



CÓD: OP-024NV-23
7908403544882

MOGI DAS CRUZES-SP

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI DAS CRUZES - SÃO PAULO

Nutricionista

CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2023

Língua Portuguesa

1. Leitura e interpretação de diversos tipos de textos (literários e não literários)	5
2. Sentido próprio e figurado das palavras	5
3. Sinônimos e antônimos.	5
4. Pontuação	6
5. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem. Classes de palavras: substantivo, adjetivo, numeral, pronome, verbo, advérbio, preposição e conjunção: emprego e sentido que imprimem às relações que estabelecem.	10
6. Concordância verbal e nominal	16
7. Regência verbal e nominal.....	18
8. Colocação pronominal.	19
9. Crase.	20

Legislação e Políticas de Saúde

1. Diretrizes e bases da implantação do SUS	27
2. Constituição da República Federativa do Brasil – Saúde.....	34
3. Lei Orgânica do Município – cap. Saúde	35
4. Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde	36
5. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças	58
6. Reforma Sanitária e Modelos Assistenciais de Saúde – Vigilância em Saúde	66
7. Indicadores do nível de saúde da população.....	75
8. Políticas de descentralização e atenção primária à Saúde.....	77
9. Doenças de notificação compulsória no Doenças de notificação compulsória Estadual e Nacional Estado de São Paulo	80
10. Calendário Nacional de Vacinação.....	90

Conhecimentos Específicos (Sem bibliografia)

Nutricionista

1. Fundamentos do comportamento alimentar	107
2. Planejamento de programas de educação nutricional	107
3. Nutrição e desenvolvimento humano.....	108
4. Intervenção	109
5. nutricional nas patologias específicas: Diabetes mellitus, afecções do trato digestório, obesidade, doenças cardiovasculares, doenças renais	109
6. Noções básicas do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: objetivo, definição, critérios para o diagnóstico e o acompanhamento do estado nutricional	110
7. Políticas de Saúde no Brasil	116

LÍNGUA PORTUGUESA

LEITURA E INTERPRETAÇÃO DE DIVERSOS TIPOS DE TEXTOS (LITERÁRIOS E NÃO LITERÁRIOS).

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...*

SINÔNIMOS E ANTÔNIMOS.

Sinonímia e antonímia

As palavras **sinônimas** são aquelas que apresentam significado semelhante, estabelecendo relação de proximidade. **Ex:** *inteligente* <—> *esperto*

Já as palavras **antônimas** são aquelas que apresentam signifi-

cados opostos, estabelecendo uma relação de contrariedade. **Ex:** *forte* <—> *fraco*

SENTIDO PRÓPRIO E FIGURADO DAS PALAVRAS.

É possível empregar as palavras no sentido *próprio* ou no sentido *figurado*.

Ex.:

- Construí um muro de **pedra**. (Sentido próprio).
- Dalton tem um coração de **pedra**. (Sentido figurado).
- As águas **pingavam** da torneira. (Sentido próprio).
- As horas iam **pingando** lentamente. (Sentido figurado).

Denotação

É o sentido da palavra interpretada ao pé da letra, ou seja, de acordo com o sentido geral que ela tem na maioria dos contextos em que ocorre. Trata-se do sentido próprio da palavra, aquele encontrado no dicionário. Por exemplo: *“Uma pedra no meio da rua foi a causa do acidente”*.

A palavra *“pedra”* aqui está usada em sentido literal, ou seja, o objeto mesmo.

Conotação

É o sentido da palavra desviado do usual, ou seja, aquele que se distancia do sentido próprio e costumeiro. Por exemplo: *“As pedras atiradas pela boca ferem mais do que as atiradas pela mão”*.

“Pedras”, neste contexto, não está indicando o que usualmente significa (objeto), mas um insulto, uma ofensa produzida pelas palavras, capazes de machucar assim como uma pedra “objeto” que é atirada em alguém.

Ampliação de Sentido

Fala-se em ampliação de sentido quando a palavra passa a designar uma quantidade mais ampla de significado do que o seu original.

“Embarcar”, por exemplo, originariamente era utilizada para designar o ato de viajar em um barco. Seu sentido foi ampliado consideravelmente, passando a designar a ação de viajar em outros veículos também. Hoje se diz, por ampliação de sentido, que um passageiro:

- Embarcou em um trem.
- Embarcou no ônibus das dez.
- Embarcou no avião da força aérea.
- Embarcou num transatlântico.

“Alpinista”, em sua origem, era utilizada para indicar aquele que escala os Alpes (cadeia montanhosa europeia). Depois, por ampliação de sentido, passou a designar qualquer tipo de praticante de escalar montanhas.

Restrição de Sentido

Ao lado da ampliação de sentido, existe o movimento inverso, isto é, uma palavra passa a designar uma quantidade mais restrita de objetos ou noções do que originariamente designava.

É o caso, por exemplo, das palavras que saem da língua geral e passam a ser usadas com sentido determinado, dentro de um universo restrito do conhecimento.

A palavra *aglutinação*, por exemplo, na nomenclatura gramatical, é bom exemplo de especialização de sentido. Na língua geral, ela significa qualquer junção de elementos para formar um todo, todavia, em Gramática designa apenas um tipo de formação de palavras por composição em que a junção dos elementos acarreta alteração de pronúncia, como é o caso de *pernilongo* (perna + longa).

Se não houver alteração de pronúncia, já não se diz mais aglutinação, mas justaposição. A palavra *Pernalonga*, por exemplo, que designa uma personagem de desenhos animados, não se formou por aglutinação, mas por justaposição.

Em linguagem científica é muito comum restringir-se o significado das palavras para dar precisão à comunicação.

A palavra *girassol*, formada de *gira* (do verbo girar) + *sol*, não pode ser usada para designar, por exemplo, um astro que gira em torno do Sol, seu sentido sofreu restrição, e ela serve para designar apenas um tipo de flor que tem a propriedade de acompanhar o movimento do Sol.

Existem certas palavras que, além do significado explícito, contêm outros implícitos (ou pressupostos). Os exemplos são muitos. É o caso do pronome *outro*, por exemplo, que indica certa pessoa ou coisa, pressupondo necessariamente a existência de ao menos uma além daquela indicada.

Prova disso é que não faz sentido, para um escritor que nunca lançou um livro, dizer que ele estará autografando seu *outro* livro. O uso de *outro* pressupõe, necessariamente, ao menos um livro além daquele que está sendo autografado.

PONTUAÇÃO.**PONTUAÇÃO**

Para a elaboração de um texto escrito, deve-se considerar o uso adequado dos **sinais de pontuação** como: pontos, vírgula, ponto e vírgula, dois pontos, travessão, parênteses, reticências, aspas, etc.

Tais sinais têm papéis variados no texto escrito e, se utilizados corretamente, facilitam a compreensão e entendimento do texto.

— A Importância da Pontuação

¹As palavras e orações são organizadas de maneira sintática, semântica e também melódica e rítmica. Sem o ritmo e a melodia, os enunciados ficariam confusos e a função comunicativa seria prejudicada.

O uso correto dos sinais de pontuação garante à escrita uma solidariedade sintática e semântica. O uso inadequado dos sinais de pontuação pode causar situações desastrosas, como em:

- Não podem atirar! (entende-se que atirar está proibido)
- Não, podem atirar! (entende-se que é permitido atirar)

— Ponto

¹ BECHARA, E. *Moderna gramática portuguesa*. 37ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

Este ponto simples final (.) encerra períodos que terminem por qualquer tipo de oração que não seja interrogativa direta, a exclamativa e as reticências.

Outra função do ponto é a da pausa oracional, ao acompanhar muitas palavras abreviadas, como: *p.*, *2.ª*, entre outros.

Se o período, oração ou frase terminar com uma abreviatura, o ponto final não é colocado após o ponto abreviativo, já que este, quando coincide com aquele, apresenta dupla serventia.

Ex.: “O ponto abreviativo põe-se depois das palavras indicadas abreviadamente por suas iniciais ou por algumas das letras com que se representam, *v.g.* ; *V. S.ª* ; *II.ª* ; *Ex.ª* ; etc.” (Dr. Ernesto Carneiro Ribeiro)

O ponto, com frequência, se aproxima das funções do ponto e vírgula e do travessão, que às vezes surgem em seu lugar.

Obs.: Estilisticamente, pode-se usar o ponto para, em períodos curtos, empregar dinamicidade, velocidade à leitura do texto: “Era um garoto pobre. Mas tinha vontade de crescer na vida. Estudou. Subiu. Foi subindo mais. Hoje é juiz do Supremo.” É muito utilizado em narrações em geral.

— Ponto Parágrafo

Separa-se por ponto um grupo de período formado por orações que se prendem pelo mesmo centro de interesse. Uma vez que o centro de interesse é trocado, é imposto o emprego do ponto parágrafo se iniciando a escrever com a mesma distância da margem com que o texto foi iniciado, mas em outra linha.

O parágrafo é indicado por (§) na linguagem oficial dos artigos de lei.

— Ponto de Interrogação

É um sinal (?) colocado no final da oração com entonação interrogativa ou de incerteza, seja real ou fingida.

A interrogação conclusa aparece no final do enunciado e requer que a palavra seguinte se inicie por maiúscula. Já a interrogação interna (quase sempre fictícia), não requer que a próxima palavra se inicie com maiúscula.

Ex.: — Você acha que a gramática da Língua Portuguesa é complicada?

— Meu padrinho? É o Excelentíssimo Senhor coronel Paulo Vaz Lobo Cesar de Andrade e Sousa Rodrigues de Matos.

Assim como outros sinais, o ponto de interrogação não requer que a oração termine por ponto final, a não ser que seja interna.

Ex.: “Esqueceu alguma coisa? perguntou Marcela de pé, no patamar”.

Em diálogos, o ponto de interrogação pode aparecer acompanhando do ponto de exclamação, indicando o estado de dúvida de um personagem perante diante de um fato.

Ex.: — “Esteve cá o homem da casa e disse que do próximo mês em diante são mais cinquenta...”

— ?!...”

— Ponto de Exclamação

Este sinal (!) é colocado no final da oração enunciada com entonação exclamativa.

Ex.: “Que gentil que estava a espanhola!”

“Mas, na morte, que diferença! Que liberdade!”

Este sinal é colocado após uma interjeição.

Ex.: — Olé! exclamei.

— Ah! brejeiro!

As mesmas observações vistas no ponto de interrogação, em relação ao emprego do ponto final e ao uso de maiúscula ou minúscula inicial da palavra seguinte, são aplicadas ao ponto de exclamação.

— Reticências

As reticências (...) demonstram interrupção ou incompletude de um pensamento.

Ex.: — “Ao proferir estas palavras havia um tremor de alegria na voz de Marcela: e no rosto como que se lhe espalhou uma onda de ventura...”

— “Não imagina o que ela é lá em casa: fala na senhora a todos os instantes, e aqui aparece uma pamonha. Ainda ontem...”

Quando colocadas no fim do enunciado, as reticências dispensam o ponto final, como você pode observar nos exemplos acima.

As reticências, quando indicarem uma enumeração inconclusa, podem ser substituídas por *etc.*

Ao transcrever um diálogo, elas indicam uma não resposta do interlocutor. Já em citações, elas podem ser postas no início, no meio ou no fim, indicando supressão do texto transcrito, em cada uma dessas partes.

Quando ocorre a supressão de um trecho de certa extensão, geralmente utiliza-se uma linha pontilhada.

As reticências podem aparecer após um ponto de exclamação ou interrogação.

— Vírgula

A vírgula (,) é utilizada:

- Para separar termos coordenados, mesmo quando ligados por conjunção (caso haja pausa).

Ex.: “Sim, eu era esse garção bonito, airoso, abastado”.

IMPORTANTE!

Quando há uma série de sujeitos seguidos imediatamente de verbo, não se separa do verbo (por vírgula) o último sujeito da série.

Ex.: Carlos Gomes, Vítor Meireles, Pedro Américo, José de Alencar tinham-nas começado.

- Para separar orações coordenadas aditivas, mesmo que estas se iniciem pela conjunção *e*, proferidas com pausa.

Ex.: “Gostava muito das nossas antigas dobras de ouro, e eu levava-lhe quanta podia obter”.

- Para separar orações coordenadas alternativas (*ou, quer, etc.*), quando forem proferidas com pausa.

Ex.: Ele sairá daqui logo, *ou eu me desligarei do grupo.*

IMPORTANTE!

Quando *ou* exprimir retificação, esta mesma regra vigora.

Ex.: Teve duas fases a nossa paixão, *ou* ligação, *ou* qualquer outro nome, que eu de nome não curo.

Caso denote equivalência, o *ou* posto entre os dois termos não é separado por vírgula.

Ex.: Solteiro *ou* solitário se prende ao mesmo termo latino.

- Em aposições, a não ser no especificativo.

Ex.: “ora enfim de uma casa que ele meditava construir, para residência própria, casa de feito moderno...”

- Para separar os pleonasmos e as repetições, quando não tiverem efeito superlativamente.

Ex.: “Nunca, nunca, meu amor!”

A casa é linda, linda.

- Para intercalar ou separar vocativos e apostos.

Ex.: Brasileiros, é chegada a hora de buscar o entendimento.

É aqui, nesta querida escola, que nos encontramos.

- Para separar orações adjetivas de valor explicativo.

Ex.: “perguntava a mim mesmo por que não seria melhor deputado e melhor marquês do que o lobo Neves, — *eu, que valia mais*, muito mais do que ele, — ...”

- Para separar, na maioria das vezes, orações adjetivas restritiva de certa extensão, ainda mais quando os verbos de duas orações distintas se juntam.

Ex.: “No meio da confusão que produzira por toda a parte este acontecimento inesperado e cujo motivo e circunstâncias inteiramente se ignoravam, ninguém reparou nos dois cavaleiros...”

IMPORTANTE!

Mesmo separando por vírgula o sujeito expandido pela oração adjetiva, esta pontuação pode acontecer.

Ex.: Os que falam em matérias que não entendem, parecem fazer gala da sua própria ignorância.

- Para separar orações intercaladas.

Ex.: “Não lhe posso dizer com certeza, respondi eu”

- Para separar, geralmente, adjuntos adverbiais que precedem o verbo e as orações adverbiais que aparecem antes ou no meio da sua principal.

Ex.: “Eu mesmo, até então, tinha-vos em má conta...”

- Para separar o nome do lugar em datas.

Ex.: São Paulo, 14 de janeiro de 2020.

- Para separar os partículas e expressões de correção, continuação, explicação, concessão e conclusão.

Ex.: “e, *não obstante*, havia certa lógica, certa dedução”
Sairá amanhã, *aliás*, depois de amanhã.

- Para separar advérbios e conjunções adversativas (*porém, todavia, contudo, entretanto*), principalmente quando pospostos.

Ex.: “A proposta, *porém*, desdizia tanto das minhas sensações últimas...”

- Algumas vezes, para indicar a elipse do verbo.

Ex.: Ele sai agora: eu, logo mais. (omitiu o verbo “sair” após “eu”; elipse do verbo sair)

- Omissão por zeugma.

Ex.: Na classe, alguns alunos são interessados; outros, (são) relapsos. (Supressão do verbo “são” antes do vocábulo “relapsos”)

LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS DE SAÚDE

DIRETRIZES E BASES DA IMPLANTAÇÃO DO SUS

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, Inato e oito hospitais federais.

Secretaria Estadual de Saúde (SES)

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

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)

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

Conselhos de Saúde

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

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

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

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

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

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

Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)

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

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

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

Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)

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

Responsabilidades dos entes que compõem o SUS

União

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais

de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS.

Estados e Distrito Federal

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

Municípios

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

História do sistema único de saúde (SUS)

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

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

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

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

Várias foram as propostas de implantação de uma rede de serviços voltada para a atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralização e universalização, iniciando-se já a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em 1976.

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) - que, na realidade, nunca saiu do papel -, logo seguida pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1982 a partir do qual foi imple-

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

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

Em 1987 é implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que adota como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços, à integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos.

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

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

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

Princípios do SUS

São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990. Os principais são:

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

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

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

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

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

Principais leis

Constituição Federal de 1988: Estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Determina ao Poder

Público sua “regulamentação, fiscalização e controle”, que as ações e os serviços da saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”; define suas diretrizes, atribuições, fontes de financiamento e, ainda, como deve se dar a participação da iniciativa privada.

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

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

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

Responsabilização Sanitária

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

Responsabilização Macrossanitária

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

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

Responsabilização Microsanitária

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

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Nutricionista

FUNDAMENTOS DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

Os fundamentos do comportamento alimentar referem-se aos fatores e princípios que influenciam as escolhas alimentares e os padrões de consumo.

Compreender esses fundamentos é essencial para promover escolhas alimentares saudáveis, prevenir distúrbios alimentares e melhorar a saúde geral.

Abaixo estão contidos os principais fatores que fundamentam o comportamento alimentar:

Fatores Biológicos

Necessidades Nutricionais: o corpo humano tem necessidades específicas de nutrientes para funcionar adequadamente. A fome, a saciedade e os desejos alimentares são, em parte, controlados por processos biológicos.

Fatores Psicológicos

Comportamento alimentar emocional: muitas vezes, as emoções influenciam as escolhas alimentares. Pessoas podem comer em resposta ao estresse, tédio, tristeza ou felicidade.

Percepção sensorial: o sabor, aroma, textura e aparência dos alimentos desempenham um papel importante nas preferências alimentares.

Fatores Sociais e Culturais

Influência social: o ambiente social, incluindo família, amigos e colegas, pode influenciar significativamente as escolhas alimentares. As refeições muitas vezes são eventos sociais.

Cultura e tradição: os costumes alimentares e as tradições culturais desempenham um papel crucial nas preferências alimentares e nos padrões dietéticos.

Acesso e Disponibilidade

Acesso a alimentos: a disponibilidade e a acessibilidade de alimentos afetam diretamente as escolhas alimentares. A localização geográfica, a renda e a disponibilidade de opções saudáveis influenciam as decisões alimentares.

Aprendizado e Educação Nutricional

Conhecimento Nutricional: o entendimento das propriedades nutricionais dos alimentos e a educação sobre escolhas alimentares saudáveis podem influenciar positivamente o comportamento alimentar.

Hábitos Alimentares Adquiridos: as experiências passadas e os hábitos alimentares formados ao longo do tempo influenciam as escolhas futuras.

Fatores Econômicos

Custo dos Alimentos: a disponibilidade de recursos financeiros pode afetar as escolhas alimentares. Alimentos mais saudáveis nem sempre são os mais acessíveis economicamente.

Mídia e Marketing

Influência da Publicidade: a publicidade e as mensagens de marketing podem influenciar as preferências alimentares, especialmente entre crianças e adolescentes.

Condições de Saúde e Restrições Dietéticas

Condições de Saúde: algumas condições médicas podem exigir restrições dietéticas específicas.

Restrições dietéticas voluntárias: escolhas alimentares também podem ser influenciadas por preferências dietéticas específicas, como vegetarianismo, veganismo ou dietas com restrição calórica.

A compreensão desses fundamentos de comportamento alimentar auxilia no desenvolvimento de estratégias eficazes de promoção da saúde e intervenções nutricionais.

PLANEJAMENTO DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL

— Conceitos

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) trata de uma área de conhecimento, entendimento e de prática contínua permanente, sendo transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, para assim promover e desenvolver a autonomia de hábitos alimentares mais saudáveis, contribuindo e assegurando o Direito à Alimentação Adequada e Saudável para toda população.

A EAN busca auxiliar seus clientes na busca da compreensão sobre uma alimentação mais adequada e saudável, sendo um direito humano básico, que envolve a garantia ao acesso permanente, regular e justo a uma alimentação e refeição adequada biologicamente e socialmente para cada pessoa, incluindo as necessidades alimentares especiais, a cultura de cada um e levando em consideração o físico e financeiro, trabalhando de forma que a cada pessoa chegue refeições harmônicas em quantidade e qualidade, assim como uma variedade de alimentos, trazendo o equilíbrio, a moderação e o prazer em comer. Educação Alimentar e Nutricional busca promover e proteger a alimentação adequada e saudável de todos.

— Objetivos

Dar suporte e trazer entendimento a toda população sobre hábitos saudáveis e comportamentos alimentares, gerando autonomia nas escolhas e orientando sobre as mudanças para aderência de uma refeição mais saudável, variada em seus alimentos, completa nutricionalmente e agradável ao consumo. Com isso, à melhora da saúde, físicos, clínicos e dietéticos, este trabalho pode ser executado individualmente ou em grupos.

Além disso, contribuir para a realização do direito humano à alimentação adequada e garantia da segurança alimentar e nutricional, valorizar a cultura alimentar in natura ou minimamente processada.

— **Metodologias e aspectos sociais**

A educação nutricional é uma atividade presente nas diretrizes da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), sendo uma das estratégias utilizadas para a diminuição da má nutrição e alimentação no Brasil, levando a reflexão de toda cadeia alimentar do nosso país, como: produção, abastecimento e acesso a alimentos adequados e saudáveis. Esse acesso muitas vezes, desinformado e exacerbado em alimentos processados e ultraprocessados geram desnutrição, entre outras problemáticas cada vez mais crescente, o excesso de peso e obesidade.

Alguns métodos para a ampliação da educação nutricional estão diretamente relacionados às redes de assistência social, de saúde e de educação, redes de apoio do SUS, como a Atenção Básica de Saúde. As metas são valorizar as diferentes formas e expressões do ato de comer e da cultura alimentar, fortalecendo hábitos e ingredientes regionais, diminuindo assim o desperdício e aumentando à sustentabilidade regional.

Cada dia mais a formação de profissionais que atuam em EAN ganham mais espaço e estão se valorizando como um importante instrumento de alcance e de geração de ações elaborando materiais inovadores, participativos e lúdicos para resultados eficazes e duradouros em suas estratégias de mudança de hábito de uma população.

— **Econômicos e culturais**

O ato de comer reflete diferentes aspectos da vida, afetando diretamente as escolhas alimentares, como: história pessoal, hábitos, heranças, culturas, informações científicas, conhecimentos populares ou tradicionais da família entre outros. Além disso, o poder aquisitivo e o acesso físico aos alimentos, como o poder comprar, aprovar o sabor, tem condições apropriadas de armazenar, preparar e comer, também pode interferir na forma de ver e entender o alimento.

— **Planejamento**

O planejamento se inicia a partir do diálogo, entendendo e problematizando as implicações reais que afligem a população, fazendo boas perguntas e buscando respostas adequadas, responsáveis, respeitadas com relação a valores, ideias e resultados que se quer.

Do mesmo modo o planejamento é um processo com etapas organizadas de diagnóstico, identificação de prioridades ou ordem de abordagem de temas, elaboração de estratégias, desenvolvimento de materiais e instrumentos que alcancem o público-alvo, estabelecimento de custos, identificação de recursos disponíveis, planejamento de resultados e indicadores esperados.

— **Organização**

A organização é a parte onde começa a dar vida ao que foi planejado, é a fase de testes e formulações de materiais e separação de objetos e demais aparatos que serão utilizados nas aplicações e implementações.

Nesta etapa, responde-se a alguns tipos de perguntas como: que tipo de material usar? Quais cores? Quais figuras? Quais ferramentas?

— **Implementação e avaliação de programas de educação nutricional**

A implementação é a parte de produção do material de apoio as atividades propostas para o programa de educação nutricional na quantidade suficiente, treinamento dos aplicadores das atividades e a execução da educação nutricional ao público-alvo propriamente dito.

A avaliação é um processo importante para avaliar a efetividade do programa voltado à educação nutricional e seus resultados, assim, é possível com os dados obtidos dos resultados realizar melhorias e alterações para que cada vez mais a atividade gere mudanças.

Dentre as questões, deve-se avaliar se: os objetivos foram alcançados, os procedimentos e atividades foram aplicadas como esperado, o público-alvo foi alcançado e se obteve fixação da mensagem transmitida, houve mudança de conhecimentos, valores, atitudes, houve adoção de novos hábitos, o público ou indivíduo atingiu uma melhora de saúde e do estado nutricional.

Ao final, esses resultados unidos geram um efeito de fixação e educativo em longo prazo, não só para saúde, mas também, social, econômico e familiar.

NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO HUMANO

A relação entre nutrição e desenvolvimento humano é importante para garantir um crescimento saudável e um funcionamento adequado do organismo ao longo da vida.

A nutrição é crucial no desempenho e nos estágios da vida humana, começando na concepção e continuando ao longo da infância, adolescência, idade adulta e envelhecimento.

1. Desenvolvimento na Infância

Durante a gravidez, uma nutrição adequada é essencial para o desenvolvimento fetal. A falta de nutrientes pode levar a complicações no nascimento e afetar o desenvolvimento infantil.

Nos primeiros anos de vida, a nutrição adequada é vital para o desenvolvimento físico e cognitivo. Deficiências nutricionais nessa fase podem ter impactos duradouros na saúde e no desenvolvimento.

2. Desenvolvimento na Adolescência

Durante a puberdade, ocorrem mudanças significativas no corpo e no desenvolvimento sexual. Uma nutrição balanceada é crucial para suportar essas mudanças e garantir o crescimento adequado.

3. Desenvolvimento na Idade Adulta

A nutrição continua a desempenhar um papel essencial na idade adulta, influenciando a saúde cardiovascular, óssea e geral. Escolhas alimentares saudáveis estão relacionadas à prevenção de doenças crônicas.

4. Envelhecimento

Na terceira idade, a nutrição adequada é crucial para manter a saúde óssea, muscular e cognitiva. Problemas de saúde comuns em idades avançadas, como osteoporose e deficiências cognitivas, podem ser influenciados pela dieta.

5. Nutrientes Essenciais

Proteínas, vitaminas, minerais e ácidos graxos são nutrientes essenciais para o desenvolvimento e manutenção do corpo humano em todas as fases da vida.

A água desempenha um papel vital em todas as funções corporais e é fundamental para a saúde geral.

6. Influência na Saúde Mental

Além dos benefícios físicos, a nutrição também pode influenciar a saúde mental. Dietas equilibradas têm sido associadas a melhorias no humor, cognição e redução do risco de distúrbios mentais.

Portanto, compreender a importância da nutrição em todas as fases da vida é essencial para promover a saúde e o desenvolvimento humano ótimos. É importante buscar orientação de profissionais de saúde, como nutricionistas, para garantir uma abordagem personalizada às necessidades nutricionais específicas em diferentes estágios da vida.

INTERVENÇÃO

A intervenção nutricional refere-se às ações planejadas e direcionadas de profissionais de saúde, especialmente nutricionistas, para promover a saúde, prevenir ou tratar condições relacionadas à alimentação e nutrição. Essas intervenções são adaptadas às necessidades individuais de cada pessoa e podem abranger uma variedade de áreas.

Aqui estão alguns aspectos principais da intervenção nutricional:

Avaliação Nutricional

Antes de qualquer intervenção, é essencial realizar uma avaliação nutricional abrangente. Isso pode incluir a análise da ingestão dietética, avaliação do estado nutricional, histórico médico, preferências alimentares e outros fatores relevantes.

Estabelecimento de Metas

Com base na avaliação, são estabelecidas metas específicas e alcançáveis. Essas metas podem incluir a melhoria da ingestão de nutrientes, a redução de determinados alimentos na dieta, o controle do peso, entre outros.

Educação Nutricional

Uma parte crucial da intervenção nutricional é a educação. Isso envolve fornecer informações sobre escolhas alimentares saudáveis, porções adequadas, leitura de rótulos nutricionais e a importância de uma dieta equilibrada.

Planejamento de Dieta

Com base nas necessidades individuais e metas estabelecidas, os profissionais de saúde desenvolvem planos de dieta personalizados. Isso pode incluir orientações sobre a escolha de alimentos, proporções ideais de macronutrientes (proteínas, carboidratos, gorduras) e consumo de vitaminas e minerais.

Suplementação Nutricional

Em alguns casos, pode ser necessário recomendar suplementos nutricionais para garantir que a pessoa atenda às suas necessidades nutricionais. Isso é comumente feito em casos de deficiências específicas ou em situações em que a dieta sozinha não é suficiente.

Acompanhamento e Reavaliação

A intervenção nutricional é um processo contínuo. O acompanhamento regular é realizado para avaliar o progresso em relação às metas estabelecidas e ajustar as orientações conforme necessário. Isso pode incluir adaptações na dieta e no plano de cuidados.

Tratamento de Condições Específicas

Em casos de condições médicas específicas, como diabetes, doenças cardiovasculares, distúrbios alimentares ou alergias alimentares, a intervenção nutricional é adaptada para gerenciar eficazmente essas condições.

Apoio Comportamental

Além das mudanças na dieta, a intervenção nutricional muitas vezes inclui apoio comportamental para ajudar os indivíduos a superar desafios psicológicos e emocionais relacionados à alimentação.

A intervenção nutricional é substancial na promoção da saúde e no tratamento de várias condições relacionadas à alimentação. É importante que as abordagens sejam personalizadas, levando em consideração as necessidades individuais, preferências e condições de saúde específicas.

NUTRICIONAL NAS PATOLOGIAS ESPECÍFICAS: DIABETES MELLITUS, AFECÇÕES DO TRATO DIGESTÓRIO, OBESIDADE, DOENÇAS CARDIOVASCULARES, DOENÇAS RENAIS

A dietoterapia é uma terapia realizada através da alimentação, em condições específicas do organismo e em doenças, muitas vezes sendo necessário retirar algum alimento ou nutriente para a melhora e recuperação do indivíduo, como por exemplo a redução ou retirada de açúcar e alimentos ricos neste, para pessoas com diabetes.

A nutrição pode ser um forte aliado para os cuidados de prevenção e tratamento em conjunto com as demais vias do cuidar.

Destacamos algumas patologias e seus cuidados dietoterápicos.

Dietoterapia das doenças de Cabeça e Pescoço

A boca ou a cavidade oral é composta pela língua, dentes, glândulas salivares e faringe. Dentre as patologias que acometem esta parte do corpo temos: aftas, cáries, câncer, lesões, má formações, inflamações, infecções, traumas e cirurgias.

A dietoterapia consiste em adaptar consistências a cada situação acometida, a maioria das vezes se faz necessário refeições líquidas, leves e pastosas, dividida em vários horários por ser em pequenas quantidades, em temperatura morna a fria, evitando alimentos picantes, ácidos, quentes, duros e muito salgados.

Já o esôfago é um tubo que liga a faringe ao estômago, e algumas das doenças relacionadas a este órgão são: alteração motora do esfíncter esofágico, refluxo, tumor, hérnias e estreitamento do esôfago.

A dietoterapia, também consiste em adaptar consistências a cada situação acometida, sendo muitas vezes introduzido dieta enteral hiper-hiper (hipercalórica e hiperproteica) para auxiliar na recuperação do estado nutricional ou líquidas, leves e pastosas, dividida em vários horários por ser em pequenas quantidades, em temperatura morna a fria, evitando alimentos picantes, ácidos, quentes, duros e muito salgados, evitando deitar-se após se ali-