto no art. 97, os seguintes agentes públicos:

- I - Governador;
- II - Vice-Governador;
- III - Secretários de Governo;

NOTA: FICA SUBSTITUÍDA A EXPRESSÃO “SECRETÁRIO DE GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL” POR “SECRETÁRIO DE ESTADO DO DISTRITO FEDERAL”, CONFORME EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 44 DE 29/11/05 – DODF DE 09/12/05.

NOVA REDAÇÃO DADA AO INCISO IV DO § 3º DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

IV – diretores de empresas públicas, sociedades de economia mista, autarquias e fundações;

V - Administradores Regionais;

VI - Procurador-Geral do Distrito Federal

VII - Conselheiros do Tribunal de Contas do Distrito Federal;

VIII - Deputados Distritais.

ACRESCENTADO O INCISO IX AO § 3º DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

IX – Defensor Público-Geral do Distrito Federal.

FICA ACRESCENTADO O § 4º AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 46, DE 11/07/06 – DODF 14/07/06.

§ 4º Para efeito do limite remuneratório de que trata o inciso XI, não serão computadas as parcelas de caráter indenizatório previstas em lei.

FICA ACRESCENTADO O § 5º AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 46, DE 11/07/06 – DODF 14/07/06.

NOVA REDAÇÃO DADA AO § 5º DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 99, DE 17/05/17 – DODF DE 25/05/17. EFEITOS A PARTIR DE 23/08/2017.

§ 5º Aplica-se o disposto no inciso X a todas as empresas públicas e às sociedades de economia mista distritais, e suas subsidiárias.

LEGISLAÇÃO APLICADA AOS SERVIDORES
DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

FICA ACRESCENTADO O § 6º AO ARTIGO 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 50, DE 17/10/07 – DODF DE 22/10/07.

§ 6º Do percentual definido no inciso V deste artigo excluem-se os cargos em comissão dos gabinetes parlamentares e lideranças partidárias da Câmara Legislativa do Distrito Federal.

ACRESCENTADO O § 7º PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 59, DE 24/12/10 – DODF DE 13/1/11.

§ 7º Para a privatização ou extinção de empresa pública ou sociedade de economia mista a que se refere o inciso XVIII deste artigo, a lei específica dependerá de aprovação por dois terços dos membros da Câmara Legislativa.

ACRESCENTADOS OS INCISOS I E II AO § 7º DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 92, DE 16/09/15 – DODF DE 21/09/15.

I - A privatização de empresa pública ou sociedade de economia mista, de que trata o inciso VXIII deste artigo, condicionada à autorização legislativa nos termos deste parágrafo, depende de manifestação favorável da população, sob a forma de referendo;

II - a lei que autorizar a privatização, mediante alienação de ações de empresa pública e sociedade de economia mista, estabelecerá a exigência de cumprimento pelo adquirente de metas de qualidade do serviço de atendimento aos objetivos sociais inspiradores da constituição da entidade.

FICA ACRESCENTADO O § 8º AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 60, DE 2011 – DODF DE 26/12/11.

NOVA REDAÇÃO DADA AO §8º DO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 113, DE 17/07/19 – DODF DE 26/07/19.

§ 8º É proibida a designação para função de confiança ou a nomeação para emprego ou cargo em comissão, incluídos os de natureza especial, de pessoa condenada, em decisão transitada em julgado ou proferida por órgão judicial colegiado, desde a condenação até o transcurso do prazo de 8 anos após o cumprimento da pena, salvo se sobrevier decisão judicial pela absolvição do réu ou pela extinção da punibilidade, por:

I - ato tipificado como causa de inelegibilidade prevista na legislação eleitoral;

II - prática de crimes previstos na Lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente;

III - prática de crimes previstos na Lei federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso;

IV - prática de crimes previstos na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha.

FICA ACRESCENTADO O §9º AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 67, DE 2013 – DODF DE 04/11/13.

§ 9º Fica vedada a nomeação de cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau, inclusive, da autoridade nomeante ou de servidor da mesma pessoa jurídica investido em cargo de direção, chefia ou assessoramento, para o exercício de cargo em comissão ou de confiança ou, ainda, de função gratificada, na administração pública direta e indireta em qualquer dos Poderes do Distrito Federal, compreendido na vedação o ajuste mediante designações recíprocas.

FICA ACRESCENTADO O §10º AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA Nº 67, DE 2013 – DODF DE 04/11/13.

§ 10. A vedação de que trata o § 9º não se aplica aos ocupantes de cargo efetivo da carreira em cuja estrutura esteja o cargo em comissão ou a função gratificada ocupada.

ACRESCENTADO O §11 AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

§ 11. A apuração do percentual de que trata o inciso V é feita em relação ao somatório dos cargos em comissão providos na administração direta, autárquica e fundacional de cada Poder.

ACRESCENTADO O §12 AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

§ 12. A lei deve dispor sobre os requisitos e as restrições ao ocupante de cargo ou emprego da administração direta e indireta que possibilite o acesso a informações privilegiadas.

ACRESCENTADO O §13 AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

§ 13. A autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades da administração pública pode ser ampliada mediante contrato, a ser firmado entre seus administradores e o Poder Público, que tenha por objeto a fixação de metas de desempenho para o órgão ou a entidade, cabendo à lei dispor sobre:

I – prazo de duração do contrato;

II – controles e critérios de avaliação de desempenho, direitos, obrigações e responsabilidade dos dirigentes;

III – remuneração do pessoal.

ACRESCENTADO O §14 AO ART. 19 PELA EMENDA À LEI ORGÂNICA DO DF Nº 80, DE 31/07/14 – DODF DE 12/08/14.

§ 14. É vedada a percepção simultânea de proventos de aposentadoria decorrentes do art. 40 ou dos arts. 42 e 142 da Constituição Federal com a remuneração ou subsídio de cargo, emprego ou função pública, ressalvados os cargos acumuláveis na forma desta Lei Orgânica, os cargos eletivos e os cargos em comissão declarados, em lei, de livre nomeação e exoneração.

Art. 20. As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado, prestadoras de serviços públicos, responderão pelos danos que seus agentes, nesta qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

Art. 21. É vedado discriminar ou prejudicar qualquer pessoa pelo fato de haver litigado ou estar litigando contra os órgãos públicos do Distrito Federal, nas esferas administrativa ou judicial.

Parágrafo único. As pessoas físicas ou jurídicas que se considerarem prejudicadas poderão requerer revisão dos atos que derem causa a eventuais prejuízos.

Art. 22. Os atos da administração pública de qualquer dos Poderes do Distrito Federal, além de obedecer aos princípios constitucionais aplicados à administração pública, devem observar também o seguinte:

I - os atos administrativos são públicos, salvo quando a lei, no interesse da administração, impuser sigilo;

NOTA: VIDE LEI Nº 3.276, DE 31/12/03 – DODF 06/01/04, QUE REGULAMENTA ESTE INCISO I DO ART. 22.

II - a administração é obrigada a fornecer certidão ou cópia autenticada de atos, contratos e convênios administrativos a qualquer interessado, no prazo máximo de trinta dias, sob pena de responsabilidade de autoridade competente ou servidor que negar ou retardar a expedição;

NOTA: VIDE LEI Nº 3.276, DE 31/12/03 – DODF 06/01/04, QUE REGULAMENTA ESTE INCISO II DO ART. 22.

III - é garantida a gratuidade da expedição da cédula de identidade pessoal;

NOVA REDAÇÃO - EMENDA A LEI ORGÂNICA Nº 19, DE 04 DE SETEMBRO DE 1997, PUBLICADA NO DODF DE 24.09.97

III - é garantida a gratuidade da expedição da primeira via da cédula de identidade pessoal;

IV - no processo administrativo, qualquer que seja o objeto ou procedimento, observar-se-ão, entre outros requisitos de validade, o contraditório, a ampla defesa e o despacho ou decisão motivados;

V - a publicidade dos atos, programas, obras, serviços e as campanhas dos órgãos e entidades da administração pública, ainda que não custeada diretamente pelo erário, obedecerá ao seguinte: ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, dela não podendo constar símbolos, expressões, nomes ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos; ser suspensa noventa dias antes das eleições, ressalvadas aquelas essenciais ao interesse público.

ATUALIDADES

1 Realidade étnica, social, histórica, geográfica, cultura, política e econômica do Distrito Federal e da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE). 01

1 REALIDADE ÉTNICA, SOCIAL, HISTÓRICA, GEOGRÁFICA, CULTURA, POLÍTICA E ECONÔMICA DO DISTRITO FEDERAL E DA REGIÃO INTEGRADA DE DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL (RIDE)

Caracterização do Recorte Espacial¹

A ocupação do Planalto Central nos conduz a tempos remotos que nos permitem identificar a rica história do Planalto Central a partir da ocupação indígena e, posteriormente, com a chegada dos bandeirantes que consolidaram importantes rotas ao longo do século XVIII. Ao adentrar o Planalto Central os bandeirantes pretendiam identificar jazidas de minérios, ampliar as áreas para pastagens e escravizar os índios, habitantes nativos do continente sul-americano.

Resgatar elementos anteriores ao grande feito que representa a construção de Brasília, auxilia-nos na construção do entendimento da dinâmica atual da região onde está o Distrito Federal e as cidades do seu entorno, tendo em vista que dessa forma podemos apontar as rugosidades dessa história pouco conhecida, ou pouco divulgada, mas que se mostra na permanência de determinados traços no lugar.

O processo de ocupação do território do Brasil Central

Ao buscar identificar no espaço as rugosidades da história tomamos o processo de ocupação do Planalto Central em momento anterior a construção de Brasília e a delimitação do quadrilátero do Distrito Federal. Observamos, então, que a história que antecede à construção da Capital Federal é configurada pela presença de inúmeras tribos indígenas pertencentes aos antigos grupos Macro-Jê.

Desses grupos as subetnias presentes na região do Distrito Federal seriam os Caiapós ou Crixás, ao sul, e os Acroás, ao norte (BERTRAN, 2000). Segundo Bertran (2000), os indígenas habitantes do Planalto Central praticavam a caça e a pequena agricultura, o que nos chama a atenção, pois ao mesmo tempo nos indica uma vocação que iria se confirmar séculos depois em grande parte do centro-oeste: a agricultura e os hábitos típicos do meio rural.

A dinâmica da ocupação da região Centro-Oeste pelos indígenas é alterada ao longo do século XVIII com a chegada dos Bandeirantes. A partir das expedições Bandeirantes e do desenvolvimento da atividade mineradora essa região tem nova dinâmica econômica e social que soma forças às atividades relacionadas à pecuária. Essa última delinea uma peculiaridade importante quanto ao indicativo do movimento migratório dos nordestinos para o Planalto Central com vistas a ampliar seus pastos e, posteriormente, também encontrar pedras preciosas.

Com a descoberta de jazidas em Pirenópolis, Paracatu, entre outras localidades, o fluxo intenso consolidou rotas utilizadas pelos Bandeirantes e mineradores, ligando o Planalto Central as demais regiões. Esse fluxo, em função das atividades pecuárias e mineradoras, favorece a implementação das sesmarias, também no século XVIII, reforçando “o assentamento da história fundiária do Brasil” devido às grandes extensões de terras, a exemplo das Sesmarias Mestre D’Armas, Sesmarias do Sertão do Campo Aberto e Sesmarias do São Bartolomeu e Lagos Sul.

O início do século XIX é marcado pelo declínio do ciclo do ouro na região e com isso grandes engenhos cedem espaço aos sítios de subsistência familiar com agricultura de pequeno porte, o que forneceria os alimentos do ano. Nesse contexto, os primeiros traços de cidades como Formosa, Luziânia (antiga Santa Luzia), Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, entre outras, já se formavam, e iriam crescer e expandir-se a partir da perspectiva de construção da nova sede para o Governo Federal no interior do país.

¹ Rede Nacional de Avaliação e Mobilização para Análise dos Planos Diretores Participativos

A proposta de interiorização da capital é registrada na constituição de 1891, mas seria parte da pauta de debates desde 1850. Interiorizar a capital do Brasil era uma estratégia geopolítica de cunho militar voltado a um projeto de desenvolvimento nacional, que aglutinaria uma massa territorial enorme, até então bastante concentrada na área litorânea.

No fim do século XIX, a Missão Cruls, liderada por Luís Cruls, é instituída com o objetivo de explorar melhor o Planalto Central para a delimitação da área a ser ocupada pela futura capital. Apesar do rico material gerado por essa missão, os trabalhos não foram aproveitados de imediato.

Somente na primeira metade do século XX há movimentação concreta para realização da mudança da Capital Federal. Na década de 1930 o tema da transferência volta a ser abordado com ênfase e há intensa defesa dos deputados goianos para que a mudança da capital seja efetivada. Contudo, ao instaurar o Estado Novo Getúlio Vargas não dá importância a essa questão que só voltará a ser discutida na Assembleia Constituinte de 1946, cuja defesa do então deputado Juscelino Kubitschek tem reforço do também deputado Israel Pinheiro.

A década de 1950 é marcada pelo intenso processo de urbanização em função das atividades industriais, no qual o Estado assume protagonismo no que se refere a infraestrutura urbana. Essa centralidade estatal é ampliada a partir da instituição do Plano de Metas (1956-1961), programa setorial com “investimentos na área de infraestrutura, indústrias básicas e de bens de consumo duráveis, recursos humanos e, a mais controversa de todas as metas, a construção de Brasília”.

Com o Plano de Metas a transferência da Capital Federal se consolida como uma política territorial que ganha viabilidade em meados da década de 1950 a partir do compromisso assumido por Juscelino Kubitschek, agora presidente da República, que para realizar esse feito cria a Companhia Urbanizadora da Nova Capital – NOVACAP.

O “novo” patamar de desenvolvimento do capitalismo no Brasil e a Divisão Internacional do Trabalho delineada nesse momento, também são elementos que viabilizariam a construção de Brasília, tendo em vista que além do território deve-se integrar nacionalmente a economia expandindo o sistema de trabalho assalariado no início da formação de uma sociedade urbano-industrial.

Pode-se considerar que para além de uma estratégia de defesa a ação de interiorizar a capital se sobressai como resultado da projeção de uma política territorial (FARRET, 1985), e essa projeção dá centralidade à Brasília “muito mais pelo contexto histórico e pela conjuntura política, econômica e social em que ela surgiu do que por um papel protagonista que lhe fosse inerente” (CATALÃO, 2008, p. 24).

Com uma população ainda dispersa em um rico bioma que é o cerrado, observamos a partir dessa breve aproximação histórica a importância de aprofundarmos a investigação que traduzirá a realidade do Distrito Federal hoje, tendo em vista a dinamicidade da sociedade, com suas pessoas e instituições, e a complexidade que envolve a interação desses agentes com o espaço ao longo do tempo.

Para tanto, o processo de ocupação do Distrito Federal deve ser analisado em três momentos históricos e com configuração sócio territorial distintos. No primeiro momento temos o distrito Federal composto pela Brasília planejada que equivale a área projetada do Plano Piloto. Em seguida, num segundo momento, Brasília assume uma forma na qual se constitui uma área central – o Plano Piloto – e as chamadas cidades satélites, hoje denominadas Regiões Administrativas do Distrito Federal. E por fim, e em um momento mais recente, identificamos a constituição do Aglomerado Urbano de Brasília, no qual o número de Regiões Administrativas aumenta consolidando a relação entre a área central e a sua periferia, bem

como intensificando a interação desse todo que forma o Distrito Federal com os municípios do entorno, consolidando ainda a Área Metropolitana de Brasília.

População

A população que se formou no Distrito Federal ao longo dos primeiros quatro anos de vida da cidade de Brasília é a mistura de diversos tipos étnicos procedentes de diferentes partes do Brasil. Uma mistura de etnias, cores, costumes, linguagens, hábitos e culturais a estabelecerem uma verdadeira integração nacional. A população já ultrapassa os dois milhões, e entre ao que vieram de tantas partes do Brasil e os que nasceram aqui. Quando Brasília foi construída, esperava-se que sua população total não ultrapassasse de 500 mil a 600 mil habitantes em 2000. O Censo Demográfico do IBGE em 2000 já indicava que essa população superava os 2 milhões de habitantes. Ela estava, em 2010, acima dos 2,5 milhões de habitantes, caminhando para um número em torno de 3 milhões de habitantes em 2020.

Etapas da ocupação do Distrito Federal

Você imagina o que acontecem com os trabalhadores que construíram Brasília depois de sua inauguração. Eles queriam permanecer em Brasília. Como no projeto não havia previsão de moradia para os trabalhadores da construção, a maioria deles foi obrigado a morar em habitações provisórias, sem infraestrutura, como água, esgoto e energia elétrica. Uma grande quantidade desses trabalhadores não tinha condições de construir uma casa com tijolos. Assim, eles tinham duas saídas: ou ficavam nos alojamentos das firmas ou construíam as casas com o material que estava à sua disposição: lona, madeira e sacos de cimento.

A história dos primeiros moradores de cidades como Núcleo Bandeirante, Ceilândia e Taguatinga é de sofrimento e de luta pelo direito de morar. E é a partir de algumas dessas histórias que vamos conhecer um pouco mais sobre a ocupação do Distrito Federal. Para isso, nada melhor do que começar do início: quando as pessoas que viviam na região do Distrito Federal nem imaginavam que ali seria construída a nova capital do Brasil.

Os primeiros núcleos urbanos: Planaltina e Brazlândia

Planaltina pode ser considerada a primeira região ocupada do Distrito Federal, foi inaugurada por volta de 1790. Em 1995, o município de Planaltina teve de ser dividido e a cidade passou a pertencer ao Distrito Federal. Nessa época, a cidade cresceu rapidamente com a chegada de pessoas que vieram para a região em razão da construção de Brasília.

Brazlândia também foi fundada antes da construção de Brasília. Sua origem está associada à chegada de quatro famílias à região (os Braz de Lima, os Abreu de Lima, os Rodrigues do Prado e os Cardoso de Oliveira).

Quando Brasília foi inaugurada, Brazlândia tinha menos de mil moradores. Mas logo a situação mudou: dezenas de famílias de agricultores japoneses ali se instalaram e se dedicaram principalmente ao cultivo de hortaliças para abastecer a nova capital. Mas não vieram apenas japoneses. Com o final da construção dos prédios para a nova sede do governo federal, muitos trabalhadores, principalmente os moradores de favelas, foram expulsos do plano de Brasília e colocados em Brazlândia. Em razão desse grande número de pessoas, Brazlândia tornou-se uma das mais importantes cidades do Distrito Federal.

A luta pela moradia: Taguatinga, Ceilândia, Candangolândia, Sobradinho e Núcleo Bandeirante

Enquanto Planaltina e Brazlândia já eram núcleos urbanos formados quando Brasília começou a ser construída, outras cidades nem haviam sido planejadas por Lucio Costa e Oscar Niemeyer.

Cidade livre – atual Núcleo Bandeirante – é o nome que os moradores deram ao pequeno loteamento urbano montado para abrigar provisoriamente parte dos trabalhadores da construção de Brasília. Todos os moradores – trabalhadores e comerciantes – foram avisados de que, assim que Brasília fosse terminada, teriam de desocupar aquela região.

O tempo foi passando e quanto mais avançavam as construções da nova capital, mais e mais pessoas chegavam à cidade Livre para ajudar na construção de Brasília. No início de 1960, antes da inauguração da nova capital, já havia mais de 12 mil pessoas na cidade livre, todas em situação irregular. Morro do Urubu, Morro do Querosene, Vila Esperança, Vila Tenório e Vila Sara Kubistchek eram nomes de ocupações que existiam na região onde hoje está implantada o Núcleo Bandeirante.

Os trabalhadores reuniram-se, formaram um movimento para conseguir a legislação de suas casas e resistiram a todo tipo de pressão feita pelo governo para a desocupação da região. Até que em 1961, o presidente João Goulart fixou o Núcleo Bandeirante como cidade-satélite do Distrito Federal.

Com a expansão do Distrito Federal nos últimos anos, muitas invasões foram criadas, por não comportar os quase 2,5 milhões de habitantes que existem atualmente. Áreas são invadidas sem planejamento e acabam comprometendo as regiões onde são formadas, como em Planaltina, em que 90% das habitações estão irregulares, segundo a Secretaria de Desenvolvimento e Habitação. O órgão habitacional também estima que grande parte do território do DF seja irregular.

Principais atividades econômicas do DF

A principal base econômica de Brasília é formada pela administração pública federal, e outras atividades relevantes como construção civil, comércio varejista e demais serviços são induzidas predominantemente pela dinâmica de expansão da base econômica. A economia de Brasília está dominada por dois setores: Serviços. Estes se dividem em:

Governo: o setor público é o mais utilizado. Proporciona em torno de 40% dos empregos da cidade. Os empregos do governo se incluem em todos os níveis, desde a polícia federal à diplomacia.

Comunicações: Rede Globo, SBT, Rede Bandeirantes, Rede Record, Rede TV! e as principais oficinas da TV Câmara, TV Senado e Justiça.

Finanças: Brasília é a sede do Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Banco Central do Brasil, Banco Rural, Banco de Brasília, entre outros. Entretenimento e Tecnologia de informática

Indústrias, entre as quais se destacam: Construção; Processamento de alimentos; Fabricação de móveis; Reciclagem; Farmacêuticas; Imprensa e editorial.

A união entre o campo e a cidade

As agroindústrias são empresas que beneficiam (industrializam) as matérias-primas fornecidas pela agricultura e vendem o produto final nas cidades.

As agroindústrias localizadas em áreas rurais do Distrito federal e das regiões do Entorno estão em sua maioria voltadas para os produtos vegetais e derivados da carne e do leite. Mesmo tratando-se de um setor novo do Distrito Federal, as agroindústrias tem contribuído sensivelmente para a nossa economia, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento da população rural, pois gera empregos e proporciona melhor qualidade de vida para as famílias que moram no campo.

Clima e vegetação do Distrito Federal

Localizado em uma área tropical, o Distrito Federal apresenta o clima tropical semiúmido com temperaturas médias em torno de 25°C e chuvas concentradas no período de verão. O inverno é a

estação seca. Mas por que isso acontece? O Distrito Federal recebe a atuação de massas de ar quente e da massa polar atlântica. Formada no extremo sul da América do Sul, a massa de ar frio avança, através da região Sul do Brasil, até chegar ao Distrito Federal, provocando mudanças bruscas de temperatura. Durante o inverno, o avanço da massa polar impede a chegada de massas tropicais que provocariam chuvas em nosso estado. Além disso, a formação de frentes frias no Sul e Sudeste fazem massas de ar perderem parte de sua umidade. Como consequência dessa situação temos períodos de longa estiagem durante o inverno. Na primavera e no verão temos o predomínio das massas quentes e úmidas. Na primavera e no verão temos o período das massas quentes e úmidas, que ocasionam elevação de temperatura e maior índice de chuvas. No Distrito Federal, o inverno é um período com chuvas escassas. A umidade relativa do ar costuma baixar entre março e outubro, comprometendo a qualidade do ar, pois a poluição fica suspensa. Quando a umidade do ar é inferior a 20%, é preciso ficar alerta pois este índice é considerado de risco para a saúde. Pessoas com problemas respiratórios (asma), alérgicos (rinite), crianças e idosos sofrem muito com a falta de umidade no ar. Muitas viroses propagam-se rapidamente provocando pneumonia, diarreia e vômito. Além dos problemas respiratórios, o ar seco produz sangramento de nariz, irritação nos olhos, pele ressecada, dores de cabeça e cansaço.

Para amenizar os efeitos desagradáveis da baixa umidade do ar, deve-se aumentar a ingestão de líquidos, espalhar recipientes com água ou toalhas umedecidas nos ambientes da casa ou do escritório, evitar ficar exposto ao Sol, manter uma alimentação rica em frutas e verduras, além, é claro, de beber muita água para evitar a desidratação.

O cerrado

As características do clima aliadas ao tipo de solo influenciam a cobertura vegetal. Apesar da diversidade de solos no Distrito Federal, de forma geral, todos apresentam grande acidez e são pobres em minerais utilizados pelas plantas. As chuvas concentram-se entre outubro e abril, determinando um período em que os vegetais aproveitam a água que se acumula sob o solo, nos lençóis freáticos. O cerrado em nosso território apresenta-se de forma bastante diversa e dá origem a diferentes paisagens; no entanto mantêm suas características principais no que diz respeito à presença de arbustos e árvores com casca grossa, ramos e tronco tortuoso e raízes bem desenvolvidas.

Os campos limpos, com predomínio de gramíneas, aparecem em áreas onde solo é mais pobre e raso, o que dificulta o crescimento de alguns vegetais. Em outras regiões, é possível verificar uma mudança na paisagem: pequenos arbustos aparecem entre gramíneas e ervas – são os campos cerrados que se caracterizam pelo maior número de arbustos e pequenas árvores.

Os cerradões apresentam árvores com casca grossa e folhas rígidas, com galhos e menos tortuosos que as do cerrado. Os vegetais rasteiros são muito raros. Mas a vegetação predominante no Distrito Federal é o cerrado propriamente dito. Essa formação caracteriza-se por apresentar vegetação herbácea contínua, com maior quantidade de arbustos e árvores que alcançam dez metros de altura. Nos cerrados estão presentes todas as características de seus ambientes típicos: campos limpos, campos sujos e campos cerrados.

Geografia do Distrito Federal

Características geográficas do Distrito Federal, área, relevo, clima, problemas ambientais

- Localização Geográfica: região Centro-Oeste do Brasil, no estado de Goiás (Planalto Central).
- Limites geográficos: Goiás
- Área: 5.801,9 km²
- Fronteiras com os seguintes estados: Goiás
- Clima: tropical
- Relevo: planalto de topografias suaves.
- Vegetação: Cerrado
- Ponto mais alto: Pico do Roncador (1.341 metros) na Serra do Sobradinho.
- Cidade mais populosa: Brasília (capital).
- Principais rios: Paranoá, Descoberto, São Bartolomeu e Preto.
- Principais problemas ambientais: poluição do ar em Brasília.

Recursos hídricos

As principais bacias do Distrito Federal – Preto, São Bartolomeu, Descoberto e Maranhão – drenam 95% do território da região, alimentando as bacias das regiões hidrográficas do Paraná, do Tocantins, do Araguaia e do São Francisco. Outras duas bacias existentes no DF são Corumbá e São Marcos.



Histórico da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (Ride/DF) e entorno²



O processo de ocupação do território do Planalto Central que configura o recorte espacial da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (Ride/DF) e Entorno, formada por 22 municípios, traz no seu bojo elementos identificadores da dinâmica atual do Distrito Federal e das cidades do seu entorno, sobretudo, pelas características de formação do território. Para melhor compreensão da evolução urbana desse espaço, faz-se necessário recorrer a antecedentes históricos do seu processo de formação, antes e depois da construção de Brasília.

A penetração no território do Planalto Central teve início no século XVIII com a chegada dos bandeirantes, área até então ocupada por tribos indígenas. Os bandeirantes pretendiam identificar jazidas de minérios, ampliar as áreas de pastagens e escravizar os índios nativos da região (Brasil, 2010). A partir das expedições dos bandeirantes e do desenvolvimento da atividade mineradora e das atividades pecu-
2 Governança Metropolitana no Brasil - Relatório de Pesquisa - Caracterização e Quadros de Análise Comparativa da Governança Metropolitana no Brasil: arranjos institucionais de gestão metropolitana (Componente 1) – IPEA – 2014

árias, a região Centro-Oeste passa a assumir uma nova dinâmica econômica e social. Estes fatores contribuíram para a ocorrência de um movimento migratório na região, que consolidou importantes rotas ao longo do século XVIII utilizadas por bandeirantes e mineradores, atraindo um contingente populacional de migrantes e escravos africanos, em torno de núcleos de mineração.

Com o declinar da atividade mineira, no final do século XVIII, houve a migração de uma parcela da população da região, provocando um grande esvaziamento populacional, e a maior parte dos mineiros e escravos que permaneceram no território passou a se dedicar a pecuária, caça, pesca e agricultura de subsistência. A economia local entra em decadência com o declínio da mineração (Miragaya, 2010).

A fixação no território se deu pelo criatório de gado nas áreas de campos naturais que se desenvolveu para abastecer as zonas mineadoras, e, durante o século XIX, o crescimento da população do Centro-Oeste foi pouco expressivo. Em 1900, a participação desta região no contingente populacional nacional era de apenas 2,15% da população do Brasil, se comparado ao período do ciclo da mineração, 120 anos antes, em 1780, de 5% (Miragaya, 2010).

O Centro-Oeste brasileiro, no final do século XIX e início do século XX, permanecia pouco habitado, estando à margem dos movimentos migratórios. Neste período, era a região menos povoada do país, com apenas 373 mil habitantes. No início da década de 1940, a população ainda era bastante reduzida, não obstante o crescimento ocorrido no período, considerando-se a enorme extensão do território. Nesse ano, a população era de 1,25 milhão de habitantes, com uma densidade demográfica inferior a um habitante por km². Neste contexto, foram implementadas pelo governo federal várias iniciativas voltadas para a ocupação do Centro-Oeste, como o lançamento do programa Marcha para o Oeste proclamado por Getúlio Vargas (1940), uma estratégia para a interiorização do Brasil, e, posteriormente, a decisão da transferência da capital para a região, principal vetor para o desenvolvimento e a ocupação do Centro-Oeste (Miragaya, 2010).

O local do Planalto Central escolhido para a construção do DF seguia a mesma tendência de ocupação do Centro-Oeste de meados do século XIX e início do século XX. A área era ocupada com latifúndios voltados para a produção agrícola de subsistência e a pecuária extensiva. As transformações estruturais que atingiram a economia brasileira nas décadas de 1940 e 1950, em especial o setor industrial, praticamente não ocorreram no Centro-Oeste, mesmo apresentando um grande crescimento populacional no período, devendo-se este crescimento, quase de maneira exclusiva, à expansão da atividade agropecuária. Do início do século XX até 1960, a população saltou de 370 mil para 3 milhões de habitantes. A economia da região obteve um grande crescimento, saindo de uma produção de grãos de 210 mil para 1,46 milhão de toneladas, de 1920 a 1960. No mesmo período, a criação de gado passou de 5,85 para 10,75 milhões de cabeças (Miragaya, 2010).

Contudo, a região Centro-Oeste ganhou uma dimensão maior com a transferência da capital do país para o Planalto Central, estratégia de interiorização do desenvolvimento e integração nacional, com a ampliação da malha rodoviária e do mercado interno de consumo e de produção. A proposta de transferência da capital para o interior do país foi registrada na Constituição de 1891, mas, somente no final do século XIX, a Missão Cruls, liderada por Luís Cruls, é instituída com o objetivo de escolher a área a ser ocupada pelo DF, e em meados do século XX a proposta foi efetivada, com a transferência da capital e a construção de Brasília.

Com a expansão industrial, a década de 1950 é marcada por um intenso processo de urbanização no país. À época da transferência da capital, o Brasil passava de uma sociedade predominantemente rural para urbana. A virada no processo demográfico ocorrida a partir de 1940, particularmente quanto à urbanização, foi especialmente marcante no Centro-Oeste. A região saiu de uma posição de menor taxa de urbanização, da ordem de 20%, para o terceiro lugar em 1960, com 34%, ocupando o segundo posto em 2000, com mais de 83% de sua população vivendo nas cidades. O processo de ocupação do território está inserido no método de urbanização de Brasília, sendo um dos objetivos da transferência da capital a maior ocupação demográfica no interior do país (op. cit.).

A formação da área metropolitana de Brasília se intensificou, a partir do início da década de 1970, com a consolidação da transferência da capital. A tabela apresenta a evolução populacional dos municípios que formam a área metropolitana. A expansão desta área ocorreu de forma polinucleada e esparsa no território do DF (Paviani, 2010), perpassando seus limites político-administrativos e abrangendo um espaço de influência direta em municípios do estado de Goiás, formando um aglomerado urbano na área metropolitana de Brasília. A configuração espacial do território constitui um espaço urbano com complexidade metropolitana por suas funções e processos, que extrapolam as fronteiras do quadrilátero, assumindo a forma de região metropolitana (RM).

Área metropolitana de Brasília: população (1960-2010)
(Em habitantes)

Anos	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Área metropolitana de Brasília	208.098	625.916	1.357.198	1.980.432	2.753.414	3.484.451
DF	140.164	537.492	1.176.935	1.601.094	2.051.146	2.570.160
Periferia metropolitana de Brasília	67.934	88.424	180.263	379.338	702.268	914.291
Águas Lindas de Goiás	1	1	2	2	105.746	159.378
Alexânia	8.022	9.390	12.124	16.472	20.047	23.814
Cidade Ocidental	1	1	1	1	40.377	55.915
Cristalina	8.402	11.600	15.977	24.937	34.116	46.580
Formosa	21.708	28.874	43.296	62.982	78.651	100.085
Luziânia	27.444	32.807	80.089	207.674	141.082	174.531
Novo Gama	1	1	1	1	74.380	95.018
Padre Bernardo	4.637	8.381	15.857	16.500	21.514	27.671
Planaltina de Goiás	6.123	8.972	16.172	40.201	73.718	81.649
Santo Antônio do Descoberto	1	1	12.725	35.509	51.897	63.248
Valparaíso de Goiás	1	1	1	1	94.856	132.982

Fonte: Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Miragaya (2011, p. 40-43).

Notas: ¹ Incluído em Luziânia.

² Incluído em Santo Antônio do Descoberto.

Segundo o estudo Região de Influência das Cidades 2007 (REGIC 2007) do IBGE, Brasília é uma metrópole nacional e núcleo de uma área metropolitana que abrange o DF e onze municípios goianos: Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cidade Ocidental, Cristalina, Formosa, Luziânia, Novo Gama, Padre Bernardo, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás. A influência que Brasília exerce sobre essa região apresenta-se de forma diferenciada, sendo mais intensa nesses onze municípios que sofrem os efeitos polarizantes da capital e menos acentuada nos demais municípios que constituem a sua área de influência. A Constituição Federal (CF), no seu Artigo 25, estabelece

**CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS
ENFERMEIRO OBSTETRA**

1 Processo de enfermagem.	01
2 Sistematização da Assistência em Enfermagem.	01
3 Biossegurança, prevenção e controle de riscos ocupacionais e de infecções hospitalares.	01
4 Administração em Enfermagem.	01
5 Dimensionamento de profissionais de enfermagem.	02
6 Fisiologia da gestação, parto e puerpério.	02
7 Farmacologia aplicada ao ciclo gravídico puerperal.	04
8 Assistência de Enfermagem no climatério, menopausa e esterilidade.	04
9 Assistência à saúde materna e perinatal baseada em evidências científicas.	04
10 Assistência de enfermagem ao pré-parto, parto e puerpério.	05
11 Intercorrências patológicas na gestação, parto e puerpério (hemorragias pós-parto e síndromes hemorrágicas na gestação, síndromes hipertensivas).	05
12 Processos infecciosos na gestação (trato urinário, vulvo-vaginites, infecções congênitas: sífilis, HIV, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose).	06
13 Reanimação neonatal.	07
14 Exames pré-natal de rotina avaliação e conduta.	07
15 Práticas de atenção ao risco obstétrico e neonatal baseadas em evidências científicas: assistência perinatal e morbimortalidade materna.	08
16 Assistência às urgências e emergências gerais, obstétricas e neonatais.	08
17 Assistência ao recém-nascido em sala de parto.	09
18 Alojamento conjunto espaço de cuidado e educação.	09
19 Incentivo ao aleitamento materno e do vínculo mãe-bebê.	10
20 Cuidados de enfermagem em triagem neonatal.	10
21 Método Canguru.	11
22 Assistência de enfermagem relacionada ao manuseio de hemocomponentes e hemoderivados.	11
23 Educação em saúde: educação popular em saúde e sua aplicação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde materno-infantil.	11
24 Conhecimentos relacionados ao Banco de Leite Humano.	12
25 Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes/MS/2012.	12
26 Assistência à mulher em situação de abortamento e violência. Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento/MS/2011.	13
27 Assistência à mulher no planejamento familiar: Lei no 9.263/1996, que regulamenta o Planejamento Familiar.	16
28 Programa Nacional de Imunizações.	14
29 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).	14
30 Políticas públicas para a promoção da saúde materna e perinatal no Brasil: diretrizes nacionais para a assistência ao pré-natal e ao puerpério e as doenças sexualmente transmissíveis.	14
31 Legislação específica para a enfermagem em obstetrícia e técnicas obstétricas e relacionadas ao recém-nascido.	17
32 Requisitos técnicos de funcionamento dos serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.	15
33 Rede Cegonha e publicações relacionadas: Lei no 11.108/2005,	22
Lei no 11.634/2007,	22
Portaria GM/MS no 1.459/2011,	22
Portaria GM/MS no 930/2012,	27
Portaria GM/MS no 1.020/2013,	33
Portaria SAS/MS no 371/2014.	39
Portaria GM/MS no 11/2015).	42

1. PROCESSOS DE ENFERMAGEM

Definição: sistema racional de operação e planejamento do acolhimento em enfermagem. O PE orienta o reconhecimento dos potenciais ou reais problemas e urgências de saúde de um indivíduo (ou até mesmo de uma família ou comunidade), possibilitando que as intervenções sejam realizadas conforme as necessidades identificadas, definidas pela equipe de enfermagem e pela condição do paciente.

Objetivo: garantir que as deficiências do enfermo sejam sanadas na sua integralidade

Legislação: COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), conforme resolução nº 358/2009, artigo 2º.

Etapas do Processo de Enfermagem

I. Coleta de dados de enfermagem ou histórico de enfermagem: visa ao estabelecimento dos mais importantes pontos de constatação de qualquer provável diagnóstico, por meio da coleta apurada e íntegra dos dados constantes no histórico do paciente.

II. Diagnóstico de enfermagem: é o momento de interpretar e concluir as informações obtidas na primeira etapa; trabalho com os diagnósticos suspeitos e eventual descarte de acordo com a evolução sintomática. Deve-se considerar probabilidades de piora do estado de saúde do paciente ou até mesmo de risco de morte.

III. Planejamento: é a fase da previsão de resultados, na qual deve-se estabelecer uma estratégia de condutas ou intervenções de enfermagem que a serem realizadas em atenção às reações do indivíduo, família ou comunidade em uma determinada altura do ciclo saúde e doença, verificadas na fase anterior do PE.

IV. Implementação do processo ou assistência de enfermagem: é a etapa em que se coloca em prática as condutas e/ou intervenções definidas anteriormente.

V. Avaliação do processo de enfermagem: processo decidido, ordenado e regular de:

a) identificação de mudanças nas reações do indivíduo, família ou comunidade, em uma determinada altura do ciclo saúde e doença, para constatar se as condutas ou intervenções de enfermagem obtiveram o efeito previsto;

b) análise da necessidade de adequações ou mudanças nos estágios da assistência de enfermagem.

2. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM (SAE)

Definição: sistema elaborado com base na atuação do profissional de enfermagem do enfermeiro para qualificar o controle e a atenção no processo de enfermagem.

Diferenciação entre SAE e PE: enquanto o PE consiste em um mecanismo estabelecido conforme princípio científico, com objetivo de integrar racionalidade no cuidado, resumindo-se às cinco etapas vistas no tópico anterior, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um conceito mais amplo, abrangendo toda a organização integral do setor (expediente profissional quanto às técnicas, equipe e instrumentos), viabilizando a efetivação do Processo de Enfermagem.

3. BIOSSEGURANÇA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE RISCOS OCUPACIONAIS E INFECÇÕES HOSPITALARES

Infecção hospitalar (IH): perigo de contaminações relacionadas a distintas variantes epidemiológicas; possui três classificações: infecção por agente, infecção por hospedeiro e infecção por atividade ocupacional.

IH para o profissional de saúde: na interação com o ambiente de atuação, os profissionais da área de saúde estão constantemente expostos aos mais diversos agentes patógenos causadores de doenças.

IH para o paciente: todo e quaisquer tipos adquiridos após a sua chegada ao estabelecimento de saúde ou mesmo posteriormente sua dispensa.

Biossegurança: conjunto de medidas que constitui a biossegurança, visando à garantia de segurança nas atuações e intervenções.

Principais infecções com HIV (aids), HBV (hepatite B) e HCV (hepatite C): esses tipos contaminação devem levar em conta o risco de aquisição trabalhista sempre que se comprovar que houve contato direto com elemento infectante; sorologia negativa do trabalhador, feita com no máximo 15 dias pós a ocorrência; verificação de soro conversão no decorrer da assistência; inexistência de outros causadores de risco para a contaminação com o agente.

Medidas de controle e prevenção de infecções hospitalares (IH): usos de máscaras, avental, luvas, touca, óculos ou protetor facial; vacinação; ações diversas (programa periódico de vacinas) previstas e relatadas em documentações como o PCMSO (Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional) da unidade de saúde; isolamentos, instrução das famílias, acompanhantes e pessoas da assistência.

Principais cuidados em casos de exposição: cavidades com as áreas expostas devem ser imediatas; em caso de exposição percutânea, lavar abundantemente a área com água e sabão e aplicar solução antisséptica, como álcool a 70%, álcool a 70%, clorexidina ou PVP-1; após exposição em mucosas (respingos em olhos, nariz, boca e genitália), lavar abundantemente com água ou soro fisiológico; levar ao conhecimento do superior direto.

Riscos biológicos: sucedem-se por meio de micro-organismos que, ao entrar em contato com o ser humano, podem causar diversas doenças; são identificados por meio de análise da qualidade e do ambiente.

Principais riscos biológicos: vírus, fungos, bactérias, parasitas, protozoários, bacilos.

Classificação dos riscos biológicos: formas de propagação, virulência, patogenicidade, disponibilidades de tratamento e ações profiláticas eficientes, e, finalmente endemidade.

4. ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM

Definição: estruturação de um plano de ação e na associação de vários setores. Administração e liderança são atribuições elementares para eficiência na atuação do profissional de enfermagem, assim, além da função assistencialista, o enfermeiro exerce a prática da liderança em suas tarefas, acumulando responsabilidades administrativas.

Objetivos: assistir o paciente da melhor forma possível e de modo integral; elaborar rotinas e melhorar a experiência do paciente

Processo administrativo: é o instrumento por meio do qual se concretiza a Administração em Enfermagem. Esse processo é composto pelas práticas administrativas:

- **Planejamento:** é a principal função do processo administrativo e abrange definição de objetivos, resoluções e elaboração de planos. Na enfermagem, os principais métodos aplicados são: planejamento normativo ou tradicional e planejamento estratégico situacional (PES).

- **Organização:** disponibilização de recursos humanos e materiais, organograma e estrutura organizacional. A estrutura organizacional dos Serviços de Enfermagem (SE), deve considerar: seus objetivos e filosofia; a multiplicidade e o volume das tarefas desempenhadas; os mecanismos acessíveis; os atributos desejáveis da estrutura organizacional.

- **Direção:** liderança, instrução, ordenação, motivação e comunicação (incumbências interpessoais).

- **Controle:** empreendimento de medidas corretivas e de prevenção, acompanhamento dos processos, para verificar se o objetivo traçado está sendo cumprido.

5. DIMENSIONAMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Definição: metodologia sistemática cujo objetivo é prever o volume e a qualidade por divisão (técnicos de enfermagem e enfermeiros) demandada para suprir as exigências do cuidado em enfermagem do paciente.

Amparo legal: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem; Fundamentação Legal do Exercício Profissional, Lei nº 5.905/73, Resolução COFEN nº 543/2017.

Componentes fundamentais:

a) serviço de enfermagem = equivalência de profissionais de enfermagem com formação superior e de nível médio e os padrões de avaliação da qualidade do atendimento e os índices de absenteísmo.

b) serviço de saúde = estruturas física e organizacional, porte, missão, política de colaboradores, tipos de programas e atividades, complexidade dos serviços, tecnologias acessíveis, entre outros aspectos institucionais, além das exigências e projetos prescritos pelo Ministério da Saúde.

c) paciente = Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), que se baseia no nível de dependência em relação ao pessoal de enfermagem e na vivência sociocultural.

Sistema de Classificação de Pacientes (SCP): método utilizado para Unidades Assistenciais Ininterruptas/Internação (UAI) e cujas categorias são, basicamente:

- paciente de cuidados mínimos (PCM)= paciente com estabilidade clínica e assistencial, com autossuficiência no que diz respeito aos cuidados essenciais.

- paciente de cuidados intermediários (PCI)= paciente com estabilidade clínica e assistencial, com nível médio de dependência da equipe de enfermagem para o auxílio das necessidades essenciais.

- paciente de cuidados de alta dependência (PCAD)= paciente em condição crônica, envolvendo o cuidado paliativo, com estabilidade clínica, todavia, com dependência integral dos cuidados da equipe de enfermagem para o auxílio das suas necessidades essenciais.

- paciente de cuidados semi-intensivos (PCSI)= paciente susceptível a instabilidade das funcionalidades básicas, com potencial de recuperação, que não apresenta iminente risco de morte, exigindo cuidados permanentes e especializados de natureza clínica e de enfermagem.

- paciente de cuidados intensivos (PCIt)= paciente em estado grave, porém, com expectativa de recuperação, que apresenta iminente risco de morte, susceptível à instabilidade das funcionalidades básicas, exigindo cuidados permanentes e especializados de natureza clínica e de enfermagem.

Cálculo do dimensionamento de pessoal: para as 24 horas de cada unidade de internação (UI), considera-se, além do SCP, as seguintes circunstâncias:

I. a proporção paciente e profissionais nos distintos períodos de atividade:

- cuidado mínimo: para cada 6 pacientes, 1 profissional de enfermagem

- cuidado intermediário: para cada 4 pacientes, 1 profissional de enfermagem

- cuidado de alta dependência e semi-intensivo: para 2,4, 1 profissional de enfermagem

- cuidado intensivo: para 1,33, 1 profissional de enfermagem

II. as horas de enfermagem, durante as 24 horas, por paciente:

- cuidado mínimo: 4 horas de enfermagem

- cuidado intermediário: 6 horas de enfermagem

- cuidado de alta dependência: 10 horas de enfermagem

- cuidado semi-intensivo: 10 horas de enfermagem

- cuidado intensivo: 18 horas de enfermagem

III. a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem, deve observar:

- cuidados mínimo e intermediário: 33% de enfermeiros e os demais, técnicos

- cuidado de alta dependência: 36% de enfermeiros e os demais, técnicos

- cuidado semi-intensivos: 42% de enfermeiros e os demais, técnicos

- cuidado intensivo: 52% de enfermeiros e os demais, técnicos

6. FISIOLOGIA DA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

Fisiologia da gestação: a maioria das modificações sofridas pelos sistemas e órgãos maternos durante a gestação tendem a retroceder posteriormente ao parto. Em comparação às gestações únicas, os casos de gestações múltiplas apresentam, normalmente, transformações são mais intensas.

Modificações no sistema renal= essas mudanças seguem junto às modificações do sistema cardiovascular, sendo:

- aumento da TFG: a taxa de filtração glomerular eleva-se de 30 a 50%, com auge entre as 16ª e 24ª semanas, reduzindo, ligeiramente, após esse período.

- aumento do fluxo plasmático renal.

- dilatação profunda dos ureteres: provocada pelos efeitos dos hormônios (progesterona, principalmente) e pela oclusão provocada pela pressão do útero dilatado nos ureteres (o que pode levar à hidronefrose). No pós-parto, pode levar até 12 semanas para que o sistema coletor urinário se recupere por completo.

- modificações na postura corporal também afetam a atividade renal

Sistema cardiovascular

- aumento do débito cardíaco: é principal modificação fisiológica da gestação; a partir da 6ª semana, o débito cardíaco se agrava cerca de 30 a 50%, atingindo pico entre as 16ª e 28ª semanas, e permanecendo nessa faixa até a 30ª semana. Em geral, o DC vai se atenuando levemente desde esse período, até o momento do parto.

- queda da pressão arterial: ocorre durante o 2º trimestre, sendo que a pressão de pulso se eleva.
- redução da resistência vascular sistêmica
- aumento da frequência de sopros funcionais e intensificação dos sons cardíacos
- presença de extrassístoles ventriculares e atriais.

Sistema gastrointestinal = conforme a gestação vai se desenvolvendo, ocorre a constipação, pois o útero aumentado comprime as porções inferiores do cólon e o reto. Outros dos principais efeitos são:

- redução do movimento gastrointestinal: provocado pelos elevados índices hormonais (progesterona) que debilitam a musculatura lisa.
- regularidade de eructações e pirose: decorrente do refluxo gastroesofágico e do esvaziamento gástrico.
- redução na produção de ácido clorídrico (HCl): o que reduz o risco de aparecimento de úlcera péptica durante a gestação e atenua a gravidade caso haja úlceras preexistentes.

Problemas hepatobiliares = o transporte de bile e a função hepática são sutilmente afetados pela gestação, causando um leve aumento de ocorrência de enfermidades na vesícula biliar. Os exames da atividade hepática normalmente são normais, porém, os níveis de fosfatase alcalina elevam progressivamente no 3º trimestre, podendo atingir valores 2 ou 3 vezes maiores durante o parto. Todavia, esse aumento não é decorrente da disfunção hepática, e, sim, da produção placentária da enzima.

Sistema hematológico = a anemia é a principal alteração hematológica durante a gestação; verifica-se o aumento de plasma, em cerca de 40% a 50%, e, equivalentemente, redução da massa eritrocitária, em torno de 20% a 30%. Como consequência da anemia gestacional, ocorre a hemodiluição.

Sistema respiratório = na gestação, ocorre aumento de 5% a 10% da capacidade inspiratória, com pico entre as 22ª e 24ª semanas. Há redução na resistência pulmonar, porém, a complacência pulmonar não apresenta modificações. Essas condições se dão por dois fatores principais:

- aumento do volume uterino: há os descolamentos da grade torácica (laterais e acima) e do diafragma, por cerca de 4cm acima. A atividade do diafragma torna-se maior, provocando também o aumento da quantidade de ar que entra e sai
- progesterona: a ação desse hormônio sobre o núcleo respiratório é responsável pela hiperventilação materna, um mecanismo defensor que evita que o feto esteja vulnerável a altos graus de dióxido de carbono

Sistema endócrino = a placenta gera hormônios que alteram a função de grande parte das glândulas endócrinas, pois a maioria desses hormônios em parte porque a placenta produz hormônios e porque a maioria desses hormônios transita sob a condição de proteínas ligadoras e tais proteínas se intensificam na gestação. Em síntese, a placenta produz:

- subunidade da gonadotropina coriônica humana (beta-hCG), um hormônio que previne a ovulação
- CRH, que estimula a produção materna de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), responsável pela produção de corticoides e pela produção placentária de progesterona, o que motiva a causa resistência insulínica e aumento da necessidade de insulina, do mesmo modo que o estresse gestacional, provavelmente, a elevação dos índices de lactogênio placentário humano. Por isso, grande parte das mulheres acometidas por diabetes gestacional adquirem outros tipos outras formas mais comuns do diabetes

- MSH (hormônio melanotrófico), que estimula o aumento da pigmentação da pele no período gestacional
- um hormônio semelhante ao TSH (estimulador da tireoide), que provoca o aumento de vascularização e hiperplasia

Sistema dermatológico = as elevações dos níveis de MSH, progesterona e estrogênio favorecem alterações pigmentares, que abrangem:

- escurecimento de axilas, genitais e aréola mamária
- linea nigra (faixa escurecida que surge na região média inferior do abdômen)
- melasma, também conhecida como máscara gravídica, manifesta-se por meio de manchas de pigmentação castanha que envolvem as proeminências malares e a testa

Fisiologia do parto: o trabalho de parto engloba as muitas evoluções corporais que se sucedem no decorrer da gestação, conduzindo à dilatação do colo uterino e à expulsão da criança para o ambiente externo. Os sinais iniciais são as contrações do útero, que vão se tornando cada vez mais intensas e frequentes. As contrações provocam as expulsões de bebê e placenta, e ocorrem por intermédio do hormônio chamado ocitocina. Em geral, o processo todo é segmentado em 4 períodos específicos:

- primeiro período: é a fase do encurtamento, ou apagamento, e da dilatação uterina, e se subdivide em duas partes: 1) fase latente: momentos iniciais do parto, que prossegue lentamente, tendo seu termo quando a dilatação do colo atinge 3cm; 2) fase ativa, que tem seu início quando dilatação do colo atinge 4cm, tendo seu termo com a dilatação total.
- segundo período: é o momento conhecido como “expulsivo”, por se tratar da fase da expulsão do bebê. Tem seu início com a dilatação total do útero.
- terceiro período: tem seu início logo após a completa expulsão da criança, e finaliza com a expulsão das membranas e descolamento e expulsão da placenta.
- quarto período: período de estabilização da mãe, portanto, dura entre 1 e 2 horas, tempo em que a mulher estará em observação, afim de constatar incidência hemorrágica.

Fisiologia do puerpério: o quadro inicial pós-parto exige repouso, pois, a puérpera encontra-se em estado de relaxamento, exaustão e possível sonolência. Outros aspectos dessa fisiologia estão relacionados abaixo:

- a) Leve aumento da temperatura axilar: ocorre nas primeiras 24 horas, porém, não atinge, necessariamente, índices febris ou de provável infecção - todavia, precisa ser observado, pois há a remota possibilidade de infecção puerperal, um processo altamente mórbido.
- b) Aumento do sistema cardiovascular: no período de uma hora após o parto, ocorre um crescimento do volume circulante, manifestado pela presença de sopro sistólico de hiperfluxo.
- c) Restabelecimento do padrão respiratório: ocorre também na primeira hora do pós-parto; o diafragma retoma algumas funções que estavam antes restritas pelo crescimento do abdômen.
- d) Descompressão do estômago e retorno das vísceras abdominais à sua condição original, e, conseqüentemente, esvaziamento gástrico.
- e) Agravamento das hemorroidas já presentes e dificuldade para o esvaziamento do intestino, por conta dos esforços empenhados no processo de expulsão. Se o parto foi cesariana, o quadro é de maior gravidade, devido ao íleo parálítico, provocado pelo manuseio do cômico abdominal.
- f) Traumas na uretra, causando retenção urinária e sensação de incômodo à micção.

- g) Aumento do volume urinário, devido à redistribuição dos líquidos corporais.
- h) Leucocitose, aumento na quantidade de plaquetas e do o nível de fibrinogênio.
- i) Queda de cabelos, ressecamento da pele e melhora no aspecto das estrias.
- j) Instabilidade emocional e alterações de humor. Crises de intensa apatia ou sintomas de psicose puerperal devem ser constatados previamente.
- k) Restabelecimento do endométrio, a partir do 25º dia pós-parto.
- l) A vagina apresenta edemas, além de atrofiamento e congestão, que permanecem até o 25º dia de puerpério.

7. FARMACOLOGIA APLICADA AO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL:

Regra geral: as puérperas, especialmente as que amamentam, precisam preservar-se do uso de quaisquer fármacos. Todavia, se o tratamento com drogas for indispensável, é importante considerar os fatores essenciais para decidir a respeito do uso de drogas para a mãe, segundo as ponderações relacionadas:

- a prescrição de determinada droga deve considerar a existência de comprovado benefício na circunstância para a qual se indica.
- optar por fármacos com menor potencial de excreção no leite materno.
- optar por drogas já autorizadas para uso em lactantes e recém-nascidos.
- optar pela terapia local (tópica), no lugar do tratamento parenteral ou oral, sempre que for viável
- planejar os horários de uso da droga pela mãe, prevenindo que o auge da droga no leite materno e no sangue coincida com os horários de amamentação.
- sempre que possível, optar por ministrações que contenham apenas uma droga.
- estudar a probabilidade de ministrar o fármaco diretamente na corrente sanguínea da lactante, se apresentar algum risco para a criança (ex.: tratamentos anticonvulsivantes).
- instruir a mãe para que se observe a criança, a fim de verificar prováveis efeitos colaterais, como hábitos de sono, distúrbios gastrointestinais, alterações do padrão alimentar e tônus muscular.
- instruir a nutriz para separar seu leite antecipadamente e armazenar em congelador, para alimentar a criança, caso haja suspensão temporária, de acordo com as recomendações dos bancos de leite humano.

8. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CLIMATÉRIO, NA MENOPAUSA E NA ESTERILIDADE

I. DEFINIÇÕES

Climatério: transição da fase reprodutiva da mulher (menopausa) para a fase não reprodutiva (senilidade ou senescência). Ocorre entre os 40 e os 65 anos de idade, e é dividido em períodos:

- pré-menopausa: normalmente, tem início aos 40 anos, com a redução da fertilidade e ciclo menstrual inalterado
- perimenopausa: tem seu início dois anos antes da última menstruação prolonga-se por até um ano após, com modificações no sistema endócrino e ciclos menstruais irregulares

- pós-menopausa: inicia-se um ano depois da última menstruação e subdivide-se em:

- 1) precoce: acontece com até 5 anos do último período menstrual;
- 2) tardia: ocorre com mais de 5 anos

Menopausa: caracteriza-se pelo último ciclo menstrual da mulher e a pós-menopausa. Normalmente, dura dois anos.

Esterilidade: é a improdutividade, a incapacidade do homem ou da mulher de gerar espermatozoides ou óvulos (gametas) ou zigotos (junção de óvulos e espermatozoides) viáveis.

O papel do enfermeiro:

- estar munido e atualizado quando às informações sobre a saúde da mulher
- atuar como agente transformador, ocupando-se com a educação para a saúde
- promover abordagem interdisciplinar no atendimento à mulher climatérica, pois esse período é marcado por transformações não só fisiológicas, mas também culturais, sociais e relações familiares
- atenção humanizada
- promover ações educativas, que abranjam atenção à saúde, como troca de experiências, estímulo à autoestima e autovalorização da mulher climatérica, por meio do acesso às informações em assistência holística
- auxiliar a mulher climatérica na construção de um futuro de qualidade e poder de decisão sobre a fase que se enfrenta, diante de escolhas feitas a partir de conhecimentos de cunho social, e, principalmente, de ter acesso aos saberes científicos a respeito de sua condição
- buscar reduzir os impactos gerados pelo processo do climatério, repleto de incontáveis mudanças e instabilidades físicas e psicológicas

9. ASSISTÊNCIA À SAÚDE MATERNA E PERINATAL BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Definição: adotar evidências científicas no âmbito da saúde materna e perinatal implica na utilização dos melhores estudos sobre a eficiência e segurança de terapias, procedimentos, exames e demais intervenções.

Objetivos: auxiliar nas resoluções desse tipo de assistência e melhorar a experiência da mulher, bem como de sua família, no processo gestacional, no trabalho de parto e no período puerperal.

Dentre as principais resoluções desse método, estão:

- qualidade da assistência direcionada para as necessidades básicas da mulher, o que implica na mudança cultural dos serviços de saúde
- presenças de obstetras enfermeiras obstetras corroboram na formação de uma rede eficiente de cuidados
- qualificação, autonomia e reconhecimento dos profissionais
- a mulher deve ter sua participação em todo o processo garantida, bem como poder exercer sua autonomia de modo compartilhado, levando a um maior e melhor controle social, além das perspectivas no gênero e na discriminação
- qualidade da assistência direcionada para as necessidades básicas da mulher, o que implica na mudança cultural dos serviços de saúde
- ambiente cômodo e acolhedor, o que implica modificação da estrutura dos serviços de saúde
- observância à fisiologia do processo, o que implica na evolução da atividade profissional

- Lei (Lei nº 11.108/2005), que determina que a paciente conte com um acompanhante à sua escolha, para o momento do parto

10. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO

PRÉ-PARTO

I. Encaminhamento da gestante ao CPN: assim que a paciente internada entra em trabalho de parto, os enfermeiros fazem a sua transferência para a central de parto normal.

II. A paciente toma conhecimento, por parte dos enfermeiros, de toda a dinâmica e funcionamento do setor.

III. Monitoramento das condições da paciente:

1) realização da manobra de Leopold, que indica a posição do feto;

2) ausculta dos batimentos cardíacos da criança;

3) medição da dinâmica do útero (quantidade e duração das contrações no intervalo de dez minutos);

4) toque vaginal e exame da bacia da paciente, a cada duas horas, para constatar se há passagem suficiente para o bebê;

5) verificação dos sinais vitais da paciente: temperatura, aferição da pressão arterial, temperatura, quantidade de inspirações por minuto e batimentos cardíacos.

IV. Aplicação das boas práticas obstétricas, que são medidas de atenuação das dores, devidamente recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde: oferecimento de água e outros líquidos, como chá morno e suco; exercício em bola suíça para relaxamento; banho morno em pulverização nas posições sentada ou em pé; minimização da intensidade da luz no ambiente; musicoterapia conforme preferência da parturiente; massagens relaxantes na linha coluna cervical e na região da pelve; exercícios de deambulação e agachamento.

V. Cumprimento da lei do acompanhante (Lei nº 11.108/2005), que determina a permissão de um acompanhante à escolha da paciente.

VI. O Ministério da Saúde publicou, em 2011, a portaria nº 1.459, que instaurou no SUS (Sistema Único de Saúde) a Rede Cegonha, que aborda a aplicação das boas práticas obstétricas, instituindo uma cadeia de cuidados humanizados para a mulher, que começa no planejamento reprodutivo e a acompanha até o pós-parto.

PARTO

I. A parturiente pode optar pela posição que considera mais cômoda (quarto apoio, cócoras, decúbito dorsal, decúbito lateral esquerdo ou no banho de aspersão com água morna).

II. Instruções: a equipe de enfermagem auxilia o residente nas instruções quanto às diferentes posições e também orienta como e onde empenhar força sempre que sentir os involuntários empuxos.

III. Mecanismos subjacentes ao tratamento da dor: na dilatação e na expulsão do bebê, o nível da dor vivenciada pela parturiente difere do limite de dor de cada uma, e está condicionado a diversos fatores, como temperamento, psique, cultura e quaisquer possíveis distúrbios dentro da sanidade.

IV. Humanização: consiste em promover o respeito e o atendimento das necessidades da parturiente de forma particular, consentindo com sua cultura religiosa, suas dimensões psicológicas e, especialmente, suas particularidades de natureza fisiológica, incrementando o serviço com práticas de redução de incômodos físico e emocional, transmitindo confiança e proteção.

PÓS-PARTO

I. Primeiro contato: após verificado se o recém-nascido goza de boa vitalidade, a enfermeira preceptora do setor e o residente promovem o toque pele a pele entre mãe e filho.

II. Aleitamento: deve ser providenciado na primeira hora de vida.

III. Cordão umbilical: recomenda-se que o cordão tenha parado de pulsar, para somente assim oferecer ao acompanhante a honra de rompê-lo com a tesoura.

IV. Finalização da assistência: proceder o secundamento da placenta e a revisão do cabal de parto, além da sutura de alguma eventual laceração.

V. Assistência imediata do recém-nascido: na primeira hora de vida, realizar as devidas medições e demais procedimentos adequados.

VI. Assistência à puerpera: nas duas primeiras horas do pós-parto, realizar a monitoração dos sinais vitais, auxílio caso haja quaisquer sintomas de formação de coágulos e possíveis hemorragias.

11. INTERCORRÊNCIAS PATOLÓGICAS NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO (HEMORRAGIAS PÓS-PARTO E SÍNDROMES HEMORRÁGICAS NA GESTAÇÃO, SÍNDROMES HIPERTENSIVAS)

HEMORRAGIAS PÓS-PARTO

Principais causas:

- restos de placenta
- distúrbio hemorrágico
- perda do tônus nos músculos do útero

Principais sintomas:

- sangramento vaginal ininterrupto
- queda na pressão arterial
- desmaio
- aceleração cardíaca
- palidez

Tratamento:

- Medicação
- Massagem uterina
- remoção de tecidos da placenta (casos raros)
- Transfusão de sangue (casos raros)
- Histerectomia (casos raros)

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS NA GESTAÇÃO

Primeira metade da gestação

• abortamento: interrupção da gestação até a 20ª/22ª semana e com embrião de peso inferior a 500g. Causas: apesar de haver muitos motivos, na maioria das vezes, a causa é indeterminada. Diagnóstico: ultrassonografia e clínico. Assistência: testes sorológico e de HIV; exames para especificação sanguínea; administração de imunoglobulina anti-D.

• gestação ectópica: desenvolvimento do conceito fora da cavidade do útero (o óvulo fertilizado pode implantar-se no colo uterino ou na cavidade abdominal ou do ovário). Sintomas: hipotensão arterial, torpor, palidez, taquicardia, agitação e choque. Causas: DIPA (doença inflamatória pélvica); DIU; > 35 anos; antecedente de gestação ectópica ou cirurgia tubária; endometriose; reprodução assistida; tabagismo. Tratamento: medicação (metrotexate), e se não resolver, cirurgia (salpingectomia)