



CÓD: OP-037DZ-21  
7908403515004

# MONTE FORMOSO

PREFEITURA DE MONTE FORMOSO  
DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Comum Aos Cargos De Nível Médio E Superior:  
*Entrevistador social, Especialista Em Educação –  
Supervisor Pedagógico, Farmacêutico, Fiscal De Obras  
E Posturas, Fiscal De Rendas E Tributos, Fiscal De  
Vigilância Sanitária, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo,  
Instrutor De Prática Desportiva Ii, Médico Clínico  
Geral, Monitor Ii, Nutricionista, Pedagogo, Professor,  
Psicólogo, Secretário Escolar, Técnico Agrícola, Técnico  
De Programas Sociais, Técnico Em Enfermagem,  
Técnico Em Farmácia*

**EDITAL DE CONCURSO PÚBLICO Nº 1/2021**

## **Língua Portuguesa**

1. Noção De Gênero E Tipos Textuais. Leitura, Compreensão E Interpretação De Texto De Variados Gêneros Tanto Da Modalidade Escrita; Como Artigo De Opinião, Reportagem, Parábolas, Manifestos Etc.; Como Na Modalidade Falada; Transcrições De Telefonemas, Conversações E Bate Papos. Tipologias Textuais E Suas Estruturas Gramaticais Predominantes: Narração, Descrição, Argumentação, Exposição E Injunção. Texto E Contexto. Semântica - Valor Que A Palavra Adquire No Contexto, Sinônimos, Antônimos, Parônimos E Homônimos. Linguagem Denotativa E Conotativa. Figuras E Vícios De Linguagem. Variantes Linguísticas. Linguagem Oral E Linguagem Escrita. Formal E Informal; Gíria. Fatores De Textualidade: Intencionalidade, Informatividade, Intertextualidade, Aceitabilidade, Situacionalidade, Coesão E Coerência . . . . .	01
2. Síllaba = Separação Silábica, Classificação Das Palavras Quanto Ao Número De Síllaba E Síllaba Tônica . . . . .	21
3. Acentuação = Acento Agudo, Circunflexo E Grave; Regras De Acentuação . . . . .	22
4. Ocorrência Da Crase . . . . .	22
5. Encontro Vocálico, Encontro Consonantal E Dígrafo . . . . .	23
6. Ortografia . . . . .	23
7. Pontuação = Empregar Corretamente: Pontofinal, Ponto-E-Vírgula, Ponto De Exclamação, Ponto De Interrogação, Dois-Pontos, Reticências, Aspas, Parênteses, Colchete E Vírgula . . . . .	23
8. Morfologia: Estrutura E Formação De Palavras. Classes De Palavras – Função, Uso E Flexões: Substantivos = Tipos De Substantivos, Flexão Dos Substantivos Em Gênero, Número E Grau; Artigos = Definidos E Indefinidos; Adjetivos = Classificação Dos Adjetivos, Flexão Dos Adjetivos, Adjetivos Pátrios E Locução Adjetiva; Verbos = Flexões Do Verbo: Modo, Tempo, Número, Pessoa E Vozes Verbais. Pronomes = Pessoais Do Caso Reto, Oblíquo E De Tratamento, Indefinido, Possessivo, Demonstrativo, Interrogativo, Relativo; Numerais = Flexão Dos Numerais E Emprego; Preposições; Conjunções; Interjeições; Advérbios . . . . .	25
9. Sintaxe: Frases: Tipos De Frase; Oração; Período Simples E Composto Por Coordenação E Subordinação; Termos Da Oração = Sujeito (Tipos De Sujeito) E Predicado (Tipos De Predicado); Complementos Verbais E Complementos Nominais; Aposto; Vocativo; Adjunto Adnominal E Adjunto Adverbial. . . . .	33
10. Concordância Nominal E Verbal . . . . .	36
11. Regência Nominal E Verbal . . . . .	38
12. Colocação Pronominal . . . . .	39
13. Funções Das Palavras Que E Se . . . . .	39
14. Novo Acordo Ortográfico Da Língua Portuguesa . . . . .	40

## **Matemática**

1. Números Relativos Inteiros E Fracionários, Operações E Suas Propriedades (Adição, Subtração, Multiplicação, Divisão, Potenciação E Radiação); Múltiplos E Divisores, Máximo Divisor Comum E Mínimo Múltiplo Comum; Frações Ordinárias E Decimais, Números Decimais, Propriedades E Operações; Expressões Numéricas . . . . .	01
2. Equações E Inequações Do 1° E 2° Grau; Sistemas De Equações Do 1° E 2° Grau . . . . .	10
3. Estudo Do Triângulo Retângulo; Relações Métricas No Triângulo Retângulo; Relações Trigonométricas (Seno, Cosseno E Tangente); Teorema De Pitágoras; Ângulos. . . . .	16
4. Geometria - Área E Volume . . . . .	23
5. Sistema De Medidas De Tempo, Sistema Métrico Decimal . . . . .	31
6. Números E Grandezas Diretas E Inversamente Proporcionais, Razões E Proporções . . . . .	33
7. Regra De Três Simples E Composta . . . . .	34
8. Porcentagem . . . . .	35
9. Juros Simples E Composto - Juros, Capital, Tempo, Tarifas E Montante. . . . .	37
10. Média Aritmética Simples E Ponderada . . . . .	40
11. Conjunto De Números Reais E Conjunto De Números Racionais; Problemas Envolvendo Os Itens Do Programa . . . . .	41
12. Função Logarítmica. . . . .	41
13. Progressões Aritméticas E Geométricas . . . . .	43
14. Matrizes; Determinantes; Sistemas Lineares . . . . .	48
15. Análise Combinatória; Binômio De Newton . . . . .	58
16. Porcentagem . . . . .	63
17. Juros Simples E Composto . . . . .	63

---

## ***Saúde Pública – Nível Médio (Área De Saúde)***

1. Conhecimentos Do Sistema Único De Saúde (Sus). Organização E Princípios Do Sus: Base Legal . . . . .	01
2. Controle Social No Sus . . . . .	17
3. Saúde; Acolhimento . . . . .	20
4. Processo Saúde – Doença . . . . .	33
5. Noções De Saneamento Básico . . . . .	36
6. Doenças Transmissíveis Evitáveis Por Vacinação . . . . .	38
7. Doenças Endêmicas No Brasil. Noções De Vigilância Epidemiológica . . . . .	49
8. Sistemas De Informação Em Saúde . . . . .	58
9. O Programa De Saúde Da Família No Brasil . . . . .	62
10. Doenças De Notificação Compulsória . . . . .	66

## ***Saúde Pública - Nível Superior (Área De Saúde)***

1. Organização Dos Serviços De Saúde No Brasil . . . . .	01
2. Organização E Princípios Do Sus . . . . .	01
3. Modelo Assistencial E Financiamento . . . . .	01
4. Planejamento E Programação Local De Saúde . . . . .	04
5. Política Nacional De Humanização . . . . .	05
6. Sistema Único De Saúde – Princípios, Diretrizes E Controle Social . . . . .	10
7. Política Nacional De Atenção Básica No Sus . . . . .	10
8. Sistemas De Informação Em Saúde . . . . .	32
9. O Programa De Saúde Da Família No Brasil . . . . .	32

---

**NOÇÃO DE GÊNERO E TIPOS TEXTUAIS. LEITURA, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTO DE VARIADOS GÊNEROS TANTO DA MODALIDADE ESCRITA; COMO ARTIGO DE OPINIÃO, REPORTAGEM, PARÁBOLAS, MANIFESTOS ETC.; COMO NA MODALIDADE FALADA; TRANSCRIÇÕES DE TELEFONEMAS, CONVERSÇÕES E BATE PAPOS. TIPOLOGIAS TEXTUAIS E SUAS ESTRUTURAS GRAMATICAIS PREDOMINANTES: NARRAÇÃO, DESCRIÇÃO, ARGUMENTAÇÃO, EXPOSIÇÃO E INJUNÇÃO. TEXTO E CONTEXTO. SEMÂNTICA - VALOR QUE A PALAVRA ADQUIRE NO CONTEXTO, SINÔNIMOS, ANTÔNIMOS, PARÔNIMOS E HOMÔNIMOS. LINGUAGEM DENOTATIVA E CONOTATIVA. FIGURAS E VÍCIOS DE LINGUAGEM. VARIANTES LINGÜÍSTICAS. LINGUAGEM ORAL E LINGUAGEM ESCRITA. FORMAL E INFORMAL; GÍRIA. FATORES DE TEXTUALIDADE: INTENCIONALIDADE, INFORMATIVIDADE, INTERTEXTUALIDADE, ACEITABILIDADE, SITUACIONALIDADE, COESÃO E COERÊNCIA**

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

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

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

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

#### Dicas práticas

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

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

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

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

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

#### 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 ele falaria 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:



**ANÁLISE E A INTERPRETAÇÃO DO TEXTO SEGUNDO O GÊNERO EM QUE SE INSCREVE**

Compreender um texto trata da análise e decodificação do que de fato está escrito, seja das frases ou das ideias presentes. Interpretar um texto, está ligado às conclusões que se pode chegar ao conectar as ideias do texto com a realidade. Interpretação trabalha com a subjetividade, com o que se entendeu sobre o texto.

Interpretar um texto permite a compreensão de todo e qualquer texto ou discurso e se amplia no entendimento da sua ideia principal. Compreender relações semânticas é uma competência imprescindível no mercado de trabalho e nos estudos.

Quando não se sabe interpretar corretamente um texto pode-se criar vários problemas, afetando não só o desenvolvimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal.

### Busca de sentidos

Para a busca de sentidos do texto, pode-se retirar do mesmo os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo. Isso auxiliará na apreensão do conteúdo exposto.

Isso porque é ali que se fazem necessários, estabelecem uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Por fim, concentre-se nas ideias que realmente foram explicitadas pelo autor. Textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Deve-se ater às ideias do autor, o que não quer dizer que o leitor precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não sejam criadas suposições vagas e inespecíficas.

### Importância da interpretação

A prática da leitura, seja por prazer, para estudar ou para se informar, aprimora o vocabulário e dinamiza o raciocínio e a interpretação. A leitura, além de favorecer o aprendizado de conteúdos específicos, aprimora a escrita.

Uma interpretação de texto assertiva depende de inúmeros fatores. Muitas vezes, apressados, descuidamo-nos dos detalhes presentes em um texto, achamos que apenas uma leitura já se faz suficiente. Interpretar exige paciência e, por isso, sempre releia o texto, pois a segunda leitura pode apresentar aspectos surpreendentes que não foram observados previamente. Para auxiliar na busca de sentidos do texto, pode-se também retirar dele os **tópicos frasais** presentes em cada parágrafo, isso certamente auxiliará na apreensão do conteúdo exposto. Lembre-se de que os parágrafos não estão organizados, pelo menos em um bom texto, de maneira aleatória, se estão no lugar que estão, é porque ali se fazem necessários, estabelecendo uma relação hierárquica do pensamento defendido, retomando ideias já citadas ou apresentando novos conceitos.

Concentre-se nas ideias que de fato foram explicitadas pelo autor: os textos argumentativos não costumam conceder espaço para divagações ou hipóteses, supostamente contidas nas entrelinhas. Devemos nos ater às ideias do autor, isso não quer dizer que você precise ficar preso na superfície do texto, mas é fundamental que não criemos, à revelia do autor, suposições vagas e inespecíficas. Ler com atenção é um exercício que deve ser praticado à exaustão, assim como uma técnica, que fará de nós leitores proficientes.

### Diferença entre compreensão e interpretação

A compreensão de um texto é fazer uma análise objetiva do texto e verificar o que realmente está escrito nele. Já a interpretação imagina o que as ideias do texto têm a ver com a realidade. O leitor tira conclusões subjetivas do texto.

### Gêneros Discursivos

**Romance:** descrição longa de ações e sentimentos de personagens fictícios, podendo ser de comparação com a realidade ou totalmente irreal. A diferença principal entre um romance e uma novela é a extensão do texto, ou seja, o romance é mais longo. No romance nós temos uma história central e várias histórias secundárias.

**Conto:** obra de ficção onde é criado seres e locais totalmente imaginário. Com linguagem linear e curta, envolve poucas personagens, que geralmente se movimentam em torno de uma única ação, dada em um só espaço, eixo temático e conflito. Suas ações encaminham-se diretamente para um desfecho.

**Novela:** muito parecida com o conto e o romance, diferenciado por sua extensão. Ela fica entre o conto e o romance, e tem a história principal, mas também tem várias histórias secundárias. O tempo na novela é baseada no calendário. O tempo e local são definidos pelas histórias dos personagens. A história (enredo) tem um ritmo mais acelerado do que a do romance por ter um texto mais curto.

**Crônica:** texto que narra o cotidiano das pessoas, situações que nós mesmos já vivemos e normalmente é utilizado a ironia para mostrar um outro lado da mesma história. Na crônica o tempo não é relevante e quando é citado, geralmente são pequenos intervalos como horas ou mesmo minutos.

**Poesia:** apresenta um trabalho voltado para o estudo da linguagem, fazendo-o de maneira particular, refletindo o momento, a vida dos homens através de figuras que possibilitam a criação de imagens.

**Editorial:** texto dissertativo argumentativo onde expressa a opinião do editor através de argumentos e fatos sobre um assunto que está sendo muito comentado (polêmico). Sua intenção é convencer o leitor a concordar com ele.

**Entrevista:** texto expositivo e é marcado pela conversa de um entrevistador e um entrevistado para a obtenção de informações. Tem como principal característica transmitir a opinião de pessoas de destaque sobre algum assunto de interesse.

**Cantiga de roda:** gênero empírico, que na escola se materializa em uma concretude da realidade. A cantiga de roda permite as crianças terem mais sentido em relação a leitura e escrita, ajudando os professores a identificar o nível de alfabetização delas.

**Receita:** texto instrucional e injuntivo que tem como objetivo de informar, aconselhar, ou seja, recomendam dando uma certa liberdade para quem recebe a informação.

### DISTINÇÃO DE FATO E OPINIÃO SOBRE ESSE FATO

#### Fato

O fato é algo que aconteceu ou está acontecendo. A existência do fato pode ser constatada de modo indiscutível. O fato pode ser uma coisa que aconteceu e pode ser comprovado de alguma maneira, através de algum documento, números, vídeo ou registro.

Exemplo de fato:

A mãe foi viajar.

#### Interpretação

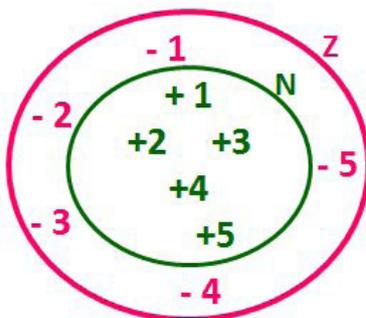
É o ato de dar sentido ao fato, de entendê-lo. Interpretamos quando relacionamos fatos, os comparamos, buscamos suas causas, previmos suas consequências.

Entre o fato e sua interpretação há uma relação lógica: se apontamos uma causa ou consequência, é necessário que seja plausível. Se comparamos fatos, é preciso que suas semelhanças ou diferenças sejam detectáveis.

NÚMEROS RELATIVOS INTEIROS E FRACIONÁRIOS, OPERAÇÕES E SUAS PROPRIEDADES (ADIÇÃO, SUBTRAÇÃO, MULTIPLICAÇÃO, DIVISÃO, POTENCIAÇÃO E RADIAÇÃO); MÚLTIPLOS E DIVISORES, MÁXIMO DIVISOR COMUM E MÍNIMO MÚLTIPLO COMUM; FRAÇÕES ORDINÁRIAS E DECIMAIS, NÚMEROS DECIMAIS, PROPRIEDADES E OPERAÇÕES; EXPRESSÕES NUMÉRICAS

**Conjunto dos números inteiros - z**

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



$N \subset Z$  (N está contido em Z)

Subconjuntos:

SÍMBOLO	REPRESENTAÇÃO	DESCRIÇÃO
*	$Z^*$	Conjunto dos números inteiros <b>não nulos</b>
+	$Z_+$	Conjunto dos números inteiros <b>não negativos</b>
* e +	$Z^*_+$	Conjunto dos números inteiros <b>positivos</b>
-	$Z_-$	Conjunto dos números inteiros <b>não positivos</b>
* e -	$Z^*_-$	Conjunto dos números inteiros <b>negativos</b>

Observamos nos números inteiros algumas características:

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

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

Lucro sobre o valor de compra (Pc)

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

Lucro sobre o valor de venda (Pv)

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

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

**Operações**

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

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

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

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

**Exemplo:**

**(FUNDAÇÃO CASA – AGENTE EDUCACIONAL – VUNESP)** Para zelar pelos jovens internados e orientá-los a respeito do uso adequado dos materiais em geral e dos recursos utilizados em atividades educativas, bem como da preservação predial, realizou-se uma dinâmica elencando “atitudes positivas” e “atitudes negativas”, no entendimento dos elementos do grupo. Solicitou-se que cada um classificasse suas atitudes como positiva ou negativa, atribuindo (+4) pontos a cada atitude positiva e (-1) a cada atitude negativa. Se um jovem classificou como positiva apenas 20 das 50 atitudes anotadas, o total de pontos atribuídos foi

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

**Resolução:**

50-20=30 atitudes negativas  
 20.4=80  
 30.(-1)=-30  
 80-30=50

**Resposta: A**

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

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Sinais iguais (+) (+); (-) (-) = resultado sempre <b>positivo</b> .
Sinais diferentes (+) (-); (-) (+) = resultado sempre <b>negativo</b> .

**Exemplo:**

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

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

**Resolução:**

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

$52 - 16 = 36$  cm de altura de livros de 3 cm  
 $36 : 3 = 12$  livros de 3 cm

O total de livros da pilha:  $8 + 12 = 20$  livros ao todo.

**Resposta: D**

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

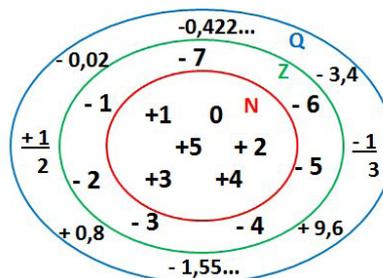
- Toda potência de **base positiva** é um número **inteiro positivo**.
- Toda potência de **base negativa e expoente par** é um número **inteiro positivo**.
- Toda potência de **base negativa e expoente ímpar** é um número **inteiro negativo**.

**Propriedades da Potenciação**

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

**Conjunto dos números racionais – Q**

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



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

Subconjuntos:

SÍMBOLO	REPRESENTAÇÃO	DESCRIÇÃO
*	$Q^*$	Conjunto dos números racionais <b>não nulos</b>
+	$Q_+$	Conjunto dos números racionais <b>não negativos</b>
* e +	$Q^*_+$	Conjunto dos números racionais <b>positivos</b>
-	$Q_-$	Conjunto dos números racionais <b>não positivos</b>
* e -	$Q^*_-$	Conjunto dos números racionais <b>negativos</b>

### Representação decimal

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

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

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

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

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

### Representação Fracionária

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

**1)** Transformando o número decimal em uma fração numerador é o número decimal sem a vírgula e o denominador é composto pelo numeral 1, seguido de tantos zeros quantas forem as casas decimais do número decimal dado.

Ex.:  
 $0,035 = 35/1000$

**2)** Através da fração geratriz. Aí temos o caso das dízimas periódicas que podem ser simples ou compostas.

– *Simple*s: o seu período é composto por um mesmo número ou conjunto de números que se repete infinitamente.

Exemplos:

\* 0,444...  
 Período: 4 (1 algarismo)

$$0,444\dots = \frac{4}{9}$$

\* 0,313131...  
 Período: 31 (2 algarismos)

$$0,313131\dots = \frac{31}{99}$$

\* 0,278278278...  
 Período: 278 (3 algarismos)

$$0,278278278\dots = \frac{278}{999}$$

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

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

**CONHECIMENTOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).  
ORGANIZAÇÃO E PRINCÍPIOS DO SUS: BASE 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. Integra sua estrutura: Fiocruz, Funasa, Anvisa, ANS, Hemobrás, Inca, Inco 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, pres-

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

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

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

#### **Responsabilização Sanitária**

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

#### **Responsabilização Macrossanitária**

O gestor municipal, para assegurar o direito à saúde de seus 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 afiunidades 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

### ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

*Prezado Candidato, o tema acima supracitado, foi abordado na íntegra na matéria: SAÚDE PÚBLICA – NÍVEL MÉDIO que acompanha a apostila.*

### ORGANIZAÇÃO E PRINCÍPIOS DO SUS

*Prezado Candidato, o tema acima supracitado, foi abordado na íntegra na matéria: SAÚDE PÚBLICA – NÍVEL MÉDIO que acompanha a apostila.*

### MODELO ASSISTENCIAL E FINANCIAMENTO

Modelo assistencial refere-se ao modo como são organizadas em uma determinada sociedade as ações de atenção à saúde, envolvendo aspectos assistenciais e tecnológicos. Nada mais é do que uma forma de organização e articulação entre os recursos físicos, humanos e tecnológicos disponíveis, utilizados para o enfrentamento das dificuldades relacionadas à saúde de uma coletividade.

Quando abordamos aspectos referentes à compreensão da saúde e da doença, observamos que existem diversos modelos assistenciais, no entanto é necessário pontuar que não existem modelos certos ou errados. Nossa busca gira em torno de um modelo que priorize os problemas a serem enfrentados pela sociedade através de políticas de saúde capazes de garantir que os princípios doutrinários do modelo assistencial vigente sejam assegurados contemplando a comunidade.

No Brasil, podemos encontrar vários modelos de saúde, desenvolvidos em diferentes momentos da história. Como exemplo, temos o período republicano, quando sanitaristas e outros técnicos organizavam-se promovendo campanhas para lutar contra as epidemias que havia no Brasil no início do século, como a febre amarela, varíola e peste. Estas campanhas transformaram-se em políticas de saúde pública mantendo-se como uma forma de intervenção e combate das endemias e epidemias até os dias de hoje.

Já na década de 1920, devido ao crescimento do número de trabalhadores nas áreas urbanas em decorrência da industrialização, começaram nesta época as reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. No entanto foi a partir de 1930 que a política de saúde pública se estabeleceu de forma mais intensa através da implantação de postos de saúde, com a criação de alguns programas de acompanhamento para combater e/ou controlar fatores de risco relacionados à saúde da população como por exemplo, o pré-natal, vacinação e puericultura. Contudo, os postos de saúde passaram a ser um meio de oferecer atendimentos à população.

Estes programas de combate às doenças eram organizados com base nos saberes tradicionais da biologia e da epidemiologia que determinavam o que seria atacado e a forma com que esse ataque seria realizado, sem levar em conta os aspectos sociais ou mesmo as variedades de manifestações do estado de saúde de uma pessoa, relacionado aos fatores regionais que a mesma poderia estar exposta, o que chamamos de programa vertical.

O modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado na atenção terciária, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias chamado de modelo de formação neoliberal-capitalista, encontrou sólido alicerce no já estruturado modelo flexneriano-biologicista-privatista, que contempla o tecnicismo em detrimento das preocupações sociais e se fundamentou nos princípios da fragmentação, da especialidade e da cura (PAIM, 2003).

Neste contexto podemos observar que o sistema de saúde brasileiro precisava ser reformulado através de mudanças profundas e radicais, uma vez que o modelo vigente mostrava-se insuficiente para a resolução dos problemas da assistência à saúde no Brasil, pois os modelos que havia privilegiavam a assistência médica em detrimento da promoção de saúde.

A reflexão sobre modelos assistenciais no Brasil desenvolve-se com a crítica elaborada sobre a organização dos serviços de saúde, a partir da década de setenta e, especialmente, com a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira que possibilitou a definição de um conceito ampliado de saúde, inscrito na Constituição de 1988.

O projeto da Reforma Sanitária, inspirado na questão da radicalização da democracia, propunha uma totalidade de mudanças que passava pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando, em última análise, a reorganização das práticas de saúde. A compreensão de que a saúde da população é resultante da forma com que a sociedade se organiza, considerando as suas dimensões econômica, política e cultural, estimulava a pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde. Desse modo, incorporou-se à Constituição da República a seguinte definição de saúde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Art. 196).

Nessa perspectiva, caberia pensar um conjunto articulado de intervenções sociais e econômicas voltadas para a redução de riscos, além da implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no qual as ações e serviços públicos de saúde integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada e que obedeceria às seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade.

A construção de um sistema de serviço de saúde democrático, universal, igualitário e integral constitui um processo social e político, em que a reorientação do modelo assistencial vigente e hegemônico se faz necessário para viabilizar a implantação de um novo sistema, o qual será construído através da formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também essencial no cotidiano dos serviços de saúde.

Segundo Paim (2003), o modelo assistencial é uma das áreas nas quais se concentram os mais relevantes entraves de um sistema de saúde e durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, apontou: “Desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações” (PAIM, 2003a, p.576).

O momento, no entanto, apontava não apenas a necessidade da reorientação do modelo assistencial, mas também sinalizava a direção que essa reorganização precisava assumir para que a reforma do setor saúde pudesse contemplar as deficiências vivenciadas.

### Os modelos assistenciais no Brasil.

A exemplo do que ocorreu em diversos países do mundo Ocidental, no Brasil o movimento relacionado aos hospitais, profissionais de saúde e sistemas de saúde não foi diferente. Teve suas peculiaridades considerando a realidade política, social de cada período.

No Império a preocupação com a saúde se restringia ao saneamento dos portos, das cidades, do controle de epidemias e endêmicas. Os hospitais próprios eram basicamente militares, os demais eram filantrópicos, a exemplo das Santas Casas de Misericórdia, que construíam e faziam a manutenção. A Medicina privada se restringia as famílias abastadas.

No início do século XX as campanhas sanitárias são frequentes e as ações realizadas de forma autoritária, revoltam a população que se insurge no movimento que se denominou a Revolta da Vacina. É um período denominado, também de Sanitarismo Campanhista. A assistência hospitalar estatal se dirige especificamente a uma parcela da população cujas doenças infecciosas poderiam impactar a sociedade como um todo. Nesse período que as doenças hanseníase, tuberculose e saúde mental são mais estudadas.

A assistência médica individual para os pobres era de responsabilidade da filantropia e aos que podiam pagar se dirigiam a assistência particular, ou as associações entre organismos de espécies diferentes e no qual há benefícios para uns e outros (mutualistas), ou seja, sindicatos e comunidades de imigrantes.

Observa-se dois tipos de arranjos hospitalares, o estatal no nível federal (doenças infecciosas e saúde mental) e nível estadual/municipal (pequenos hospitais que atendiam urgências e emergências), e o filantrópico e setor privado esses que vieram a se transformar na seguridade social, pois a compra e financiamento de serviços, se contituíram num mercado promissor através dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP)

Em meados da década de 60, ocorre a fusão dos diversos IAP'S originando o Instituto Nacional de Previdência Social. Na década de 80, iniciam-se os questionamentos sobre o modelo existente da previdência privada, que denominou-se da "crise da previdência brasileira", decorrente, principalmente do aumento do número de aposentados em relação ao número de contribuintes, bem como da descrença na capacidade hospitalar e dos sistemas de atuarem com eficácia nos níveis de saúde da população.

O movimento ocorre paralelo aos vários Programas da área de Saúde, que vieram a serem precursores do Sistema Único de Saúde – SUS, como: Programa de Interiorização de Ações e Saneamento em Saúde (PIASS), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE), Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), Ações Integradas de Saúde (AIS),

Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que procuravam fomentar a atenção ambulatorial e racionalizar a assistência, o investimento nos hospitais públicos das diversas esferas de governo.

Entre 1976 e 1999, a rede de atenção à saúde pública como a privada tiveram uma expansão recorde. 95% dos estabelecimentos eram públicos e da rede ambulatorial. Isto representa um reverso da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial.

Atualmente, existe no Brasil o prover de serviços médicos/hospitalares privado no Modelo Liberal Privatista e no estatal o SUS concebido como um Sistema Nacional e Público de Saúde. Nessa convivência os serviços da atenção primária e a urgência são prestados pelo SUS e os serviços hospitalares e maior complexidade são comprados de organizações privadas. O que representa em nosso País uma forte ligação com médicos e hospitais.

Como política de Estado o Programa Saúde da Família tem o desafio de remodelar a atenção a saúde, modificando o jeito de trabalhar, construindo novas bases para o desenvolvimento de práticas de saúde mais integrais e humanizadas, segundo Costa et al (2009)

### Planejamento e Programação em Saúde

Planejamento em Saúde é o processo que consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte de realidade. Trata-se, também, de um instrumento de racionalização das ações no setor de saúde, realizada por atores sociais, orientada por um propósito de manter ou modificar uma determinada situação de saúde. Para Matus (Matus, 1987a), planejamento significa o "cálculo que precede e preside a ação; a mediação entre o conhecimento e a ação; é um processo social complexo, produto das relações de conflito e articulação entre as diferentes forças sociais em uma realidade historicamente dada".

A Constituição Brasileira estabelece como norma o caráter universal e integral das ações de saúde a cargo do Estado, mas isto não evita que no dia a dia escolhas sejam feitas e instrumentos sejam usados para eleger prioridades e aproximar os serviços das necessidades mais importantes das comunidades atendidas.

As diretrizes do modelo de atenção integral à saúde apontam alguns tópicos que podem ajudar a organização dos serviços:

- definir a demanda social, levando em consideração a manifestação pública de comunidades e seus representantes;
- entender as conexões sociais do processo saúde/doença, compreendendo a dinâmica das relações sociais, por intermédio de indicadores socioeconômicos;
- utilizar a Epidemiologia para entender a maneira como as relações sociais repercutem no modo de adoecimento das coletividades;
- recorrer às técnicas de Programação e Planejamento para orientar as atividades dos serviços de saúde;
- recusar o modelo clínico centrado na atenção individual como princípio ordenador das ações desses serviços;
- detectar problemas e articular soluções a partir de um conjunto de saberes que convergem para práticas de caráter interdisciplinar;
- definir o território de intervenção dos serviços em função da dinâmica das populações e das relações.

Podemos elencar alguns passos para o planejamento das ações:

- Passo 1 – Definição do território

Essa definição implica em definir a área de abrangência dos serviços, o perfil demográfico e socioeconômico da população atendida e o conjunto de equipamentos, profissionais e instalações existentes. Esse território pode ser considerado como um sistema local, onde estão presentes múltiplos fatores que

influem no processo saúde/doença, especialmente em suas conexões sociais, econômicas e culturais. O planejamento deve considerar as condições de acesso aos serviços, o perfil epidemiológico e socioeconômico das populações, os mecanismos de controle comunitário sobre os recursos disponíveis e de definição de prioridades.

Dessa forma, territorializar significa por um lado uma medida de racionalização político-administrativa, mas por outro lado, associa-se à transformação das práticas sanitárias.

• Passo 2 – Definição da situação atual da saúde da população adscrita

Só é possível planejar tendo conhecimento da população e do contexto em que ela se insere. A epidemiologia é uma ferramenta bastante utilizada para definir as necessidades de saúde e auxiliar o planejamento dos serviços. Seu emprego permite a sistematização de dados demográficos, de morbidade e mortalidade, permitindo análise capaz de alimentar o processo de planejamento e tomada de decisões da equipe.

A informação gerada em dados é transformada em indicadores de saúde, geralmente disponibilizados por meio dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), que abordaremos na próxima Unidade.

• Passo 3 – Identificação dos principais problemas de saúde da população que se quer abordar

A partir da informação gerada e estudada, é possível identificar os principais problemas de saúde desta população, os grupos de risco, o acesso dos pacientes ao sistema de saúde e a cobertura por programas de saúde, bem como a organização e gerenciamento dos programas da atenção básica.

Sugere-se que se aponte dentro dos problemas a serem enfrentados aqueles que possam ser classificados como críticos de acordo com os critérios de:

- frequência do problema;
- morbidade e mortalidade relacionadas ao problema;
- efetividade das intervenções (pouco, moderada, muito);
- custos da intervenção (alto, moderado, baixo);
- intencionalidade em priorizar “grupos” de maior risco: mulheres em idade fértil, crianças, idosos;
- impacto econômico: grupos de trabalhadores ou por características socioeconômicas etc.

Nessa etapa, torna-se útil incorporar algum conhecimento sobre a situação de saúde de outras localidades e grupos populacionais, bem como referências das instituições responsáveis pelas políticas e ações (Município, Estado, União, organismos internacionais), para organização da base da investigação.

• Passo 4 – Análise dos determinantes do problema: a árvore explicativa

Aqui destacam-se duas ordens de questões. Por um lado, as diferentes formas de representação, valoração e compreensão dos problemas de saúde, seja pelo olhar dos profissionais ou pela ótica dos diversos grupos sociais envolvidos, incluindo a população; o que apresenta, como um dos principais desafios, a necessidade de articulação das diferentes racionalidades envolvidas em um processo concreto de planejamento.

E leis que caracterizam a realidade sanitária apontam para diversas possibilidades de ‘recorte’ desses problemas, em termos de unidades de análise e intervenção. Cada uma dessas possibilidades de recorte apresenta distintas implicações opera-

cionais sobre a capacidade de apreensão e compreensão das necessidades de saúde, bem como de cumprimento dos princípios de equidade e integralidade.

Assim, a árvore de problemas deve ser desenhada de maneira clara, sintética e precisa, a partir da identificação das causas do problema e da forma como estão relacionadas entre si.

A partir da “árvore de problemas” é gerada então a árvore de objetivos, dos quais derivam as ações a serem realizadas nos territórios considerados em uma perspectiva intersetorial. Ou seja, as ações e serviços a serem desenvolvidos não se restringem àqueles que já são tradicionalmente ofertados pelas unidades de saúde, envolvendo um esforço adicional de mobilização e articulação de outros órgãos governamentais e não governamentais que atuam na área, inclusive a mobilização e envolvimento dos indivíduos, das famílias e das coletividades que vivem e trabalham neste local.

• Passo 5 – Levantamento de recursos

O estabelecimento de prioridades se baseia no fato de que o recurso em saúde nunca é suficiente para a realização de todas as ações necessárias. Basicamente, quando se fala em planejamento para a ação em saúde são definidos os pontos mais importantes e estes incluem priorizar tanto ações quanto recursos. É aconselhável lidar com um ou dois problemas de cada vez, evitando-se esforços em múltiplos problemas que acabam por pulverizar as ações e protelar resultados. É da sabedoria popular que vem o ditado: “quem tem uma prioridade (ou objetivo), tem uma; quem tem duas, tem meia; e quem tem três não tem nenhuma”.

O conhecimento dos recursos de saúde disponíveis, bem como de toda a rede de apoio não só da saúde, mas intersetorial, é tão importante quanto o conhecimento dos problemas de saúde.

Nessa etapa é importante que as equipes de Saúde da Família, para exercício da intersetorialidade, considerem como recursos todo o equipamento público possível de acesso pela população da área de abrangência, não se limitando aos recursos do Setor Saúde. Isso implica em parcerias com escolas, igrejas, associações comunitárias e organizações não governamentais, além de estreita relação com diferentes Secretarias de Governo, para ampliação da resolutividade das ações empreendidas.

• Passo 6 – Programação das ações

Por fim, é desejável a adequação das ações aos oito elementos essenciais da programação da atenção básica:

- educação sobre os principais problemas – controle e prevenção;
- conhecimento da disponibilidade de alimentos e promoção da nutrição adequada;
- suprimento de água potável e provisão de saneamento básico;
- saúde materno-infantil, incluindo planejamento familiar;
- imunização contra as principais doenças infecciosas;
- prevenção e controle das principais doenças endêmicas e epidêmicas;
- tratamento apropriado para as doenças e lesões comuns;
- previsão de medicamentos e materiais essenciais.