



# GHC-RS

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO-  
HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A.

## Técnico em Educação

**EDITAL N° 02/2023**

CÓD: SL-056MR-23  
7908433233985

## Língua Portuguesa

1. Leitura e compreensão de textos: Assunto. Estruturação do texto. Ideias principais e secundárias. Relação entre as ideias. Efeitos de sentido. ....	7
2. Figuras de linguagem. ....	8
3. Recursos de argumentação.....	11
4. Informações implícitas: pressupostos e subentendidos .....	17
5. Coesão e coerência textuais. Substituição de palavras e de expressões no texto .....	17
6. Léxico: Significação de palavras e expressões no texto. ....	19
7. Estrutura e formação de palavras .....	19
8. Aspectos linguísticos: Relações morfossintáticas. ....	21
9. Ortografia: emprego de letras e acentuação gráfica sistema oficial vigente (inclusive o Acordo Ortográfico vigente, conforme Decreto 7.875/12).....	24
10. Relações entre fonemas e grafias. ....	26
11. Flexões e emprego de classes gramaticais.....	27
12. Vozes verbais e sua conversão. ....	35
13. Concordância nominal e verbal. ....	36
14. Regência nominal e verbal (inclusive emprego do acento indicativo de crase).....	37
15. Coordenação e subordinação: emprego das conjunções, das locuções conjuntivas e dos pronomes relativos. ....	40
16. Pontuação. ....	40

## Políticas Públicas da Saúde

1. Política Nacional de Atenção Básica aprovada pelo Ministério da Saúde do Brasil. Diretrizes e Normas para a Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS número 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) . . . . .	53
2. Estatuto da Pessoa Idosa. BRASIL. Lei nº 10.741/2003 - e suas alterações - Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências . . . . .	81
3. Pacto pela Saúde 2006 e consolidação do SUS. BRASIL. Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto . . . . .	91
4. BRASIL. Lei no 8069 de 13 de julho de 1990. ....	129
5. Constituição Federal: Artigos 196, 197, 198, 199 e 200 . . . . .	168
6. Organização do Sistema Único de Saúde - SUS, planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências . . . . .	170
7. Lei Orgânica da Saúde e condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e suas alterações posteriores. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências . . . . .	173
8. Participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências . . . . .	182

## Conhecimentos específicos Técnico em Educação

1. Política Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – NOB/RH –SUS .....	187
2. Trabalho em equipe interdisciplinar .....	203
3. Planejamento em Saúde: fundamentos, ferramentas, indicadores e metas .....	204
4. Gestão de pessoas em Saúde .....	205
5. Gestão de conflitos e trabalho em equipes .....	206
6. Gestão das competências organizacionais das empresas públicas .....	210
7. Democratização das relações de trabalho .....	212
8. Indicadores de valorização do trabalho em Saúde .....	212
9. Avaliação de desempenho: concepções, métodos e avaliação de desenvolvimento .....	212
10. Assédios no trabalho: conceitos, tipos e características .....	218
11. Fundamentos históricos, filosóficos e sociológicos da Educação .....	221
12. Concepções teórico-metodológicas de aprendizagem e desenvolvimento humano .....	227
13. Relações humanizadas no ambiente de trabalho e no processo de ensino e aprendizagem .....	231
14. Direitos humanos, educação e diversidade .....	232
15. Educação permanente em Saúde .....	233
16. Legislação das Residências Multiprofissionais em Saúde .....	233
17. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio (Resolução 06, de 20 de setembro de 2012 – Conselho Nacional de Educação) .....	237
18. Mestrado e doutorado profissional no âmbito da pós-graduação stricto sensu (Portaria Federal 389, de 23 de março de 2017 – Ministério da Educação) .....	244
19. Exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. (Decreto n.º 5.773, de 9 de maio de 2006) .....	244
20. Educação à distância .....	253
21. Supervisão educacional .....	255
22. Gestão escolar .....	257
23. Acessibilidade e Tecnologias assistidas .....	262
24. Metodologias ativas .....	264
25. Processos de Aprendizagem .....	265
26. Formação docente .....	267
27. Saúde Suplementar .....	276
28. Parque Tecnológico da Saúde .....	277
29. Epidemiologia regional brasileira e gaúcha .....	277
30. Informação em Saúde .....	278

*Exemplo*

Estava mais angustiado que um goleiro na hora do gol, quando você entrou em mim como um sol no quintal.

(Belchior)

**Catacrese:** emprego de um termo em lugar de outro para o qual não existe uma designação apropriada.

*Exemplos*

- folha de papel
- braço de poltrona
- céu da boca
- pé da montanha

**Sinestesia:** fusão harmônica de, no mínimo, dois dos cinco sentidos físicos.

*Exemplo*

Vem da sala de linotipos a doce (gustativa) música (auditiva) mecânica.

(Carlos Drummond de Andrade)

A fusão de sensações físicas e psicológicas também é sinestesia: “ódio amargo”, “alegria ruidosa”, “paixão luminosa”, “indiferença gelada”.

**Antonomásia:** substitui um nome próprio por uma qualidade, atributo ou circunstância que individualiza o ser e notabiliza-o.

*Exemplos*

- O filósofo de Genebra (= Calvino).
- O águia de Haia (= Rui Barbosa).

**Metonímia:** troca de uma palavra por outra, de tal forma que a palavra empregada lembra, sugere e retoma a que foi omitida.

*Exemplos*

- Leio Graciliano Ramos. (livros, obras)
- Comprei um panamá. (chapéu de Panamá)
- Tomei um Danone. (iogurte)

Alguns autores, em vez de metonímia, classificam como sinédoque quando se têm a parte pelo todo e o singular pelo plural.

*Exemplo*

A cidade inteira viu assombrada, de queixo caído, o pistoleiro sumir de ladrão, fugindo nos cascos de seu cavalo. (singular pelo plural)

(José Cândido de Carvalho)

**Figuras Sonoras**

**Aliteração:** repetição do mesmo fonema consonantal, geralmente em posição inicial da palavra.

*Exemplo*

Vozes veladas veludosas vozes volúpias dos violões, vozes veladas.

(Cruz e Sousa)

**Assonância:** repetição do mesmo fonema vocal ao longo de um verso ou poesia.

*Exemplo*

Sou Ana, da cama,  
da cana, fulana, bacana  
Sou Ana de Amsterdam.  
(Chico Buarque)

**Paronomásia:** Emprego de vocábulos semelhantes na forma ou na prosódia, mas diferentes no sentido.

*Exemplo*

Berro pelo aterro pelo desterro berro por seu berro pelo seu [erro  
quero que você ganhe que  
[você me apanhe  
sou o seu bezerro gritando  
[mamãe.  
(Caetano Veloso)

**Onomatopeia:** imitação aproximada de um ruído ou som produzido por seres animados e inanimados.

*Exemplo*

Vai o ouvido apurado  
na trama do rumor suas nervuras  
inseto múltiplo reunido  
para compor o zanzineio surdo  
circular opressivo  
zunzin de mil zonzons zoando em meio à pasta de calor  
da noite em branco  
(Carlos Drummond de Andrade)

**Observação:** verbos que exprimem os sons são considerados onomatopaicos, como cacarejar, tiquetaquear, miar etc.

**Figuras de sintaxe ou de construção**

Dizem respeito a desvios em relação à concordância entre os termos da oração, sua ordem, possíveis repetições ou omissões.

Podem ser formadas por:

**omissão:** assíndeto, elipse e zeugma;

**repetição:** anáfora, pleonasma e polissíndeto;

**inversão:** anástrofe, hipérbato, sínquise e hipálage;

**ruptura:** anacoluto;

**concordância ideológica:** silepse.

Retrospectivamente, percebe-se que, entre os itens necessários à implantação da ESF nas PNAB 2006 e 2011, encontrava-se uma única referência à cobertura universal. Ela se construiu de forma mediada, representada pela relação entre o número previsto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe e a cobertura de 100% da população cadastrada. Nessas PNAB, constava que, para a implantação de EqSF, seria necessário um número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por EqSF. A PNAB 2011 acrescentou o alerta de que não se deveria ultrapassar o limite máximo de moradores vinculados a cada equipe, evidenciando a preocupação com as condições que poderiam diretamente afetar a qualidade da atenção.

No texto da PNAB 2017, anterior à consulta pública, não há nenhuma referência à cobertura universal. A referência a 100% de cobertura é retomada no texto publicado, porém restrita a certas áreas:

Em áreas de risco e vulnerabilidade social, incluindo de grande dispersão territorial, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população, com um máximo de 750 pessoas por agente, considerando critérios epidemiológicos e socioeconômicos.

A flexibilização da cobertura populacional está relacionada também aos parâmetros da relação equipe/população apresentados no item 'Funcionamento'. Ali se lê que a população adscrita recomendada por equipe de AB e EqSF é de 2 mil a 3,5 mil pessoas. Entretanto, neste mesmo item, de acordo com as especificidades do território, prevê-se também a possibilidade de "outros arranjos de adscrição" 3(70), com parâmetros populacionais diferentes, que podem ter alcance "maior ou menor do que o parâmetro recomendado" 3(70). A decisão a esse respeito fica a cargo do gestor municipal, em conjunto com a equipe de AB e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, com a ressalva de que fica assegurada a qualidade do cuidado.

Na PNAB 2011 havia a seguinte indicação: "quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe" 2(55). Segundo essa redação, o critério de flexibilização de parâmetros populacionais apontava claramente a intenção de favorecer aqueles que apresentassem maior necessidade de atenção. O mesmo não pode ser dito em relação à nova PNAB, que, mais uma vez, se descompromete a adotar parâmetros que favoreçam um processo de atenção progressivamente mais qualificado. Ao desconsiderar a relação entre quantidade e qualidade, a afirmação de que deve ser assegurada a qualidade do cuidado torna-se mera retórica.

A cobertura é igualmente relativizada por meio da indefinição do número de ACS, uma vez que a PNAB 2017 indica que o número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

Deste modo, pode-se compor equipes com apenas um ACS. Quando uma política, simultaneamente, torna indefinido o número de ACS por equipes e flexibiliza os parâmetros de cobertura, reforça-se o risco de serem recompostas barreiras ao acesso à saúde de parte da população. Lembre-se, aqui, que o ACS é um trabalhador que deveria ser o 'elo' entre os serviços de saúde e a população, contribuindo para facilitar o acesso e proporcionar uma relação estável e contínua entre a população e os serviços de APS. Tal formulação compromete, também, um conjunto de processos já instituídos na ESF, que se estruturam por meio da presença constante de um trabalhador da saúde no território. Entre esses processos,

destacam-se a escuta e a percepção de problemas e necessidades que poderiam ser invisíveis aos serviços, bem como a identificação e a criação de possibilidades de intervenção, dadas a partir de seus conhecimentos sobre a dinâmica da vida no território.

Essas alterações articuladas abrem um precedente inédito na história da PNAB, que desestabiliza o compromisso da política com a universalidade da atenção à saúde no SUS.

#### **A segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços**

Pode-se dizer que, além da universalidade, outro princípio com o qual a PNAB 2017 se descompromete é o da integralidade. Isto se dá, principalmente, por meio da definição de padrões diferenciados de ações e cuidados para a AB, novamente, sob o argumento das condições ou especificidades locais. Estes padrões distinguem-se entre 'essenciais' e 'ampliados'.

Os padrões essenciais são 'as ações e os procedimentos básicos', que deveriam ser garantidos pelas equipes em todo o País. Embora sejam apresentados como condições básicas de acesso à atenção à saúde, e de qualidade do cuidado oferecido, a própria segmentação os remete à ideia de mínimos. Assim, o termo 'básico' se esvazia do sentido que é tão caro a alguns autores da literatura sobre APS no Brasil, isto é, como distintivo do compromisso da AB, de ser o primeiro nível de acesso a um sistema universal, que abrange uma rede integral e complementar de atenção à saúde, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população.

Os padrões ampliados correspondem a ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na AB, considerando as especificidades locais e decisão da gestão.

Entretanto, tais padrões são apenas recomendados. A PNAB projeta um compromisso que se limita aos padrões essenciais, que, como já advertido, tendem a se configurar em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

Não há nenhum conteúdo especificado que possibilite conhecer e analisar a que corresponderiam tais padrões. Não se sabe quais procedimentos e ações integram o padrão básico e, portanto, mantêm-se a incerteza sobre a capacidade de esse padrão atender as necessidades de saúde que deveriam ser contempladas na APS. Em relação ao padrão ampliado, cabe questionar: existem ações e cuidados que integram a AB hoje, e que podem ser negligenciados a ponto de constituírem um padrão opcional, ou seja, apenas recomendável? A análise empreendida conclui o inverso. Este é um modo de consentir com o aprofundamento das desigualdades e a segmentação do acesso e do cuidado que marcam a APS em diversos países da América Latina, como apontam Giovanella et al.

O risco colocado, pela diferenciação entre os serviços 'essenciais' e 'ampliados', é de que se retome a lógica da seletividade com diretrizes que reforcem a segmentação e a fragmentação dos serviços e das ações de saúde no SUS, a partir da APS. Segundo Conill, Fausto e Giovanella, a segmentação e a fragmentação são categorias fundamentais para a compreensão dos problemas dos sistemas de saúde. Estão relacionadas à garantia dos direitos sociais e são muito sensíveis aos problemas de financiamento público, com efeitos restritivos às possibilidades de acesso aos demais níveis de atenção e à constituição de redes integradas de atenção à saúde.

A segmentação propugnada pela PNAB deve ser examinada de modo articulado à racionalidade, aos interesses e à perspectiva de sistema de saúde enunciada pelo atual ministro da saúde, Ricardo Barros, segundo a qual seria desejável compreender os setores pú-

Atualmente, além da manutenção de todas as situações anteriores, implementou-se a contratação de trabalhadores para o serviço público, sem concurso público, com a utilização de vários mecanismos, tais como, os contratos em cargos comissionados para atividades de caráter permanente; a contratação de serviços terceirizados (empresas, associações de moradores, cooperativas e outras) para a realização de atividades públicas de caráter permanente; a instituição dos Consórcios (administrativos) Intermunicipais de Saúde transformados em empresas privadas, entre outras, com a mesma finalidade; a utilização de contratos administrativos e da contratação por tempo determinado (instituída para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público), em situações comuns, fora das condições e prazos definidos por lei.

Nas instituições privadas (filantrópicas e lucrativas), prestadoras de serviços de saúde, as distorções são de outra ordem. Nesses casos, a ênfase da desregulamentação se dá, principalmente, pela tentativa das entidades de se desonerarem das obrigações fiscais e pelo descumprimento das normas regulamentares de contratação de pessoal. As formas mais comuns são: a contratação de serviços profissionais, de nível universitário, por profissionais autônomos; a contratação através de cooperativas (que nem sempre são regulamentadas); motivadas pela isenção fiscal delas; e a contratação de estagiários, como substituição de mão-de-obra profissional, pela possibilidade de remuneração inferior do trabalho.

Em relação à gestão de recursos humanos dos serviços de saúde descentralizados, observam-se situações muito diferenciadas na realidade brasileira. Por exemplo, há Estados em que, até hoje, realizam-se contratações de servidores para prestarem serviços de competência dos Municípios; outros que publicam documentos de descentralização de serviços e de recursos humanos, preocupando-se somente com o pagamento da folha de pessoal preexistente à municipalização. Outra situação é aquela que ocorre em locais onde há um grande número de processos de aposentadorias, transferências de servidores e dos programas de demissões voluntárias promovidos pelo governo federal e por alguns governos estaduais, onde serviços de saúde são desativados, principalmente naqueles municípios que não possuem infra-estrutura que possibilite as reposições necessárias.

Os Recursos Humanos no setor Saúde são a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de Saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirão a atuação de um profissional de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

Sabe-se que o investimento nos Recursos Humanos irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho, é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do sistema.

Estes princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de recursos Humanos (NOB/RH-SUS) têm por finalidade primordial estabelecer parâmetros gerais para a Gestão do Trabalho no SUS. Ao compatibilizá-los com as diferentes realidades e situações institucionais, busca-se superar os desafios da implementação de uma política de Recursos Humanos para o SUS.

Pode-se considerar que uma NOB/RH-SUS seja um documento/instrumento de alta qualidade para a gestão do sistema de saúde, principalmente porque sua formulação implica um processo altamente participativo e democrático, com discussões e negociações

que levam à construção de uma política de recursos humanos, desde já pactuada. Um dos principais problemas a serem resolvidos para a sua implementação é a falta de antecedentes de priorização e o tipo de tratamento que a questão dos Recursos Humanos em saúde tem recebido nos processos de reformas do Estado. É necessário garantir, portanto, que a elaboração da NOB/RH-SUS assegure que seus conteúdos sejam efetivamente operacionalizáveis.

### 1. Fundamentação

A Constituição Federal de 1988 consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa como humana como direitos fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e serviços de saúde, à medida que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem.

O mandamento constitucional estabelece que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF/88, art.196).

A análise histórica, da concepção ao processo de implementação do SUS, demonstra que desde os primeiros movimentos pela Reforma Sanitária até a atual fase de implementação do sistema, várias foram as iniciativas de se inserir um sistema de saúde na Lei Maior, o que sempre foi determinado pelos momentos institucionais do país.

Mas, sem dúvida, foi o atual texto constitucional que revelou a mais profunda e importante estruturação e organização do Sistema Único de Saúde, à medida que dispôs sobre as ações e serviços de saúde, definindo atribuições e competência ao Estado para o setor.

A Carta Política ao organizar e estruturar o Sistema Único de Saúde no contexto da Seguridade Social, fixou como seus princípios fundamentais, a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral além de outros, o qual destacamos, a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (CF/88, art. 194, parágrafo único, I, c/c art. 198, III). Ao se elaborar uma proposta de Diretrizes Gerais para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS, procurou-se obedecer a esses princípios já consagrados.

Outras disposições de natureza infra-constitucional surgiram, tais como, as Leis Orgânicas da Saúde que vieram atender ao reclamo constitucional. No campo infra-legal, temos as portarias do Ministério da Saúde e as deliberações do Conselho Nacional de Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde, todas formatando o atual arcabouço jurídico-legal do Sistema.

As Conferências e os Conselhos de saúde são instâncias colegiadas do SUS em cada esfera de governo, por expressa disposição legal. A lei conferiu ao Conselho o caráter permanente e deliberativo, cabendo-lhe a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde, cujas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada nível de governo, sem prejuízo das funções do poder legislativo correspondentes.

Na perspectiva de cuidar da política de recursos humanos para a saúde, o Conselho Nacional de Saúde instituiu a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos - CIRH, tendo como finalidade articular uma proposta de política nacional de recursos humanos para o setor, com a participação e envolvimento de todos os segmentos integrantes do SUS. Esse trabalho vem sendo desenvolvido de forma integrada com a Mesa Nacional de Negociação do