



SL-142AB-21

CÓD: 7908433204343

# SÃO MARTINHO-SC

*PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO MARTINHO  
DO ESTADO DE SANTA CATARINA*

Enfermeiro

**EDITAL DE PROCESSO SELETIVO 004/2021**

## **Língua Portuguesa**

1. Literatura brasileira. . . . .	01
2. Compreensão e interpretação de texto de gêneros diversos. . . . .	07
3. Significado contextual de palavras e expressões, semântica, estilística. . . . .	21
4. Fonética . . . . .	22
5. Pontuação . . . . .	24
6. Acentuação gráfica . . . . .	25
7. Separação de sílabas. . . . .	25
8. Ortografia, emprego das iniciais, plural dos compostos, emprego do hífen, . . . . .	26
9. Classes das palavras, Conjugação de verbos, utilização de pronomes, adjetivos, substantivos e suas flexões, gramática em geral. . . . .	27
10. Concordância nominal, concordância verbal . . . . .	31
11. Regência verbal. . . . .	32
12. Crase . . . . .	32
13. Análise sintática e morfológica . . . . .	33
14. Colocação pronominal . . . . .	35
15. Vícios de linguagem . . . . .	36
16. Figuras de linguagem . . . . .	37
17. Estrutura das palavras, . . . . .	39

## **Atualidades**

1. Assuntos de interesse da área nas esferas: Municipal, Estadual e Nacional, Internacional, amplamente veiculados na imprensa escrita e/ou falada (jornais, revistas, rádio, televisão e/ou sites na internet). Notícias locais, nacionais e internacionais veiculadas nos seguintes meios de comunicação: Revistas de Circulação Nacional: Jornal de Santa Catarina, A Notícia, Diário Catarinense, Diário do Sul, Internet: site das revistas e dos jornais citados anteriormente e de atualidades . . . . .	01
---	----

## **Informática**

1. Conhecimentos básicos de informática . . . . .	01
2. Noções básicas sobre sistemas operacionais . . . . .	03
3. Edição de textos, planilhas e apresentações no Microsoft Office 2013. Formatar, salvar e visualizar arquivos e documentos . . . . .	18
4. Conceitos de organização e de gerenciamento de informações, arquivos, pastas e programas . . . . .	44
5. Backup . . . . .	47
6. Conceitos básicos, aplicativos e procedimentos de Internet. Busca e pesquisa na Internet, navegar com guias, imprimir e salvar informações. . . . .	48
7. Correio eletrônico . . . . .	51
8. Procedimentos de segurança na Internet. . . . .	53
9. Armazenamento de dados na nuvem . . . . .	55
10. Conhecimentos de Planilha Eletrônica (Excel) e Editor de Texto (Word) . . . . .	56

## **Conhecimentos Específicos Enfermeiro**

1. Sistema Único de Saúde - SUS – Princípios e diretrizes . . . . .	01
2. Terminologias; - Fundamentos de Enfermagem. . . . .	07
3. Ética Profissional. . . . .	26
4. Anatomia e Fisiologia humana; - Histologia; - Citologia . . . . .	31
5. Genética; Tipagem Sanguínea . . . . .	64
6. Causas de mortalidade infantil e materna . . . . .	86
7. Administração e planejamento do serviço de Enfermagem . . . . .	88
8. Normas de Biossegurança; - Precauções universais, desinfecções, esterilização de materiais . . . . .	88
9. Vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental) - Saúde pública e saneamento básico . . . . .	95
10. Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) . . . . .	107
11. Tipos de queimaduras e seus cuidados. . . . .	114
12. Tipos de choque . . . . .	167

---

## ÍNDICE

---

13. Nutrição e Dietética . . . . .	07
14. Métodos contraceptivos . . . . .	117
15. Esquema de Vacinação . . . . .	121
16. Diluição de Medicamentos; - Administração de Medicamentos; - Unidade de transformação (g, mg, ml, cm) . . . . .	133
17. Intoxicações e Envenenamento; - Primeiros Socorros . . . . .	167
18. Doenças comuns na infância; - Prevenção de Acidentes . . . . .	254
19. Malefícios ao organismo ocasionado pelo álcool e drogas . . . . .	143
20. Cuidados de enfermagem com o paciente no pré, trans e pós operatório . . . . .	146
21. Cuidados de enfermagem com o paciente pós morte . . . . .	151
22. Higiene e conforto ao paciente no leito . . . . .	07
23. Funções da(o) enfermeira(o) nos exames complementares: anamnese, exame físico, posições, cuidados de enfermagem . . . . .	153
24. Sinais Vitais; - Rotinas básicas da enfermagem (sondagem, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais) . . . . .	07
25. Condutas de enfermagem nas urgências e emergências . . . . .	167
26. Assistência de enfermagem ao paciente em internação domiciliar . . . . .	212
27. Assistência de enfermagem em Saúde Pública nos programas: - Hanseníase; - Tuberculose; - Programa de hipertensão arterial; - Programa de diabetes mellitus; - Programa de IST e AIDS, hepatites virais . . . . .	215
28. Assistência de enfermagem à saúde do idoso . . . . .	232
29. Assistência de enfermagem à saúde mental . . . . .	242
30. Assistência de enfermagem materno infantil . . . . .	272
31. Assistência de enfermagem à saúde da criança e do adolescente . . . . .	254
32. Assistência de enfermagem à saúde da mulher (planejamento familiar, aleitamento materno, pré-natal, preventivo do câncer do colo de útero e mama) . . . . .	272
33. Assistência de enfermagem à saúde do adulto (complicações como hipertensão arterial, diabetes mellitus, patologias respiratórias, cardiológicas, neurológicas, digestivas, endócrinas) . . . . .	294
34. Conhecimentos gerais: intoxicações alimentares, meningite, tétano, coqueluche, erisipela, escarlatina, influenza, doenças imunopreveníveis, leptospirose, toxoplasmose, raiva . . . . .	327
35. Cuidados e tratamento de feridas . . . . .	340
36. Exames de rotina . . . . .	153
37. Fraturas, luxações, entorses . . . . .	167
38. Pneumonias . . . . .	254

---

## LITERATURA BRASILEIRA

**Origens**

O estudo sobre as origens da literatura brasileira deve ser feito levando-se em conta duas vertentes: a histórica e a estética. O ponto de vista histórico orienta no sentido de que a literatura brasileira é uma expressão de cultura gerada no seio da literatura portuguesa. Como até bem pouco tempo eram muito pequenas as diferenças entre a literatura dos dois países, os historiadores acabaram enaltecendo o processo da formação literária brasileira, a partir de uma multiplicidade de coincidências formais e temáticas.

A outra vertente (aquela que salienta a estética como pressuposto para a análise literária brasileira) ressalta as divergências que desde o primeiro instante se acumularam no comportamento (como nativo e colonizado) do homem americano, influenciando na composição da obra literária. Em outras palavras, considerando que a situação do colono tinha de resultar numa nova concepção da vida e das relações humanas, com uma visão própria da realidade, a corrente estética valoriza o esforço pelo desenvolvimento das formas literárias no Brasil, em busca de uma expressão própria, tanto quanto possível original.

Em resumo: estabelecer a autonomia literária é descobrir os momentos em que as formas e artifícios literários se prestam a fixar a nova visão estética da nova realidade. Assim, a literatura, ao invés de períodos cronológicos, deverá ser dividida, desde o seu nascedouro, de acordo com os estilos correspondentes às suas diversas fases, do Quinhentismo ao Modernismo, até a fase da contemporaneidade.

Dois eras - A literatura brasileira tem sua história dividida em duas grandes eras, que acompanham a evolução política e econômica do país: a Era Colonial e a Era Nacional, separadas por um período de transição, que corresponde à emancipação política do Brasil. As eras apresentam subdivisões chamadas escolas literárias ou estilos de época.

A Era Colonial abrange o Quinhentismo (de 1500, ano do descobrimento, a 1601), o Seiscentismo ou Barroco (de 1601 a 1768), o Setecentismo (de 1768 a 1808) e o período de Transição (de 1808 a 1836). A Era Nacional, por sua vez, envolve o Romantismo (de 1836 a 1881), o Realismo (de 1881 a 1893), o Simbolismo (de 1893 a 1922) e o Modernismo (de 1922 a 1945). A partir daí o que está em estudo é a contemporaneidade da literatura brasileira.

**O Quinhentismo**

Essa expressão é a denominação genérica de todas as manifestações literárias ocorridas no Brasil durante o século XVI, correspondendo à introdução da cultura europeia em terras brasileiras. Não se pode falar em uma literatura “do” Brasil, como característica do País naquele período, mas sim em literatura “no” Brasil – uma literatura ligada ao Brasil, mas que denota as ambições e as intenções do homem europeu.

No quinhentismo, o que se demonstrava era o momento histórico vivido pela Península Ibérica, que abrangia uma literatura informativa e uma literatura dos jesuítas, como principais manifestações literárias no século XVI. Quem produzia literatura naquele período estava com os olhos voltados para as riquezas materiais (ouro, prata, ferro, madeira etc.), enquanto a literatura dos jesuítas preocupava-se com o trabalho de catequese.

Com exceção da carta de Pero Vaz de Caminha, considerada o primeiro documento da literatura no Brasil, as principais crônicas da literatura informativa datam da segunda metade do século XVI, fato compreensível, já que a colonização só pode ser contada a partir de 1530. A literatura jesuítica, por seu lado, também caracteriza o final do Quinhentismo, tendo esses religiosos pisado o solo brasileiro somente em 1549.

A literatura informativa, também chamada de literatura dos viajantes ou dos cronistas, reflexo das grandes navegações, empenha-se em fazer um levantamento da terra nova, de sua flora, fauna, de sua gente. É, portanto, uma literatura meramente descritiva e, como tal, sem grande valor literário.

A principal característica dessa manifestação é a exaltação da terra, resultante do assombro do europeu que vinha de um mundo temperado e se defrontava com o exotismo e a exuberância de um mundo tropical. Com relação à linguagem, o louvor à terra aparece no uso exagerado de adjetivos, quase sempre empregados no superlativo (belo é bellissimo, lindo é lindissimo etc.)

O melhor exemplo da escola quinhentista brasileira é Pero Vaz de Caminha. Sua “Carta a El Rei Dom Manuel sobre o achamento do Brasil”, além do inestimável valor histórico, é um trabalho de bom nível literário. O texto da carta mostra claramente o duplo objetivo que, segundo Caminha, impulsionava os portugueses para as aventuras marítimas, isto é, a conquista dos bens materiais e a dilatação da fé cristã. Literatura jesuítica - Consequência da Contrarreforma, a principal preocupação dos jesuítas era o trabalho de catequese, objetivo que determinou toda a sua produção literária, tanto na poesia quanto no teatro. Mesmo assim, do ponto de vista estético, foi a melhor produção literária do Quinhentismo brasileiro. Além da poesia de devoção, os jesuítas cultivaram o teatro de caráter pedagógico, baseado em trechos bíblicos, e as cartas que informavam aos superiores na Europa sobre o andamento dos trabalhos na colônia.

Não se pode comentar, no entanto, a literatura dos jesuítas sem referências ao que o padre José de Anchieta representa para o Quinhentismo brasileiro. Chamado pelos índios de «Grande Piahy» (supremo pajé branco), Anchieta veio para o Brasil em 1553 e, no ano seguinte, fundou um colégio no planalto paulista, a partir do qual surgiu a cidade de São Paulo.

Ao realizar um exaustivo trabalho de catequese, José de Anchieta deixou uma fabulosa herança literária: a primeira gramática do tupi-guarani, insuperável cartilha para o ensino da língua dos nativos; várias poesias no estilo do verso medieval; e diversos autos, segundo o modelo deixado pelo poeta português Gil Vicente, que agrega à moral religiosa católica os costumes dos indígenas, sempre com a preocupação de caracterizar os extremos, como o bem e o mal, o anjo e o diabo.

**O Barroco**

O Barroco no Brasil tem seu marco inicial em 1601, com a publicação do poema épico «Prosopopeia», de Bento Teixeira, que introduz definitivamente o modelo da poesia camonianiana em nossa literatura. Estende-se por todo o século XVII e início do XVIII.

Embora o Barroco brasileiro seja datado de 1768, com a fundação da Arcádia Ultramarina e a publicação do livro “Obras”, de Cláudio Manuel da Costa, o movimento academicista ganha corpo a partir de 1724, com a fundação da Academia Brasílica dos Esquecidos. Este fato assinala a decadência dos valores defendidos pelo Barroco e a ascensão do movimento arcádico. O termo barroco denomina genericamente todas as manifestações artísticas dos anos de 1600 e início dos anos de 1700. Além da literatura, estende-se à música, pintura, escultura e arquitetura da época.

Antes do texto de Bento Teixeira, os sinais mais evidentes da influência da poesia barroca no Brasil surgiram a partir de 1580 e começaram a crescer nos anos seguintes ao domínio espanhol na Península Ibérica, já que é a Espanha a responsável pela unificação dos reinos da região, o principal foco irradiador do novo estilo poético.

O quadro brasileiro se completa no século XVII, com a presença cada vez mais forte dos comerciantes, com as transformações ocorridas no Nordeste em consequência das invasões holandesas e, finalmente, com o apogeu e a decadência da cana-de-açúcar,

Uma das principais referências do barroco brasileiro é Gregório de Matos Guerra, poeta baiano que cultivou com a mesma beleza tanto o estilo cultista quanto o conceptista (o cultismo é marcado pela linguagem rebuscada, extravagante, enquanto o conceptismo caracteriza-se pelo jogo de ideias, de conceitos. O primeiro valoriza o pormenor, enquanto o segundo segue um raciocínio lógico, racionalista)

Na poesia lírica e religiosa, Gregório de Matos deixa claro certo idealismo renascentista, colocado ao lado do conflito (como de hábito na época) entre o pecado e o perdão, buscando a pureza da fé, mas tendo ao mesmo tempo necessidade de viver a vida mundana. Contradição que o situava com perfeição na escola barroca do Brasil.

Antônio Vieira - Se por um lado, Gregório de Matos mexeu com as estruturas morais e a tolerância de muita gente - como o administrador português, o próprio rei, o clero e os costumes da própria sociedade baiana do século XVII - por outro, ninguém angariou tantas críticas e inimizades quanto o "ímpiedoso" Padre Antônio Vieira, detentor de um invejável volume de obras literárias, inquietantes para os padrões da época.

Politicamente, Vieira tinha contra si a pequena burguesia cristã (por defender o capitalismo judaico e os cristãos-novos); os pequenos comerciantes (por defender o monopólio comercial); e os administradores e colonos (por defender os índios). Essas posições, principalmente a defesa dos cristãos-novos, custaram a Vieira uma condenação da Inquisição, ficando preso de 1665 a 1667. A obra do Padre Antônio Vieira pode ser dividida em três tipos de trabalhos: Profecias, Cartas e Sermões.

As Profecias constam de três obras: História do Futuro, Esperanças de Portugal e Clavis Prophetarum. Nelas se notam o Sebastianismo e as esperanças de que Portugal se tornaria o "quinto império do Mundo". Segundo ele, tal fato estaria escrito na Bíblia. Aqui ele demonstra bem seu estilo alegórico de interpretação bíblica (uma característica quase que constante de religiosos brasileiros íntimos da literatura barroca). Além, é claro, de revelar um nacionalismo megalomaniaco e servidão incomum.

O grosso da produção literária do Padre Antônio Vieira está na cerca de 500 cartas.

Elas versam sobre o relacionamento entre Portugal e Holanda, sobre a Inquisição e os cristãos novos e sobre a situação da colônia, transformando-se em importantes documentos históricos.

Os melhores de sua obra, no entanto, estão nos 200 sermões. De estilo barroco conceptista, totalmente oposto ao Gongorismo, o pregador português joga com as ideias e os conceitos, segundo os ensinamentos de retórica dos jesuítas. Um dos seus principais trabalhos é o Sermão da Sexagésima, pregado na capela Real de Lisboa, em 1655. A obra também ficou conhecida como "A palavra de Deus".

Polêmico, este sermão resume a arte de pregar. Com ele, Vieira procurou atingir seus adversários católicos, os gongóricos dominicanos, analisando no sermão "Porque não frutificava a Palavra de Deus na terra", atribuindo-lhes culpa.

### O Arcadismo

O Arcadismo no Brasil começa no ano de 1768, com dois fatos marcantes: a fundação da Arcádia Ultramarina e a publicação de Obras, de Cláudio Manuel da Costa. A escola setecentista, por sinal, desenvolve-se até 1808, com a chegada da Família Real ao Rio de Janeiro, que, com suas medidas político-administrativas, permite a introdução do pensamento pré-romântico no Brasil.

No início do século XVIII dá-se a decadência do pensamento barroco, para a qual vários fatores colaboraram, entre eles o cansaço do público com o exagero da expressão barroca e da chamada arte cortesã, que se desenvolvera desde a Renascença e atinge em meados do século um estágio estacionário (e até decadente), perdendo terreno para o subjetivismo burguês; o problema da ascensão burguesa superou o problema religioso; surgem as primeiras arcádias, que procuram a pureza e a simplicidade das formas clássicas; os burgueses, como forma de combate ao poder monárquico, começam a cultivar o "bom selvagem", em oposição ao homem corrompido pela sociedade.

Gosto burguês - Assim, a burguesia atinge uma posição de domínio no campo econômico e passa a lutar pelo poder político, então em mãos da monarquia. Isto se reflete claramente no campo social e das artes: a antiga arte cerimonial das cortes cede lugar ao poder do gosto burguês.

Pode-se dizer que a falta de substitutos para o padre Antônio Vieira e Gregório de Matos, mortos nos últimos cinco anos do século XVII, foi também um aspecto motivador do surgimento do Arcadismo no Brasil. De qualquer forma, suas características no País seguem a linha europeia: a volta aos padrões clássicos da Antiguidade e do Renascimento; a simplicidade; a poesia bucólica, pastoril; o fingimento poético e o uso de pseudônimos. Quanto ao aspecto formal, a escola é marcada pelo soneto, os versos decassílabos, a rima optativa e a tradição da poesia épica. O Arcadismo tem como principais nomes: Cláudio Manuel da Costa, Tomás Antônio Gonzaga, José de Santa Rita Durão e Basílio da Gama.

### O Romantismo

O Romantismo se inicia no Brasil em 1836, quando Gonçalves de Magalhães publica na França a "Niterói - Revista Brasiliense", e, no mesmo ano, lança um livro de poesias românticas intitulado "Suspiros poéticos e saudades".

Em 1822, Dom Pedro I concretiza um movimento que se fazia sentir, de forma mais imediata, desde 1808: a independência do Brasil. A partir desse momento, o novo país necessita inserir-se no modelo moderno, acompanhando as nações independentes da Europa e América. A imagem do português conquistador deveria ser varrida. Há a necessidade de autoafirmação da pátria que se formava. O ciclo da mineração havia dado condições para que as famílias mais abastadas mandassem seus filhos à Europa, em particular França e Inglaterra, onde buscavam soluções para os problemas brasileiros. O Brasil de então nem chegava perto da formação social dos países industrializados da Europa (burguesia/proletariado). A estrutura social do passado próximo (aristocracia/escravo) ainda prevalecia. Nesse Brasil, segundo o historiador José de Nicola, "o ser burguês ainda não era uma posição econômica e social, mas mero estado de espírito, norma de comportamento".

Marco final - Nesse período, Gonçalves de Magalhães viajava pela Europa. Em 1836, ele funda a revista Niterói, da qual circularam apenas dois números, em Paris.

Nela, ele publica o “Ensaio sobre a história da literatura brasileira”, considerado o nosso primeiro manifesto romântico. Essa escola literária só teve seu marco final no ano de 1881, quando foram lançados os primeiros romances de tendência naturalista e realista, como “O mulato”, de Aluísio Azevedo, e “Memórias póstumas de Brás Cubas”, de Machado de Assis. Manifestações do movimento realista, aliás, já vinham ocorrendo bem antes do início da decadência do Romantismo, como, por exemplo, o liderado por Tobias Barreto desde 1870, na Escola de Recife.

O Romantismo, como se sabe, define-se como modismo nas letras universais a partir dos últimos 25 anos do século XVIII. A segunda metade daquele século, com a industrialização modificando as antigas relações econômicas, leva a Europa a uma nova composição do quadro político e social, que tanto influenciaria os tempos modernos. Daí a importância que os modernistas deram à Revolução Francesa, tão exaltada por Gonçalves de Magalhães. Em seu “Discurso sobre a história da literatura do Brasil”, ele diz: “...Eis aqui como o Brasil deixou de ser colônia e foi depois elevado à categoria de Reino Unido. Sem a Revolução Francesa, que tanto esclareceu os povos, esse passo tão cedo se não daria...”.

A classe social delinea-se em duas classes distintas e antagônicas, embora atuassem paralelas durante a Revolução Francesa: a classe dominante, agora representada pela burguesia capitalista industrial, e a classe dominada, representada pelo proletariado. O Romantismo foi uma escola burguesa de caráter ideológico, a favor da classe dominante. Daí porque o nacionalismo, o sentimentalismo, o subjetivismo e o irracionalismo - características marcantes do Romantismo inicial - não podem ser analisados isoladamente, sem se fazer menção à sua carga ideológica.

Novas influências - No Brasil, o momento histórico em que ocorre o Romantismo tem que ser visto a partir das últimas produções árcades, caracterizadas pela sátira política de Gonzaga e Silva Alvarenga. Com a chegada da Corte, o Rio de Janeiro passa por um processo de urbanização, tornando-se um campo propício à divulgação das novas influências europeias. A colônia caminhava no rumo da independência.

Após 1822, cresce no Brasil independente o sentimento de nacionalismo, busca-se o passado histórico, exalta-se a natureza pátria. Na realidade, características já cultivadas na Europa, e que se encaixaram perfeitamente à necessidade brasileira de ofuscar profundas crises sociais, financeiras e econômicas.

De 1823 a 1831, o Brasil viveu um período conturbado, como reflexo do autoritarismo de D. Pedro I: a dissolução da Assembleia Constituinte; a Constituição outorgada; a Confederação do Equador; a luta pelo trono português contra seu irmão D. Miguel; a acusação de ter mandado assassinar Líbero Badaró e, finalmente, a abolição da escravatura. Segue-se o período regencial e a maioria prematura de Pedro II. É neste ambiente confuso e inseguro que surge o Romantismo brasileiro, carregado de lusofobia e, principalmente, de nacionalismo.

No final do Romantismo brasileiro, a partir de 1860, as transformações econômicas, políticas e sociais levam a uma literatura mais próxima da realidade; a poesia reflete as grandes agitações, como a luta abolicionista, a Guerra do Paraguai, o ideal de República. É a decadência do regime monárquico e o aparecimento da poesia social de Castro Alves. No fundo, uma transição para o Realismo.

O Romantismo apresenta uma característica inusitada: revela nitidamente uma evolução no comportamento dos autores românticos. A comparação entre os primeiros e os últimos representantes dessa escola mostra traços peculiares a cada fase, mas discrepantes entre si. No caso brasileiro, por exemplo, há uma distância considerável entre a poesia de Gonçalves Dias e a de Castro Alves. Daí a

necessidade de se dividir o Romantismo em fases ou gerações. No romantismo brasileiro podemos reconhecer três gerações: Geração Nacionalista ou indianista; geração do “mal do século” e a “geração condoreira”.

A primeira (nacionalista ou indianista) é marcada pela exaltação da natureza, volta ao passado histórico, medievalismo, criação do herói nacional na figura do índio, de onde surgiu a denominação “geração indianista”. O sentimentalismo e a religiosidade são outras características presentes. Entre os principais autores, destacam-se Gonçalves de Magalhães, Gonçalves Dias e Araújo Porto.

Egocentrismo - A segunda (do mal do século, também chamada de geração byroniana, de Lord Byron) é impregnada de egocentrismo, negativismo boêmio, pessimismo, dúvida, desilusão adolescente e tédio constante. Seu tema preferido é a fuga da realidade, que se manifesta na idealização da infância, nas virgens sonhadas e na exaltação da morte. Os principais poetas dessa geração foram Álvares de Azevedo, Casimiro de Abreu, Junqueira Freire e Fagundes Varela.

A geração condoreira, caracterizada pela poesia social e libertária, reflete as lutas internas da segunda metade do reinado de D. Pedro II. Essa geração sofreu intensamente a influência de Victor Hugo e de sua poesia político-social, daí ser conhecida como geração hugoana. O termo condoreirismo é consequência do símbolo de liberdade adotado pelos jovens românticos: o condor, águia que habita o alto da condilheira dos Antes. Seu principal representante foi Castro Alves, seguido por Tobias Barreto e Sousândrade.

Dois outras variações literárias do Romantismo merecem destaque: a prosa e o teatro romântico. José de Nicola demonstrou quais as explicações para o aparecimento e desenvolvimento do romance no Brasil: “A importação ou simples tradução de romances europeus; a urbanização do Rio de Janeiro, transformado, então, em Corte, criando uma sociedade consumidora representada pela aristocracia rural, profissionais liberais, jovens estudantes, todos em busca de entretenimento; o espírito nacionalista em consequência da independência política a exigir uma “cor local” para os enredos; o jornalismo vivendo o seu primeiro grande impulso e a divulgação em massa de folhetins; o avanço do teatro nacional.”.

Os romances respondiam às exigências daquele público leitor; giravam em torno da descrição dos costumes urbanos, ou de amenidades das zonas rurais, ou de imponentes selvagens, apresentando personagens idealizados pela imaginação e ideologia românticas com os quais o leitor se identificava, vivendo uma realidade que lhe convinha. Algumas poucas obras, porém, fugiram desse esquema, como “Memórias de um Sargento de Milícias”, de Manuel Antônio de Almeida, e até “Inocência”, do Visconde de Taunay.

Ao se considerar a mera cronologia, o primeiro romance brasileiro foi “O filho do pescador”, publicado em 1843, de autoria de Teixeira de Souza (1812-1881). Mas se tratava de um romance sentimentalóide, de trama confusa e que não serve para definir as linhas que o romance romântico seguiria na literatura brasileira.

Por esta razão, sobretudo pela aceitação obtida junto ao público leitor, justamente por ter moldado o gosto deste público ou correspondido às suas expectativas, convencionou-se adotar o romance “A Moreninha”, de Joaquim Manuel de Macedo, publicado em 1844, como o primeiro romance brasileiro.

Dentro das características básicas da prosa romântica, destacam-se, além de Joaquim Manuel de Macedo, Manuel Antônio de Almeida e José de Alencar. Almeida, por sinal, com as “Memórias de um Sargento de Milícias” realizou uma obra totalmente inovadora para sua época, exatamente quando Macedo dominava o ambiente literário. As peripécias de um sargento descritas por ele podem ser consideradas como o verdadeiro romance de costumes do Romantismo brasileiro, pois abandona a visão da burguesia urbana, para retratar o povo com toda a sua simplicidade.

“Casamento” - José de Alencar, por sua vez, aparece na literatura brasileira como o consolidador do romance, um ficcionista que cai no gosto popular. Sua obra é um retrato fiel de suas posições políticas e sociais. Ele defendia o “casamento” entre o nativo e o europeu colonizador, numa troca de favores: uns ofereciam a natureza virgem, um solo esplêndido; outros a cultura. Da soma desses fatores resultaria um Brasil independente. “O guarani” é o melhor exemplo, ao se observar a relação do principal personagem da obra, o índio Peri, com a família de D. Antônio de Mariz.

Esse jogo de interesses entre o índio e o europeu, proposto por Alencar, aparece também em *Iracema* (um anagrama da palavra América), na relação da índia com o Português Martim. Moacir, filho de Iracema e Martim, é o primeiro brasileiro fruto desse casamento.

José de Alencar diversificou tanto sua obra, que tornou possível uma classificação por modalidades: romances urbanos ou de costumes (retratando a sociedade carioca de sua época - o Rio do II Reinado); romances históricos (dois, na verdade, voltados para o período colonial brasileiro - “As minas de prata” e “A guerra dos mascates”); romances regionais (“O sertanejo” e “O gaúcho” são as duas obras regionais de Alencar); romances rurais (como “Til” e “O tronco do ipê”); e romances indianistas (que trouxeram maior popularidade para o escritor, como “O Guarani”, “Iracema” e “Ubirajara”).

### Realismo e Naturalismo

“O Realismo é uma reação contra o Romantismo: o Romantismo era a apoteose do sentimento - o Realismo é a anatomia do caráter. É a crítica do homem. É a arte que nos pinta a nossos próprios olhos - para condenar o que houve de mau na nossa sociedade”. Ao cunhar este conceito, Eça de Queiroz sintetizou a visão de vida que os autores da escola realista tinham do homem durante e logo após o declínio do Romantismo.

Esse estilo de época teve uma prévia: os românticos Castro Alves, Sousândrade e Tobias Barreto, embora fizessem uma poesia romântica na forma e na expressão, utilizavam temas voltados para a realidade político-social da época (final da década de 1860). Da mesma forma, algumas produções do romance romântico já apontavam para um novo estilo na literatura brasileira, como algumas obras de Manuel Antônio de Almeida, Franklin Távora e Visconde de Taunay. Começava-se o abandono do Romantismo enquanto surgiam os primeiros sinais do Realismo.

Na década de 70 surge a chamada Escola de Recife, com Tobias Barreto, Silvio Romero e outros, aproximando-se das ideias europeias ligadas ao positivismo, ao evolucionismo e, principalmente, à filosofia. São os ideais do Realismo que encontravam ressonância no conturbado momento histórico vivido pelo Brasil, sob o signo do abolicionismo, do ideal republicano e da crise da Monarquia.

No Brasil considera-se 1881 como o ano inaugural do Realismo. De fato, esse foi um ano fértil para a literatura brasileira, com a publicação de dois romances fundamentais, que modificaram o curso de nossas letras: Aluísio Azevedo publica “O mulato”, considerado o primeiro romance naturalista do Brasil; Machado de Assis publica “Memórias Póstumas de Brás Cubas”, o primeiro romance realista de nossa literatura.

Na divisão tradicional da história da literatura brasileira, o ano considerado data final do Realismo é 1893, com a publicação de “Missal” e “Broquéis”, ambos de Cruz e Sousa, obras inaugurais do Simbolismo, mas não o término do Realismo e suas manifestações na prosa - com os romances realistas e naturalistas - e na poesia, com o Parnasianismo “Príncipe dos poetas” - Da mesma forma, o início do Simbolismo, em 1893, não representou o fim do Realismo, porque obras realistas foram publicadas posteriormente a

essa data, como “Dom Casmurro”, de Machado de Assis, em 1900, e “Esaú e Jacó”, do mesmo autor, em 1904. Olavo Bilac, chamado “príncipe dos poetas”, obteve esta distinção em 1907. A Academia Brasileira de Letras, templo do Realismo, também foi inaugurada posteriormente à data-marco do fim do Realismo: 1897. Na realidade, nos últimos vinte anos do século XIX e nos primeiros do século XX, três estéticas se desenvolvem paralelamente: o Realismo e suas manifestações, o Simbolismo e o Pré-Modernismo, que só conheceram o golpe fatal em 1922, com a Semana de Arte Moderna.

O Realismo reflete as profundas transformações econômicas, políticas, sociais e culturais da segunda metade do século XIX. A Revolução Industrial, iniciada no século XVIII, entra numa nova fase, caracterizada pela utilização do aço, do petróleo e da eletricidade; ao mesmo tempo, o avanço científico leva a novas descobertas nos campos da física e da química. O capitalismo se estrutura em moldes modernos, com o surgimento de grandes complexos industriais, aumentando a massa operária urbana, e formando uma população marginalizada, que não partilha dos benefícios do progresso industrial, mas, pelo contrário, é explorada e sujeita a condições subumanas de trabalho.

O Brasil também passa por mudanças radicais tanto no campo econômico quanto no político-social, no período compreendido entre 1850 e 1900, embora com profundas diferenças materiais, se comparadas às da Europa. A campanha abolicionista intensifica-se a partir de 1850; a Guerra do Paraguai (1864/1870) tem como consequência o pensamento republicano (o Partido Republicano foi fundado no ano em que essa guerra terminou); a Monarquia vive uma vertiginosa decadência. A Lei Áurea, de 1888, não resolveu o problema dos negros, mas criou uma nova realidade: o fim da mão-de-obra escrava e a sua substituição pela mão-de-obra assalariada, então representada pelas levas de imigrantes europeus que vinham trabalhar na lavoura cafeeira, o que originou uma nova economia voltada para o mercado externo, mas agora sem a estrutura colonialista.

Raul Pompéia, Machado de Assis e Aluísio Azevedo transformaram-se nos principais representantes da escola realista no Brasil. Ideologicamente, os autores desse período são antimonárquicos, assumindo uma defesa clara do ideal republicano, como nos romances “O mulato”, “O cortiço” e “O Ateneu”. Eles negam a burguesia a partir da família. A expressão Realismo é uma denominação genérica da escola literária, que abriga três tendências distintas: “romance realista”, “romance naturalista” e “poesia parnasiana”.

O romance realista foi exaustivamente cultivado no Brasil por Machado de Assis. Trata-se de uma narrativa mais preocupada com a análise psicológica, fazendo a crítica à sociedade a partir do comportamento de determinados personagens. Para se ter uma ideia, os cinco romances da fase realista de Machado de Assis apresentam nomes próprios em seus títulos (“Brás Cubas”; “Quincas Borba”; “Dom Casmurro”, “Esaú e Jacó”; e “Aires”). Isto revela uma clara preocupação com o indivíduo. O romance realista analisa a sociedade por cima. Em outras palavras: seus personagens são capitalistas, pertencem à classe dominante. O romance realista é documental, retrato de uma época.

### Naturalismo

O romance naturalista, por sua vez, foi cultivado no Brasil por Aluísio Azevedo e Júlio Ribeiro. Aqui, Raul Pompéia também pode ser incluído, mas seu caso é muito particular, pois seu romance “O Ateneu” ora apresenta características naturalistas, ora realistas, ora impressionistas. A narrativa naturalista é marcada pela forte análise social, a partir de grupos humanos marginalizados, valorizando o coletivo. Os títulos das obras naturalistas apresentam quase sempre a mesma preocupação: “O mulato”, “O cortiço”, “Casa de pensão”, “O Ateneu”.

**CONHECIMENTOS BÁSICOS DE INFORMÁTICA**

**Hardware**

O hardware são as partes físicas de um computador. Isso inclui a Unidade Central de Processamento (CPU), unidades de armazenamento, placas mãe, placas de vídeo, memória, etc.<sup>1</sup>. Outras partes extras chamados componentes ou dispositivos periféricos incluem o mouse, impressoras, modems, scanners, câmeras, etc.

Para que todos esses componentes sejam usados apropriadamente dentro de um computador, é necessário que a funcionalidade de cada um dos componentes seja traduzida para algo prático. Surge então a função do sistema operacional, que faz o intermédio desses componentes até sua função final, como, por exemplo, processar os cálculos na CPU que resultam em uma imagem no monitor, processar os sons de um arquivo MP3 e mandar para a placa de som do seu computador, etc. Dentro do sistema operacional você ainda terá os programas, que dão funcionalidades diferentes ao computador.

**Gabinete**

O gabinete abriga os componentes internos de um computador, incluindo a placa mãe, processador, fonte, discos de armazenamento, leitores de discos, etc. Um gabinete pode ter diversos tamanhos e designs.

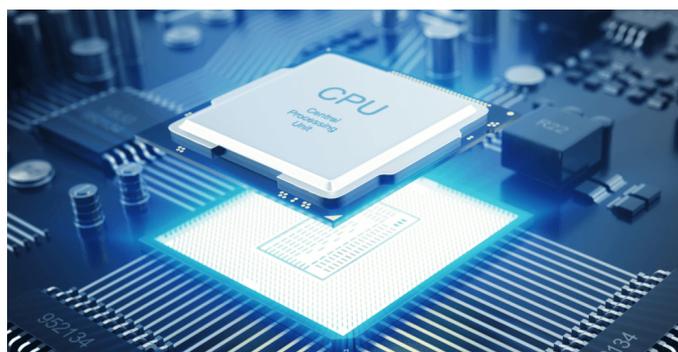


Gabinete.

Fonte: <https://www.chipart.com.br/gabinete/gabinete-gamer-game-max-shine-g517-mid-tower-com-1-fan-vidro-temperado-preto/2546>

**Processador ou CPU (Unidade de Processamento Central)**

É o cérebro de um computador. É a base sobre a qual é construída a estrutura de um computador. Uma CPU funciona, basicamente, como uma calculadora. Os programas enviam cálculos para o CPU, que tem um sistema próprio de “fila” para fazer os cálculos mais importantes primeiro, e separar também os cálculos entre os núcleos de um computador. O resultado desses cálculos é traduzido em uma ação concreta, como por exemplo, aplicar uma edição em uma imagem, escrever um texto e as letras aparecerem no monitor do PC, etc. A velocidade de um processador está relacionada à velocidade com que a CPU é capaz de fazer os cálculos.



CPU.

Fonte: <https://www.showmetech.com.br/porque-o-processador-e-uma-peca-importante>

**Coolers**

Quando cada parte de um computador realiza uma tarefa, elas usam eletricidade. Essa eletricidade usada tem como uma consequência a geração de calor, que deve ser dissipado para que o computador continue funcionando sem problemas e sem engasgos no desempenho. Os coolers e ventoinhas são responsáveis por promover uma circulação de ar dentro da case do CPU. Essa circulação de ar provoca uma troca de temperatura entre o processador e o ar que ali está passando. Essa troca de temperatura provoca o resfriamento dos componentes do computador, mantendo seu funcionamento intacto e prolongando a vida útil das peças.



Cooler.

Fonte: <https://www.terabyte.shop.com.br/produto/10546/cooler-deep-cool-gammaxx-c40-dp-mch4-gmx-c40p-intelam4-ryzen>

**Placa-mãe**

Se o CPU é o cérebro de um computador, a placa-mãe é o esqueleto. A placa mãe é responsável por organizar a distribuição dos cálculos para o CPU, conectando todos os outros componentes externos e internos ao processador. Ela também é responsável por enviar os resultados dos cálculos para seus devidos destinos. Uma placa mãe pode ser on-board, ou seja, com componentes como placas de som e placas de vídeo fazendo parte da própria placa mãe, ou off-board, com todos os componentes sendo conectados a ela.

<sup>1</sup> <https://www.palpitedigital.com/principais-componentes-internos-pc-perifericos-hardware-software/#:~:text=O%20hardware%20s%C3%A3o%20as%20partes,%2C%20scanners%2C%20c%C3%A2meras%2C%20etc.>



Placa-mãe.

Fonte: <https://www.terabyte-shop.com.br/produto/9640/placa-mae-biostar-b360mhd-pro-ddr4-lga-1151>

**Fonte**

É responsável por fornecer energia às partes que compõe um computador, de forma eficiente e protegendo as peças de surtos de energia.



Fonte

Fonte: <https://www.magazineluiza.com.br/fonte-atx-alimentacao-pc-230w-01001-xway/p/dh97g572hc/in/ftpc>

**Placas de vídeo**

Permitem que os resultados numéricos dos cálculos de um processador sejam traduzidos em imagens e gráficos para aparecer em um monitor.



Placa de vídeo

Fonte: <https://www.techtudo.com.br/noticias/noticia/2012/12/conheca-melhores-placas-de-video-lancadas-em-2012.html>

**Periféricos de entrada, saída e armazenamento**

São placas ou aparelhos que recebem ou enviam informações para o computador. São classificados em:

– **Periféricos de entrada:** são aqueles que enviam informações para o computador. Ex.: teclado, mouse, scanner, microfone, etc.



Periféricos de entrada.

Fonte: <https://mind42.com/public/970058ba-a8f4-451b-b121-3ba-35c51e1e7>

– **Periféricos de saída:** São aqueles que recebem informações do computador. Ex.: monitor, impressora, caixas de som.



Periféricos de saída.

Fonte: <https://aprendafazer.net/o-que-sao-os-perifericos-de-saida-para-que-servem-e-que-tipos-existem>

– **Periféricos de entrada e saída:** são aqueles que enviam e recebem informações para/do computador. Ex.: monitor touchscreen, drive de CD – DVD, HD externo, pen drive, impressora multifuncional, etc.



Periféricos de entrada e saída.

Fonte: <https://almeida3.webnode.pt/trabalhos-de-tic/dispositivos-de-entrada-e-saida>

– **Periféricos de armazenamento:** são aqueles que armazenam informações. Ex.: pen drive, cartão de memória, HD externo, etc.



Periféricos de armazenamento.

Fonte: <https://www.slideshare.net/contatoharpa/perifricos-4041411>

**Software**

Software é um agrupamento de comandos escritos em uma linguagem de programação<sup>2</sup>. Estes comandos, ou instruções, criam as ações dentro do programa, e permitem seu funcionamento.

<sup>2</sup> <http://www.itvale.com.br>

Um software, ou programa, consiste em informações que podem ser lidas pelo computador, assim como seu conteúdo audiovisual, dados e componentes em geral. Para proteger os direitos do criador do programa, foi criada a licença de uso. Todos estes componentes do programa fazem parte da licença.

A licença é o que garante o direito autoral do criador ou distribuidor do programa. A licença é um grupo de regras estipuladas pelo criador/distribuidor do programa, definindo tudo que é ou não é permitido no uso do software em questão.

Os softwares podem ser classificados em:

– **Software de Sistema:** o software de sistema é constituído pelos sistemas operacionais (S.O). Estes S.O que auxiliam o usuário, para passar os comandos para o computador. Ele interpreta nossas ações e transforma os dados em códigos binários, que podem ser processados

– **Software Aplicativo:** este tipo de software é, basicamente, os programas utilizados para aplicações dentro do S.O., que não estejam ligados com o funcionamento do mesmo. Exemplos: Word, Excel, Paint, Bloco de notas, Calculadora.

– **Software de Programação:** são softwares usados para criar outros programas, a partir de uma linguagem de programação, como Java, PHP, Pascal, C+, C++, entre outras.

– **Software de Tutorial:** são programas que auxiliam o usuário de outro programa, ou ensine a fazer algo sobre determinado assunto.

– **Software de Jogos:** são softwares usados para o lazer, com vários tipos de recursos.

– **Software Aberto:** é qualquer dos softwares acima, que tenha o código fonte disponível para qualquer pessoa.

Todos estes tipos de software evoluem muito todos os dias. Sempre estão sendo lançados novos sistemas operacionais, novos games, e novos aplicativos para facilitar ou entreter a vida das pessoas que utilizam o computador.

**NOÇÕES BÁSICAS SOBRE SISTEMAS OPERACIONAIS**

Lançado em 2015, O Windows 10 chega ao mercado com a proposta ousada, juntar todos os produtos da Microsoft em uma única plataforma. Além de desktops e notebooks, essa nova versão equipará smartphones, tablets, sistemas embarcados, o console Xbox One e produtos exclusivos, como o Surface Hub e os óculos de realidade aumentada HoloLens<sup>3</sup>.

**Versões do Windows 10**

– **Windows 10 Home:** edição do sistema operacional voltada para os consumidores domésticos que utilizam PCs (desktop e notebook), tablets e os dispositivos “2 em 1”.

– **Windows 10 Pro:** o Windows 10 Pro também é voltado para PCs (desktop e notebook), tablets e dispositivos “2 em 1”, mas traz algumas funcionalidades extras em relação ao Windows 10 Home, os quais fazem com que essa edição seja ideal para uso em pequenas empresas, apresentando recursos para segurança digital, suporte remoto, produtividade e uso de sistemas baseados na nuvem.

– **Windows 10 Enterprise:** construído sobre o Windows 10 Pro, o Windows 10 Enterprise é voltado para o mercado corporativo. Os alvos dessa edição são as empresas de médio e grande porte, e o Sistema apresenta capacidades que focam especialmente em tecnologias desenvolvidas no campo da segurança digital e produtividade.

– **Windows 10 Education:** Construída a partir do Windows 10 Enterprise, essa edição foi desenvolvida para atender as necessidades do meio escolar.

<sup>3</sup> <https://estudioaulas.com.br/img/ArquivosCurso/materialDemo/SlideDemo-4147.pdf>

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES**

**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 nº 8.142/1990:** Dispõe sobre o papel e a participação das comunidades na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências.

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

### Responsabilização Sanitária

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

### **Responsabilização Macrossanitária**

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

### **Plano de saúde fixa diretriz e metas à saúde municipal**

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

**Sistemas de informações ajudam a planejar a saúde:** O SUS opera e/ou disponibiliza um conjunto de sistemas de informações estratégicas para que os gestores avaliem e fundamentem o pla-

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

**Níveis de atenção à saúde:** O SUS ordena o cuidado com a saúde em níveis de atenção, que são de básica, média e alta complexidade. Essa estruturação visa à melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema de saúde. Não se deve, porém, desconsiderar algum desses níveis de atenção, porque a atenção à saúde deve ser integral.

A atenção básica em saúde constitui o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS. É um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, objetivando solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

As Unidades Básicas são prioridades porque, quando as Unidades Básicas de Saúde funcionam adequadamente, a comunidade consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde. É comum que a primeira preocupação de muitos prefeitos se volte para a reforma ou mesmo a construção de hospitais. Para o SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes, mas a prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade.

Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. Isso porque os problemas de saúde mais comuns passam a ser resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

**Saúde da Família:** é a saúde mais perto do cidadão. É parte da estratégia de estruturação eleita pelo Ministério da Saúde para reorganização da atenção básica no País, com recursos financeiros específicos para o seu custeio. Cada equipe é composta por um conjunto de profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo agora contar com profissional de saúde bucal) que se responsabiliza pela situação de saúde de determinada área, cuja população deve ser de no mínimo 2.400 e no máximo 4.500 pessoas. Essa população deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como

resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive. Os profissionais é que devem ir até suas casas, porque o objetivo principal da Saúde da Família é justamente aproximar as equipes das comunidades e estabelecer entre elas vínculos sólidos.

A saúde municipal precisa ser integral. O município é responsável pela saúde de sua população integralmente, ou seja, deve garantir que ela tenha acessos à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos.

Só assim estará promovendo saúde integral, como determina a legislação. É preciso que isso fique claro, porque muitas vezes o gestor municipal entende que sua responsabilidade acaba na atenção básica em saúde e que as ações e os serviços de maior complexidade são responsabilidade do Estado ou da União – o que não é verdade.

A promoção da saúde é uma estratégia por meio da qual os desafios colocados para a saúde e as ações sanitárias são pensados em articulação com as demais políticas e práticas sanitárias e com as políticas e práticas dos outros setores, ampliando as possibilidades de comunicação e intervenção entre os atores sociais envolvidos (sujeitos, instituições e movimentos sociais). A promoção da saúde deve considerar as diferenças culturais e regionais, entendendo os sujeitos e as comunidades na singularidade de suas histórias, necessidades, desejos, formas de pertencer e se relacionar com o espaço em que vivem. Significa comprometer-se com os sujeitos e as coletividades para que possuam, cada vez mais, autonomia e capacidade para manejar os limites e riscos impostos pela doença, pela constituição genética e por seu contexto social, político, econômico e cultural. A promoção da saúde coloca, ainda, o desafio da intersetorialidade, com a convocação de outros setores sociais e governamentais para que considerem parâmetros sanitários, ao construir suas políticas públicas específicas, possibilitando a realização de ações conjuntas.

**Vigilância em saúde:** expande seus objetivos. Em um país com as dimensões do Brasil, com realidades regionais bastante diversificadas, a vigilância em saúde é um grande desafio. Apesar dos avanços obtidos, como a erradicação da poliomielite, desde 1989, e com a interrupção da transmissão de sarampo, desde 2000, convivemos com doenças transmissíveis que persistem ou apresentam incremento na incidência, como a AIDS, as hepatites virais, as meningites, a malária na região amazônica, a dengue, a tuberculose e a hanseníase. Observamos, ainda, aumento da mortalidade por causas externas, como acidentes de trânsito, conflitos, homicídios e suicídios, atingindo, principalmente, jovens e população em idade produtiva. Nesse contexto, o Ministério da Saúde com o objetivo de integração, fortalecimento da capacidade de gestão e redução da morbimortalidade, bem como dos fatores de risco associados à saúde, expande o objeto da vigilância em saúde pública, abrangendo as áreas de vigilância das doenças transmissíveis, agravos e doenças não transmissíveis e seus fatores de riscos; a vigilância ambiental em saúde e a análise de situação de saúde.

#### **Competências municipais na vigilância em saúde**

Compete aos gestores municipais, entre outras atribuições, as atividades de notificação e busca ativa de doenças compulsórias, surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e de nascidos vivos; garantia a exames laboratoriais para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória; monitoramento da qualidade da água para o consumo humano; coordenação e execução das ações de vacinação de rotina e especiais (campanhas e vacinações de blo-

queio); vigilância epidemiológica; monitoramento da mortalidade infantil e materna; execução das ações básicas de vigilância sanitária; gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal; coordenação, execução e divulgação das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal; participação no financiamento das ações de vigilância em saúde e capacitação de recursos.

**Desafios públicos, responsabilidades compartilhadas:** A legislação brasileira – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e legislação sanitária, incluindo as Leis n.º 8.080/1990 e 8.142/1990 – estabelece prerrogativas, deveres e obrigações a todos os governantes. A Constituição Federal define os gastos mínimos em saúde, por esfera de governo, e a legislação sanitária, os critérios para as transferências intergovernamentais e alocação de recursos financeiros. Essa vinculação das receitas objetiva preservar condições mínimas e necessárias ao cumprimento das responsabilidades sanitárias e garantir transparência na utilização dos recursos disponíveis. A responsabilização fiscal e sanitária de cada gestor e servidor público deve ser compartilhada por todos os entes e esferas governamentais, resguardando suas características, atribuições e competências. O desafio primordial dos governos, sobretudo na esfera municipal, é avançar na transformação dos preceitos constitucionais e legais que constituem o SUS em serviços e ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza cotidianamente em cada estabelecimento, equipe e prática sanitária. É preciso inovar e buscar, coletiva e criativamente, soluções novas para os velhos problemas do nosso sistema de saúde. A construção de espaços de gestão que permitam a discussão e a crítica, em ambiente democrático e plural, é condição essencial para que o SUS seja, cada vez mais, um projeto que defenda e promova a vida.

Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, dispondo de recursos financeiros e equipes insuficientes para atender às demandas dos usuários, seja em volume, seja em complexidade – resultado de uma conjuntura social de extrema desigualdade. Nessas situações, a gestão pública em saúde deve adotar condução técnica e administrativa compatível com os recursos existentes e criativa em sua utilização. Deve estabelecer critérios para a priorização dos gastos, orientados por análises sistemáticas das necessidades em saúde, verificadas junto à população. É um desafio que exige vontade política, propostas inventivas e capacidade de governo.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e a interação dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais.

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei nº 8.142/90, que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, o SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada Subsistema.

A Sociedade, nos termos da Legislação, participa do planejamento e controle da execução das ações e serviços de saúde. Essa participação se dá por intermédio dos Conselhos de Saúde, presentes na União, nos Estados e Municípios.

### **Níveis de Gestão do SUS**

**Esfera Federal** - Gestor: Ministério da Saúde - Formulação da política estadual de saúde, coordenação e planejamento do SUS em nível Estadual. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

**Esfera Estadual** - Gestor: Secretaria Estadual de Saúde - Formulação da política municipal de saúde e a provisão das ações e serviços de saúde, financiados com recursos próprios ou transferidos pelo gestor federal e/ou estadual do SUS.

**Esfera Municipal** - Gestor: Secretaria Municipal de Saúde - Formulação de políticas nacionais de saúde, planejamento, normalização, avaliação e controle do SUS em nível nacional. Financiamento das ações e serviços de saúde por meio da aplicação/distribuição de recursos públicos arrecadados.

### **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Pela dicção dos arts. 196 e 198 da CF, podemos afirmar que somente da segunda parte do art. 196 se ocupa o Sistema Único de Saúde, de forma mais concreta e direta, sob pena de a saúde, como setor, como uma área da Administração Pública, se ver obrigada a cuidar de tudo aquilo que possa ser considerado como fatores que condicionam e interferem com a saúde individual e coletiva. Isso seria um arrematado absurdo e deveríamos ter um super Ministério e super Secretarias da Saúde responsáveis por toda política social e econômica protetivas da saúde.

Se a Constituição tratou a saúde sob grande amplitude, isso não significa dizer que tudo o que está ali inserido corresponde a área de atuação do Sistema Único de Saúde.

Repassando, brevemente, aquela seção do capítulo da Seguridade Social, temos que: -- o art. 196, de maneira ampla, cuida do direito à saúde; -- o art. 197 trata da relevância pública das ações e serviços de saúde, públicos e privados, conferindo ao Estado o direito e o dever de regulamentar, fiscalizar e controlar o setor (público e privado); -- o art. 198 dispõe sobre as ações e os serviços públicos de saúde que devem ser garantidos a todos cidadãos para a sua promoção, proteção e recuperação, ou seja, dispõe sobre o Sistema Único de Saúde; -- o art. 199, trata da liberdade da iniciativa privada, suas restrições (não pode explorar o sangue, por ser bem fora do comércio; deve submeter-se à lei quanto à remoção de órgãos e tecidos e partes do corpo humano; não pode contar com a participação do capital estrangeiro na saúde privada; não pode receber auxílios e subvenções, se for entidade de fins econômicos etc.) e a possibilidade de o setor participar, complementarmente, do setor público; -- e o art. 200, das atribuições dos órgãos e entidades que compõem o sistema público de saúde. O SUS é mencionado somente nos arts. 198 e 200.

A leitura do art. 198 deve sempre ser feita em consonância com a segunda parte do art. 196 e com o art. 200. O art. 198 estatui que todas as ações e serviços públicos de saúde constituem um único sistema. Aqui temos o SUS. E esse sistema tem como atribuição garantir ao cidadão o acesso às ações e serviços públicos de saúde (segunda parte do art. 196), conforme campo demarcado pelo art. 200 e leis específicas.

O art. 200 define em que campo deve o SUS atuar. As atribuições ali relacionadas não são taxativas ou exaustivas. Outras poderão existir, na forma da lei. E as atribuições ali elencadas dependem, também, de lei para a sua exequibilidade.

Em 1990, foi editada a Lei n. 8.080/90 que, em seus arts. 5º e 6º, cuidou dos objetivos e das atribuições do SUS, tentando melhor explicitar o art. 200 da CF (ainda que, em alguns casos, tenha repetido os incisos daquele artigo, tão somente).

São objetivos do SUS:

a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

b) a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos; e

c) execução de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais com as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde.

O art. 6º, estabelece como competência do Sistema a execução de ações e serviços de saúde descritos em seus 11 incisos.

O SUS deve atuar em campo demarcado pela lei, em razão do disposto no art. 200 da CF e porque o enunciado constitucional de que saúde é direito de todos e dever do Estado, não tem o condão de abranger as condicionantes econômico-sociais da saúde, tampouco compreender, de forma ampla e irrestrita, todas as possíveis e imagináveis ações e serviços de saúde, até mesmo porque haverá sempre um limite orçamentário e um ilimitado avanço tecnológico a criar necessidades infundáveis e até mesmo questionáveis sob o ponto de vista ético, clínico, familiar, terapêutico, psicológico.

Será a lei que deverá impor as proporções, sem, contudo, é obvio, cercear o direito à promoção, proteção e recuperação da saúde. E aqui o elemento delimitador da lei deverá ser o da dignidade humana.

Lembramos, por oportuno que, o Projeto de Lei Complementar n. 01/2003 -- que se encontra no Congresso Nacional para regulamentar os critérios de rateio de transferências dos recursos da União para Estados e Municípios -- busca disciplinar, de forma mais clara e definitiva, o que são ações e serviços de saúde e estabelecer o que pode e o que não pode ser financiado com recursos dos fundos de saúde. Esses parâmetros também servirão para circunscrever o que deve ser colocado à disposição da população, no âmbito do SUS, ainda que o art. 200 da CF e o art. 6º da LOS tenham definido o campo de atuação do SUS, fazendo pressupor o que são ações e serviços públicos de saúde, conforme dissemos acima. (O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde também disciplinaram o que são ações e serviços de saúde em resoluções e portarias).

#### **O QUE FINANCIAR COM OS RECURSOS DA SAÚDE?**

De plano, excetuam-se da área da saúde, para efeito de financiamento, (ainda que absolutamente relevantes como indicadores epidemiológicos da saúde) as condicionantes econômico-sociais. Os órgãos e entidades do SUS devem conhecer e informar à sociedade e ao governo os fatos que interferem na saúde da população com vistas à adoção de políticas públicas, sem, contudo, estarem obrigados a utilizar recursos do fundo de saúde para intervir nessas causas.

Quem tem o dever de adotar políticas sociais e econômicas que visem evitar o risco da doença é o Governo como um todo (políticas de governo), e não a saúde, como setor (políticas setoriais). A ela, saúde, compete atuar nos campos demarcados pelos art. 200 da CF e art. 6º da Lei n. 8.080/90 e em outras leis específicas.

Como exemplo, podemos citar os servidores da saúde que devem ser pagos com recursos da saúde, mas o seu inativo, não; não porque os inativos devem ser pagos com recursos da Previdência Social. Idem quanto as ações da assistência social, como bolsa-alimentação, bolsa-família, vale-gás, renda mínima, fome zero, que devem ser financiadas com recursos da assistência social, setor ao qual incumbe promover e prover as necessidades das pessoas carentes visando diminuir as desigualdades sociais e suprir suas carências básicas imediatas. Isso tudo interfere com a saúde, mas não pode ser administrada nem financiada pelo setor saúde.

O saneamento básico é outro bom exemplo. A Lei n. 8.080/90, em seu art. 6º, II, dispõe que o SUS deve participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico. Por sua

vez, o § 3º do art. 32, reza que as ações de saneamento básico que venham a ser executadas supletivamente pelo SUS serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, DF e Municípios e não com os recursos dos fundos de saúde.

Nesse ponto gostaríamos de abrir um parêntese para comentar o Parecer do Sr. Procurador Geral da República, na ADIn n. 3087-6/600-RJ, aqui mencionado.

O Governo do Estado do Rio de Janeiro, pela Lei n. 4.179/03, instituiu o Programa Estadual de Acesso à Alimentação – PEAA, determinando que suas atividades correrão à conta do orçamento do Fundo Estadual da Saúde, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. O PSDB, entendendo ser a lei inconstitucional por utilizar recursos da saúde para uma ação que não é de responsabilidade da área da saúde, moveu ação direta de inconstitucionalidade, com pedido de cautelar.

O Sr. Procurador da República (Parecer n. 5147/CF), opinou pela improcedência da ação por entender que o acesso à alimentação é indissociável do acesso à saúde, assim como os medicamentos o são e que as pessoas de baixa renda devem ter atendidas a necessidade básica de alimentar-se.

Infelizmente, mais uma vez confundiu-se “saúde” com “assistência social”, áreas da Seguridade Social, mas distintas entre si. A alimentação é um fator que condiciona a saúde tanto quanto o saneamento básico, o meio ambiente degradado, a falta de renda e lazer, a falta de moradia, dentre tantos outros fatores condicionantes e determinantes, tal qual mencionado no art. 3º da Lei n. 8.080/90.

A Lei n. 8.080/90 ao dispor sobre o campo de atuação do SUS incluiu a vigilância nutricional e a orientação alimentar, atividades complexas que não tem a ver com o fornecimento, puro e simples, de bolsa-alimentação, vale-alimentação ou qualquer outra forma de garantia de mínimos existenciais e sociais, de atribuição da assistência social ou de outras áreas da Administração Pública voltadas para corrigir as desigualdades sociais. A vigilância nutricional deve ser realizada pelo SUS em articulação com outros órgãos e setores governamentais em razão de sua interface com a saúde. São atividades que interessam a saúde, mas as quais, a saúde como setor, não as executa. Por isso a necessidade das comissões intersetoriais previstas na Lei n. 8.080/90.

A própria Lei n. 10.683/2003, que organiza a Presidência da República, estatuiu em seu art. 27, XX ser atribuição do Ministério da Saúde:

- a) política nacional de saúde;
- b) coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde; c) saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios;
- d) informações em saúde;
- e) insumos críticos para a saúde;
- f) ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos;
- g) vigilância em saúde, especialmente quanto às drogas, medicamentos e alimentos;
- h) pesquisa científica e tecnológica na área da saúde.

Ao Ministério da Saúde compete a vigilância sobre alimentos (registro, fiscalização, controle de qualidade) e não a prestação de serviços que visem fornecer alimentos às pessoas de baixa renda.

O fornecimento de cesta básica, merenda escolar, alimentação a crianças em idade escolar, idosos, trabalhadores rurais temporários, portadores de moléstias graves, conforme previsto na Lei do Estado do Rio de Janeiro, são situações de carência que necessitam de apoio do Poder Público, sem sombra de dúvida, mas no âmbito da assistência social ou de outro setor da Administração Pública e