



CONCURSO PÚBLICO

PREFEITURA MUNICIPAL DE

GOIÂNIA/GO
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

MATERIAL ELABORADO DE ACORDO COM EDITAL N°001/2020

GRÁTIS

**CONTEÚDO EXTRA
ONLINE**

- ✓ **LÍNGUA PORTUGUESA**
- ✓ **ATUALIDADE E HISTÓRIA, GEOGRAFIA E CONHECIMENTOS GERAIS DE GOIÂNIA E DO ESTADO DE GOIÁS**
- ✓ **CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE PÚBLICA**
- ✓ **CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS**



OP-002FV-20

Prefeitura Municipal de Goiânia do Estado de Goiás

Agente Comunitário de Saúde

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de textos de diferentes gêneros: efeitos de sentido, hierarquia dos sentidos do texto, situação comunicativa, pressuposição, inferência, ambiguidade, ironia, figurativização, polissemia, intertextualidade, linguagem não verbal.....01
2. Modos de organização do texto: descrição, narração, exposição, argumentação, diálogo e esquemas retóricos (enumeração de ideias, relações de causa e consequência, comparação, gradação, oposição, etc.).....17
3. Estrutura textual: progressão temática, parágrafo, período, oração, pontuação, tipos de discurso, mecanismos de estabelecimento da coerência, coesão lexical e conexão sintática.....18
4. Gêneros textuais: análise das características composicionais de editorial, notícia, reportagem, resenha, crônica, carta, artigo de opinião, relatório, parecer, ofício, charge, tira, pintura, placa, propaganda institucional/educacional, etc.34
5. Estilo e registro: variedades linguísticas, formalidade e informalidade, formas de tratamento, propriedade lexical, adequação comunicativa.....35
6. Língua padrão: ortografia, formação de palavras, pronome, advérbio, adjetivo, conjunção, preposição, regência, concordância nominal e verbal.....37

Atualidades e História, Geografia e Conhecimentos Gerais de Goiânia e do Estado de Goiás

1. História de Goiás: o bandeirantismo e sociedade mineradora.....01
 2. Goiás nos séculos XIX e XX e a construção de Goiânia.....01
 3. Geografia de Goiás: regiões goianas.....01
 4. Patrimônio natural, cultural e histórico de Goiás.....01
 5. Aspectos históricos, geográficos, econômicos e culturais de Goiânia.....01
- ATUALIDADES 1. Temas relevantes de diversas áreas em evidência no mundo e no Brasil na atualidade: política, economia, sociedade, cultura, meio ambiente, tecnologia, educação, saúde, relações internacionais e suas conexões com o contexto histórico. 1.1. Epidemias. 1.2. Migrações. 1.3. Globalização. 1.4. Democracia.....20

2. Mundo do trabalho na atualidade.	20
3. Desastres ambientais no Brasil contemporâneo.	20
4. Mobilidade Urbana.	20
5. Direitos Humanos.	20

Conhecimentos Gerais em Saúde Pública

1. SISTEMA Único de Saúde: conceitos, princípios e diretrizes, dispositivos legais, direitos dos usuários do SUS ações e programas.	01
2. Gestão em Saúde: instrumentos e mecanismos de governança do sistema e estratégias de gerenciamento (planejamento, monitoramento, avaliação e regulação do atendimento)	21
3. Atenção à Saúde: a estruturação do sistema segundo seus níveis de assistência e a organização dos serviços na lógica das redes assistenciais	57
4. A integralidade do atendimento. Estratégia de Saúde da Família, Política Nacional de Promoção à Saúde como estratégia indutora de políticas intersetoriais para melhoria da qualidade de vida.	62
5. Política de Atenção à Saúde da Criança, do Adolescente e Jovem, da Mulher, do Homem e do Idoso.	85
6. Vigilância (em, na e da) Saúde: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância da saúde do trabalhador.	162
7. Assistência e monitoramento de grupos populacionais e agravos, transmissíveis e não transmissíveis, emergentes e de maior prevalência.	186
8. Programa Nacional de Imunizações.	202
9. Humanização da Atenção.	208

Conhecimentos Específicos

1. Sistema Único de Saúde: conceitos, princípios e diretrizes, dispositivos legais, direitos dos usuários do SUS ações e programas.	01
2. e SUS Atenção Básica (e SUS AB).	01
3. Atenção à Saúde: a estruturação do sistema segundo seus níveis de assistência e a organização dos serviços na lógica das redes assistenciais.	02
4. A integralidade do atendimento. Estratégia de Saúde da Família, Política Nacional de Promoção à Saúde como estratégia indutora de políticas intersetoriais para melhoria da qualidade de vida.	02
5. Identificação, acolhimento e acompanhamento do indivíduo e comunidade: criança, adolescente, jovem, adulto, idoso, mulher, homem e grupos vulneráveis.	02
6. Vigilância epidemiológica: prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial.	43
7. Assistência, investigação e monitoramento de doenças e agravos de notificação compulsória dengue, Zika, Chikungunya, febre amarela, malária, tracoma, esquistossomose, sarampo, leptospirose, hantavirose, infecção pelo H1N1 e Corona vírus, tuberculose, hanseníase; agravos causados por animais peçonhentos; etc.	70
8. Vigilância ambiental: saneamento básico; qualidade do ar, da água e dos alimentos para consumo humano. Ciclos dos agentes etiológicos; controle de vetores; desastres.	102
9. Programa Nacional de Imunizações.	109

10. Humanização da Atenção.....	109
11. Regulamentação da profissão de Agente de Combate às Endemias: Lei complementar nº 236 de 28/12/12 do Município de Goiânia; Lei complementar nº 325 de 26/12/19 do Município de Goiânia; Lei nº 11.350/2006; Lei nº 13.595/2018 e Política Nacional de Vigilância em Saúde.....	109



LÍNGUA PORTUGUESA

1. LEITURA E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS DE DIFERENTES GÊNEROS: EFEITOS DE SENTIDO, HIERARQUIA DOS SENTIDOS DO TEXTO, SITUAÇÃO COMUNICATIVA, PRESSUPOSIÇÃO, INFERÊNCIA, AMBIGUIDADE, IROНИЯ, FIGURATIVIZAÇÃO, POLISSEMIA, INTERTEXTUALIDADE, LINGUAGEM NÃO VERBAL.

LEITURA E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS DE DIFERENTES GÊNEROS

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

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

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

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

Normalmente, numa prova, o candidato deve:

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

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

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

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

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

Condições básicas para interpretar

Fazem-se necessários:

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

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

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

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

Interpretar / Compreender

Interpretar significa:

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

Compreender significa

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

- *o texto diz que...*

- *é sugerido pelo autor que...*

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

- *o narrador afirma...*

Erros de interpretação

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

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

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

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

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

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

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

- *que* (neutro) - relaciona-se com qualquer antecedente, mas depende das condições da frase.
 - *qual* (neutro) idem ao anterior.
 - *quem* (pessoa)
 - *cujo* (posse) - antes dele aparece o possuidor e depois o objeto possuído.
 - *como* (modo)
 - *onde* (lugar)
 - *quando* (tempo)
 - *quanto* (montante)
- Exemplo:
Falou tudo QUANTO queria (correto)
Falou tudo QUE queria (errado - antes do QUE, deveria aparecer o demonstrativo O).

Dicas para melhorar a interpretação de textos

- Leia todo o texto, procurando ter uma visão geral do assunto. *Se ele for longo, não desista! Há muitos candidatos na disputa, portanto, quanto mais informação você absorver com a leitura, mais chances terá de resolver as questões.*
- Se encontrar palavras desconhecidas, não interrompa a leitura.
- Leia, leia bem, leia profundamente, ou seja, leia o texto, pelo menos, duas vezes – *ou quantas forem necessárias.*
- *Procure fazer inferências, deduções (chegar a uma conclusão).*
- **Volte ao texto quantas vezes precisar.**
- **Não permita que prevaleçam suas ideias sobre as do autor.**
- Fragmente o texto (parágrafos, partes) para melhor compreensão.
- **Verifique, com atenção e cuidado, o enunciado de cada questão.**
- O autor defende ideias e você deve percebê-las.
- Observe as relações interparágrafos. Um parágrafo geralmente mantém com outro uma relação de continuação, conclusão ou falsa oposição. Identifique muito bem essas relações.
- Sublinhe, em cada parágrafo, o tópico frasal, ou seja, a ideia mais importante.
- **Nos enunciados, grife palavras como “correto” ou “incorreto”, evitando, assim, uma confusão na hora da resposta – o que vale não somente para Interpretação de Texto, mas para todas as demais questões!**
- Se o foco do enunciado for o tema ou a ideia principal, leia com atenção a introdução e/ou a conclusão.
- Olhe com especial atenção os pronomes relativos, pronomes pessoais, pronomes demonstrativos, etc., chamados *vocábulos relatores*, porque remetem a outros vocábulos do texto.

Fontes de pesquisa:

- <http://www.tudosobreconcursos.com/materiais/portugues/como-interpretar-textos>
- <http://portuguesemfoco.com/pf/09-dicas-para-melhorar-a-interpretacao-de-textos-em-provas>

<http://www.portuguesnarede.com/2014/03/dicas-para-voce-interpretar-melhor-um.html>
<http://vestibular.uol.com.br/cursinho/questoes/questao-117-portugues.htm>

Questões

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

Gratuidades

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESPOSTA: “C”.

2-) (SUSAM/AM – TÉCNICO (DIREITO) – FGV/2014 - adaptada) “Se alguém que é gay procura Deus e tem boa vontade, quem 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.

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

RESPOSTA: “A”.

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

Concha Acústica

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

Disponível em: <<http://www.cultura.df.gov.br/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.

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

RESPOSTA: “A”.

FIGURAS DE LINGUAGEM

Figura de Palavra

A figura de palavra consiste na substituição de uma palavra por outra, isto é, no emprego figurado, simbólico, seja por uma relação muito próxima (contiguidade), seja

por uma associação, uma comparação, uma similaridade. Estes dois conceitos básicos - contiguidade e similaridade - permitem-nos reconhecer dois tipos de figuras de palavras: a *metáfora* e a *metonímia*.

Metáfora

Consiste em utilizar uma palavra ou uma expressão em lugar de outra, sem que haja uma relação real, mas em virtude da circunstância de que o nosso espírito as associa e percebe entre elas certas semelhanças. É o emprego da palavra fora de seu sentido normal.

Observação: toda metáfora é uma espécie de comparação implícita, em que o elemento comparativo não aparece.

Seus olhos são como luzes brilhantes.

O exemplo acima mostra uma comparação evidente, através do emprego da palavra *como*.

Observe agora: *Seus olhos são luzes brilhantes.*

Neste exemplo não há mais uma comparação (note a ausência da partícula comparativa), e sim símile, ou seja, qualidade do que é semelhante.

Por fim, no exemplo: *As luzes brilhantes olhavam-me.* Há substituição da palavra olhos por luzes brilhantes. Esta é a verdadeira metáfora.

Observe outros exemplos:

1) *“Meu pensamento é um rio subterrâneo.”* (Fernando Pessoa)

Neste caso, a metáfora é possível na medida em que o poeta estabelece relações de semelhança entre um rio subterrâneo e seu pensamento (pode estar relacionando a fluidez, a profundidade, a inatingibilidade, etc.).

2) *Minha alma é uma estrada de terra que leva a lugar algum.*

Uma estrada de terra que leva a lugar algum é, na frase acima, uma metáfora. Por trás do uso dessa expressão que indica uma alma rústica e abandonada (e angustiadamente inútil), há uma comparação subentendida: *Minha alma é tão rústica, abandonada (e inútil) quanto uma estrada de terra que leva a lugar algum.*

A Amazônia é o pulmão do mundo.

Em sua mente povoa só inveja.

Metonímia

É a substituição de um nome por outro, em virtude de existir entre eles algum relacionamento. Tal substituição pode acontecer dos seguintes modos:

1 - **Autor pela obra:** *Gosto de ler Machado de Assis.* (= Gosto de ler a obra literária de Machado de Assis).

2 - **Inventor pelo invento:** *Édson ilumina o mundo.* (= As lâmpadas iluminam o mundo).

3 - **Símbolo pelo objeto simbolizado:** *Não te afastes da cruz.* (= Não te afastes da religião).

4 - **Lugar pelo produto do lugar:** *Fumei um saboroso Havana.* (= Fumei um saboroso charuto).

5 - Efeito pela causa: *Sócrates bebeu a morte.* (= Sócrates tomou veneno).

6 - Causa pelo efeito: *Moro no campo e como do meu trabalho.* (= Moro no campo e como o alimento que produz).

7 - Continente pelo conteúdo: *Bebeu o cálice todo.* (= Bebeu todo o líquido que estava no cálice).

8 - Instrumento pela pessoa que utiliza: *Os microfones foram atrás dos jogadores.* (= Os repórteres foram atrás dos jogadores).

9 - Parte pelo todo: *Várias pernas passavam apressadamente.* (= Várias pessoas passavam apressadamente).

10 - Gênero pela espécie: *Os mortais pensam e sofrem nesse mundo.* (= Os homens pensam e sofrem nesse mundo).

11 - Singular pelo plural: *A mulher foi chamada para ir às ruas na luta por seus direitos.* (= As mulheres foram chamadas, não apenas uma mulher).

12 - Marca pelo produto: *Minha filha adora danone.* (= Minha filha adora o iogurte que é da marca Danone).

13 - Espécie pelo indivíduo: *O homem foi à Lua.* (= Alguns astronautas foram à Lua).

14 - Símbolo pela coisa simbolizada: *A balança pendurará para teu lado.* (= A justiça ficará do teu lado).

Saiba que: *Sinédoque* se relaciona com o conceito de extensão (como nos exemplos 9, 10 e 11, acima), enquanto que a *metonímia* abrange apenas os casos de analogia ou de relação. Não há necessidade, atualmente, de se fazer distinção entre ambas as figuras.

Catacrese

Trata-se de uma metáfora que, dado seu uso contínuo, cristalizou-se. A catacrese costuma ocorrer quando, por falta de um termo específico para designar um conceito, toma-se outro “emprestado”. Assim, passamos a empregar algumas palavras fora de seu sentido original. Exemplos: “asa da xícara”, “batata da perna”, “maçã do rosto”, “pé da mesa”, “braço da cadeira”, “coroa do abacaxi”.

Perífrase ou Antonomásia

Trata-se de uma expressão que designa um ser através de alguma de suas características ou atributos, ou de um fato que o celebrou. É a substituição de um nome por outro ou por uma expressão que facilmente o identifique:

A Cidade Maravilhosa (= Rio de Janeiro) *continua atraindo visitantes do mundo todo.*

A Cidade-Luz (=Paris)

O rei das selvas (=o leão)

Observação: quando a perífrase indica uma pessoa, recebe o nome de **antonomásia**. Exemplos:

O Divino Mestre (= Jesus Cristo) *passou a vida praticando o bem.*

O Poeta dos Escravos (= Castro Alves) *morreu muito jovem.*

O Poeta da Vila (= Noel Rosa) *compôs lindas canções.*

Sinestesia

Consiste em mesclar, numa mesma expressão, as sensações percebidas por diferentes órgãos do sentido. É o cruzamento de sensações distintas.

Um grito áspero revelava tudo o que sentia. (grito = auditivo; áspero = tátil)

No silêncio escuro do seu quarto, aguardava os acontecimentos. (silêncio = auditivo; escuro = visual)

Tosse gorda. (sensação auditiva X sensação tátil)

Fontes de pesquisa:

<http://www.soportugues.com.br/secoes/estil/estil2.php>
SACCONI, Luiz Antônio. *Nossa gramática completa Sacconi*. 30ª ed. Rev. São Paulo: Nova Geração, 2010.

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

Antítese

Consiste no emprego de palavras que se opõem quanto ao sentido. O contraste que se estabelece serve, essencialmente, para dar uma ênfase aos conceitos envolvidos que não se conseguiria com a exposição isolada dos mesmos. Observe os exemplos:

“O mito é o nada que é tudo.” (Fernando Pessoa)

O corpo é grande e a alma é pequena.

“Quando um muro separa, uma ponte une.”

Não há gosto sem desgosto.

Paradoxo ou oxímoro

É a associação de ideias, além de contrastantes, contraditórias. Seria a antítese ao extremo.

Era dor, sim, mas uma dor deliciosa.

Ouvimos as vozes do silêncio.

Eufemismo

É o emprego de uma expressão mais suave, mais nobre ou menos agressiva, para comunicar alguma coisa áspera, desagradável ou chocante.

Depois de muito sofrimento, entregou a alma ao Senhor. (= morreu)

O prefeito ficou rico por meios ilícitos. (= roubou)

Fernando faltou com a verdade. (= mentiu)

Faltar à verdade. (= mentir)

Ironia

É sugerir, pela entoação e contexto, o contrário do que as palavras ou frases expressam, geralmente apresentando intenção sarcástica. A ironia deve ser muito bem construída para que cumpra a sua finalidade; mal construída, pode passar uma ideia exatamente oposta à desejada pelo emissor.

Como você foi bem na prova! Não tirou nem a nota mínima.



**ATUALIDADES E HISTÓRIA,
GEOGRAFIA E CONHECIMENTOS
GERAIS DE GOIÂNIA E DO
ESTADO DE GOIÁS**

1 HISTÓRIA DE GOIÁS: O BANDEIRANTISMO E SOCIEDADE MINERADORA; 2 . GOIÁS NOS SÉCULOS XIX E XX E A CONSTRUÇÃO DE GOIÂNIA. 3. GEOGRAFIA DE GOIÁS: REGIÕES GOIANAS. 4. PATRIMÔNIO NATURAL, CULTURAL E HISTÓRICO DE GOIÁS. 5 . ASPECTOS HISTÓRICOS, GEOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E CULTURAIS DE GOIÂNIA.

A verdadeira evolução de Goiás e de sua história tem como ponto de partida o final do século XVII, com a descoberta das suas primeiras minas de ouro, e início do século XVIII. Esta época, iniciada com a chegada dos bandeirantes, vindos de São Paulo em 1727, foi marcada pela colonização de algumas regiões.

O contato com os nativos indígenas e com os negros foi fator decisivo na formação da cultura do estado, deixando como legado principal cidades históricas como Corumbá de Goiás, Pirenópolis e Goiás, antiga Vila Boa e posteriormente capital de Goiás. O início dos povoados coincide com o Ciclo do Ouro, minério amplamente explorado nesta época. Eles prosperaram e hoje são cidades que apresentam, por meio de seu patrimônio, a história de Goiás.

Goiás era conhecido e percorrido pelas Bandeiras já no primeiro século da colonização do Brasil. Mas seu povoamento só ocorreu em virtude do descobrimento das minas de ouro. As primeiras Bandeiras eram de caráter oficial e destinadas a explorar o interior em busca de riquezas minerais, e outras empresas comerciais de particulares organizadas para captura de índios. Costuma-se dizer que o bandeirante Bartolomeu Bueno da Silva, o Anhanguera, foi o descobridor de Goiás. Mas isto não significa que ele foi o primeiro a chegar ao estado e sim, o primeiro a ter intenção de se fixar aqui. A Bandeira saiu de São Paulo em 3 de julho de 1722. O caminho já não era tão difícil como nos primeiros tempos. Em outubro de 1725, após três anos, os bandeirantes voltaram triunfantes a São Paulo, divulgando que tinham descoberto cinco córregos auríferos, minas tão ricas como as de Cuiabá, com ótimo clima e fácil comunicação.

Poucos meses depois da volta da Bandeira, organizou-se em São Paulo uma nova expedição para explorar as veias auríferas, tendo Bartolomeu, agora como superintendente das minas, e João Leite da Silva Ortiz, como guarda-mor. A primeira região ocupada foi a do Rio Vermelho. Fundou-se lá o arraial de Sant'Ana, que depois seria chamado de Vila Boa e mais tarde de Cidade de Goiás. Esta foi, durante 200 anos, a capital do território. A época do ouro em Goiás foi intensa e breve. Após 50 anos, verificou-se a decadência rápida e completa da mineração. Por outro lado, só se explorou o ouro de aluvião, isto é, das margens dos rios, e a técnica empregada era rudimentar.

Goiás pertenceu até 1749 à capitania de São Paulo. A partir desta data tornou-se capitania independente. Ao se evidenciar a decadência do ouro, várias medidas administrativas foram tomadas por parte do governo, sem alcançar, no entanto, resultados satisfatórios. A economia do ouro, sinônimo de lucro fácil, não encontrou, de imediato, um produto que a substituísse em nível de vantagem econômica. A decadência do ouro afetou a sociedade goiana, sobretudo na forma de ruralização e regressão a uma economia de subsistência.

O nome do estado origina-se da denominação da tribo indígena "guaiás", que por corruptela se tornou Goiás. Vem do termo tupi *gwaya* que quer dizer indivíduo igual, gente semelhante, da mesma raça. Assim como no Brasil, o processo de independência em Goiás se deu gradativamente. A formação das juntas administrativas, que representam um dos primeiros passos neste sentido, deu oportunidade às disputas pelo poder entre os grupos locais.

A partir de 1940, Goiás cresce rapidamente: a construção de Goiânia, o desbravamento do mato grosso goiano, a campanha nacional "marcha para o oeste", que culmina na década de 50 com a construção de Brasília, imprimem um ritmo acelerado ao progresso de Goiás. A partir da década de 1960, o estado passa a apresentar um processo dinâmico de desenvolvimento. Nos anos mais recentes, Goiás passa a ser um grande exportador de commodities agropecuárias, destacando-se pelo rápido processo de industrialização. Hoje, está bastante inserido no comércio nacional, aprofundando e diversificando, a cada dia, suas relações com os grandes centros comerciais.

O processo de modernização agrícola na década de 1970 e o posterior desenvolvimento do setor agroindustrial na década de 1980 representaram uma nova página para o desenvolvimento do estado de Goiás. A expansão desses setores ampliou as exportações e os elos da cadeia industrial goiana.

Apesar da suposta "vocação natural" do estado para agricultura, o papel interventor do setor público, tanto federal, como estadual, foi vital para o processo de moderniza o da agricultura e desenvolvimento do setor agroindustrial. Os trabalhos de Estevam (2004), Pires e Ramos (2009), e Castro e Fonseca (1995) mostram com detalhes como o setor público foi essencial para a estrutura o dessas atividades no território goiano. As culturas priorizadas foram, principalmente, a soja, o milho e, mais recentemente, a cana-de-a u car. Essas culturas foram selecionadas devido ao seu maior potencial exportador e maior encadeamento com a indústria.

Em meio a essas transforma es, em 1988, o norte do estado foi desmembrado, dando origem ao estado do Tocantins.

A partir da década de 1990 houve maior diversifica o do setor industrial por meio do crescimento de atividades do setor de fabrica o de produtos químicos, farmacêuticos, veículos automotores e produ o de etanol. Um fator responsável pela atra o desse capital foram os programas de incentivos fiscais estaduais implementados a partir da década de 1980.

O dinamismo econômico provocado por todos esses processos ocasionou também a redistribuição da população no território, por meio de um intenso êxodo rural. As novas formas de produção adotadas, intensivas em capital foram as principais responsáveis pela mudança da população do campo para a cidade. As cidades que receberam a maior parte desses migrantes do campo foram a capital, Goiânia, as cidades da região do Entorno de Brasília - como Luziânia e Formosa -, e as cidades próximas às regiões que desenvolveram o agronegócio como Rio Verde, Jataí, Cristalina e Catalão.

Goiás tornou-se também um local de alto fluxo migratório nas últimas décadas, tomando-se recentemente um dos estados com maior fluxo migratório líquido do país. As principais razões para esse alto fluxo migratório são a localização estratégica, que interliga praticamente todo o país por eixos rodoviários, o dinamismo econômico e também a proximidade com a capital federal - Brasília.

Os indicadores que medem as condições de vida da população apresentaram desempenho positivo nas últimas duas décadas. Houve queda expressiva do número de pobres e extremamente pobres. Os indicadores de esperança de vida, mortalidade infantil, saúde, educação apresentaram melhorias significativas. Dentre os indicadores analisados, o único que não tem evolução desejável é o de acesso à rede de esgoto sanitário.

A estratégia de desenvolvimento adotada pelo estado de Goiás ao longo das últimas décadas foi baseada, fundamentalmente, no estímulo à atração de empreendimentos industriais, concentrando-se esforços, basicamente, na dotação de infraestrutura física requerida pelas plantas industriais e na oferta de reduções tributárias por meio dos incentivos fiscais. Essa estratégia parece ter propiciado a alavancagem do crescimento econômico de Goiás com melhoria de alguns indicadores sociais. Contudo, o desafio ainda é proporcionar um desenvolvimento mais homogêneo do território bem como da sua distribuição funcional da renda. Exemplo disso é que o PIB de Goiás permanece concentrado em apenas dez municípios do estado, todos localizados na Metade Sul do território.

Ademais, grandes obras de infraestrutura que estão em andamento no estado como a Ferrovia Norte-Sul, o aeroporto de cargas de Anápolis e duplicação de rodovias, tanto estaduais como federais, devem dar novo fôlego para o seu desenvolvimento.



Localização

Goiás é o sétimo maior Estado do país e ocupa uma área de 340 mil quilômetros quadrados. Situado na região Centro-Oeste, o Estado faz divisa com Tocantins, Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Possui 246 municípios e envolve o Distrito Federal – com exceção ao seu extremo sudeste.

ESTADO DE GOIÁS: Área, pontos extremos e altitudes

Área (Km ²)			340.110,38	
Pontos extremos	Norte	Latitude (S)	12° 23' 46,261"	
		Longitude (O)	49° 34' 39,513"	
	Sul	Latitude (S)	19° 29' 0,393"	
		Longitude (O)	49° 34' 39,513"	
	Leste	Latitude (S)	15° 56' 23,327"	
		Longitude (O)	45° 54' 25,060"	
	Oeste	Latitude (S)	15° 56' 23,327"	
		Longitude (O)	53° 14' 53,966"	
	Altitude	Max		1.564
		Min		197

Fonte: Shuttle Radar Topography Mission (SRTM) / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / Instituto Mauro Borges / Segplan-GO / Gerência de Cartografia e Geoprocessamento

População

Levantamento do IBGE, divulgado em 2018, indica que Goiás possui quase 7 milhões de habitantes, e densidade demográfica de 17,65 pessoas por quilômetro quadrado. Trata-se do Estado mais populoso do Centro-Oeste brasileiro.

Seja por sua história carregada de tradição ou pela crescente oferta de oportunidades, Goiás abriga povos diversificados, desde indígenas e calungas até migrantes vindos de todas as partes. O Censo Demográfico de 2010 apontou que aproximadamente 28% das pessoas que moram em solo goiano são oriundas de outros Estados. Tal fluxo migratório, acentuado especialmente nas últimas décadas, contribui com o crescimento populacional. Desde 2000, o número de habitantes em Goiás cresce uma média de 1,8% ao ano.

Clima, vegetação e hidrografia

Situado no coração do Brasil, Goiás ostenta a beleza singular do Cerrado, cuja vegetação é marcada por árvores e arbustos tortuosos, cascas grossas e raízes profundas. Uma das características mais peculiares do bioma é a flora, considerada a mais rica savana do mundo por abrigar pelo menos 11,6 mil espécies de plantas já catalogadas. O Cerrado cobre cerca de 70% do território goiano e é o segundo maior bioma brasileiro, ficando atrás somente da Amazônia.

O clima em Goiás é o tropical, que se resume a verões chuvosos e invernos secos. Cerca de 95% da chuva que cai todos os anos é registrada entre outubro e abril. Já o período de menor índice pluviométrico ocorre de maio a setembro. As temperaturas médias anuais variam entre 23°C, ao Norte, e 20°C ao Sul. Em meses de maior seca, como agosto e setembro, o termômetro costuma registrar um calor que gira em torno dos 34°C. Já o período mais frio do ano abrange junho e julho, podendo chegar a 12°C, especialmente nas regiões Sudeste e Sudoeste.

Sobre o relevo, o território goiano apresenta baixa declividade: 65% da superfície são formadas por terras relativamente planas, os chamados chapadões. Às margens dos rios Araguaia e Tocantins predominam ligeiras ondulações. Tal condição favorece a agricultura e a pecuária, dois grandes propulsores da economia goiana. Longe dos leitos, as elevações não ultrapassam a marca de 1.676m.

Outra importante curiosidade sobre Goiás diz respeito à hidrografia. É dentro do território goiano que nascem drenagens alimentadoras de três importantes rios: Araguaia/Tocantins, São Francisco e Paraná. Juntas, as bacias ocupam uma área total de 2.431.980,91 quilômetros quadrados. Deste espaço, 340.070,75 quilômetros quadrados está em Goiás, o que representa 13,98% do total.

Sob aspecto turístico, a hidrografia goiana assume um papel protagonista. Além das cidades por onde passam rios atraírem milhares de pessoas todos os anos – a exemplo de Aruanã, há ainda lagos e cachoeiras espalhados pelo Estado. Outro ponto forte são as águas termais, um recurso natural localizado na região de Caldas Novas e Rio Quente. Além das propriedades terapêuticas, as águas quentes são uma boa opção para o lazer.

Recursos Hídricos

O estado de Goiás possui características peculiares em relação a sua hidrografia. Em seu território nascem drenagens alimentadoras de três importantes Regiões Hidrográficas do país (Araguaia/Tocantins, São Francisco e Paraná), tendo como divisores os planaltos do Distrito Federal e Entorno e os altos topográficos que atravessam os municípios de Águas Lindas de Goiás, Pirenópolis, Itauçu, Americano do Brasil, Paraúna, Portelândia até as imediações do Parque Nacional das Emas.

ESTADO DE GOIÁS: Regiões Hidrográficas			
Regiões Hidrográficas	Área total da bacia	Área total da bacia em Goiás	Participação de Goiás na área total (%)
Região Hidrográfica Tocantins/Araguaia	918.243,42	196.023,60	21,35
Região Hidrográfica do São Francisco	877.522,82	140.969,52	16,06
Região Hidrográfica do Paraná	636.214,67	3.077,63	0,48
TOTAL	2.431.980,91	340.070,75	13,98

Fonte: Agência Nacional de Águas / Instituto Mauro Borges / Segplan-GO / Gerência de Cartografia e Geoprocessamento

- Região Hidrográfica Tocantins / Araguaia: é representada pelos cursos d'água que vertem no sentido sul-norte, destacando-se como tributários principais os rios Araguaia e Tocantins, os quais têm confluência em outras unidades da Federação. Ocupa uma área de 196.500,04 km².

- Região Hidrográfica do São Francisco: situa-se na porção leste do estado e ocupa uma área de 3.117,29 km², sendo representada pelas nascentes dos rios Preto, Bezerra e Uruçuaia

- Região Hidrográfica do Paraná: localiza-se na porção centro-sul do estado, ocupando 141.350,03 km². É representada em Goiás pelos afluentes da margem direita do Rio Paranaíba, dentre os quais destacam-se os rios Corumbá, Meia Ponte, dos Bois, Claro e Aporé.

A rede de drenagem goiana é densa e constituída de rios de médio e grande porte, contudo a navegabilidade é, em parte, prejudicada pelo grande número de cachoeiras e corredeiras. Observa-se, entretanto, no rio Paranaíba, o porto de São Simão que escoar parte da produção agrícola do estado. Existem estudos que destacam a possibilidade de navegabilidade no rio Araguaia.

Em todo o estado, assumem grande importância as lagoas naturais e os lagos formados pelo barramento artificial dos rios para geração de energia elétrica ou abastecimento público. Estes lagos representam cerca de 1,6% da área de Goiás.

Principais Lagos

- Lago Azul – formado pela represa de Emborcação no rio Paranaíba, bordeja, no lado goiano, os municípios de Catalão, Três Ranchos, Ouvidor e Davinópolis. O lago possui área de 444 km² e profundidade podendo alcançar até 180 metros. Tem como função primordial a geração de energia elétrica e uso turístico.

- Lago das Brisas – formado pela represa de Itumbiara, no rio Paranaíba, bordeja, no lado goiano, os municípios de Itumbiara, Buriti Alegre, Água Limpa, Marzagão, Caldas Novas, Corumbá, Nova Aurora, Cumari e Anhanguera. Possui em torno de 778 km², chegando a atingir 150 metros de profundidade e 50 quilômetros de largura. Tem como função primordial a geração de energia elétrica e subordinadamente o uso turístico.

- Lago de Cachoeira Dourada - formado por barramento no rio Paranaíba, possui 65 km², bordejando, no lado goiano, os municípios de Cachoeira Dourada e Itumbiara. Tem como função primordial a geração de energia elétrica.

- Lago de São Simão – formado pela represa de São Simão, o lago ocupa uma área de 772 km², bordejando, no lado goiano, os municípios de São Simão, Paranaiguara, Quirinópolis, Gouvelândia e Inaciolândia. Tem como função primordial a geração de energia elétrica e subordinadamente o uso turístico.

- Lago de Corumbá II – formado pela represa da UHE - Corumbá II, banha os municípios de Caldas Novas, Ipameri e Corumbá e possui área de 65 km². Tem como função primordial a geração de energia elétrica e, de forma secundária, o uso turístico.

- Lago de Corumbá III – no médio rio Corumbá, com uma área de inundação aproximada de 48 km² no município de Luziânia.

- Lago de Corumbá IV – formado pelo represamento do rio Corumbá, banha os municípios de Luziânia, Santo Antônio do Descoberto, Alexânia, Abadiânia e Silvânia, tendo previsto um uso múltiplo dos recursos hídricos (geração de energia elétrica e abastecimento da Região do Entorno do Distrito Federal).

- Lago do Rochedo – formado pelo represamento do rio Meia Ponte (PCH – Rochedo), ocupa área de aproximadamente 6,8 km² e encontra-se integralmente no município de Piracanjuba. Tem como função primordial a geração de energia elétrica.

- Lago do João Leite – a montante da Região Metropolitana de Goiânia, bordeja os municípios de Goiânia, Goianópolis, Nerópolis e Terezópolis de Goiás. Tem como função primordial o abastecimento público d'água, e quando plenamente cheio, conta com uma área de 14,66 km² e uma extensão longitudinal de 18 km. A barragem tem 53 metros de altura e, quando cheio, abrange 1.040 hectares com seu volume máximo, o que vai corresponder a 129 milhões de metros cúbicos de água. A construção da barragem está finalizada e o lago encheu. O tratamento e distribuição de água que garantirá abastecimento da região metropolitana de Goiânia e algumas cidades vizinhas por muitos anos deve ocorrer a partir do segundo semestre de 2016.



CONHECIMENTOS GERAIS

1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, DISPOSITIVOS LEGAIS, DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS AÇÕES E PROGRAMAS.

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 distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

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

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

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

Princípios do SUS

São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei 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, competências e recursos, em direção aos municípios. Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira; define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados.

Lei nº 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 municípios, deve assumir a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose. Para isso, tem de se responsabilizar pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. A atenção básica à saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a todos os gestores. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo:

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

Responsabilização Microssanitária

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

Instâncias de Pactuação

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

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

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

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

Descentralização

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

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

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

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

Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, programação e avaliação da saúde local, de modo a atender as necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade. O Plano Municipal de Saúde (PMS) deve orientar as ações na área, incluindo o orçamento para a sua execução. Um instrumento fundamental para nortear a elaboração do PMS é o Plano Nacional de Saúde. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer as diretrizes para a formulação do PMS, em função da análise da realidade e dos problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis. No PMS, devem ser descritos os principais problemas da saúde pública local, suas causas, consequências e pontos críticos. Além disso, devem ser definidos os objetivos e metas a serem atingidos, as atividades a serem executadas, os cronogramas, as sistemáticas de acompanhamento e de avaliação dos resultados.

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



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES, DISPOSITIVOS LEGAIS, DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS AÇÕES E PROGRAMAS.

Prezado Candidato, o tema acima supracitado, já foi abordado na matéria de CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE PÚBLICA.

2. E-SUS ATENÇÃO BÁSICA (E-SUS AB).

O que é e-SUS e como ele funciona?

O e-SUS AB é um conjunto de ações do Ministério da Saúde para otimizar a gestão da informação na Atenção Básica por meio da informatização do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram criadas soluções que centralizam as informações dos pacientes para que sejam acessadas sempre que necessário. Os dois principais componentes dessa estratégia são o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que é nacional, e o e-SUS AB, que é utilizado nas UBSs. Eles permitem manter um registro individualizado dos atendimentos de cada cidadão, identificado pelo Cartão Nacional de Saúde. Estão inclusos:

Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): para agendar consultas e registrar as informações sobre o atendimento do paciente na UBS;

Coleta de Dados Simplificada (CDS): com ela, é possível fazer o cadastro individual e domiciliar, e criar fichas de atendimento médico, odontológico e de atividades coletivas;

Atenção Domiciliar (AD): aplicativo para dispositivos móveis.

Fonte: <https://brasilwork.com.br/blog/o-que-e-o-e-sus/>

E-SUS AB Apresentação

O objetivo brasileiro de ter um Sistema Único de Saúde (SUS) que efetivamente cuida da população, demanda organização e capacidade de gestão do cuidado à saúde cada vez mais efetivas. Para atingir esse desafio, no contexto do maior sistema público de saúde do mundo, é essencial ter Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que contribuam com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permitam interoperabilidade entre os diferentes sistemas.

O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde.

O nome, e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é sobretudo facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população.

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da saúde na Atenção Básica em nível nacional. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico.

O sistema de software público e-SUS AB é um sistema de apoio à gestão do processo de trabalho que pode ser utilizado da seguinte forma:

O sistema e-SUS AB foi desenvolvido para atender às necessidades de cuidado na Atenção Básica. Logo, o sistema poderá ser utilizado para por profissionais das equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde. A primeira versão do sistema apóia a gestão do processo de trabalho das equipes por meio da geração de relatórios, sendo que, a segunda versão contemplará várias ferramentas de apoio à gestão.

E-SUS HOSPITALAR O QUE É O E-SUS HOSPITALAR?

O e-SUS é uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde.

O e-SUS, faz referência a um SUS eletrônico, cujo objetivo é facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde, elemento decisivo para a qualidade da atenção à saúde prestada à população.

O e-SUS Hospitalar é o novo sistema de gestão hospitalar do Departamento de Informática do SUS - DATA-SUS, desenvolvido em tecnologia 100% web com base em processos organizados e interligados, incluindo importante ferramenta de workflow, que auxilia na obtenção dos objetivos de cada entidade.

O e-SUS Hospitalar é um software de gestão hospitalar completo, desenvolvido em tecnologia web. Este software tem licença de uso do Ministério da Saúde e substitui o sistema HOSPUB.

O e-SUS Hospitalar tem seu foco no HIS (Hospital Information System) e PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente), além de oferecer uma ferramenta para geração de relatórios, formulários dinâmicos baseados em metadados, painel de indicadores de gestão, sistema de laboratório e ERP. Ele pode atender as demandas de Hospitais Públicos na esfera Federal, Estadual e Municipal, bem como o Projeto S.O.S. Emergências, UPA's e todas as demandas no âmbito do Ministério da Saúde.

E-SUS SAMU Conceitos

O sistema utilizado para captura de dados do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) foi desenvolvido para funcionar de forma autônoma, será realizada a integração do sistema desenvolvido para o SAMU, e também os registros dos procedimentos que tiverem sido realizados nos atendimentos de urgência e que deverão ser incorporados nos boletins de produção gerenciados pela central de regulação.

O sistema também terá a capacidade de articular os processos, potencializando sua utilização.

Este sistema possui características importantes para o registro de dados, como:

Fidedignidade nas informações

O sistema funcionará com absoluta fidelidade das informações coleta das através da conversação telefônica que dará origem a estes dados.

O sistema foi construído para incorporar dados de maneira sucinta e automatizar ao máximo esta tarefa. O mesmo está preparado para incorporar informações a respeito dos terminais e telefones que o demandam de maneira imediata, incorporando e recuperando dados dos arquivos permanentes, elaborados a partir das bases de dados das operadoras de telefonia ou dos atendimentos realizados anteriormente.

Rapidez na coleta de dados

O sistema poderá ser vinculado ao serviço telefônico e possuir o endereçamento do município, sendo a coleta de dados mais rápida.

Fonte: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus>

3. ATENÇÃO À SAÚDE: A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA SEGUNDO SEUS NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA E A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA LÓGICA DAS REDES ASSISTENCIAIS. 4. A INTEGRALIDADE DO ATENDIMENTO. ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA INDUTORA DE POLÍTICAS INTERSETORIAIS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA.

Prezado Candidato, o tema acima supracitado, já foi abordado na matéria de CONHECIMENTOS GERAIS EM SAÚDE PÚBLICA

5. IDENTIFICAÇÃO, ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO DO INDIVÍDUO E COMUNIDADE: CRIANÇA, ADOLESCENTE, JOVEM, ADULTO, IDOSO, MULHER, HOMEM E GRUPOS VULNERÁVEIS.

Saúde da Mulher

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

São as que mais frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade. A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico.

Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos.

Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças, que seguem as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social. Dentro da perspectiva de buscar compreender essa imbricação de fatores que condicionam o padrão de saúde da mulher, este documento analisa, sob o enfoque de gênero, os dados epidemiológicos extraídos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e de documentos elaborados por instituições e pessoas que trabalham com esse tema. Propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento, questões ainda pendentes na atenção à saúde das mulheres.

Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher para o período de 2004 a 2007

Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto.

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. Há análises que demonstram que esses programas preconizavam as ações materno-infantis como estratégia de proteção aos grupos de risco e em situação de maior vulnerabilidade, como era o caso das crianças e gestantes.

Outra característica desses programas era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde das populações locais.

Um dos resultados dessa prática é a fragmentação da assistência (COSTA, 1999) e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à re-16 17 produção, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos (ÁVILA; BANDLER, 1991). As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina

Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população. Posteriormente, a literatura vem demonstrar que determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte (OPAS, 2000). Com base naqueles argumentos, foi proposto que a perspectiva de mudança das relações sociais entre homens e mulheres prestasse suporte à elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher.

As mulheres organizadas reivindicaram, portanto, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida.

Ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridos. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Progra-

ma de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS vem sendo implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica:

Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a implementação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País. A municipalização da gestão do SUS vem se constituindo num espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais se colocam as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e seguindo suas diretrizes.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresenta especificidades no período de 84 a 89 e na década de 90, sendo influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas.

Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), que "amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define 18 19 o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios" (BRASIL, 2001).

Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de

sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (COE-LHO, 2003).

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2003d).

O nível federal de administração também apresentou, na última década, dificuldades e descontinuidade no processo de assessoria e apoio para implementação do PAISM, observando-se mudanças a partir de 1998, quando a saúde da mulher passa a ser considerada uma prioridade de governo. O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, elaborado por Correa e Piola, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Segundo os autores, embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher.

Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual (CORREA; PIOLA, 2002).

Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infecto-contagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Objetivos Específicos e Estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST:

- fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;

- ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS. Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde:

- ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;

- garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva;

- ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais;

- estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar. Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes:

- construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;

- organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência; – fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal; – elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo

- qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;

- apoiar a expansão da rede laboratorial; – garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;

- melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna

- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual:

- organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica;

- articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids;

- promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.

Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina:

- prevenir as DST e a infecção pelo HIV/aids entre mulheres;

- ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e aids. Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina:

- organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama;

- garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia;