

SES TO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
TOCANTINS

Inspetor em Vigilância
Sanitária – Enfermagem

**EDITAL Nº 001/2026 – SECAD/SES/TO, DE 29 DE
JULHO 2026**

CÓD: SL-244JL-26
7901183004485

Língua Portuguesa

1. Leitura, compreensão e interpretação de textos de diferentes gêneros	5
2. Tipologia e gêneros textuais	8
3. Ortografia oficial	16
4. Acentuação gráfica.....	20
5. Emprego da pontuação.....	21
6. Classes de palavras e suas flexões. Correspondência entre tempos e modos verbais.....	24
7. Estrutura e formação de palavras	31
8. Concordância verbal e nominal	34
9. Regência verbal e nominal.....	38
10. Colocação pronominal	42
11. Emprego do sinal indicativo de crase.....	43
12. Sintaxe da oração e do período	46
13. Coesão e coerência textual.....	49
14. Significação das palavras.....	52
15. Reescrita de frases e substituição de palavras ou trechos.....	55
16. Redação oficial.....	56

Matemática e Raciocínio Lógico

1. Conjuntos numéricos	73
2. Razões e proporções; regra de três simples e composta	78
3. Porcentagem.....	80
4. Juros simples e compostos	81
5. Equações, inequações.....	83
6. Sistemas de equações.....	90
7. Funções.....	92
8. Sequências.....	100
9. Matrizes e determinantes.....	102
10. Probabilidade; análise combinatória	108
11. Estatística descritiva.....	111
12. Proposições lógicas; conectivos; tabelas verdade; equivalências e negações; argumentação lógica; diagramas lógicos ...	114
13. Resolução de problemas envolvendo raciocínio lógico-matemático	119

História e Geografia do Tocantins

1. Processo histórico de criação do Estado do Tocantins; Organização política e administrativa; Formação territorial; Aspectos demográficos; Povos indígenas e comunidades quilombolas; Patrimônio histórico, cultural e ambiental; Clima; Vegetação; Relevo; Hidrografia; Recursos naturais; Unidades de Conservação; Economia do Estado; Desenvolvimento regional; Matriz produtiva; Matriz energética	125
--	-----

Legislação

1. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios, diretrizes, organização, regionalização, financiamento e gestão; Participação e controle social no SUS; Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde e Comissões Intergestores.....	139
2. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 – Capítulo II da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde	146
3. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	147
4. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990	159
5. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011	160
6. Política Nacional de Humanização	164
7. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	169

Conhecimentos Básicos

1. Processo saúde-doença	177
2. Níveis de prevenção em saúde	182
3. Evolução da vigilância sanitária no Brasil.....	186
4. Vigilância sanitária: conceitos, áreas de abrangência e funções; Instrumentos de ação da vigilância sanitária	190
5. Lei Federal nº 9.782/1999 – Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e dá outras providências	194
6. Decreto Federal nº 3.029/1999 – Aprova o Regulamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e dá outras providências.....	200
7. Lei Federal nº 6.360/1976 – Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos.....	207
8. Decreto Federal nº 8.077/2013 – Regulamenta as condições para o funcionamento de empresas sujeitas ao licenciamento sanitário e o registro, controle e monitoramento dos produtos de que trata a Lei Federal nº 6.360/1976.....	218
9. Lei Federal nº 6.437/1977 – Configura infrações à legislação sanitária federal e estabelece as respectivas sanções.....	221
10. Lei Federal nº 5.991/1973 – Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos	227
11. Decreto Federal nº 74.170/1974 – Regulamenta a Lei Federal nº 5.991/1973	233

Conhecimentos Específicos

Inspetor em Vigilância Sanitária – Enfermagem

1. RDC nº 7/2010 – Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.....	243
2. RDC nº 137/2017 – Altera a RDC nº 7/2010	251
3. RDC nº 15/2012 – Boas práticas para o processamento de produtos para saúde.....	252
4. RDC nº 11/2014 – Boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise	259
5. RDC nº 34/2014 – Boas práticas no ciclo do sangue.....	265
6. RDC nº 48/2000 – Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.....	283
7. Portaria GM/MS nº 2.048/2002 – Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência	283
8. RDC nº 920/2024 – Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.....	284
9. Lei nº 13.589/2018 – Manutenção de instalações e equipamentos de sistemas de climatização de ambientes.....	289

LÍNGUA PORTUGUESA

LEITURA, COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS DE DIFERENTES GÊNEROS

A compreensão e a interpretação de textos são habilidades essenciais para que a comunicação alcance seu objetivo de forma eficaz. Em diversos contextos, como na leitura de livros, artigos, propagandas ou imagens, é necessário que o leitor seja capaz de entender o conteúdo proposto e, além disso, atribuir significados mais amplos ao que foi lido ou visto.

Para isso, é importante distinguir os conceitos de compreensão e interpretação, bem como reconhecer que um texto pode ser verbal (composto por palavras) ou não-verbal (constituído por imagens, símbolos ou outros elementos visuais).

Compreender um texto implica decodificar sua mensagem explícita, ou seja, captar o que está diretamente apresentado. Já a interpretação vai além da compreensão, exigindo que o leitor utilize seu repertório pessoal e conhecimentos prévios para gerar um sentido mais profundo do texto. Dessa forma, dominar esses dois processos é essencial não apenas para a leitura cotidiana, mas também para o desempenho em provas e concursos, onde a análise de textos e imagens é frequentemente exigida.

Essa distinção entre compreensão e interpretação é crucial, pois permite ao leitor ir além do que está explícito, alcançando uma leitura mais crítica e reflexiva.

CONCEITO DE COMPREENSÃO

A compreensão de um texto é o ponto de partida para qualquer análise textual. Ela representa o processo de decodificação da mensagem explícita, ou seja, a habilidade de extrair informações diretamente do conteúdo apresentado pelo autor, sem a necessidade de agregar inferências ou significados subjetivos. Quando compreendemos um texto, estamos simplesmente absorvendo o que está dito de maneira clara, reconhecendo os elementos essenciais da comunicação, como o tema, os fatos e os argumentos centrais.

► A Compreensão em Textos Verbais

Nos textos verbais, que utilizam a linguagem escrita ou falada como principal meio de comunicação, a compreensão passa pela habilidade de ler com atenção e reconhecer as estruturas linguísticas. Isso inclui:

- **Vocabulário:** O entendimento das palavras usadas no texto é fundamental. Palavras desconhecidas podem comprometer a compreensão, tornando necessário o uso de dicionários ou ferramentas de pesquisa para esclarecer o significado.
- **Sintaxe:** A maneira como as palavras estão organizadas em frases e parágrafos também influencia o processo de compreensão. Sentenças complexas, inversões sintáticas ou o

- uso de conectores como conjunções e preposições requerem atenção redobrada para garantir que o leitor compreenda as relações entre as ideias.

- **Coesão e coerência:** são dois pilares essenciais da compreensão. Um texto coeso é aquele cujas ideias estão bem conectadas, e a coerência se refere à lógica interna do texto, onde as ideias se articulam de maneira fluida e compreensível.

Ao realizar a leitura de um texto verbal, a compreensão exige a decodificação de todas essas estruturas. É a partir dessa leitura atenta e detalhada que o leitor poderá garantir que absorveu o conteúdo proposto pelo autor de forma plena.

► A Compreensão em Textos Não-Verbais

Além dos textos verbais, a compreensão se estende aos textos não-verbais, que utilizam símbolos, imagens, gráficos ou outras representações visuais para transmitir uma mensagem. Exemplos de textos não-verbais incluem obras de arte, fotografias, infográficos e até gestos em uma linguagem de sinais.

A compreensão desses textos exige uma leitura visual aguçada, na qual o observador decodifica os elementos presentes, como:

- **Cores:** As cores desempenham um papel comunicativo importante em muitos contextos, evocando emoções ou sugerindo informações adicionais. Por exemplo, em um gráfico, cores diferentes podem representar categorias distintas de dados.
- **Formas e símbolos:** Cada forma ou símbolo em um texto visual pode carregar um significado próprio, como sinais de trânsito ou logotipos de marcas. A correta interpretação desses elementos depende do conhecimento prévio do leitor sobre seu uso.
- **Gestos e expressões:** Em um contexto de comunicação corporal, como na linguagem de sinais ou em uma apresentação oral acompanhada de gestos, a compreensão se dá ao identificar e entender as nuances de cada movimento.

► Fatores que Influenciam a Compreensão

A compreensão, seja de textos verbais ou não-verbais, pode ser afetada por diversos fatores, entre eles:

- **Conhecimento prévio:** Quanto mais familiarizado o leitor estiver com o tema abordado, maior será sua capacidade de compreender o texto. Por exemplo, um leitor que já conhece o contexto histórico de um fato poderá compreender melhor uma notícia sobre ele.

▪ **Contexto:** O ambiente ou a situação em que o texto é apresentado também influencia a compreensão. Um texto jornalístico, por exemplo, traz uma mensagem diferente dependendo de seu contexto histórico ou social.

▪ **Objetivos da leitura:** O propósito com o qual o leitor aborda o texto impacta a profundidade da compreensão. Se a leitura for para estudo, o leitor provavelmente será mais minucioso do que em uma leitura por lazer.

► **Compreensão como Base para a Interpretação**

A compreensão é o primeiro passo no processo de leitura e análise de qualquer texto. Sem uma compreensão clara e objetiva, não é possível seguir para uma etapa mais profunda, que envolve a interpretação e a formulação de inferências. Somente após a decodificação do que está explicitamente presente no texto, o leitor poderá avançar para uma análise mais subjetiva e crítica, onde ele começará a trazer suas próprias ideias e reflexões sobre o que foi lido.

A compreensão textual é um processo que envolve a decodificação de elementos verbais e não-verbais, permitindo ao leitor captar a mensagem essencial do conteúdo. Ela exige atenção, familiaridade com as estruturas linguísticas ou visuais e, muitas vezes, o uso de recursos complementares, como dicionários. Ao dominar a compreensão, o leitor cria uma base sólida para interpretar textos de maneira mais profunda e crítica.

TEXTOS VERBAIS E NÃO-VERBAIS

Na comunicação, os textos podem ser classificados em duas categorias principais: verbais e não-verbais. Cada tipo de texto utiliza diferentes recursos e linguagens para transmitir suas mensagens, sendo fundamental que o leitor ou observador saiba identificar e interpretar corretamente as especificidades de cada um.

► **Textos Verbais**

Os textos verbais são aqueles constituídos pela linguagem escrita ou falada, onde as palavras são o principal meio de comunicação. Eles estão presentes em inúmeros formatos, como livros, artigos, notícias, discursos, entre outros. A linguagem verbal se apoia em uma estrutura gramatical, com regras que organizam as palavras e frases para transmitir a mensagem de forma coesa e compreensível.

Características dos Textos Verbais:

- **Estrutura Sintática:** As frases seguem uma ordem gramatical que facilita a decodificação da mensagem.
- **Uso de Palavras:** As palavras são escolhidas com base em seu significado e função dentro do texto, permitindo ao leitor captar as ideias expressas.
- **Coesão e Coerência:** A conexão entre frases, parágrafos e ideias deve ser clara, para que o leitor compreenda a linha de raciocínio do autor.

Exemplos de textos verbais incluem:

- **Livros e artigos:** Onde há um desenvolvimento contínuo de ideias, apoiado em argumentos e explicações detalhadas.

▪ **Diálogos e conversas:** Que utilizam a oralidade para interações mais diretas e dinâmicas.

▪ **Panfletos e propagandas:** Usam a linguagem verbal de forma concisa e direta para transmitir uma mensagem específica.

A compreensão de um texto verbal envolve a decodificação de palavras e a análise de como elas se conectam para construir significado. É essencial que o leitor identifique o tema, os argumentos centrais e as intenções do autor, além de perceber possíveis figuras de linguagem ou ambiguidades.

► **Textos Não-Verbais**

Os textos não-verbais utilizam elementos visuais para se comunicar, como imagens, símbolos, gestos, cores e formas. Embora não usem palavras diretamente, esses textos transmitem mensagens completas e são amplamente utilizados em contextos visuais, como artes visuais, placas de sinalização, fotografias, entre outros.

Características dos Textos Não-Verbais:

- **Imagens e símbolos:** Carregam significados culturais e contextuais que devem ser reconhecidos pelo observador.
- **Cores e formas:** Podem ser usadas para evocar emoções ou destacar informações específicas. Por exemplo, a cor vermelha em muitos contextos pode representar perigo ou atenção.
- **Gestos e expressões:** Na comunicação corporal, como na linguagem de sinais ou na expressão facial, o corpo desempenha o papel de transmitir a mensagem.

Exemplos de textos não-verbais incluem:

- **Obras de arte:** Como pinturas ou esculturas, que comunicam ideias, emoções ou narrativas através de elementos visuais.
- **Sinais de trânsito:** Que utilizam formas e cores para orientar os motoristas, dispensando a necessidade de palavras.
- **Infográficos:** Combinações de gráficos e imagens que transmitem informações complexas de forma visualmente acessível.

A interpretação de textos não-verbais exige uma análise diferente da dos textos verbais. É necessário entender os códigos visuais que compõem a mensagem, como as cores, a composição das imagens e os elementos simbólicos utilizados. Além disso, o contexto cultural é crucial, pois muitos símbolos ou gestos podem ter significados diferentes dependendo da região ou da sociedade em que são usados.

► **Relação entre Textos Verbais e Não-Verbais**

Embora sejam diferentes em sua forma, textos verbais e não-verbais frequentemente se complementam. Um exemplo comum são as propagandas publicitárias, que utilizam tanto textos escritos quanto imagens para reforçar a mensagem. Nos livros ilustrados, as imagens acompanham o texto verbal, ajudando a criar um sentido mais completo da história ou da informação.

MATEMÁTICA E RACIOCÍNIO LÓGICO

CONJUNTOS NUMÉRICOS

Números Naturais

Os números naturais são o modelo matemático necessário para efetuar uma contagem.

Começando por zero e acrescentando sempre uma unidade, obtemos o conjunto infinito dos números naturais

$$\mathbb{N} = \{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, \dots\}$$

- Todo número natural dado tem um sucessor
 - a) O sucessor de 0 é 1.
 - b) O sucessor de 1000 é 1001.
 - c) O sucessor de 19 é 20.

Usamos o * para indicar o conjunto sem o zero.

$$\mathbb{N}^* = \{1, 2, 3, 4, 5, 6, \dots\}$$

- Todo número natural dado N, exceto o zero, tem um antecessor (número que vem antes do número dado).

Exemplos: Se m é um número natural finito diferente de zero.

- a) O antecessor do número m é m-1.
- b) O antecessor de 2 é 1.
- c) O antecessor de 56 é 55.
- d) O antecessor de 10 é 9.

Expressões Numéricas

Nas expressões numéricas aparecem adições, subtrações, multiplicações e divisões. Todas as operações podem acontecer em uma única expressão. Para resolver as expressões numéricas utilizamos alguns procedimentos:

Se, em uma expressão numérica, aparecerem as quatro operações, devemos resolver a multiplicação ou a divisão primeiramente, na ordem em que elas aparecerem e somente depois a adição e a subtração, também na ordem em que aparecerem e os parênteses são resolvidos primeiro.

Exemplo 1

$$\begin{aligned} 10 + 12 - 6 + 7 \\ 22 - 6 + 7 \\ 16 + 7 \\ 23 \end{aligned}$$

Exemplo 2

$$\begin{aligned} 40 - 9 \times 4 + 23 \\ 40 - 36 + 23 \\ 4 + 23 \\ 27 \end{aligned}$$

Exemplo 3

$$\begin{aligned} 25 - (50 - 30) + 4 \times 5 \\ 25 - 20 + 20 = 25 \end{aligned}$$

Números Inteiros

Podemos dizer que este conjunto é composto pelos números naturais, o conjunto dos opostos dos números naturais e o zero. Este conjunto pode ser representado por:

$$\mathbb{Z} = \{\dots, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, \dots\}$$

Subconjuntos do conjunto $\mathbb{Z}$:

- 1) Conjunto dos números inteiros excluindo o zero

$$\mathbb{Z}^* = \{\dots -2, -1, 1, 2, \dots\}$$

- 2) Conjuntos dos números inteiros não negativos

$$\mathbb{Z}_+ = \{0, 1, 2, \dots\}$$

- 3) Conjunto dos números inteiros não positivos

$$\mathbb{Z}_- = \{\dots -3, -2, -1\}$$

Números Racionais

Chama-se de número racional a todo número que pode ser expresso na forma $\frac{a}{b}$, onde a e b são inteiros quaisquer, com $b \neq 0$. São exemplos de números racionais:

- $\frac{12}{51}$
- 3
- (-3)
- 2,333...

As dízimas periódicas podem ser representadas por fração, portanto são consideradas números racionais.

Como representar esses números?

Representação Decimal das Frações

Temos 2 possíveis casos para transformar frações em decimais:

1º) Decimais exatos: quando dividirmos a fração, o número decimal terá um número finito de algarismos após a vírgula.

$$\frac{1}{2} = 0,5$$

$$\frac{1}{4} = 0,25$$

$$\frac{3}{4} = 0,75$$

2º) Terá um número infinito de algarismos após a vírgula, porém a dízima deve ser periódica para ser número racional.

OBS: período da dízima são os números que se repetem, se não repetir não é dízima periódica e assim números irracionais, que trataremos mais a frente.

$$\frac{1}{3} = 0,333 \dots$$

$$\frac{35}{99} = 0,353535 \dots$$

$$\frac{105}{9} = 11,6666 \dots$$

Representação Fracionária dos Números Decimais

1º caso) Se for exato, conseguimos sempre transformar com o denominador seguido de zeros.

O número de zeros depende da casa decimal. Para uma casa, um zero (10) para duas casas, dois zeros (100) e assim por diante.

$$0,3 = \frac{3}{10}$$

$$0,03 = \frac{3}{100}$$

$$0,003 = \frac{3}{1000}$$

$$3,3 = \frac{33}{10}$$

2º caso) Se a dízima periódica é um número racional, então como podemos transformar em fração?

Exemplo 1

Transforme a dízima 0,333... em fração

Sempre que precisar transformar, vamos chamar a dízima dada de x, ou seja

$$X = 0,333 \dots$$

Se o período da dízima é de um algarismo, multiplicamos por 10.

$$10x = 3,333 \dots$$

E então subtraímos:

$$10x - x = 3,333 \dots - 0,333 \dots$$

$$9x = 3$$

$$x = \frac{3}{9}$$

$$x = \frac{1}{3}$$

Agora, vamos fazer um exemplo com 2 algarismos de período.

Exemplo 2

Seja a dízima 1,1212...

Façamos $x = 1,1212 \dots$

$$100x = 112,1212 \dots$$

Subtraindo:

$$100x - x = 112,1212 \dots - 1,1212 \dots$$

$$99x = 111$$

$$x = \frac{111}{99}$$

Números Irracionais

Identificação de números irracionais

- Todas as dízimas periódicas são números racionais.
- Todos os números inteiros são racionais.
- Todas as frações ordinárias são números racionais.
- Todas as dízimas não periódicas são números irracionais.
- Todas as raízes inexatas são números irracionais.
- A soma de um número racional com um número irracional é sempre um número irracional.
- A diferença de dois números irracionais, pode ser um número racional.
- Os números irracionais não podem ser expressos na forma $\frac{a}{b}$, com a e b inteiros e $b \neq 0$.

Exemplo: $\sqrt{5} - \sqrt{5} = 0$ e 0 é um número racional.

- O quociente de dois números irracionais, pode ser um número racional.

Exemplo: $\sqrt{8} : \sqrt{2} = \sqrt{4} = 2$ e 2 é um número racional.

- O produto de dois números irracionais, pode ser um número racional.

Exemplo: $\sqrt{7} \cdot \sqrt{7} = \sqrt{49} = 7$ é um número racional.

Exemplo: radicais ($\sqrt{2}, \sqrt{3}$) a raiz quadrada de um número natural, se não inteira, é irracional.

HISTÓRIA E GEOGRAFIA DO TOCANTINS

PROCESSO HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO ESTADO DO TOCANTINS; ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA; FORMAÇÃO TERRITORIAL; ASPECTOS DEMOGRÁFICOS; POVOS INDÍGENAS E COMUNIDADES QUILOMBOLAS; PATRIMÔNIO HISTÓRICO, CULTURAL E AMBIENTAL; CLIMA; VEGETAÇÃO; RELEVO; HIDROGRAFIA; RECURSOS NATURAIS; UNIDADES DE CONSERVAÇÃO; ECONOMIA DO ESTADO; DESENVOLVIMENTO REGIONAL; MATRIZ PRODUTIVA; MATRIZ ENERGÉTICA

FORMAÇÃO HISTÓRICA DO TOCANTINS, ORGANIZAÇÃO POLÍTICA, TERRITÓRIO E SÍMBOLOS ESTADUAIS¹

► Antecedentes históricos da formação territorial

A formação histórica do Tocantins está ligada ao processo de ocupação e organização do território que, durante grande parte da história brasileira, integrou a área de Goiás. A presença indígena antecede a colonização europeia e constitui elemento essencial para compreender a identidade regional, inclusive na origem de diversos nomes geográficos e manifestações culturais.

A ocupação colonial tornou-se mais intensa entre os séculos XVII e XVIII. Missões religiosas estabeleceram aldeamentos destinados à catequese das populações indígenas, enquanto as expedições em busca de riquezas minerais ampliaram o conhecimento e a ocupação do território. A descoberta do ouro contribuiu para a criação de arraiais e núcleos populacionais que posteriormente originaram importantes municípios, como Natividade, Almas, Arraías, Porto Nacional e Conceição do Tocantins.

Mineração e reorganização econômica

A mineração exerceu papel relevante durante o século XVIII. O trabalho de africanos escravizados foi empregado intensamente nas áreas auríferas, contribuindo para a formação econômica, social e cultural da região. Com o declínio da produção de ouro no final daquele século, houve enfraquecimento das atividades mineradoras e maior importância da agricultura, acompanhada por períodos de isolamento econômico.

No início do século XIX, surgiram iniciativas voltadas à reorganização administrativa da porção norte de Goiás. A criação da Comarca de São João das Duas Barras, em 1809, relacionou-se à necessidade de estimular o povoamento, o comércio e a navegação nos rios Araguaia e Tocantins.

► Movimentos pela autonomia

Da reivindicação regional à emancipação

A ideia de separar o norte de Goiás desenvolveu-se durante um longo período. Em 1821, Teotônio Segurado esteve ligado a uma tentativa de estabelecer um governo autônomo na região. Embora a iniciativa não tenha consolidado a separação territorial, tornou-se importante referência histórica para os movimentos posteriores.

Durante o Império e a República, diferentes propostas defenderam novas configurações territoriais que incluíam a criação de uma unidade política na região do atual Tocantins. O discurso autonomista permaneceu presente em lideranças políticas, imprensa e organizações regionais.

Em 1956, o Movimento Pró-Criação do Estado do Tocantins representou nova etapa dessa mobilização. Lideranças de Porto Nacional, profissionais e entidades locais organizaram ações públicas de defesa da emancipação, promovendo manifestações cívicas e fortalecendo uma identidade política própria.

► Transformações do século XX

A construção de Brasília e a implantação da Rodovia Belém-Brasília ampliaram a integração da região com outras partes do país. A agricultura, a mineração, a extração de madeira e novas atividades comerciais atraíram migrantes, modificaram a ocupação territorial e estimularam o crescimento urbano.

Também ocorreram intensos conflitos agrários, especialmente na região do Bico do Papagaio. Entre o final dos anos 1960 e o início dos anos 1970, o norte da região tornou-se ainda cenário da Guerrilha do Araguaia.

► Criação do Estado do Tocantins

Constituição de 1988

Na década de 1980, novas propostas legislativas foram apresentadas para a criação do estado. A decisão definitiva ocorreu durante a Assembleia Nacional Constituinte.

Os principais marcos desse processo podem ser organizados da seguinte maneira:

- **5 de outubro de 1988:** criação constitucional do Estado do Tocantins.
- **1º de janeiro de 1989:** instalação efetiva da nova unidade federativa.
- **Miracema do Tocantins:** capital provisória durante a organização inicial do estado.
- **1º de janeiro de 1990:** transferência da capital para Palmas. Palmas foi concebida como cidade planejada e passou a exercer as principais funções político-administrativas estaduais.

¹ <https://pt.wikipedia.org/wiki/Tocantins>

► Organização política e símbolos

O Tocantins integra a Federação brasileira e organiza-se institucionalmente por meio dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. O Executivo é representado pelo governador; o Legislativo, pela Assembleia Legislativa; e o Judiciário, pelo Tribunal de Justiça e demais órgãos competentes.

Entre os elementos de identidade estadual destacam-se a bandeira, o brasão, o Hino do Tocantins e o lema “Co yvy ore retama”, associado à ideia de “Esta terra é a nossa pátria”. O próprio nome Tocantins possui origem indígena e está relacionado ao rio que atravessa o território, reforçando a presença dos povos originários na construção da identidade regional.



Bandeira de Tocantins



Brasão de armas do estado

DIVISÃO POLÍTICA, ORGANIZAÇÃO TERRITORIAL E REDE URBANA DO TOCANTINS

► Localização geográfica e limites

O Tocantins localiza-se na Região Norte do Brasil. Sua criação alterou a configuração territorial brasileira porque a área anteriormente integrava o Estado de Goiás, pertencente à Região Centro-Oeste. A partir da emancipação, o novo estado foi incorporado administrativamente à Região Norte.

Sua posição territorial favorece contato com diferentes áreas do país. O estado possui limites com Goiás, Mato Grosso, Pará, Maranhão, Piauí e Bahia, funcionando como espaço de articulação entre as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

► Organização municipal

Municípios e distribuição territorial

O território tocantinense encontra-se dividido em 139 municípios. Apesar do elevado número de unidades municipais e da grande extensão territorial, a população distribui-se de maneira desigual.

Palmas e Araguaína são os maiores centros urbanos. Gurupi, Porto Nacional, Paraíso do Tocantins, Colinas do Tocantins, Araguatins, Guaraí e Tocantinópolis também exercem funções econômicas, comerciais ou administrativas importantes em suas respectivas áreas de influência.

Palmas ocupa posição diferenciada por concentrar funções administrativas estaduais, serviços especializados, atividades comerciais e parte significativa da infraestrutura institucional.

► Regiões geográficas intermediárias

Grandes áreas de articulação urbana

A regionalização geográfica permite compreender como os municípios se relacionam com centros urbanos responsáveis por concentrar serviços, comércio e funções de gestão.

O Tocantins apresenta três regiões geográficas intermediárias:

Região geográfica intermediária	Municípios
Palmas	42
Araguaína	65
Gurupi	32

A Região Intermediária de Palmas articula parcela significativa da área central do estado. A de Araguaína apresenta maior número de municípios e exerce influência especialmente sobre o norte tocantinense. A Região Intermediária de Gurupi possui forte importância para a porção sul.

► Regiões geográficas imediatas

As regiões intermediárias subdividem-se em onze regiões imediatas. Elas representam relações cotidianas entre municípios e centros urbanos, envolvendo deslocamentos para trabalho, comércio, saúde, educação, serviços públicos e outras atividades.

As regiões imediatas são:

- Palmas.
- Porto Nacional.
- Paraíso do Tocantins.
- Miracema do Tocantins.
- Araguaína.
- Guaraí.
- Colinas do Tocantins.
- Tocantinópolis.
- Araguatins.
- Gurupi.
- Dianópolis.

LEGISLAÇÃO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): PRINCÍPIOS, DIRETRIZES, ORGANIZAÇÃO, REGIONALIZAÇÃO, FINANCIAMENTO E GESTÃO; PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS; CONSELHOS DE SAÚDE, CONFERÊNCIAS DE SAÚDE E COMISSÕES INTERGESTORES

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. Criado pela Constituição Federal de 1988, o SUS tem como base o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Esse marco legal estabeleceu um modelo que visa garantir o acesso universal e gratuito a serviços de saúde, abrangendo desde a atenção básica até procedimentos de alta complexidade.

No entanto, garantir que um sistema dessa magnitude funcione de maneira eficiente não é uma tarefa simples. A gestão do SUS envolve a coordenação de milhares de unidades de saúde, a administração de grandes volumes de recursos financeiros e humanos, além de lidar com as demandas e necessidades de uma população diversa e extensa como a brasileira. Para isso, é essencial que os princípios e diretrizes do sistema sejam observados com rigor, permitindo que a saúde pública atenda suas finalidades com qualidade e equidade.

A gestão do SUS é um tema central para aqueles que buscam compreender como se dá o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, especialmente no contexto de concursos públicos. Conhecer sua estrutura organizacional, as formas de financiamento, os mecanismos de controle e avaliação, bem como os desafios enfrentados pelo sistema, é fundamental para entender como ele opera e como pode ser melhorado.

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é regido por uma série de princípios e diretrizes que orientam sua organização e funcionamento. Esses elementos fundamentais foram estabelecidos pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), com o intuito de garantir que o sistema seja capaz de atender às necessidades de saúde da população de maneira justa e eficaz. A compreensão desses princípios é essencial para entender como o SUS é gerido e como ele busca assegurar o direito à saúde.

► Princípios Doutrinários

Os princípios doutrinários são aqueles que orientam o conceito e os objetivos fundamentais do SUS. Eles estabelecem as bases éticas e filosóficas que guiam a prestação de serviços de saúde no Brasil. Os três principais princípios doutrinários do SUS são:

Universalidade:

Esse princípio determina que todos os cidadãos têm direito ao acesso aos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica, idade ou localização geográfica. A universalidade implica que o SUS deve estar disponível para todos, sem discriminação, garantindo a saúde como um direito humano básico.

Integralidade:

A integralidade refere-se à oferta de cuidados de saúde de forma completa, ou seja, levando em conta todos os aspectos das necessidades de saúde dos indivíduos. Esse princípio visa garantir que os serviços prestados não sejam fragmentados, mas abordem as diversas dimensões da saúde, desde a prevenção até a reabilitação, considerando o indivíduo como um todo.

Equidade:

Diferente de igualdade, a equidade implica que os recursos e serviços de saúde devem ser distribuídos de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo ou grupo. A ideia é que aqueles que mais necessitam de cuidados, como populações vulneráveis, tenham prioridade no acesso aos serviços. Isso busca corrigir as desigualdades sociais e regionais no acesso à saúde.

► Diretrizes Organizativas

Além dos princípios doutrinários, o SUS é organizado de acordo com diretrizes que orientam como o sistema deve ser estruturado e gerido em todo o território nacional. Essas diretrizes garantem que o SUS funcione de forma eficiente, descentralizada e participativa. As principais diretrizes organizativas são:

Descentralização:

A descentralização tem como objetivo distribuir as responsabilidades pela gestão do SUS entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Isso permite que as decisões sejam tomadas mais próximas da população, levando em conta as necessidades locais. A descentralização fortalece a autonomia dos estados e municípios na organização dos serviços de saúde.

Regionalização:

O princípio da regionalização implica que os serviços de saúde devem ser organizados de maneira a garantir a articulação entre os diferentes níveis de complexidade, desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade. A regionalização permite que as redes de atenção à saúde sejam organizadas por regiões, de forma a otimizar os recursos e evitar a duplicação de serviços, garantindo acesso eficiente e contínuo.

Hierarquização:

A hierarquização complementa a regionalização, definindo que os serviços de saúde devem estar organizados em níveis de complexidade, desde a atenção primária até os cuidados especializados. A ideia é que o paciente seja inicialmente atendido na atenção básica, que funciona como porta de entrada, e seja encaminhado, conforme a necessidade, para outros níveis de atendimento.

Participação Social:

A participação da população na formulação e controle das políticas públicas de saúde é um dos pilares do SUS. Por meio dos conselhos e conferências de saúde, a sociedade tem o direito de influenciar e fiscalizar a gestão do sistema. Isso garante maior transparência e adequação das políticas de saúde às reais necessidades da população.

► A Importância dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do SUS

Os princípios e diretrizes do SUS não são apenas orientações abstratas, mas sim elementos que influenciam diretamente a gestão do sistema. A universalidade, por exemplo, impõe desafios para garantir que o sistema cubra toda a população de forma eficaz, enquanto a integralidade exige que os gestores pensem no atendimento de saúde de forma ampla, englobando todos os aspectos do bem-estar físico e mental.

A descentralização, regionalização e hierarquização, por sua vez, são diretrizes que impactam diretamente a organização dos serviços de saúde, tornando a gestão um processo complexo e dinâmico. A descentralização, por exemplo, exige uma coordenação eficaz entre as três esferas de governo, enquanto a regionalização e a hierarquização demandam um planejamento cuidadoso para garantir que os recursos e serviços sejam distribuídos de maneira equilibrada e eficiente entre as diferentes regiões e níveis de atendimento.

Por fim, a participação social é uma ferramenta poderosa de controle e aprimoramento da gestão, permitindo que a população atue diretamente na formulação e na fiscalização das políticas de saúde. A presença dos conselhos de saúde em todos os níveis de governo é um exemplo concreto de como a gestão do SUS pode ser mais transparente e democrática.

Com base nesses princípios e diretrizes, a gestão do SUS busca alcançar o equilíbrio entre a oferta de serviços de saúde, a eficiência na alocação de recursos e a garantia dos direitos dos cidadãos, sempre respeitando as características e necessidades específicas da população brasileira.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SUS

A estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebida para garantir que os serviços de saúde cheguem de maneira eficiente e organizada a todos os brasileiros, respeitando a grande diversidade regional e as particularidades das necessidades de saúde da população.

Para isso, o SUS adota uma estrutura descentralizada e integrada, com responsabilidades compartilhadas entre os governos federal, estadual e municipal. Esse modelo busca equilibrar a coordenação central com a autonomia local, promovendo uma gestão mais próxima das realidades regionais.

► Níveis de Gestão: Federal, Estadual e Municipal

A organização do SUS está baseada em três níveis de gestão: federal, estadual e municipal. Cada um desses níveis tem responsabilidades específicas, porém interdependentes, para garantir o funcionamento do sistema de forma articulada.

Nível Federal:

O Ministério da Saúde é a instância central da gestão do SUS em nível federal. Ele é responsável por formular políticas públicas de saúde, definir diretrizes nacionais, financiar boa parte das atividades e serviços do SUS e coordenar ações de saúde pública em âmbito nacional. Além disso, o Ministério da Saúde supervisiona a execução dos programas de saúde e é responsável pela distribuição de recursos financeiros aos estados e municípios. Também coordena campanhas nacionais de saúde, como vacinação, e regulamenta a atuação das agências reguladoras, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nível Estadual:

As Secretarias Estaduais de Saúde atuam como intermediárias entre o Ministério da Saúde e os municípios. Elas têm a responsabilidade de organizar a rede estadual de saúde, coordenando os serviços de média e alta complexidade, como hospitais regionais e unidades especializadas. Além disso, as secretarias estaduais colaboram com a gestão dos recursos destinados às regiões e supervisionam a aplicação das políticas de saúde nos municípios. Os estados também desempenham um papel crucial na regionalização dos serviços de saúde, organizando redes de atenção que integram municípios dentro de regiões específicas.

Nível Municipal:

No nível municipal, as Secretarias Municipais de Saúde têm a responsabilidade pela gestão direta dos serviços de saúde na atenção básica, como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e programas de saúde da família. Os municípios são os responsáveis mais próximos da população, coordenando ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. A descentralização permite que as secretarias municipais adaptem as políticas de saúde às realidades locais, o que pode garantir uma maior eficiência e eficácia no atendimento às necessidades específicas da população.

MECANISMOS DE ARTICULAÇÃO E COORDENAÇÃO: A COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE (CIT)

A gestão descentralizada do SUS demanda um alto nível de articulação entre as esferas federal, estadual e municipal. Para garantir essa coordenação, foi criada a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A CIT é um espaço de negociação permanente entre as três esferas de governo, onde são discutidas e pactuadas as responsabilidades e as diretrizes que orientam a execução das políticas de saúde.

A CIT é composta por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A principal função dessa comissão é garantir que as decisões sobre a gestão do SUS sejam tomadas de forma conjunta e pactuada, promovendo uma melhor integração entre os diferentes níveis de governo e facilitando a descentralização das ações e serviços de saúde.

CONHECIMENTOS BÁSICOS

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

► Doença

A compreensão da doença não pode ser exclusivamente baseada em medições fisiopatológicas, uma vez que o estado de doença é determinado pelo sofrimento, dor, prazer e, em última análise, pelos valores e sentimentos expressos pelo corpo subjetivo que está doente (CANGUILHEM; CAPONI, 1995. In: BRÊTAS; GAMBA, 2006).

De acordo com Evans e Stoddart (1990)

, a doença é mais do que um simples construto relacionado ao sofrimento e ao mal, mas não se limita a esses aspectos. Mesmos quadros clínicos com parâmetros biológicos, prognóstico e implicações de tratamento idênticos podem afetar pessoas de maneiras distintas, resultando em diversas manifestações de sintomas e desconforto, com impactos diferenciados em suas habilidades sociais.

Embora o conhecimento clínico busque orientar a aplicação adequada do saber e da tecnologia, formulando-se nesses termos, a percepção individual sobre a saúde é crucial do ponto de vista do bem-estar individual e do desempenho social (EVANS; STODDART, 1990).

► Definição de Saúde

O que significa saúde?

Conforme a definição constante da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), amplamente divulgada e reconhecida em nossa área, saúde é conceituada como: “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.”

Dentre diversas abordagens possíveis para compreender o conceito de saúde, apresentaremos uma que se mostra particularmente útil para nossa discussão, conforme defendido por alguns autores (NARVAI et al., 2008). A condição de saúde pode ser descrita didaticamente pela combinação de três planos: subindividual, individual e coletivo, os quais serão detalhados a seguir.

O plano subindividual corresponderia ao nível biológico e orgânico, fisiológico ou fisiopatológico. Nesse plano, o processo saúde-adoecimento (PSa) seria determinado pelo equilíbrio dinâmico entre normalidade/anormalidade e funcionalidade/disfunções. Dessa forma, quando a balança se inclina para o lado da anormalidade/disfunção, podem ocorrer basicamente duas situações: a enfermidade e a doença.

A enfermidade seria a condição percebida pela pessoa ou paciente, manifestando-se como queda de ânimo, algum sintoma físico ou mesmo dor. A doença seria a condição identificada pelo profissional de saúde, com um quadro clínico definido e enquadrada.

O plano individual compreende que as disfunções e anormalidades ocorrem em indivíduos que são seres biológicos e sociais simultaneamente. Assim, as alterações no processo saúde-adoecimento resultam não apenas de aspectos biológicos, mas também das condições gerais da existência dos indivíduos, grupos e classes sociais, ou seja, possuem dimensões individuais e coletivas. De acordo com essa perspectiva, a condição de saúde pode variar desde um estado de mais perfeito bem-estar até o extremo da morte, envolvendo uma série de processos e eventos intermediários entre esses dois extremos (NARVAI et al., 2008).

O plano coletivo amplia ainda mais a compreensão do processo saúde-adoecimento (PSa), que não é considerado simplesmente como a soma das condições orgânicas e sociais de cada indivíduo isoladamente. Ao contrário, é encarado como a expressão de um processo social mais abrangente, resultante de uma complexa trama de fatores e relações presentes nos diversos níveis de análise: família, domicílio, microárea, bairro, município, região, país, continente etc. (NARVAI et al., 2008). Nessa perspectiva, torna-se mais acessível compreender a definição de Minayo (1994, citada por NARVAI et al., 2008) sobre saúde: “fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente”.

A saúde, muitas vezes imperceptível em sua plenitude, torna-se evidente apenas quando enfrentamos doenças. É uma experiência individual vivenciada no cerne do corpo. O entendimento da saúde e da doença está relacionado à reciprocidade entre fatores normais e patológicos, influenciados por determinantes biológicos, psicológicos e sociais. A desigualdade no processo saúde-doença-adoecimento entre indivíduos, classes e povos está diretamente ligada à posição social na sociedade.

Canguilhem e Caponi destacam a importância de partir da dimensão do ser para compreender o normal e o patológico. A relatividade desses conceitos implica que o que é considerado normal em um indivíduo pode não ser em outro. A autoconsciência e a capacidade de identificar sinais expressos pelo corpo são essenciais nesse processo relacional.

Historicamente, antigas crenças atribuíam a saúde como dádiva e a doença como castigo divino, evoluindo para teorias como a miasmática, que via a doença como resultado da inspiração de gases de animais em decomposição. No século XIX, a Bacteriologia prevaleceu, relegando os determinantes sociais na saúde ao segundo plano.

As concepções fisiológica e ontológica marcaram o percurso da medicina, a primeira enfocando o equilíbrio entre as forças naturais e a segunda considerando as doenças como entidades externas ao organismo. A teoria microbiana ganhou

predominância, mas, atualmente, reconhece-se a importância da multicausalidade, destacando os condicionantes individuais e socioeconômicos. O modelo epidemiológico evoluiu para incorporar o ambiente, estilo de vida e serviços de saúde, reconhecendo a inter-relação dinâmica na saúde.

O conceito dinâmico da saúde proposto pela OMS e outros autores destaca a contínua interação do ser humano com o universo físico, mental e social, enfatizando a responsabilidade dos indivíduos na manutenção e transformação da saúde, considerando-os atores sociais no processo de vida. O avanço do conhecimento levou ao desenvolvimento de modelos mais abrangentes, como o do campo de saúde, que integra diversos fatores em constante inter-relação.

Processo saúde-doença

O entendimento do Processo Saúde-Doença requer um novo instrumento intelectual, considerando a distinção entre a doença, conforme definida pelos sistemas de assistência à saúde, e a saúde, percebida pelos indivíduos. Além disso, é crucial incluir a dimensão do bem-estar, um conceito mais amplo do qual a saúde é apenas uma contribuição, não a única nem a mais importante. O sofrimento experimentado pelas pessoas muitas vezes não se alinha com a concepção de doença dos profissionais de saúde.

Como alternativa aos modelos causais centrados em ações individuais, é proposto privilegiar a dimensão coletiva do fenômeno saúde-doença, incorporando ações individuais e coletivas. A compreensão da saúde como um dispositivo social autônomo em relação à ideia de doença abre novas possibilidades na concepção do processo saúde-doença.

O Processo Saúde-Doença está diretamente relacionado à forma como os seres humanos, ao longo de sua existência, interagem com a natureza para atender às suas necessidades. Representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população, evoluindo ao longo do tempo e do desenvolvimento científico.

É destacado que o conceito de saúde é variável de acordo com o contexto histórico e os interesses dos grupos sociais. Autores afirmam que a saúde deve ser compreendida como componente da qualidade de vida e um bem comum, um direito social. Nesse sentido, é fundamental considerar a saúde como parte integrante e exercício da cidadania, aplicando a riqueza disponível, conhecimento e tecnologia para promover, proteger, prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar a saúde da sociedade.

Determinação social da saúde

O conceito de determinantes sociais da saúde destaca a relação entre as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos populacionais com sua saúde. Esses determinantes englobam fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco.

As relações entre determinantes sociais e saúde estabelecem uma hierarquia de determinações, indo dos fatores mais distais, como sociais, econômicos e políticos, até os mais proximais, relacionados diretamente ao modo de vida. A análise da situação de saúde abrange aspectos demográficos, sociais e econômicos, estratificação socioeconômica, condições de vida, ambiente, trabalho, redes sociais, comportamentos e saúde materno-infantil.

A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde utiliza o modelo de Dahlgren e Whitehead, que organiza os determinantes sociais em camadas, desde fatores individuais até macrodeterminantes relacionados a condições econômicas, culturais e ambientais.

A compreensão dos determinantes sociais da saúde permite intervenções para ampliar políticas públicas, reduzir iniquidades e promover uma abordagem mais equitativa. Além do conceito epidemiológico, a determinação social da saúde é entendida como um conceito mais amplo e politicamente construído, considerando os modos de convivência do ser humano na sociedade.

Atenção Básica à Saúde

A concepção de saúde-doença, quando abordada de maneira biologicista, focalizando causas biológicas específicas (abordagem unicausal), orienta ações para recuperação e reabilitação da saúde. No entanto, uma perspectiva mais ampla, considerando múltiplos fatores causais e influências ecológico-ambientais, promove a proteção da saúde e a prevenção de doenças. Ao compreender a saúde-doença como um processo com determinantes sociais, surge a promoção da saúde como uma consequência natural.

Intervir de maneira articulada implica adotar ações integradas que abranjam promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação. Essas ações refletem uma concepção de integralidade, reconhecendo a importância da determinação social, do ambiente ecológico e dos fatores biológicos. Em vez de negar o aspecto biológico, a abordagem contextualiza-o e amplia sua compreensão, conforme destacado por Cutolo (2001)

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

RDC Nº 7/2010 – REQUISITOS MÍNIMOS PARA FUNCIONAMENTO DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010

Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do Art.11 do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e tendo em vista o disposto no inciso II e nos §§ 1º e 3º do Art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no D.O.U., de 21 de agosto de 2006, em reunião realizada em 22 de fevereiro de 2010; adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino sua publicação:

Art. 1º Ficam aprovados os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, nos termos desta Resolução.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

SEÇÃO I OBJETIVO

Art. 2º Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente.

SEÇÃO II ABRANGÊNCIA

Art. 3º Esta Resolução se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares.

Parágrafo único. Na ausência de Resolução específica, as UTI especializadas devem atender os requisitos mínimos dispostos neste Regulamento, acrescentando recursos humanos e materiais que se fizerem necessários para atender, com segurança, os pacientes que necessitam de cuidados especializados.

SEÇÃO III DEFINIÇÕES

Art. 4º Para efeito desta Resolução, são adotadas as seguintes definições:

I - Alvará de Licenciamento Sanitário: documento expedido pelo órgão sanitário competente Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, que libera o funcionamento dos estabelecimentos que exerçam atividades sob regime de Vigilância Sanitária.

II - Área crítica: área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica.

III - Centro de Terapia Intensiva (CTI): o agrupamento, numa mesma área física, de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva.

IV - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH: de acordo com o definido pela Portaria GM/MS nº 2616, de 12 de maio de 1998.

V - Educação continuada em estabelecimento de saúde: processo de permanente aquisição de informações pelo trabalhador, de todo e qualquer conhecimento obtido formalmente, no âmbito institucional ou fora dele.

VI - Evento adverso: qualquer ocorrência inesperada e indesejável, associado ao uso de produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, sem necessariamente possuir uma relação causal com a intervenção.

VII - Gerenciamento de risco: é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das consequências ou probabilidade de ocorrência.

VIII - Hospital: estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/ emergência e de ensino/pesquisa.

IX - Humanização da atenção à saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos

do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas.

X - Índice de gravidade ou Índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente.

XI - Médico diarista/rotineiro: profissional médico, legalmente habilitado, responsável pela garantia da continuidade do plano assistencial e pelo acompanhamento diário de cada paciente.

XII - Médico plantonista: profissional médico, legalmente habilitado, com atuação em regime de plantões.

XIII - Microrganismos multirresistentes: microrganismos, predominantemente bactérias, que são resistentes a uma ou mais classes de agentes antimicrobianos. Apesar das denominações de alguns microrganismos descreverem resistência a apenas algum agente (exemplo MRSA - Staphylococcus aureus resistente à Oxacilina; VRE - Enterococo Resistente à Vancomicina), esses patógenos frequentemente são resistentes à maioria dos agentes antimicrobianos disponíveis.

XIV - Microrganismos de importância clínico-epidemiológica: outros microrganismos definidos pelas CCIH como prioritários para monitoramento, prevenção e controle, com base no perfil da microbiota nosocomial e na morbi-mortalidade associada a tais microrganismos. Esta definição independe do seu perfil de resistência aos antimicrobianos.

XV - Norma: preceito, regra; aquilo que se estabelece como base a ser seguida.

XVI - Paciente grave: paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autoregulação, necessitando de assistência contínua.

XVII - Produtos e estabelecimentos submetidos ao controle e fiscalização sanitária: bens, produtos e estabelecimentos que envolvam risco à saúde pública, descritos no Art.8º da Lei nº 9782, de 26 de janeiro de 1999.

XVIII - Produtos para saúde: são aqueles enquadrados como produto médico ou produto para diagnóstico de uso "in vitro".

XIX - Queixa técnica: qualquer notificação de suspeita de alteração ou irregularidade de um produto ou empresa relacionada a aspectos técnicos ou legais, e que poderá ou não causar dano à saúde individual e coletiva.

XX - Regularização junto ao órgão sanitário competente: comprovação que determinado produto ou serviço submetido ao controle e fiscalização sanitária obedece à legislação sanitária vigente.

XXI - Risco: combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano.

XXII - Rotina: compreende a descrição dos passos dados para a realização de uma atividade ou operação, envolvendo, geralmente, mais de um agente. Favorece o planejamento e racionalização da atividade, evitam improvisações, na medida em que definem com antecedência os agentes que serão envolvidos, propiciando-lhes treinar suas ações, desta forma eliminando ou minimizando os erros. Permite a continuidade das ações desenvolvidas, além de fornecer subsídios para a avaliação de cada uma em particular. As rotinas são peculiares a cada local.

XXIII - Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem: índice de carga de trabalho que auxilia a avaliação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos de enfermagem necessários para o cuidado.

XXIV - Sistema de Classificação de Severidade da Doença: sistema que permite auxiliar na identificação de pacientes graves por meio de indicadores e índices de gravidade calculados a partir de dados colhidos dos pacientes.

XXV - Teste Laboratorial Remoto (TRL): Teste realizado por meio de um equipamento laboratorial situado fisicamente fora da área de um laboratório clínico. Também chamado Teste Laboratorial Portátil - TLP, do inglês Point-of-care testing - POCT. São exemplos de TLR: glicemia capilar, hemogasometria, eletrólitos sanguíneos, marcadores de injúria miocárdia, testes de coagulação automatizados, e outros de natureza similar.

XXVI - Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

XXVII - Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definidos nas normas da instituição.

XXVIII - Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras.

XXIX - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias.

XXX - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.

XXXI - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.

CAPÍTULO II DAS DISPOSIÇÕES COMUNS A TODAS AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

SEÇÃO I ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A Unidade de Terapia Intensiva deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual.

Parágrafo único. A regularização perante o órgão de vigilância sanitária local se dá mediante a emissão e renovação de alvará de licenciamento sanitário, salvo exceções previstas em lei, e é condicionada ao cumprimento das disposições especificadas nesta Resolução e outras normas sanitárias vigentes.

Art. 6º O hospital no qual a Unidade de Terapia Intensiva está localizada deve estar cadastrado e manter atualizadas as informações referentes a esta Unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Art. 7º A direção do hospital onde a UTI está inserida deve garantir:

I - o provimento dos recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e à continuidade da atenção, em conformidade com as disposições desta RDC;