

Fundação Estadual de Inovação em Saúde

# **INOVA CAPIXABA**

## **Assistente Administrativo**

# SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA.....	11
■ <b>COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTO.....</b>	<b>11</b>
■ <b>TIPOLOGIA E GÊNEROS TEXTUAIS.....</b>	<b>13</b>
■ <b>FIGURAS DE LINGUAGEM.....</b>	<b>22</b>
■ <b>MARCAS DE TEXTUALIDADE: COESÃO, COERÊNCIA – DOMÍNIO DOS MECANISMOS DE COESÃO TEXTUAL.....</b>	<b>25</b>
EMPREGO DE ELEMENTOS DE REFERENCIAÇÃO, SUBSTITUIÇÃO E REPETIÇÃO, DE CONECTORES E DE OUTROS ELEMENTOS DE SEQUENCIAÇÃO TEXTUAL.....	25
■ <b>INTERTEXTUALIDADE.....</b>	<b>29</b>
■ <b>CLASSES DE PALAVRAS.....</b>	<b>32</b>
ARTIGO.....	32
NUMERAL.....	32
SUBSTANTIVOS.....	33
ADJETIVO.....	35
ADVÉRPIO.....	37
PRONOMES.....	39
Colocação Pronominal.....	43
VERBOS.....	43
PREPOSIÇÃO.....	48
CONJUNÇÃO.....	51
INTERJEIÇÃO.....	52
■ <b>ORTOGRAFIA (NOVO ACORDO ORTOGRÁFICO DA LÍNGUA PORTUGUESA).....</b>	<b>52</b>
ACENTUAÇÃO GRÁFICA.....	56
■ <b>SINAIS DE PONTUAÇÃO.....</b>	<b>56</b>
■ <b>REESCRITA DE FRASES E PARÁGRAFOS DO TEXTO.....</b>	<b>59</b>
SUBSTITUIÇÃO DE PALAVRAS OU DE TRECHOS DE TEXTO; REORGANIZAÇÃO DA ESTRUTURA DE ORAÇÕES E DE PERÍODOS DO TEXTO; REESCRITA DE TEXTOS DE DIFERENTES GÊNEROS E NÍVEIS DE FORMALIDADE.....	59
■ <b>SEMÂNTICA.....</b>	<b>62</b>

DENOTAÇÃO.....	62
CONOTAÇÃO .....	62
<b>SIGNIFICAÇÃO DAS PALAVRAS .....</b>	<b>62</b>
Sinônimos.....	62
Antônimos .....	62
Homônimos.....	63
Parônimos .....	63
<b>■ SINTAXE .....</b>	<b>64</b>
<b>RELAÇÕES DE COORDENAÇÃO ENTRE ORAÇÕES E ENTRE TERMOS DA ORAÇÃO.....</b>	<b>70</b>
<b>RELAÇÕES DE SUBORDINAÇÃO ENTRE ORAÇÕES E ENTRE TERMOS DA ORAÇÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>REGÊNCIA VERBAL E NOMINAL.....</b>	<b>73</b>
<b>CONCORDÂNCIA VERBAL E NOMINAL.....</b>	<b>75</b>
<b>■ REDAÇÃO OFICIAL .....</b>	<b>80</b>
 RACIOCÍNIO LÓGICO-MATEMÁTICO .....	 121
<b>■ SOLUÇÃO DE SITUAÇÕES-PROBLEMA .....</b>	<b>121</b>
<b>ADIÇÃO, SUBTRAÇÃO, MULTIPLICAÇÃO, DIVISÃO, POTENCIAÇÃO OU RADICIAÇÃO COM     NÚMEROS RACIONAIS NAS SUAS REPRESENTAÇÕES FRACIONÁRIA OU DECIMAL .....</b>	<b>121</b>
<b>■ RAZÃO E PROPORÇÃO .....</b>	<b>122</b>
<b>■ PORCENTAGEM.....</b>	<b>125</b>
<b>■ JUROS .....</b>	<b>127</b>
<b>■ REGRA DE TRÊS SIMPLES OU COMPOSTA.....</b>	<b>131</b>
<b>■ EQUAÇÕES DE PRIMEIRO E SEGUNDO GRAU .....</b>	<b>134</b>
<b>■ SISTEMA DE EQUAÇÕES DO PRIMEIRO GRAU COM DUAS INCÓGNITAS .....</b>	<b>136</b>
<b>■ SOLUÇÃO DE PROBLEMAS COM GRANDEZAS E MEDIDAS.....</b>	<b>136</b>
<b>■ ESTATÍSTICA.....</b>	<b>138</b>
<b>MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL .....</b>	<b>138</b>
Média .....	138
Moda.....	143
Mediana.....	144
<b>MEDIDAS DE DISPERSÃO.....</b>	<b>144</b>
Amplitude .....	144

Variância.....	144
Desvio-padrão .....	145
<b>■ GEOMETRIA.....</b>	<b>145</b>
<b>FORMAS PLANAS.....</b>	<b>145</b>
Ângulos.....	145
Área.....	147
Perímetro.....	149
<b>FORMAS ESPACIAIS: VOLUME.....</b>	<b>149</b>
<b>TEOREMAS DE PITÁGORAS E DE TALES .....</b>	<b>157</b>
<b>■ CONTAGEM E PROBABILIDADE.....</b>	<b>158</b>
<b>PRINCÍPIO FUNDAMENTAL DA CONTAGEM .....</b>	<b>158</b>
<b>PERMUTAÇÃO SIMPLES .....</b>	<b>159</b>
<b>COMBINAÇÃO SIMPLES .....</b>	<b>160</b>
<b>PROBABILIDADE CONDICIONAL .....</b>	<b>162</b>
<b>PROBABILIDADE DA UNIÃO, INTERSEÇÃO, COMPLEMENTAR.....</b>	<b>163</b>
<b>■ RACIOCÍNIO LÓGICO E LÓGICAS DE ARGUMENTAÇÃO .....</b>	<b>164</b>
<b>ESTRUTURAS LÓGICAS .....</b>	<b>164</b>
<b>DIAGRAMAS LÓGICOS .....</b>	<b>166</b>
<b>SILOGISMOS .....</b>	<b>167</b>
<b>PRINCÍPIO DA REGRESSÃO OU REVERSÃO .....</b>	<b>179</b>
<b>PRINCÍPIOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E LEGISLAÇÃO.....</b>	<b>185</b>
<b>■ CONCEITOS E PRINCÍPIOS BÁSICOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....</b>	<b>185</b>
<b>■ PODERES ADMINISTRATIVOS.....</b>	<b>195</b>
<b>USO E ABUSO DE PODER.....</b>	<b>195</b>
<b>VINCULADO E DISCRICIONÁRIO .....</b>	<b>196</b>
<b>HIERÁRQUICO .....</b>	<b>196</b>
<b>DISCIPLINAR.....</b>	<b>197</b>
<b>REGULAMENTAR .....</b>	<b>198</b>
<b>DE POLÍCIA.....</b>	<b>198</b>
<b>■ ATOS ADMINISTRATIVOS.....</b>	<b>199</b>

CONCEITO, REQUISITOS, ATRIBUTOS, CLASSIFICAÇÃO E ESPÉCIES .....	199
EXTINÇÃO DO ATO ADMINISTRATIVO: CASSAÇÃO, ANULAÇÃO, REVOGAÇÃO E CONVALIDAÇÃO E DECADÊNCIA ADMINISTRATIVA.....	208
■ NOÇÕES DE DIREITO ADMINISTRATIVO: ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO ESTADO ....	211
■ LEGISLAÇÃO FEDERAL.....	225
CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: TÍTULO I, CAPÍTULO II, SEÇÃO II: DA SAÚDE (ARTIGOS 196 A 200) .....	225
LEI Nº 8.080/1990, QUE DISPÕE SOBRE AS CONDIÇÕES PARA A PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE E SOBRE A ORGANIZAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS CORRESPONDENTES .....	227
LEI FEDERAL Nº 8.429/1992, QUE DISPÕE SOBRE AS SANÇÕES APLICÁVEIS EM VIRTUDE DA PRÁTICA DE ATOS DE IMPROBIDADE ADMINISTRATIVA, DE QUE TRATA O § 4º DO ART 37 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.....	243
LEI FEDERAL Nº 9.784/1999, QUE REGULA O PROCESSO ADMINISTRATIVO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL .....	259
LEI FEDERAL Nº 13.709/2018 – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (LGPD).....	269
LEI Nº 12.527/2011 – LEI DE ACESSO À INFORMAÇÃO .....	287
■ LEGISLAÇÃO ESTADUAL.....	306
LEI COMPLEMENTAR Nº 924, DE 17 DE OUTUBRO DE 2019, QUE AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A CRIAR FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO DENOMINADA FUNDAÇÃO ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE – INOVA CAPIXABA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.....	306
DECRETO Nº 4585-R, DE 05 DE MARÇO DE 2020, QUE CRIA A FUNDAÇÃO ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE – INOVA CAPIXABA, APROVA O SEU ESTATUTO SOCIAL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.....	306
RESOLUÇÃO CC/INOVA Nº 02/2021, QUE REVOGA A RESOLUÇÃO CC/INOVA Nº 01/2020, APROVA O NOVO REGIMENTO INTERNO E FIXA A ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA FUNDAÇÃO ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE – INOVA CAPIXABA.....	306
RESOLUÇÃO CC INOVA Nº 05-2021, QUE INSTITUI O CÓDIGO DE ÉTICA, CONDUTA E INTEGRIDADE DA FUNDAÇÃO ESTADUAL DE INOVAÇÃO EM SAÚDE – INOVA CAPIXABA.....	306
SAÚDE PÚBLICA .....	311
■ SAÚDE PÚBLICA.....	311
CONCEITOS BÁSICOS .....	312
HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL .....	313
REFORMA SANITÁRIA.....	313
■ PACTO PELA SAÚDE .....	314
■ SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....	316

PRINCIPAIS MARCOS HISTÓRICOS E EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE.....	316
criação e evolução do SUS .....	321
Princípios do SUS.....	321
Estrutura e organização do SUS.....	322
Financiamento e gestão do SUS .....	323
<b>■ NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE .....</b>	<b>324</b>
Atenção Primária.....	324
Atenção Secundária .....	324
Atenção Terciária.....	324
<b>■ EPIDEMIOLOGIA.....</b>	<b>324</b>
Conceitos.....	324
Indicadores de Saúde.....	324
Epidemias e Endemias .....	325
Surto de Doenças e Investigação Epidemiológica.....	326
<b>■ SINAN – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO .....</b>	<b>327</b>
<b>■ PRINCÍPIOS DA SAÚDE HUMANIZADA: .....</b>	<b>328</b>
Centrar o cuidado no paciente e na família .....	328
Comunicação eficaz e empática com os pacientes e suas famílias.....	328
Promoção do bem-estar emocional dos pacientes.....	328
Respeito à privacidade e confidencialidade do paciente.....	328
<b>■ CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).....</b>	<b>329</b>
<b>■ LEI FEDERAL Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, E CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: DA SAÚDE (TÍTULO VIII, CAPÍTULO II, SEÇÃO II).....</b>	<b>332</b>
<b>■ PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 .....</b>	<b>332</b>
<b>■ LEI Nº 8.142, DE 1990 .....</b>	<b>340</b>
 CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.....	 347
<b>■ ROTINAS ADMINISTRATIVAS .....</b>	<b>347</b>
Funções Administrativas.....	347
Planejamento .....	347

ORGANIZAÇÃO .....	352
DIREÇÃO .....	353
CONTROLE .....	354
■ NOÇÕES DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA .....	355
■ GESTÃO DE PESSOAS.....	363
■ ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS .....	365
■ NOÇÕES DE RELAÇÕES HUMANAS .....	368
■ RELAÇÕES INTERPESSOAIS.....	369
■ NOÇÕES SOBRE ADMINISTRAÇÃO DE MATERIAIS .....	373
COMPRAS, ORGANIZAÇÃO, REQUISIÇÃO, ARMAZENAMENTO, REPOSIÇÃO, ESTOQUES, CONSERVAÇÃO .....	373
■ NOÇÕES DE SEGURANÇA DO TRABALHO E ERGONOMIA .....	377
■ NOÇÕES DE GESTÃO DA QUALIDADE.....	380
■ NOÇÕES SOBRE ATENDIMENTO AO PÚBLICO E ATENDIMENTO TELEFÔNICO .....	393
■ GESTÃO DE DOCUMENTOS.....	396
PROTOCOLO.....	398
RECEPÇÃO .....	398
REGISTRO.....	399
CLASSIFICAÇÃO.....	400
DISTRIBUIÇÃO DE DOCUMENTOS E EXPEDIÇÃO DE CORRESPONDÊNCIA: REGISTRO E ENCAMINHAMENTO .....	400
■ ARQUIVO: TIPOS DE ARQUIVO E FASES DO ARQUIVAMENTO.....	401
TÉCNICAS, SISTEMAS, MÉTODOS E GESTÃO DE DOCUMENTOS DIGITAIS.....	401

# SAÚDE PÚBLICA

## SAÚDE PÚBLICA

A enfermagem em saúde pública surgiu em 1922 e, com ela, estabeleceu-se o Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS). Este serviço era organizado e dirigido por enfermeiras norte-americanas que chegaram ao Brasil por meio de convênios entre o Serviço Internacional de Rockefeller e o DNPS, visando contribuir de maneira efetiva no controle dos graves problemas de saúde pública (CASTRO SANTOS; FARIA, 2004).

A saúde pública está contida dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentado como direito do cidadão e dever do estado, proporcionando os seguintes princípios: integralidade, equidade e universalidade em território nacional (CARVALHO *et al.*, 2019).

A prática de enfermagem na área de saúde pública foi orientada para medidas de prevenção e combate a doenças endêmicas, em que se caracterizou pelo modelo sanitário de atenção à saúde, associando o profissional de enfermagem ao desenvolvimento de atividades, campanhas e programas de saúde (DE ALMEIDA; KEBIAN; ACIOLI, 2011).

Nesse contexto, a enfermagem possui um importante papel na saúde pública como campo de saberes e práticas direcionadas para atender as necessidades e os problemas de saúde da população, bem como as características relacionadas aos determinantes e condicionantes de saúde (DE ALMEIDA; KEBIAN; ACIOLI, 2011).

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) na situação de saúde é de extrema importância ao longo da história. Nesse contexto, os problemas de saúde no século XIX preponderavam a teoria miasmática<sup>1</sup>, pois respondiam às importantes mudanças sociais e práticas de saúde avaliadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização. Estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos, assim como sobre riscos ocupacionais, se tornaram um importante reforço quanto ao conceito de miasma e para as ações de saúde pública (SUSSER, 1998).

O DSS que iremos analisar a seguir, inclui o modelo de *Dahlgren e Whitehead*, em que são dispostos em diferentes camadas, desde a camada proximal dos determinantes individuais (idade, sexo e fatores hereditários) até macrodeterminantes (condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais) em uma camada distal (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Na base do modelo estão os indivíduos com características individuais de idade, sexo e fatores hereditários que, claramente, têm influência sobre seu potencial e condições de saúde. Na camada mais interna podemos visualizar o estilo de vida dos indivíduos somado à idade, sexo e fatores hereditários. Na camada mais externa estão os DSS relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais relacionadas ao ambiente no qual o indivíduo se insere, como por exemplo, educação, serviços sociais de saúde, ambiente de trabalho, dentre outros. Observemos a figura a seguir:



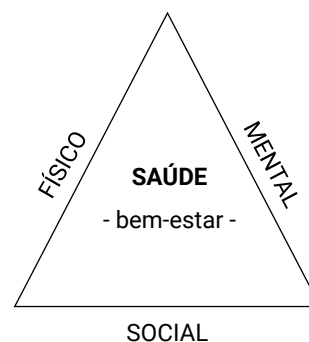
Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead. Fonte: Alvarenga *et al.* 2019

<sup>1</sup> A palavra "miasma" significa impureza ou mancha. No teatro grego, um assassino – uma pessoa que havia derramado sangue – se tornava impregnado por um miasma, uma mancha ou impureza, um sinal maldito da morte, que o acompanhava para sempre (MARTINS *et al.*, 1997).



Conforme o modelo visto acima, percebe-se que os DSS têm influência direta na saúde na população e estão inseridos em todos os ambientes do indivíduo, seja de forma mais isolada seja relacionado ao ambiente social no qual ele se insere e os fatores que permeiam esse ambiente. Sendo assim, entende-se que permeando uma população temos condições de vidas e vulnerabilidades diferentes que geram maior predisposição ao adoecimento. Nesse contexto, para o poder público, no que se refere à fomentação de políticas públicas é essencial que sejam conhecidas essas vulnerabilidades para que, assim, se estabeleça prioridades mediante as necessidades da população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No que se refere ao Sistema Único de Saúde — SUS, estabelecido pela constituinte de 1988, o sistema deve estabelecer seus serviços baseados no princípio da universalidade, equidade e integralidade, conforme vimos anteriormente. No que se refere ao princípio da equidade, entende-se que devemos tratar os desiguais de forma desigual, ou seja, conhecer as vulnerabilidades para que seja ofertada a assistência de forma personalizada (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).



Saúde é um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal, que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (art. 196 da CF, de 1988).

A atual legislação brasileira amplia o conceito de saúde, considerando-a um resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais. Por isso, as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo, dentre outros, que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para população.

#### Outros Conceitos

Acompanhe a seguir alguns conceitos fundamentais presentes no art. 6º da Lei nº 8.080, de 1990 e o conceito de assistência farmacêutica, dado pela OMS:

- **Vigilância Sanitária** (§ 1º): *Conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:*

*I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e*

*II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.*

- **Vigilância Epidemiológica** (§ 2º): *Conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos;*
- **Saúde do Trabalhador** (§ 3º): *Conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho;*

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M. *et al.* **Intervenção nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Trabalhadores e Trabalhadoras do Pantanal de Aquidauana**, MS, Brasil, p.255. Editora UCDB. 2019.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 77-93, 2007.
- CARVALHO, A. L. B. *et al.* Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 211-222, 2019.
- CASTRO SANTOS, L. A.; FARIA, L. A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo. **Horizontes**, v. 22, n. 2, p. 123-50, 2004.
- FERREIRA, V. A.; KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. O cuidado de enfermagem no campo da saúde pública: reflexões sobre suas possibilidades. **Saúde em Debate**, v. 35, n. 90, p. 437-444, 2011.
- MARTINS, R. A. *et al.* **Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis**. São Paulo: Moderna, p. 59-80, 1997.
- SUSSER, M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 52, n. 10, p. 608-611, 1998.

## CONCEITOS BÁSICOS

### Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é um estado de completo bem-estar. A OMS é uma agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948 e subordinada à Organização das Nações Unidas. Sua sede é em Genebra, na Suíça.

- **Assistência Farmacêutica:** Segundo a OMS, é o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, tendo os medicamentos como insumos essenciais e visando à visibilização do acesso aos mesmos, assim como de seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

## I HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas de saúde no Brasil têm uma história complexa e evolutiva, marcada por desafios, conquistas e mudanças significativas ao longo do tempo.

Durante o **período colonial**, situado entre os anos 1500 e 1889, o cuidado com a saúde estava intimamente ligado aos interesses econômicos, especialmente relacionados à produção açucareira e mineradora. A chegada dos colonizadores europeus trouxe doenças que impactaram negativamente as populações nativas, como a varíola, a gripe e a tuberculose.

Com a independência em 1822 e a proclamação da República em 1889, surgiram os primeiros movimentos no sentido de organização de políticas públicas de saúde no país. Destacam-se nesse período a criação de instituições como as **juntas de higiene** e as **inspetorias de saúde**.

Durante a **República Velha**, período entre os anos de 1889 e 1930, houve avanços no campo da saúde pública, com a criação do Instituto Soroterápico Federal (1900) — fundações preparadas para o combate e desinfecção de mosquitos transmissores da febre amarela — e a implementação de medidas de combate a doenças como a peste bubônica. No entanto, essas ações eram limitadas e não alcançavam toda a população.

Ainda nesse período, em 1923 foram criadas as caixas de aposentadoria e pensões (CAPs), por meio da Lei Eloy Chaves, marcando o início da previdência social no país.

Já na Era Vargas (1930–1945), com o governo de Getúlio, surgiram importantes marcos na saúde pública brasileira:

- em 1933, as CAPs foram unificadas em IAPs (instituições de aposentadorias e pensões), com gestão tripartite envolvendo governo, empregadores e empregados;
- em 1937, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), precursor do Ministério da Saúde;
- também foi instituída a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que incluía direitos trabalhistas relacionados à saúde, como a regulamentação da jornada de trabalho.

Após a **Segunda Guerra Mundial** (1945–1964), o Brasil passou por um período de maior desenvolvimento econômico e expansão das políticas sociais. Em 1946, foi promulgada a Constituição, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado.

No entanto, as desigualdades regionais e a falta de estrutura ainda eram desafios a serem enfrentados. Em 1953, também foi criado o Ministério de Saúde propriamente dito, focado em ações e programas de saúde, incluindo vacinação e controle de endemias/epidemias.

Durante o **regime militar** (1964–1985), a saúde pública sofreu influências do modelo desenvolvimentista, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, e a expansão dos serviços de saúde ligados à previdência social. No entanto, as políticas de saúde eram centralizadas e não contemplavam uma visão integral do cuidado; manteve-se a dicotomia entre prevenção e assistência em saúde.

Com o fim da ditadura, o país passou por um processo de **redemocratização** que culminou na elaboração da Constituição Federal, de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, que estabeleceu o **Sistema Único de Saúde** (SUS) como um sistema público, universal, integral e descentralizado. Esse período se estende de 1985 até os dias atuais.

Desde então, outros eventos que refletem a evolução das políticas de saúde no Brasil serão listados a seguir.

- **1977:** houve a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), responsável pela assistência médica dos contribuintes para a previdência;
- **1982:** implementação das ações integradas de saúde (AISs), uma estratégia importante para a descentralização da saúde;
- **1986:** foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira a permitir a participação popular, um marco do movimento sanitário.

A história das políticas de saúde no Brasil reflete uma jornada de avanços, retrocessos e desafios persistentes, mas também demonstra a importância de políticas públicas eficientes e voltadas para o bem-estar de toda a população.

O SUS tem sido o pilar dessas políticas no Brasil, visando garantir o acesso gratuito a serviços de saúde para toda a população. No entanto, desafios como a falta de investimento adequado, desigualdades regionais e a gestão eficiente dos recursos ainda são questões a serem enfrentadas.

## I REFERÊNCIAS

DOCUMENTÁRIO Políticas de Saúde no Brasil. **RENAST Online**, [s.d.]. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/documentario-politicas-saude-brasil>. Acesso em: 6 mai. 2024.

HISTÓRIA das políticas de saúde no Brasil. **Universidade Federal Fluminense (UFF)**, [s.d.]. Apresentação em PowerPoint. 38 slides. Disponível em: [https://funsaco.uff.br/wp-content/uploads/sites/210/2020/05/Aula\\_2\\_-\\_historia\\_politicas\\_de\\_saude.pdf](https://funsaco.uff.br/wp-content/uploads/sites/210/2020/05/Aula_2_-_historia_politicas_de_saude.pdf). Acesso em: 6 mai. 2024.

## I REFORMA SANITÁRIA

A reforma sanitária no Brasil foi um movimento crucial, social e político, que ocorreu principalmente nas décadas de 1970 e 1980, buscando transformar o sistema de saúde do país em algo mais justo, acessível e eficiente.

Nesse período, o país enfrentava uma série de desafios na área, como a alta incidência de doenças infecciosas, a falta de acesso da população aos serviços de saúde e a predominância de um modelo assistencialista e fragmentado. Nesse cenário, surgiram movimentos sociais, acadêmicos e profissionais da saúde que buscavam mudanças estruturais no sistema.

Essa reestruturação se deu em meio à luta contra a Ditadura Militar, fortemente influenciada por reformas similares que ocorriam na Itália.

### Importante!

Foi também na década de 1970 que propuseram uma nova definição para o conceito de saúde: não apenas ausência de doença, mas bem-estar físico, mental, social e político.

Um dos principais pilares da reforma sanitária foi a concepção e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição, de 1988: um sistema público, universal, integral e descentralizado, que garante o acesso gratuito a serviços de saúde para toda a população.

A reforma também enfatizou a importância da participação da sociedade na gestão e fiscalização desse sistema; surgiram conselhos de saúde em diferentes esferas (municipal, estadual e nacional) para garantir o controle social sobre as políticas.

O movimento também defendeu a importância da atenção primária como porta de entrada do SUS, com ênfase na prevenção, promoção da saúde e cuidados básicos. Isso contribuiu para uma abordagem mais integral e menos centrada no tratamento de doenças.

O modelo proposto buscava descentralizar as ações de saúde, fortalecendo a autonomia dos municípios e promovendo a regionalização dos serviços de acordo com as necessidades e realidades locais. Além disso, a reforma também visava integrar os diversos serviços de saúde (hospitais, centros de saúde, unidades básicas, entre outros) em uma rede articulada e organizada, evitando a fragmentação e a duplicidade de ações.

Outros eventos pertinentes de serem recordados são:

- **1976:** criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que iniciou o debate sobre os problemas sanitários e a necessidade de uma reforma;
- **1979:** fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), que mobilizou diferentes áreas da saúde para discutir mudanças no setor.

A implementação da reforma sanitária teve impactos significativos na melhoria do acesso aos serviços de saúde, na redução das desigualdades regionais e na promoção de uma visão mais ampla e integral da saúde.

### REFERÊNCIAS

REFORMA sanitária brasileira. **Toda Matéria**, [s.d.]. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/reforma-sanitaria-brasileira/>. Acesso em: 6 mai. 2024.

REFORMA sanitária. **Pense SUS**, [s.d.]. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>. Acesso em: 6 mai. 2024.

## PACTO PELA SAÚDE

A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, do Ministério da Saúde, divulga o Pacto pela Saúde, bem como consolida o SUS e aprova as diretrizes deste pacto.

### Importante!

Estude este conteúdo com atenção o Pacto pela Saúde é um assunto recorrente em provas.

As principais informações do Pacto pela Saúde, estão no anexo da portaria citada acima. Segundo este anexo, os gestores do SUS se comprometem a realizar a revisão anual do pacto, com base nos princípios do SUS e ênfase nas necessidades da população. O Pacto pela Saúde é formado por 3 componentes: **Pacto pela Vida**, **Pacto em Defesa do SUS** e **Pacto de Gestão do SUS**.

### PACTO PELA VIDA

É pautado em compromissos sanitários, derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos entes federativos.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

É formado pelas seguintes prioridades, objetivos e suas respectivas diretrizes:

#### Saúde do Idoso

- Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral;
- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; implantação de serviços de atenção domiciliar;
- Acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- Provedimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

#### Câncer do Colo de Útero e de Mama

- Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama;
- Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006;
- Incentivo da realização da cirurgia de alta frequência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório;

- Ampliar para 60% a cobertura de mamografia e realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

### **Mortalidade Infantil e Materna**

- Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias. Com os seguintes objetivos e metas:
  - Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006;
  - Reduzir em 50% os óbitos por doença diarreica e 20% por pneumonia, em 2006;
  - Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes;
  - Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006;
  - Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006.
- Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto;
- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

### **Doenças Emergentes e Endemias, Com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza**

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

- Objetivos e metas para o Controle da Dengue:
  - Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;
  - Reduzir a menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006.
- Para a eliminação da Hanseníase:
  - Atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.
- Para o Controle da Tuberculose:
  - Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.
- Para o Controle da Malária:
  - Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006.
- Para o controle da Influenza:
  - Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação — SIVEP-GRIPE, em 2006.

### **Promoção da Saúde**

- Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;
- Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
- Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
- Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
- Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006.

### **Atenção Básica à Saúde**

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS;

- Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais;
- Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família;
- Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios;
- Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos;
- Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços;
- Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais;
- Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada;
- Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considerem os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.