



CÓD: OP-111JN-22
7908403516896

EBSERH-AP

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Enfermeiro

EDITAL Nº 03 - EBSERH – ÁREA ASSISTENCIAL, DE 14 DE JANEIRO DE 2022

Língua Portuguesa

1. Compreensão e interpretação de textos. Tipologia textual e gêneros textuais.	01
2. Ortografia oficial.	10
3. Acentuação gráfica.	10
4. Classes de palavras.	11
5. Uso do sinal indicativo de crase.	18
6. Sintaxe da oração e do período.	18
7. Pontuação.	20
8. Concordância nominal e verbal.	21
9. Regência nominal e verbal.	23
10. Significação das palavras.	24

Raciocínio Lógico

1. Noções de Lógica.. Diagramas Lógicos: conjuntos e elementos. Lógica da argumentação. . Tipos de Raciocínio.. Conectivos Lógicos. . Proposições lógicas simples e compostas.	01
2. Elementos de teoria dos conjuntos, análise combinatória e probabilidade. Resolução de problemas com frações, conjuntos, porcentagens e sequências com números, figuras, palavras.	23

Noções de Informática

1. Internet e Aplicativos. Ferramentas de busca. Navegadores (Browser). Redes de Computadores.	01
2. Criptografia.	08
3. Sistema Operacional e Software. Hardware.	09
4. Correios Eletrônicos.	16
5. Programa Antivírus e Firewall. Segurança da Informação.	20
6. Editores de Apresentação. Editores de Planilhas. Editores de Texto. Pacote Microsoft Office.	22
7. Extensão de Arquivo.	27
8. Teclas de Atalho.	30

História e Geografia do Amapá

1. História do Amapá: Colonização da região do Amapá.	01
2. Disputas territoriais e conflitos estrangeiros no Amapá.	02
3. Principais atividades econômicas do Amapá: séculos XIX e XX.	03
4. A Cabanagem no Amapá.	04
5. A Criação do Território Federal do Amapá.	05
6. Manifestações populares e sincretismo cultural no Amapá.	05
7. Geografia do Amapá: O espaço natural do Amapá (noções de relevo, clima, vegetação e hidrografia do estado).	06
8. A população do Amapá: crescimento, distribuição, estrutura e movimentos.	09
9. O espaço econômico: atividades agropecuárias, extrativistas e industriais.	09
10. O desenvolvimento econômico do Amapá.	10
11. O estado do Amapá no contexto brasileiro.	10

Legislação Geral

1. Evolução histórica da organização do sistema de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) – princípios, diretrizes e arcabouço legal.	01
2. Controle social no SUS.	08
3. Resolução 453/2012 do Conselho Nacional da Saúde.	10
4. Constituição Federal 1988, Título VIII - artigos de 194 a 200.	13
5. Lei Orgânica da Saúde - Lei no 8.080/1990.	14
6. Lei no 8.142/1990.	23
7. Decreto Presidencial no 7.508, de 28 de junho de 2011.	25
8. Determinantes sociais da saúde.	28
9. Sistemas de informação em saúde.	29
10. RDC no 63, de 25 de novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.	36
11. Resolução CNS no 553, de 9 de agosto de 2017, que dispõe sobre a carta dos direitos e deveres da pessoa usuária da saúde.	40
12. RDC no 36, de 25 de julho de 2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.	44
13. Lei 13.709 de 14 de agosto de 2018.	46

Legislação Específica - EBSEH

1. Lei Federal no 12.550, de 15 de dezembro de 2011.	01
2. Estatuto da EBSEH.	02
3. Código de Ética e Conduta da Ebserh - Princípios Éticos e Compromissos de Conduta - 1a edição – 2017.	15

Conhecimentos Específicos

Enfermeiro

1. Sistema único de saúde (sus): princípios, diretrizes, estrutura e organização; políticas de saúde; estrutura e funcionamento das instituições e suas relações com os serviços de saúde; políticas públicas do sus para gestão de recursos físicos, financeiros, materiais e humanos; sistema de planejamento do sus; planejamento estratégico e normativo	01
2. Níveis progressivos de assistência à saúde	17
3. Direitos dos usuários do sus	17
4. Participação e controle social	24
5. Ações e programas do sus	27
6. Legislação básica do sus.	28
7. Vigilância epidemiológica.	28
8. Vigilância em saúde	35
9. Programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis prevalentes no cenário epidemiológico brasileiro	41
10. Doenças e agravos não transmissíveis	45
11. Programa nacional de imunizações.	46
12. Modalidades assistenciais: hospital-dia e assistência domiciliar	59
13. Trabalho de grupo.	61
14. Prática de enfermagem na comunidade.	63
15. Cuidado de saúde familiar; estratégia da saúde da família	64
16. Teorias e processos de enfermagem.	76
17. Taxonomias de diagnósticos de enfermagem. Atuação da enfermagem em procedimentos e métodos diagnósticos	77
18. Assistência de enfermagem ao adulto portador de transtorno mental; unidades de atenção à saúde mental: ambulatório de saúde mental, centro de atenção psicossocial e hospital psiquiátrico; instrumentos de intervenção de enfermagem em saúde mental: relacionamento interpessoal, comunicação terapêutica, psicopatologias, psicofarmacologia	93
19. Assistência de enfermagem em gerontologia	96
20. Assistência de enfermagem ao paciente oncológico nas diferentes fases da doença e tratamentos: quimioterapia, radioterapia e cirurgias	110
21. Procedimentos técnicos em enfermagem	122
22. Assistência de enfermagem perioperatória	140

ÍNDICE

23. Assistência de enfermagem a pacientes com alterações da função cardiovascular e circulatória; digestiva e gastrointestinal; metabólica e endócrina; renal e do trato urinário; reprodutiva; tegumentar; neurológica; músculoesquelético.	147
24. Assistência de enfermagem aplicada à saúde sexual e reprodutiva da mulher, com ênfase nas ações de baixa e média complexidade. Assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera. Assistência de enfermagem ao recém-nascido. Modelos de atenção ao recém-nascido, que compõem o programa de humanização no pré-natal e nascimento. Assistência de enfermagem à mulher no climatério e menopausa e na prevenção e tratamento de ginecopatias.	154
25. Assistência de enfermagem à criança sadia: crescimento, desenvolvimento, aleitamento materno, alimentação; cuidado nas doenças prevalentes na infância (diarreicas e respiratórias).	176
26. Atendimento a pacientes em situações de urgência e emergência: estrutura organizacional do serviço de emergência hospitalar e pré-hospitalar; suporte básico de vida em emergências; emergências relacionadas a doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório e psiquiátricas; atendimento inicial ao politraumatizado; atendimento na parada cardiorrespiratória; assistência de enfermagem ao paciente crítico com distúrbios hidroeletrólíticos, ácidosbásicos, insuficiência respiratória e ventilação mecânica; insuficiência renal e métodos dialíticos; insuficiência hepática; avaliação de consciência no paciente em coma; doação, captação e transplante de órgãos; enfermagem em urgências: violência, abuso de drogas, intoxicações, emergências ambientais	197
27. Gerenciamento de enfermagem em serviços de saúde: gerenciamento de recursos humanos: dimensionamento, recrutamento e seleção, educação permanente, liderança, supervisão, comunicação, relações de trabalho e processo grupal; processo de trabalho de gerenciamento em enfermagem.	246
28. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde.	263
29. Central de material e esterilização; processamento de produtos para saúde; processos de esterilização de produtos para saúde; controle de qualidade e validação dos processos de esterilização de produtos para saúde	264
30. Práticas de biossegurança aplicadas ao processo de cuidar; risco biológico e medidas de precauções básicas para a segurança individual e coletiva no serviço de assistência à saúde; precaução-padrão e precauções por forma de transmissão das doenças: definição, indicações de uso e recursos materiais; medidas de proteção cabíveis nas situações de risco potencial de exposição.	267
31. Controle de infecção hospitalar.	273
32. Avaliação da qualidade nos processos de trabalho	279
33. Custos, auditoria, acreditação	285
34. Agravos à saúde relacionados ao trabalho	293
35. Portaria-sei nº 142, 09/08/2019	309
36. Processos e práticas em hotelaria hospitalar	309
37. Rdc nº. 222, De 28 de março de 2018 que regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências	309
38. Pressupostos teóricos e metodológicos da pesquisa em saúde e enfermagem	319
39. Código de ética dos profissionais de enfermagem.	319

COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS. TIPOLOGIA TEXTUAL E GÊNEROS TEXTUAIS

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

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

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

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

Dicas práticas

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

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

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

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

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

Tipologia Textual

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

Tipos textuais

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

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

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

Gêneros textuais

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

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta
- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

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

ARGUMENTAÇÃO

O ato de comunicação não visa apenas transmitir uma informação a alguém. Quem comunica pretende criar uma imagem positiva de si mesmo (por exemplo, a de um sujeito educado, ou inteligente, ou culto), quer ser aceito, deseje que o que diz seja admitido como verdadeiro. Em síntese, tem a intenção de convencer, ou seja, tem o desejo de que o ouvinte creia no que o texto diz e faça o que ele propõe.

Se essa é a finalidade última de todo ato de comunicação, todo texto contém um componente argumentativo. A argumentação é o conjunto de recursos de natureza linguística destinados a persuadir a pessoa a quem a comunicação se destina. Está presente em todo tipo de texto e visa a promover adesão às teses e aos pontos de vista defendidos.

As pessoas costumam pensar que o argumento seja apenas uma prova de verdade ou uma razão indiscutível para comprovar a veracidade de um fato. O argumento é mais que isso: como se disse acima, é um recurso de linguagem utilizado para levar o interlocutor a crer naquilo que está sendo dito, a aceitar como verdadeiro o que está sendo transmitido. A argumentação pertence ao domínio da retórica, arte de persuadir as pessoas mediante o uso de recursos de linguagem.

Para compreender claramente o que é um argumento, é bom voltar ao que diz Aristóteles, filósofo grego do século IV a.C., numa obra intitulada *“Tópicos: os argumentos são úteis quando se tem de escolher entre duas ou mais coisas”*.

Se tivermos de escolher entre uma coisa vantajosa e uma desvantajosa, como a saúde e a doença, não precisamos argumentar. Suponhamos, no entanto, que tenhamos de escolher entre duas coisas igualmente vantajosas, a riqueza e a saúde. Nesse caso, precisamos argumentar sobre qual das duas é mais desejável. O argumento pode então ser definido como qualquer recurso que torna uma coisa mais desejável que outra. Isso significa que ele atua no domínio do preferível. Ele é utilizado para fazer o interlocutor crer que, entre duas teses, uma é mais provável que a outra, mais possível que a outra, mais desejável que a outra, é preferível à outra.

O objetivo da argumentação não é demonstrar a verdade de um fato, mas levar o ouvinte a admitir como verdadeiro o que o enunciador está propondo.

Há uma diferença entre o raciocínio lógico e a argumentação. O primeiro opera no domínio do necessário, ou seja, pretende demonstrar que uma conclusão deriva necessariamente das premissas propostas, que se deduz obrigatoriamente dos postulados admitidos. No raciocínio lógico, as conclusões não dependem de crenças, de uma maneira de ver o mundo, mas apenas do encadeamento de premissas e conclusões.

Por exemplo, um raciocínio lógico é o seguinte encadeamento:

A é igual a B.

A é igual a C.

Então: C é igual a A.

Admitidos os dois postulados, a conclusão é, obrigatoriamente, que C é igual a A.

Outro exemplo:

Todo ruminante é um mamífero.

A vaca é um ruminante.

Logo, a vaca é um mamífero.

Admitidas como verdadeiras as duas premissas, a conclusão também será verdadeira.

No domínio da argumentação, as coisas são diferentes. Nele, a conclusão não é necessária, não é obrigatória. Por isso, deve-se mostrar que ela é a mais desejável, a mais provável, a mais plausível. Se o Banco do Brasil fizer uma propaganda dizendo-se mais confiável do que os concorrentes porque existe desde a chegada da família real portuguesa ao Brasil, ele estará dizendo-nos que um banco com quase dois séculos de existência é sólido e, por isso, confiável. Embora não haja relação necessária entre a solidez de uma instituição bancária e sua antiguidade, esta tem peso argumentativo na afirmação da confiabilidade de um banco. Portanto é provável que se creia que um banco mais antigo seja mais confiável do que outro fundado há dois ou três anos.

Enumerar todos os tipos de argumentos é uma tarefa quase impossível, tantas são as formas de que nos valem para fazer as pessoas preferirem uma coisa a outra. Por isso, é importante entender bem como eles funcionam.

Já vimos diversas características dos argumentos. É preciso acrescentar mais uma: o convencimento do interlocutor, o **auditório**, que pode ser individual ou coletivo, será tanto mais fácil quanto mais os argumentos estiverem de acordo com suas crenças, suas expectativas, seus valores. Não se pode convencer um auditório pertencente a uma dada cultura enfatizando coisas que ele abomina. Será mais fácil convencê-lo valorizando coisas que ele considera positivas. No Brasil, a publicidade da cerveja vem com frequência associada ao futebol, ao gol, à paixão nacional. Nos Estados Unidos, essa associação certamente não surtiria efeito, porque lá o futebol não é valorizado da mesma forma que no Brasil. O poder persuasivo de um argumento está vinculado ao que é valorizado ou desvalorizado numa dada cultura.

Tipos de Argumento

Já verificamos que qualquer recurso linguístico destinado a fazer o interlocutor dar preferência à tese do enunciador é um argumento. Exemplo:

Argumento de Autoridade

É a citação, no texto, de afirmações de pessoas reconhecidas pelo auditório como autoridades em certo domínio do saber, para servir de apoio àquilo que o enunciador está propondo. Esse recurso produz dois efeitos distintos: revela o conhecimento do produtor do texto a respeito do assunto de que está tratando; dá ao texto a garantia do autor citado. É preciso, no entanto, não fazer do texto um amontoado de citações. A citação precisa ser pertinente e verdadeira. Exemplo:

“A imaginação é mais importante do que o conhecimento.”

Quem disse a frase aí de cima não fui eu... Foi Einstein. Para ele, uma coisa vem antes da outra: sem imaginação, não há conhecimento. Nunca o inverso.

Alex José Periscinoto.
In: Folha de S. Paulo, 30/8/1993, p. 5-2

A tese defendida nesse texto é que a imaginação é mais importante do que o conhecimento. Para levar o auditório a aderir a ela, o enunciador cita um dos mais célebres cientistas do mundo. Se um físico de renome mundial disse isso, então as pessoas devem acreditar que é verdade.

Argumento de Quantidade

É aquele que valoriza mais o que é apreciado pelo maior número de pessoas, o que existe em maior número, o que tem maior duração, o que tem maior número de adeptos, etc. O fundamento desse tipo de argumento é que mais = melhor. A publicidade faz largo uso do argumento de quantidade.

Argumento do Consenso

É uma variante do argumento de quantidade. Fundamenta-se em afirmações que, numa determinada época, são aceitas como verdadeiras e, portanto, dispensam comprovações, a menos que o objetivo do texto seja comprovar alguma delas. Parte da ideia de que o consenso, mesmo que equivocado, corresponde ao indiscutível, ao verdadeiro e, portanto, é melhor do que aquilo que não desfruta dele. Em nossa época, são consensuais, por exemplo, as afirmações de que o meio ambiente precisa ser protegido e de que as condições de vida são piores nos países subdesenvolvidos. Ao confiar no consenso, porém, corre-se o risco de passar dos argumentos válidos para os lugares comuns, os preconceitos e as frases carentes de qualquer base científica.

Argumento de Existência

É aquele que se fundamenta no fato de que é mais fácil aceitar aquilo que comprovadamente existe do que aquilo que é apenas provável, que é apenas possível. A sabedoria popular enuncia o argumento de existência no provérbio *“Mais vale um pássaro na mão do que dois voando”*.

Nesse tipo de argumento, incluem-se as provas documentais (fotos, estatísticas, depoimentos, gravações, etc.) ou provas concretas, que tornam mais aceitável uma afirmação genérica. Durante a invasão do Iraque, por exemplo, os jornais diziam que o exército americano era muito mais poderoso do que o iraquiano. Essa afirmação, sem ser acompanhada de provas concretas, poderia ser vista como propagandística. No entanto, quando documentada pela comparação do número de canhões, de carros de combate, de navios, etc., ganhava credibilidade.

Argumento quase lógico

É aquele que opera com base nas relações lógicas, como causa e efeito, analogia, implicação, identidade, etc. Esses raciocínios são chamados quase lógicos porque, diversamente dos raciocínios lógicos, eles não pretendem estabelecer relações necessárias entre os elementos, mas sim instituir relações prováveis, possíveis, plausíveis. Por exemplo, quando se diz *“A é igual a B”, “B é igual a C”, “então A é igual a C”*, estabelece-se uma relação de identidade lógica. Entretanto, quando se afirma *“Amigo de amigo meu é meu amigo”* não se institui uma identidade lógica, mas uma identidade provável.

Um texto coerente do ponto de vista lógico é mais facilmente aceito do que um texto incoerente. Vários são os defeitos que concorrem para desqualificar o texto do ponto de vista lógico: fugir do tema proposto, cair em contradição, tirar conclusões que não se fundamentam nos dados apresentados, ilustrar afirmações gerais com fatos inadequados, narrar um fato e dele extrair generalizações indevidas.

Argumento do Atributo

É aquele que considera melhor o que tem propriedades típicas daquilo que é mais valorizado socialmente, por exemplo, o mais raro é melhor que o comum, o que é mais refinado é melhor que o que é mais grosseiro, etc.

Por esse motivo, a publicidade usa, com muita frequência, celebridades recomendando prédios residenciais, produtos de beleza, alimentos estéticos, etc., com base no fato de que o consumidor tende a associar o produto anunciado com atributos da celebridade.

Uma variante do argumento de atributo é o argumento da competência linguística. A utilização da variante culta e formal da língua que o produtor do texto conhece a norma linguística socialmente mais valorizada e, por conseguinte, deve produzir um texto em que se pode confiar. Nesse sentido é que se diz que o modo de dizer dá confiabilidade ao que se diz.

Imagine-se que um médico deva falar sobre o estado de saúde de uma personalidade pública. Ele poderia fazê-lo das duas maneiras indicadas abaixo, mas a primeira seria infinitamente mais adequada para a persuasão do que a segunda, pois esta produziria certa estranheza e não criaria uma imagem de competência do médico:

- Para aumentar a confiabilidade do diagnóstico e levando em conta o caráter invasivo de alguns exames, a equipe médica houve por bem determinar o internamento do governador pelo período de três dias, a partir de hoje, 4 de fevereiro de 2001.

- Para conseguir fazer exames com mais cuidado e porque alguns deles são barrapésada, a gente botou o governador no hospital por três dias.

Como dissemos antes, todo texto tem uma função argumentativa, porque ninguém fala para não ser levado a sério, para ser ridicularizado, para ser desmentido: em todo ato de comunicação deseja-se influenciar alguém. Por mais neutro que pretenda ser, um texto tem sempre uma orientação argumentativa.

A orientação argumentativa é uma certa direção que o falante traça para seu texto. Por exemplo, um jornalista, ao falar de um homem público, pode ter a intenção de criticá-lo, de ridicularizá-lo ou, ao contrário, de mostrar sua grandeza.

O enunciador cria a orientação argumentativa de seu texto dando destaque a uns fatos e não a outros, omitindo certos episódios e revelando outros, escolhendo determinadas palavras e não outras, etc. Veja:

“O clima da festa era tão pacífico que até sogras e noras trocavam abraços afetuosos.”

O enunciador aí pretende ressaltar a ideia geral de que noras e sogras não se toleram. Não fosse assim, não teria escolhido esse fato para ilustrar o clima da festa nem teria utilizado o termo até, que serve para incluir no argumento alguma coisa inesperada.

Além dos defeitos de argumentação mencionados quando tratamos de alguns tipos de argumentação, vamos citar outros:

NOÇÕES DE LÓGICA. DIAGRAMAS LÓGICOS: CONJUNTOS E ELEMENTOS. LÓGICA DA ARGUMENTAÇÃO. TIPOS DE RACIOCÍNIO. CONECTIVOS LÓGICOS. PROPOSIÇÕES LÓGICAS SIMPLES E COMPOSTAS

RACIOCÍNIO LÓGICO MATEMÁTICO

Este tipo de raciocínio testa sua habilidade de resolver problemas matemáticos, e é uma forma de medir seu domínio das diferentes áreas do estudo da Matemática: Aritmética, Álgebra, leitura de tabelas e gráficos, Probabilidade e Geometria etc. Essa parte consiste nos seguintes conteúdos:

- Operação com conjuntos.
- Cálculos com porcentagens.
- Raciocínio lógico envolvendo problemas aritméticos, geométricos e matriciais.
- Geometria básica.
- Álgebra básica e sistemas lineares.
- Calendários.
- Numeração.
- Razões Especiais.
- Análise Combinatória e Probabilidade.
- Progressões Aritmética e Geométrica.

RACIOCÍNIO LÓGICO DEDUTIVO

Este tipo de raciocínio está relacionado ao conteúdo Lógica de Argumentação.

ORIENTAÇÕES ESPACIAL E TEMPORAL

O raciocínio lógico espacial ou orientação espacial envolvem figuras, dados e palitos. O raciocínio lógico temporal ou orientação temporal envolve datas, calendário, ou seja, envolve o tempo.

O mais importante é praticar o máximo de questões que envolvam os conteúdos:

- Lógica sequencial
- Calendários

RACIOCÍNIO VERBAL

Avalia a capacidade de interpretar informação escrita e tirar conclusões lógicas.

Uma avaliação de raciocínio verbal é um tipo de análise de habilidade ou aptidão, que pode ser aplicada ao se candidatar a uma vaga. Raciocínio verbal é parte da capacidade cognitiva ou inteligência geral; é a percepção, aquisição, organização e aplicação do conhecimento por meio da linguagem.

Nos testes de raciocínio verbal, geralmente você recebe um trecho com informações e precisa avaliar um conjunto de afirmações, selecionando uma das possíveis respostas:

- A – Verdadeiro (A afirmação é uma consequência lógica das informações ou opiniões contidas no trecho)
- B – Falso (A afirmação é logicamente falsa, consideradas as informações ou opiniões contidas no trecho)
- C – Impossível dizer (Impossível determinar se a afirmação é verdadeira ou falsa sem mais informações)

ESTRUTURAS LÓGICAS

Precisamos antes de tudo compreender o que são proposições. Chama-se proposição toda sentença declarativa à qual podemos atribuir um dos valores lógicos: verdadeiro ou falso, nunca ambos. Trata-se, portanto, de uma sentença fechada.

Elas podem ser:

• **Sentença aberta:** quando não se pode atribuir um valor lógico verdadeiro ou falso para ela (ou valorar a proposição!), portanto, não é considerada frase lógica. São consideradas sentenças abertas:

- Frases interrogativas: Quando será prova? - Estudou ontem? – Fez Sol ontem?
- Frases exclamativas: Gol! – Que maravilhoso!
- Frase imperativas: Estude e leia com atenção. – Desligue a televisão.
- Frases sem sentido lógico (expressões vagas, paradoxais, ambíguas, ...): “esta frase é falsa” (expressão paradoxal) – O cachorro do meu vizinho morreu (expressão ambígua) – $2 + 5 + 1$

• **Sentença fechada:** quando a proposição admitir um ÚNICO valor lógico, seja ele verdadeiro ou falso, nesse caso, será considerada uma frase, proposição ou sentença lógica.

Proposições simples e compostas

• **Proposições simples** (ou atômicas): aquela que **NÃO** contém nenhuma outra proposição como parte integrante de si mesma. As proposições simples são designadas pelas letras latinas minúsculas p,q,r, s..., chamadas letras proposicionais.

• **Proposições compostas** (ou moleculares ou estruturas lógicas): aquela formada pela combinação de duas ou mais proposições simples. As proposições compostas são designadas pelas letras latinas maiúsculas P,Q,R, R..., também chamadas letras proposicionais.

ATENÇÃO: TODAS as **proposições compostas são formadas por duas proposições simples.**

Proposições Compostas – Conectivos

As proposições compostas são formadas por proposições simples ligadas por conectivos, aos quais formam um valor lógico, que podemos vê na tabela a seguir:

OPERAÇÃO	CONECTIVO	ESTRUTURA LÓGICA	TABELA VERDADE															
Negação	~	Não p	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>~p</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> </tr> </table>	p	~p	V	F	F	V									
p	~p																	
V	F																	
F	V																	
Conjunção	^	p e q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p ^ q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p ^ q	V	V	V	V	F	F	F	V	F	F	F	F
p	q	p ^ q																
V	V	V																
V	F	F																
F	V	F																
F	F	F																
Disjunção Inclusiva	v	p ou q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p v q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p v q	V	V	V	V	F	V	F	V	V	F	F	F
p	q	p v q																
V	V	V																
V	F	V																
F	V	V																
F	F	F																
Disjunção Exclusiva	∨	Ou p ou q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p ∨ q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> </table>	p	q	p ∨ q	V	V	F	V	F	V	F	V	V	F	F	F
p	q	p ∨ q																
V	V	F																
V	F	V																
F	V	V																
F	F	F																
Condicional	→	Se p então q	<table border="1"> <tr> <td>p</td> <td>q</td> <td>p → q</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>F</td> <td>F</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>V</td> <td>V</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>F</td> <td>V</td> </tr> </table>	p	q	p → q	V	V	V	V	F	F	F	V	V	F	F	V
p	q	p → q																
V	V	V																
V	F	F																
F	V	V																
F	F	V																

RACIOCÍNIO LÓGICO

Bicondicional	\leftrightarrow	p se e somente se q	p	q	$p \leftrightarrow q$
			V	V	V
			V	F	F
			F	V	F
			F	F	V

Em síntese temos a tabela verdade das proposições que facilitará na resolução de diversas questões

		Disjunção	Conjunção	Condicional	Bicondicional
p	q	$p \vee q$	$p \wedge q$	$p \rightarrow q$	$p \leftrightarrow q$
V	V	V	V	V	V
V	F	V	F	F	F
F	V	V	F	V	F
F	F	F	F	V	V

Exemplo:
(MEC – CONHECIMENTOS BÁSICOS PARA OS POSTOS 9,10,11 E 16 – CESPE)

	P	Q	R
①	V	V	V
②	F	V	V
③	V	F	V
④	F	F	V
⑤	V	V	F
⑥	F	V	F
⑦	V	F	F
⑧	F	F	F

A figura acima apresenta as colunas iniciais de uma tabela-verdade, em que P, Q e R representam proposições lógicas, e V e F correspondem, respectivamente, aos valores lógicos verdadeiro e falso.

Com base nessas informações e utilizando os conectivos lógicos usuais, julgue o item subsecutivo.

A última coluna da tabela-verdade referente à proposição lógica $P \vee (Q \leftrightarrow R)$ quando representada na posição horizontal é igual a

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
$P \vee (Q \leftrightarrow R)$	V	V	V	F	V	F	V	V

- () Certo
- () Errado

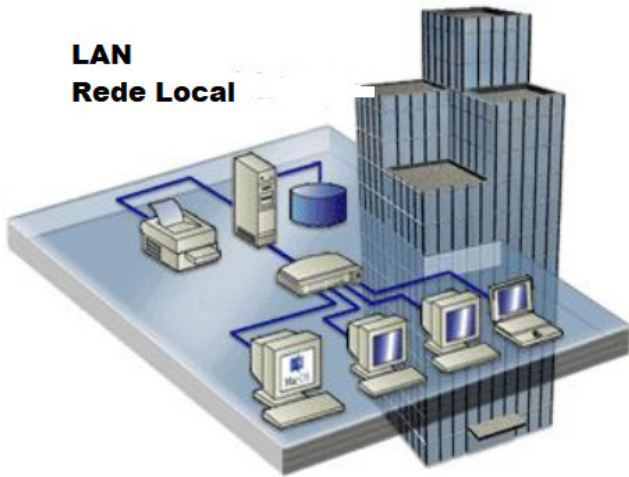
Resolução:
 $P \vee (Q \leftrightarrow R)$, montando a tabela verdade temos:

R	Q	P	[P	v	(Q	\leftrightarrow	R)]
V	V	V	V	V	V	V	V
V	V	F	F	V	V	V	V
V	F	V	V	V	F	F	V
V	F	F	F	F	F	F	V

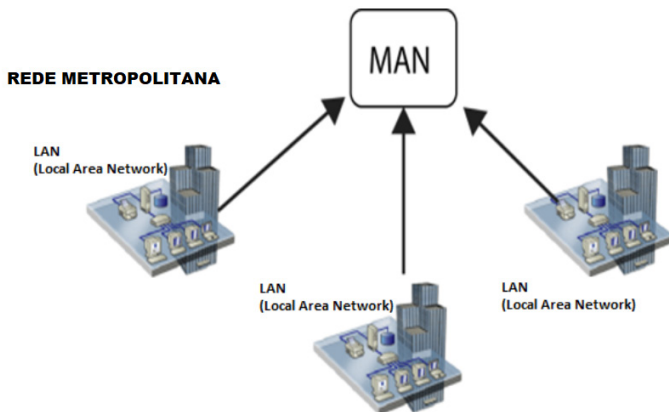
INTERNET E APLICATIVOS.FERRAMENTAS DE BUSCA.NAVEGADORES (BROWSER).REDES DE COMPUTADORES

Tipos de rede de computadores

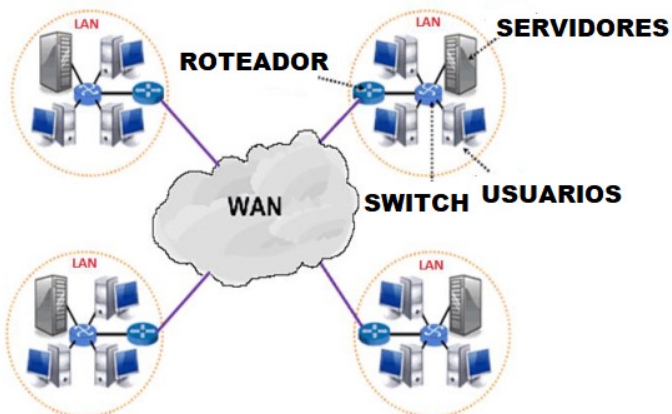
- LAN: Rede Local, abrange somente um perímetro definido. Exemplos: casa, escritório, etc.



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



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



Navegação e navegadores da Internet

• **Internet**

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

• **Procedimentos de Internet e intranet**

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



• **Sites**

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

• **Links**

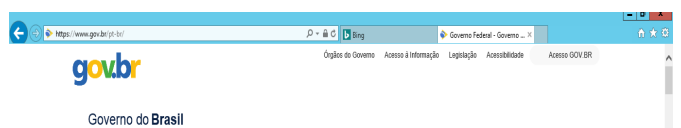
O link nada mais é que uma referência a um documento, onde o usuário pode clicar. No caso da internet, o Link geralmente aponta para uma determinada página, pode apontar para um documento qualquer para se fazer o download ou simplesmente abrir.

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

Internet Explorer 11



• **Identificar o ambiente**



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

Dentro deste ambiente temos:

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

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

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



Área para exibição da página

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

Vamos destacar alguns pontos segundo as indicações da figura:

1. **Voltar/Avançar página**

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

2. **Barra de Endereços**

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

3. **Ícones para manipulação do endereço da URL**

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

4. **Abas de Conteúdo**

São mostradas as abas das páginas carregadas.

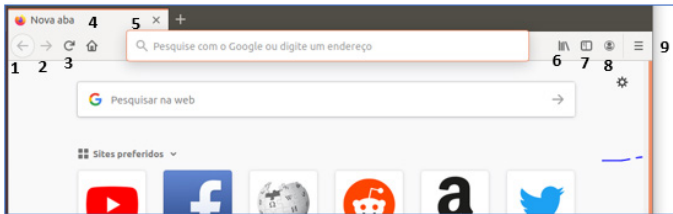
5. **Página Inicial, favoritos, ferramentas, comentários**

6. **Adicionar à barra de favoritos**

Mozilla Firefox



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



Vejamos de acordo com os símbolos da imagem:

1	←	Botão Voltar uma página
2	→	Botão avançar uma página
3	↻	Botão atualizar a página
4	🏠	Voltar para a página inicial do Firefox
5	🔍	Barra de Endereços
6	📁	Ver históricos e favoritos
7	☰	Mostra um painel sobre os favoritos (Barra, Menu e outros)
8	👤	Sincronização com a conta FireFox (Vamos detalhar adiante)
9	☰	Mostra menu de contexto com várias opções

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

Google Chrome



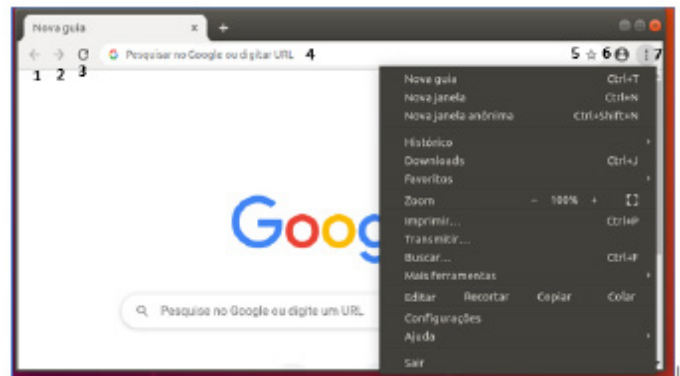
O Chrome é o navegador mais popular atualmente e disponibiliza inúmeras funções que, por serem ótimas, foram implementadas por concorrentes.

Vejamos:

• **Sobre as abas**

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

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



Vejamos de acordo com os símbolos da imagem:

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

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

• **Favoritos**

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

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

HISTÓRIA DO AMAPÁ: COLONIZAÇÃO DA REGIÃO DO AMAPÁ.

- Colonização da região do Amapá.
- Disputas territoriais e conflitos estrangeiros no Amapá.
- Principais atividades econômicas do Amapá: séculos XIX e XX.
- A Cabanagem no Amapá.
- A Criação do Território Federal do Amapá.
- Manifestações populares e sincretismo cultural no Amapá.

Em 1637, a região que é hoje o estado de Amapá foi dada a um homem português, Bento Manuel Parente, ao término do mesmo século, a região foi invadida pelos ingleses e holandeses que foram expulsos pelos portugueses. No 18º século, os franceses reivindicaram também a posse da área e, em 1713, o Tratado de Utrecht estabeleceu as fronteiras entre o Brasil e a Guiana francesa que, não obstante, não foi honrado pelos franceses. Os portugueses construíram então uma fortaleza cujo nome foi de São José de Macapá, para proteger os limites de invasão francesa.

Determinado o território, começou a crescer no 19º século, devido ambos pela descoberta de ouro na área e por ocasião do ciclo da Borracha, que naquele momento, tinha alcançado preços internacionais altos. A descoberta de recursos ricos, não obstante, causou as disputas territoriais para crescer e dá lugar à invasão francesa, em maio de 1895. Em 1 de janeiro de 1900, a Comissão de Arbitragem, em Genebra, deu posse da região ao Brasil e o território foi incorporado ao estado de Pará, sob o nome de Amapá. Em 1945, a descoberta de grandes jazidas de manganês em Serra do Navio tremeu a economia local. Por uma divisão territorial nova, a porção de norte de Amapá do Rio de Cassiporé se tornou a Municipalidade de Oiapoque. Foi desmembrado novamente em dezembro de 1957, com o estabelecimento da municipalidade de Calçoene. O território do Amapá se tornou um estado através da Constituição de 5 de outubro de 1988.

COLONIZAÇÃO DA REGIÃO DO AMAPÁ

Os primeiros habitantes do atual Amapá eram indígenas das etnias “waiãpi”, “palikur”, “maracá-cunani” e “tucuju”. O primeiro europeu a avistar a costa do estado foi o espanhol Vicente Yáñez Pinzón. Foi ele também que primeiramente deu nomes a alguns lugares próximos ao Amapá. A Ilha de Marajó, ele chamou de “Marinatábalu”. O rio Amazonas, ele intitulou “Santa Maria de La Mar Dulce”. E o famoso rio Oiapoque, ficara conhecido, na época, como rio Vicente Pinzón. Somente depois da chegada dos ingleses, em 1596, é que o rio passa a se chamar Oiapoque, dado pelo explorador Keymis. Nessa época, ingleses, irlandeses e holandeses fizeram várias visitas ao que hoje é o Amapá.

Após a derrota para os franceses, todos são expulsos da região e a colonização europeia do Amapá toma fôlego em 1637, com a sua concessão, como Capitania do Cabo Norte, por Filipe IV de Espanha e III de Portugal a Bento Maciel Parente, governador do Maranhão e Grão-Pará. O Meridiano de Tordesilhas segundo diferentes geógrafos: Ferber (1495), Cantino (1502), Oviedo (1545), os peritos de Badajoz (1524), Ribeiro (1519), Pedro Nunes (1537), João Teixeira Albarnaz, o velho (1631, 1642) e Costa Miranda (1688).

O Tratado de Tordesilhas, firmado entre Portugal e Espanha em 1494, pusera toda a costa atlântica ao norte da foz do Amazonas sob jurisdição espanhola. A região do Amapá, entretanto, só viria a ser explorada em conjunto pelos dois países de 1580 a 1640, período em que Portugal foi governado por reis da Espanha. Também franceses, ingleses e neerlandeses se interessaram pelo território, conhecido na época por Costa do Cabo do Norte. Dele se extraíam madeira, resinas, frutos corantes, como o urucum, e óleos vegetais, além dos produtos de pesca, como o peixe-boi, guarabá ou manatim, que eram salgados e exportados para a Europa. Uma companhia inglesa, de Londres, e uma holandesa, de Flessing, foram fundadas para explorar essas riquezas. Deu-se início também à plantação de fumo e cana-de-açúcar, ao fabrico de açúcar e aguardente, e à criação de gado.

Os portugueses, que a esse tempo iniciavam a penetração na Amazônia, inquietavam-se com a competição estrangeira. Em 1637, Bento Maciel Parente obteve de Filipe II a concessão de todo o Cabo do Norte como capitania hereditária, a exemplo das que Dom João III criara cem anos antes. Seu título foi reconhecido, depois da restauração, por Dom João IV, mas nem por isso cessaram as incursões estrangeiras, sobretudo de franceses, que baseavam suas pretensões em cartas-patentes de 1605 com que o rei Henrique IV fizera Daniel de la Touche, sire de La Ravardière, seu lugar-tenente nas regiões da América “desde o rio das Amazonas até a ilha da Trindade”. Em 1694, o marquês de Ferrolles, governador de Caiena, pretendia que a fronteira passasse por uma imaginária “ilha Oiapoque”, na própria foz do Amazonas.

Em 1697, houve uma invasão armada. Tais lutas e desinteligências levaram a negociações (1698) e a um tratado provisório (1700), que neutralizava a área contestada até a conclusão de um acordo final. Confirmado pela aliança de 1701 entre Portugal e França (1713-1715), em que Portugal tomou o partido de Inglaterra, Áustria e Países Baixos contra Luís XIV.

O primeiro Tratado de Utrecht (1713) dispôs que o limite entre as possessões francesas e portuguesas no norte do Brasil seria o rio Oiapoque ou de Vicente Pinzón; consagrou a desistência francesa “a qualquer uso” do rio Amazonas; e garantiu a Portugal a posse exclusiva das duas margens. A partir dessa data o esforço diplomático francês foi dirigido no sentido de provar que o rio Oiapoque não era o rio de Pinzón e a sugerir rios alternativos, mais para o sul: o Cassiporé (Caciporé), o Calçoene, o Cunani, o Carapapóris, o Araguari, um braço do Amazonas junto à ilha de Marajó.

Alguns desses falsos limites foram consagrados por instrumentos internacionais. Um tratado de 1797 pôs a fronteira da Guiana no Calçoene, mas não foi ratificado por Portugal. O Tratado de Badajoz (1801) adotou o rio Araguari. O Tratado de Madrid (1801), o rio Carapanatuba. Foram anulados pelo manifesto do príncipe regente (1808) e pelo artigo adicional n.º 3 ao Tratado de Paris (1814). O Tratado de Amiens (1802), celebrado por França, Espanha, Reino Unido e Países Baixos, reconheceu, igualmente, a fronteira no Araguari. Não teve, contudo, a adesão de Portugal.



Este é um fragmento da Carta das Cortes, de 1749, mostrando-se a área do atual Estado do Amapá. Fonte: <http://www.brasil-turismo.com/amapa/seculo-18.htm>

Explorações espanholas e portuguesas no Amapá Espanha

- 1499: o espanhol Américo Vesúcio navegou pelo rio Oiapoque e Litoral Amapaense.
- 1500: em janeiro desse ano Vicente Pinzón descobriu a foz do rio Amazonas, percorrendo o rio Oiapoque (rio que recebeu seu nome).
- 1545: o navegador Francisco Orellana recebeu concessões de terras pelo Rei da Espanha Carlos V, o qual foi dado o nome de Adelantado de Nueva Andaluzia (1º nome oficial do Amapá).

OBS: o extremo Norte do Amapá era conhecido como Província do Tucujus.

Portugal

- 1546: o navegador Luiz de Melo e Silva navegou pelo Litoral Amapaense, alcançando a costa da Guiana. A expedição foi massacrada pelos Índios.

DISPUTAS TERRITORIAIS E CONFLITOS ESTRANGEIROS NO AMAPÁ

DISPUTAS TERRITORIAIS E CONFLITOS ESTRANGEIROS NO AMAPÁ

As invasões inglesas, holandesas e francesas no Amapá

- 1623: ingleses estabeleceram 02 fortificações denominadas Tilletite e Uarimuacá no vale do rio Cajari, mas nesse mesmo ano foram expulsos por portugueses.
- 1629: ingleses e holandeses construíram o Forte do Torrego no rio Manacapuru, que em outubro do ano seguinte, foi arrasado pelas tropas portuguesas.
- 1630: ingleses estabeleceram-se entre os rios Matapi e Manacapuru (hoje Vila Nova), construíram o Forte Felipe. Em 1631 o Sargento-mor Manoel Pires, expulsou os ingleses dessa região.
- 1632: o Duque de Buckingham (inglês) enviou a região uma expedição militar que construiu um reduto fortificado, denominado Forte Camaú com ajuda de índios Aruans e Tucujus.

Sob o comando do Capitão-mor (português) Feliciano Coelho de Carvalho, soldados e índios Tucujus conseguiram expulsar os ingleses e tomar o forte.

➤ 1688: os portugueses construíram no local do Forte Camaú a Fortaleza de Santo Antônio.

➤ 1697: os franceses vindos de Caiena invadirão a região com uma considerável esquadra, apoderando-se do Forte de Santo Antônio, ainda em 1697, os portugueses organizaram uma expedição e expulsaram os invasores franceses.

Invasão portuguesa a Guiana (1808-1809)

Em 1806 houve a aplicação do Bloqueio Continental imposta pela França. Portugal recusava-se a aderir devido à aliança com a Inglaterra, ocasionando numa invasão francesa. Em 1808, a família real portuguesa (a Rainha Maria I e sua corte) se muda para o Brasil, transferindo a sede da monarquia lusa para o Rio de Janeiro. Como represália, a Coroa portuguesa autoriza a ocupação da área demarcada pelos franceses (o atual Amapá), e a invasão da Guiana Francesa pelas forças luso-brasileiras, com o apoio da Grã-Bretanha

Fortaleza de São José do Macapá

A ocupação de Portugal por Junot (1808) levou à trasladação da corte e a represálias contra os franceses no norte do Brasil. A Guiana foi ocupada por um corpo de vanguarda de voluntários paraenses, apoiados por uma pequena força naval, e governada durante oito anos pelo desembargador João Severiano Maciel da Costa, futuro marquês de Queluz. O Tratado de Paris (1814) ordenou a restituição da Guiana à França com as fronteiras de 1792, isto é, no Carapapóris. Portugal não ratificou essa decisão. O ato final do Congresso de Viena (1815) reconheceu a antiga fronteira de Utrecht. Por uma convenção celebrada em Paris (1817), Portugal comprometeu-se a efetuar a devolução em três meses, o que foi feito. Concordeu também em que se formasse uma comissão mista para demarcar a fronteira. Tal comissão, porém, jamais se reuniu.

Durante a Cabanagem, que conflagrou por cinco anos (1835-1840) a província do Grão-Pará, o território se opôs aos rebeldes e sofreu depredações. Seus rebanhos foram dizimados. Constituíam, já, riqueza apreciável. Essa prosperidade e a ocorrência de ouro no Calçoene reavivaram a velha ambição francesa.

Litígio com a França

Em 1836, os franceses estabeleceram um efêmero posto militar na margem do lago Amapá, abandonado graças à intervenção britânica. Em 1841, Brasil e França concordaram em neutralizar o Amapá até a solução da pendência. No entanto, todas as conversações posteriores (1842, 1844, 1855, 1857) fracassaram. Só vingou uma declaração de 1862 sobre a competência comum para julgar os criminosos do território.

Ocupação de Caiena (1809-1817)

A Guiana Francesa esteve sob domínio português de 14 de janeiro de 1809 a 21 de novembro de 1817, tendo sido seu governador João Severiano Maciel da Costa, com a designação de Colônia de Caiena e Guiana.

Havia na região de Caiena, um famoso complexo agrícola mantido pela coroa francesa, mais conhecida como La Gabriele. Além de ser uma das principais fontes de renda da colônia, reunia todas as espécies vegetais almejadas pelos portugueses. Em abril de 1809, Rodrigo de Sousa Coutinho, responsável pelos hortos brasileiros, mandou providenciar transporte para enviar a maior quantidade possível de todas as árvores de especiaria para o Jardim Botânico do Rio de Janeiro.

Agravamento da questão fronteiriça

A França, em 10 de agosto de 1797, voltou a reclamar a posse de parte das terras situadas entre os rios Araguari e Oiapoque. O imperador Napoleão Bonaparte, sustentado pelo poderio militar francês, determinou o limite entre o Brasil e a Guiana, pelo rio Calçoene. A ambição imperialista francesa não parou por aí. Anulou os tratados anteriores e impôs outros, estabelecendo, em 1801, o rio Araguari como o limite entre as duas nações.

Entre Portugal e Inglaterra havia uma forte aliança, o que levou a nação ibérica, em 1807, a ser invadida por tropas napoleônicas. A Família Real fugiu para o Brasil, e como represália em outubro de 1809, Caiena foi ocupada por tropas luso-brasileiras, com apoio naval inglês.

A organização da expedição repressiva foi em Belém, às ordens do governador José Narciso de Magalhães e Menezes, que armou uma tropa de aproximadamente 600 homens, entre os quais, muitos macapaenses e mazaganenses, sob o comando dual do tenente-coronel Manoel Marques e do capitão James Lucas Yeo, que em apenas duas horas, conquistou a cidade de Caiena, e estendeu, por sete anos o domínio português sobre a Guiana Francesa.

Após a deposição de Napoleão Bonaparte foram iniciados entendimentos diplomáticos entre Portugal e França, para devolução da Guiana Francesa, ficando estabelecido, em 1815, no Congresso de Viena, no rio Oiapoque como o limite para essa restituição. Todavia, essa providência somente foi concretizada em 28 de agosto de 1817, através da Convenção de Paris, que estabeleceu, ainda, que essas duas nações deveriam tomar providências para fixação definitiva desse limite. Os Portugueses se mobilizaram para cumprir o acordo, enquanto os franceses, pouco caso fez do mesmo e a questão retornou ao impasse.

Devolução do território (1817)

Em 1814, com a derrota de Napoleão, a posse da colônia voltou a ser reivindicada pelo governo francês, agora sob o domínio de Luís XVIII. Porém os termos da proposta francesa não foram aceitos por Dom João VI e a questão passou a ser discutida pelo Congresso de Viena no ano seguinte. Nessas negociações, a França concordou em recuar os limites de sua colônia até a divisa proposta pelo Governo português, fixando a fronteira entre os dois territórios.

Entretanto, somente em 1817, como resultado do Tratado de Viena, os portugueses deixaram Caiena com a assinatura de um convênio entre a França e o novo Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves. Onde João Severiano passou o governo ao conde Carra de Saint-Cyr, general de Luís XVIII.

**PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS DO AMAPÁ:
SÉCULOS XIX E XX****PRINCIPAIS ATIVIDADES ECONÔMICAS DO AMAPÁ: SÉCULOS XIX E XX****Área de riquezas minerais**

A ocorrência de ouro na região do Contestado Franco-Brasileiro, na área compreendida entre os rios Cassiporé e Amapá Pequeno, começou em meados do século XIX, mas em quantidade que ainda não despertava maior interesse dos governos do Brasil e da França ou de aventureiros. Mas, a partir de 1893, com a descoberta de mais locais com ouro em abundância pelos irmãos Germano e Firmino Ribeiro, recomeçaram as disputas pela posse da região entre as duas nações; e aumentou substancialmente a densidade demográfica, com a imigração de, aproximadamente, 6000 aventureiros constituídos, principalmente, de brasileiros.

Vários povoados foram fundados na região. Carnot, Saint Lorenz e Cunani, pelos franceses; e Daniel, Firmino e Espírito Santo do Amapá, pelos brasileiros, com destaque para o último povoado mencionado que funcionava como entreposto comercial da região.

O ouro fluía abundantemente, mas pouco beneficiando os brasileiros estabelecidos na região e o Brasil. A quase totalidade da produção escoava para Caiena, a Capital da Guiana Francesa, enriquecendo seus dirigentes que, particularmente, investiam na garimpagem e usavam as prerrogativas que tinham sobre a área, em benefício próprio e de seus concidadãos.

A cobiça dos governantes da Guiana Francesa levou-os a desrespeitarem o acordo de neutralização, firmado em 1841, entre o Brasil e a França, que estabeleceu um governo dual para a região, enquanto a questão fronteiriça não fosse resolvida. Indeadidamente, nomearam mais um representante com jurisdição sobre a região dos garimpos, o ex-escravo brasileiro conhecido por Trajano, que, estabelecido em Cunani e agindo de acordo com os interesses de seus proponentes, cometia arbitrariedades, espalhando o pânico e colocando em fuga muitos garimpeiros nacionais.

Os abusos dos franceses não pararam por aí. Disparate maior estava por vir. Em dezembro de 1894, o representante legal da França no Contestado, Eugène Voissien, proibiu o acesso de brasileiros, aos garimpeiros, e determinou, ainda, a saída imediata dos que nessas áreas se encontravam. Somente os franceses poderiam garimpar e comerciar a produção aurífera.

A reação brasileira

A proibição do acesso de brasileiros aos garimpos da região do Contestado, imposta pelo representante francês e a atuação arbitrária de Trajano eram resoluções e atitudes premeditadas, visando criar condições políticas favoráveis à França para anexa-la à Guiana. Todavia, a tramóia foi de imediata percebida e tomada providências para anula-la.

Na Vila do Espírito Santo do Amapá, no dia 10 de dezembro de 1894, um grupo de brasileiros, liderados pelo comerciante Francisco Xavier da Veiga Cabral, conhecido por Cabralzinho; o engenheiro e geólogo Antonio Gonçalves Tocantins e Desidério Antonio Coelho, representante brasileiro na região, suprimiram as prerrogativas de Eugène Voissien, tornando sem efeito as resoluções por esta tomada e o cargo exercido por Trajano.

A reação brasileira criou um problema. Desidério Antonio Coelho, que havia sido elevado à condição de maior autoridade no Contestado, não aceitou exercer o cargo sozinho. O impasse alongou-se até o dia 26 de dezembro, quando a população da vila de Espírito Santo do Amapá, reunida em assembléia, aceitou a renúncia e, acolhendo sua sugestão criou uma junta governativa, denominada de Triunvirato, tendo como integrantes o cônego Domingos Maltêz, Francisco Xavier da Veiga Cabral e o próprio idealizador dessa forma de governo.

O representante francês no Contestado, Eugène Voissien, também, participou dessa reunião, reconhecendo como legal o governo do Triunvirato e, em retribuição, foi agraciado com o título honorífico de “Capitão Honorário do Exército Amapaense”. A decisão havia sido em causa própria e prudente. Sendo também, como os integrantes do Triunvirato (exceção do sacerdote), comerciante e negociante de ouro, temia pelos destinos de seus negócios.

O governo do Triunvirato elaborou e aplicou uma legislação, envolvendo assuntos econômicos, políticos e sociais da região, inclusive, proibindo os franceses de garimparem em Calçoene. Os poderes dessa junta governativa eram amplos e abrangentes, e para motivar o seu cumprimento e reprimir os infratores, criaram em 27 de dezembro de 1894, uma milícia com a denominação de Exército Defensor do Amapá.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ARCABUÇO LEGAL

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

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

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

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

Estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS)

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

Ministério da Saúde

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

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

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

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

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

Conselhos de Saúde

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

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

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

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

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

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

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

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

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

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

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

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

Responsabilidades dos entes que compõem o SUS

União

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

Estados e Distrito Federal

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

Municípios

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

História do sistema único de saúde (SUS)

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

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

Nessa mesma época, começa o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, constituído inicialmente por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Posteriormente, incorporaram-se ao movimento outros segmentos da sociedade, como centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

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

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

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

Responsabilização Sanitária

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

Responsabilização Macrossanitária

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

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

Responsabilização Microssanitária

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

Instâncias de Pactuação

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

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

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

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

Descentralização

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

Regionalização: consensos e estratégias - As ações e os serviços de saúde não podem ser estruturados apenas na escala dos municípios. Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que apresentam serviços de referência, tornando-se polos regionais que garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interestaduais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de estados diferentes. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental, que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização.

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

LEI FEDERAL Nº 12.550, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2011**LEI Nº 12.550, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2011.**

Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal, na forma definida no inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, e no art. 5º do Decreto-Lei nº 900, de 29 de setembro de 1969, denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, com prazo de duração indeterminado.

§ 1º A EBSERH terá sede e foro em Brasília, Distrito Federal, e poderá manter escritórios, representações, dependências e filiais em outras unidades da Federação.

§ 2º Fica a EBSERH autorizada a criar subsidiárias para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social, com as mesmas características estabelecidas no caput deste artigo, aplicando-se a essas subsidiárias o disposto nos arts. 2º a 8º, no caput e nos §§ 1º, 4º e 5º do art. 9º e, ainda, nos arts. 10 a 15 desta Lei.

Art. 2º A EBSERH terá seu capital social integralmente sob a propriedade da União.

Parágrafo único. A integralização do capital social será realizada com recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro.

Art. 3º A EBSERH terá por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição Federal, a autonomia universitária.

§ 1º As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde de que trata o caput estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º No desenvolvimento de suas atividades de assistência à saúde, a EBSERH observará as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde.

§ 3º É assegurado à EBSERH o ressarcimento das despesas com o atendimento de consumidores e respectivos dependentes de planos privados de assistência à saúde, na forma estabelecida pelo art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, observados os valores de referência estabelecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Art. 4º Compete à EBSERH:

I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS;

II - prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;

III - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;

IV - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições congêneres;

V - prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e

VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social.

Art. 5º É dispensada a licitação para a contratação da EBSERH pela administração pública para realizar atividades relacionadas ao seu objeto social.

Art. 6º A EBSERH, respeitado o princípio da autonomia universitária, poderá prestar os serviços relacionados às suas competências mediante contrato com as instituições federais de ensino ou instituições congêneres.

§ 1º O contrato de que trata o caput estabelecerá, entre outras:

I - as obrigações dos signatários;

II - as metas de desempenho, indicadores e prazos de execução a serem observados pelas partes;

III - a respectiva sistemática de acompanhamento e avaliação, contendo critérios e parâmetros a serem aplicados; e

IV - a previsão de que a avaliação de resultados obtidos, no cumprimento de metas de desempenho e observância de prazos pelas unidades da EBSERH, será usada para o aprimoramento de pessoal e melhorias estratégicas na atuação perante a população e as instituições federais de ensino ou instituições congêneres, visando ao melhor aproveitamento dos recursos destinados à EBSERH.

§ 2º Ao contrato firmado será dada ampla divulgação por intermédio dos sítios da EBSERH e da entidade contratante na internet.

§ 3º Consideram-se instituições congêneres, para efeitos desta Lei, as instituições públicas que desenvolvam atividades de ensino e de pesquisa na área da saúde e que prestem serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 7º No âmbito dos contratos previstos no art. 6º, os servidores titulares de cargo efetivo em exercício na instituição federal de ensino ou instituição congênera que exerçam atividades relacionadas ao objeto da EBSERH poderão ser a ela cedidos para a realização de atividades de assistência à saúde e administrativas.

§ 1º Ficam assegurados aos servidores referidos no caput os direitos e as vantagens a que façam jus no órgão ou entidade de origem.

§ 2º (Revogado pela Lei nº 12.863, de 2013)

Art. 8º Constituem recursos da EBSERH:

I - recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União;

II - as receitas decorrentes:

a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto;

b) da alienação de bens e direitos;

c) das aplicações financeiras que realizar;

d) dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; e

e) dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais;

III - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado; e

IV - rendas provenientes de outras fontes.

Parágrafo único. O lucro líquido da EBSERH será reinvestido para atendimento do objeto social da empresa, excetuadas as parcelas decorrentes da reserva legal e da reserva para contingência.

Art. 9º A EBSERH será administrada por um Conselho de Administração, com funções deliberativas, e por uma Diretoria Executiva e contará ainda com um Conselho Fiscal e um Conselho Consultivo.

§ 1º O estatuto social da EBSERH definirá a composição, as atribuições e o funcionamento dos órgãos referidos no caput .

§ 2º (VETADO).

§ 3º (VETADO).

§ 4º A atuação de membros da sociedade civil no Conselho Consultivo não será remunerada e será considerada como função relevante.

§ 5º Ato do Poder Executivo aprovará o estatuto da EBSERH.

Art. 10. O regime de pessoal permanente da EBSERH será o da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e legislação complementar, condicionada a contratação à prévia aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos, observadas as normas específicas editadas pelo Conselho de Administração.

Parágrafo único. Os editais de concursos públicos para o preenchimento de emprego no âmbito da EBSERH poderão estabelecer, como título, o cômputo do tempo de exercício em atividades correlatas às atribuições do respectivo emprego.

Art. 11. Fica a EBSERH, para fins de sua implantação, autorizada a contratar, mediante processo seletivo simplificado, pessoal técnico e administrativo por tempo determinado.

§ 1º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput somente poderão ser celebrados durante os 2 (dois) anos subsequentes à constituição da EBSERH e, quando destinados ao cumprimento de contrato celebrado nos termos do art. 6º , nos primeiros 180 (cento e oitenta) dias de vigência dele.

§ 2º Os contratos temporários de emprego de que trata o caput poderão ser prorrogados uma única vez, desde que a soma dos 2 (dois) períodos não ultrapasse 5 (cinco) anos.

Art. 12. A EBSERH poderá celebrar contratos temporários de emprego com base nas alíneas a e b do § 2º do art. 443 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, mediante processo seletivo simplificado, observado o prazo máximo de duração estabelecido no seu art. 445.

Art. 13. Ficam as instituições públicas federais de ensino e instituições congêneres autorizadas a ceder à EBSERH, no âmbito e durante a vigência do contrato de que trata o art. 6º , bens e direitos necessários à sua execução.

Parágrafo único. Ao término do contrato, os bens serão devolvidos à instituição cedente.

Art. 14. A EBSERH e suas subsidiárias estarão sujeitas à fiscalização dos órgãos de controle interno do Poder Executivo e ao controle externo exercido pelo Congresso Nacional, com auxílio do Tribunal de Contas da União.

Art. 15. A EBSERH fica autorizada a patrocinar entidade fechada de previdência privada, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. O patrocínio de que trata o caput poderá ser feito mediante adesão a entidade fechada de previdência privada já existente.

Art. 16. A partir da assinatura do contrato entre a EBSERH e a instituição de ensino superior, a EBSERH disporá de prazo de até 1 (um) ano para reativação de leitos e serviço inativos por falta de pessoal.

Art. 17. Os Estados poderão autorizar a criação de empresas públicas de serviços hospitalares.

Art. 18. O art. 47 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso V: "Art. 47.

V - proibição de inscrever-se em concurso, avaliação ou exame públicos." (NR)

Art. 19. O Título X da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal , passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo V:

" CAPÍTULO V

DAS FRAUDES EM CERTAMES DE INTERESSE PÚBLICO

Fraudes em certames de interesse público

Art. 311-A. Utilizar ou divulgar, indevidamente, com o fim de beneficiar a si ou a outrem, ou de comprometer a credibilidade do certame, conteúdo sigiloso de:

I - concurso público;

II - avaliação ou exame públicos;

III - processo seletivo para ingresso no ensino superior; ou

IV - exame ou processo seletivo previstos em lei:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

§ 1º Nas mesmas penas incorre quem permite ou facilita, por qualquer meio, o acesso de pessoas não autorizadas às informações mencionadas no caput .

§ 2º Se da ação ou omissão resulta dano à administração pública:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e multa.

§ 3º Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) se o fato é cometido por funcionário público." (NR)"

Art. 20. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

ESTATUTO DA EBSERH

ESTATUTO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

CAPÍTULO I

DA RAZÃO SOCIAL, NATUREZA JURÍDICA, SEDE, REPRESENTAÇÃO GEOGRÁFICA E PRAZO DE DURAÇÃO

Art. 1º. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, empresa pública de capital fechado, com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação, é regida por este Estatuto Social, pela Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, pela Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, pela Lei nº 13.303, de 30 de junho de 2016, pelo Decreto nº 8.945, de 27 de dezembro de 2016, e demais legislações aplicáveis.

Art. 2º. A Ebserh tem sede e foro em Brasília, Distrito Federal, e pode criar escritórios, representações, dependências, filiais e subsidiárias no País, para o desenvolvimento de atividades inerentes ao seu objeto social, nos termos da Lei nº 12.550, de 2011.

Parágrafo único. A Rede Ebserh é composta pela Administração Central, pelos hospitais universitários federais geridos pela Ebserh, além de escritórios, representações, dependências, filiais e subsidiárias criadas pela empresa no País.

Art. 3º. O prazo de duração da Ebserh é indeterminado.

**CAPÍTULO II
DO OBJETO SOCIAL**

Art. 4º. Ebsersh tem por objeto social:

I - prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

II - administrar unidades hospitalares;

III - prestar serviços de apoio à gestão hospitalar, com otimização de processos e serviços, implementação de sistema de gestão, monitoramento de resultados, bem como o desenvolvimento de outras atividades afins;

IV - prestar serviços de consultoria e assessoria em sua área de atuação;

V - prestar a terceiros serviços secundários operacionais contínuos que sejam relacionados às atividades de assistência à saúde;

VI - participar de iniciativas de promoção da inovação, como incubadoras, centros de inovação e aceleradoras de empresas;

VII - prestar serviços de apoio ao ensino, pesquisa e extensão nas diversas áreas do conhecimento com vistas à inovação, ensino-aprendizagem e formação de pessoas no campo da saúde pública, inclusive mediante intermediação e apoio financeiro, observada, nos termos do art. 207 da Constituição, a autonomia universitária e as políticas acadêmicas estabelecidas no âmbito das instituições de ensino;

VIII - promover, estimular, coordenar, apoiar e executar programas de formação profissional contribuindo para qualificação profissional no campo da saúde pública no País;

IX - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa, cuja vinculação com o campo da saúde pública torne necessária a cooperação, em especial na implementação de residência médica, uniprofissional ou multiprofissional, no campo da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;

X - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas, promovendo, estimulando, coordenando, apoiando e executando atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação, com o objetivo de produzir conhecimentos e tecnologia para o desenvolvimento da saúde pública do País;

XI - realizar, na forma fixada pela Diretoria Executiva e aprovada pelo Conselho de Administração, aplicações não reembolsáveis ou parcialmente reembolsáveis destinadas a apoiar projetos de ensino, pesquisa, extensão e inovação na área de saúde;

XII - atuar em projetos e programas de cooperação técnica nacional e internacional com vistas ao desenvolvimento de suas atividades e ao aprimoramento da formação profissional e da saúde pública;

XIII - prestar serviços delegados pelo Governo Federal com vistas ao cumprimento do seu objeto social; e

XIV - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades.

§ 1º As atividades de prestação de serviços de assistência à saúde desenvolvidas pela Ebsersh estarão inseridas integral e exclusivamente no âmbito do SUS.

§ 2º No desenvolvimento de suas atividades de ensino, a Ebsersh observará as orientações da Política Nacional de Educação, de responsabilidade do Ministério da Educação.

§ 3º No desenvolvimento de suas atividades de assistência à saúde, a Ebsersh observará as orientações da Política Nacional de Saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde.

**CAPÍTULO III
DO INTERESSE PÚBLICO**

Art. 5º. A Ebsersh poderá ter suas atividades, sempre que consentâneas com seu objeto social, orientadas pela União de modo a contribuir para o interesse público que justificou a sua criação.

§ 1º No exercício da prerrogativa de que trata o caput deste artigo, a União somente poderá orientar a Ebsersh a assumir obrigações ou responsabilidades, incluindo a realização de projetos de investimento e assunção de custos operacionais específicos, em condições diversas às de qualquer outra sociedade do setor privado que atue no mesmo mercado, quando:

I - estiver definida em lei ou regulamento, bem como prevista em contrato, convênio ou ajuste celebrado com o ente público competente para estabelecê-la, observada a ampla publicidade desses instrumentos; e

II - tiver seu custo e receitas discriminados e divulgados de forma transparente, inclusive no plano contábil.

§ 2º Quando orientada pela União a contribuir para o interesse público, a Ebsersh somente assumirá obrigações ou responsabilidades que respeitem as condições de mercado ou que se adequem ao disposto nos incisos I e II do § 1º deste artigo, sendo que, nesta hipótese, a União compensará, a cada exercício social, a Ebsersh pela diferença entre as condições de mercado e o resultado operacional ou retorno econômico da obrigação assumida.

§ 3º O exercício das prerrogativas de que tratam os parágrafos anteriores será objeto da Carta Anual, subscrita pelos membros do Conselho de Administração, prevista no art. 13, inciso I, do Decreto nº 8.945, de 2016.

**CAPÍTULO IV
DO CAPITAL SOCIAL E RECURSOS**

Art. 6º. O capital social da Ebsersh é de R\$ 381.384.237,75 (trezentos e oitenta e um milhões, trezentos e oitenta e quatro mil, duzentos e trinta e sete reais e setenta e cinco centavo), integralmente sob a propriedade da União.

Parágrafo único. O capital social poderá ser alterado nas hipóteses previstas em lei, vedada a capitalização direta do lucro sem trâmite pela conta de reservas.

Art. 7º. Constituem recursos da Ebsersh:

I - as dotações que lhe forem consignadas no orçamento da União;

II - as receitas decorrentes:

a) da prestação de serviços compreendidos em seu objeto;

b) da alienação de bens e direitos;

c) das aplicações financeiras que realizar;

d) dos direitos patrimoniais, tais como aluguéis, foros, dividendos e bonificações; e

e) dos acordos e convênios que realizar com entidades nacionais e internacionais.

III - doações, legados, subvenções e outros recursos que lhe forem destinados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado;

IV - rendas provenientes de outras fontes.

Parágrafo único. A empresa poderá receber recursos dos orçamentos fiscal e da seguridade social da União para o pagamento de despesas com pessoal ou de custeio em geral, conforme expressamente autorizado pela Lei nº 12.550, de 2011.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO; POLÍTICAS DE SAÚDE; ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES E SUAS RELAÇÕES COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE; POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS PARA GESTÃO DE RECURSOS FÍSICOS, FINANCEIROS, MATERIAIS E HUMANOS; SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS; PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E NORMATIVO

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, 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 formu-

la 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 n.º 8.080/1990. Os principais são:

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

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

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

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

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

Principais leis

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

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

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

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

Responsabilização Sanitária

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

Responsabilização Macrossanitária

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

- execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;

- planejamento, organização, coordenação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal; e
- participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

Responsabilização Microssanitária

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

Instâncias de Pactuação

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

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

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

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

Descentralização

O princípio de descentralização que norteia o SUS se dá, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além