



Prefeitura de Cajamar- SP
Agentes Comunitários de Saúde

LÍNGUA PORTUGUESA

Interpretação de texto.....	1
Sinônimos, antônimos, parônimos e homônimos. Sentido próprio e figurado	7
Ortografia Oficial.....	8
Pontuação	9
Acentuação gráfica.....	14
Morfologia: adjetivo, advérbio, conjunção, pronome, preposição, substantivo e verbo (classificação e emprego).....	16
Sintaxe.....	32
Concordância	37
Regência verbal e nominal	39
Crase	41
Colocação pronominal.....	43
Exercícios.....	44
Gabarito.....	60

MATEMÁTICA

Números inteiros e racionais: operações e propriedades	1
Grandezas proporcionais	12
Regra de três simples e composta.....	15
Porcentagem. Juros simples e compostos.....	17
Unidades de medida.....	20
Equação do 1º Grau	23
Resolução de situações-problema	25
Conceitos básicos de geometria: cálculo de área e cálculo de volume	32
Tabelas e gráficos.....	39
Raciocínio Lógico	47
Exercícios	53
Gabarito.....	63

SUMÁRIO



ATUALIDADES

Questões relacionadas a fatos políticos, econômicos, sociais e culturais, nacionais e internacionais, divulgados na mídia local e/ou nacional, veiculados desde 1º de dezembro de 2022..... 1

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

Organização da Atenção Básica no SUS.....	1
Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde.....	46
Manual: O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....	150
Estratégia Saúde da Família.....	168
Ações de promoção em saúde.....	170
Vacinas e calendário da vacinação.....	193
Territorialização em saúde – mapeamento de saúde.....	216
Cadastramento e Visita domiciliar.....	218
Instrumento e ferramentas para o trabalho com as famílias.....	214
Participação Popular.....	214
Ações intersetoriais.....	228
Conhecimentos gerais sobre saúde da mulher, da criança e do adulto.....	228
Educação em saúde.....	344
Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017; Portaria nº 2527 de 19 de outubro de 2006.....	346
Lei nº 11.350/2006 e suas atualizações.....	346
Exercícios.....	358
Gabarito.....	359

SUMÁRIO



Definição Geral

Embora correlacionados, esses conceitos se distinguem, pois sempre que compreendemos adequadamente um texto e o objetivo de sua mensagem, chegamos à interpretação, que nada mais é do que as conclusões específicas. Exemplificando, sempre que nos é exigida a compreensão de uma questão em uma avaliação, a resposta será localizada no próprio no texto, posteriormente, ocorre a interpretação, que é a leitura e a conclusão fundamentada em nossos conhecimentos prévios.

Compreensão de Textos

Resumidamente, a compreensão textual consiste na análise do que está explícito no texto, ou seja, na identificação da mensagem. É assimilar (uma devida coisa) intelectualmente, fazendo uso da capacidade de entender, atinar, perceber, compreender. Compreender um texto é apreender de forma objetiva a mensagem transmitida por ele. Portanto, a compreensão textual envolve a decodificação da mensagem que é feita pelo leitor. Por exemplo, ao ouvirmos uma notícia, automaticamente compreendemos a mensagem transmitida por ela, assim como o seu propósito comunicativo, que é informar o ouvinte sobre um determinado evento.

Interpretação de Textos

É o entendimento relacionado ao conteúdo, ou melhor, os resultados aos quais chegamos por meio da associação das ideias e, em razão disso, sobressai ao texto. Resumidamente, interpretar é decodificar o sentido de um texto por indução.

A interpretação de textos compreende a habilidade de se chegar a conclusões específicas após a leitura de algum tipo de texto, seja ele escrito, oral ou visual.

Grande parte da bagagem interpretativa do leitor é resultado da leitura, integrando um conhecimento que foi sendo assimilado ao longo da vida. Dessa forma, a interpretação de texto é subjetiva, podendo ser diferente entre leitores.

Exemplo de compreensão e interpretação de textos

Para compreender melhor a compreensão e interpretação de textos, analise a questão abaixo, que aborda os dois conceitos em um texto misto (verbal e visual):

FGV > SEDUC/PE > Agente de Apoio ao Desenvolvimento Escolar Especial > 2015

Português > Compreensão e interpretação de textos

A imagem a seguir ilustra uma campanha pela inclusão social.



“A Constituição garante o direito à educação para todos e a inclusão surge para garantir esse direito também aos alunos com deficiências de toda ordem, permanentes ou temporárias, mais ou menos severas.”

A partir do fragmento acima, assinale a afirmativa **incorreta**.

(A) A inclusão social é garantida pela Constituição Federal de 1988.



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



FGTS poderá ser usado para pagar até 12 parcelas atrasadas do imóvel

Quem estiver em débito com financiamento poderá amortizar prestações não pagas com o valor do benefício a partir desta segunda

A partir desta segunda-feira, 2, o mutuário inadimplente com a casa própria poderá usar o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) para negociar o pagamento de até 12 prestações em atraso. A medida foi autorizada pelo Conselho Curador do FGTS no último dia 20.

Na ocasião, o Conselho Curador aumentou, de três meses para 12 meses, o limite de uso do saldo do fundo para quitar parcelas em atraso. A medida vale até 31 de dezembro. O uso do FGTS para reduzir o valor de prestações futuras ou abater atrasos inferiores a 90 dias existe há bastante tempo, mas a destinação dos recursos para pagar mais de três parcelas atrasadas, até agora, exigia autorização da Justiça.

De acordo com o Conselho Curador, atualmente 80 mil mutuários de financiamentos habitacionais têm mais de três parcelas em atraso e são considerados casos de inadimplência grave. Desse total, 50% têm conta vinculada ao FGTS.

Na última quarta-feira (27), a Caixa Econômica Federal, que administra o FGTS, atualizou as regras que regulamentam as contas do fundo. Segundo o banco, os recursos do Fundo de Garantia serão sacados em parcela única, com o valor debitado sendo usado para negociar as prestações em atraso.

Procedimentos

O trabalhador interessado em quitar parcelas não pagas deve procurar o banco onde fez o financiamento habitacional. O mutuário assinará um documento de Autorização de Movimentação da Conta Vinculada do FGTS para poder abater até 80% de cada prestação, limitado a 12 parcelas atrasadas.

O mecanismo só vale para imóveis avaliados em até R\$ 1,5 milhão e haverá restrições. Quem usou o saldo de alguma conta do FGTS para diminuir o saldo devedor e o número de prestações não poderá usar o fundo para quitar prestações não pagas antes do fim desse intervalo. O prazo é com base na data da última amortização ou liquidação.

Na nova versão do Manual do FGTS, atualizada pela Caixa, os critérios para poder fazer o saque são os mesmos dos trabalhadores que usam o dinheiro do fundo para comprarem ou construírem a casa própria. O trabalhador deverá ter contribuído para o FGTS por, pelo menos, três anos, em períodos consecutivos ou não, não poderá ter outro imóvel no município ou região metropolitana onde trabalha ou mora e não poderá ter outro financiamento ativo no Sistema Financeiro de Habitação (SFH).

Bolsonaro vai a ato por “destituição” de ministros do STF em Brasília e envia vídeo a aliados em

São Paulo

O presidente falou em “lealdade” aos que acreditam em seu governo.

O presidente Jair Bolsonaro fez uma rápida participação no ato organizado em Brasília por seus apoiadores contra o Supremo Tribunal Federal (STF) e em defesa do deputado Daniel Silveira (PTB-RJ), que foi condenado a oito anos e nove meses de prisão por ataques à democracia, mas recebeu perdão presidencial. Ele chegou por volta de 11h30 e não discursou. Já em São Paulo, sem participar presencialmente, Bolsonaro optou por enviar um vídeo transmitido por um telão na tarde deste domingo, (1º), a aliados que se reuniam na Avenida Paulista. O presidente falou em “lealdade” aos que acreditam em seu governo.

“Essa manifestação é pacífica como todas as demais em defesa da Constituição, da família e da liberdade”, disse Bolsonaro, por vídeo. “Devo lealdade a todos vocês, temos um governo que acredita em Deus, respeita os seus militares, defende a família e deve lealdade ao seu povo.” Ele também voltou a dizer que o “bem sempre vence o mal” e que estará “sempre ao lado da população brasileira”.



Conhecimentos Específicos

Política Nacional de Atenção Básica

Transcorridos 27 anos desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, é possível dizer que, mesmo com dificuldades e lacunas, foram as políticas direcionadas para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil que mais favoreceram a implantação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Expressas por meio de documentos específicos, as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) tiveram papel fundamental nesse processo, permitindo inflexões importantes, principalmente no modelo de atenção e na gestão do trabalho em saúde nos municípios. Isso ocorreu de modo articulado à introdução dos mecanismos de financiamento que desempenharam papel indutor na sua adoção como eixo estruturante da organização das ações e serviços de saúde.

Em setembro de 2017, foi publicada uma nova PNAB3, que suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Em nota conjunta, as três instituições denunciaram, entre outras coisas, a revogação da prioridade dada à Estratégia Saúde da Família (ESF) na organização do SUS com a provável perda de recursos para outras configurações da Atenção Básica (AB), em um contexto de retração do financiamento da saúde. Demonstraram preocupação com retrocessos em relação à construção de uma APS integral, que vinha direcionando o modelo de AB baseado na ESF

Este artigo teve como objetivo analisar as alterações nas diretrizes da AB promovidas no texto da PNAB 2017, tomando como parâmetros a PNAB 2011 e os princípios da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, na perspectiva de uma APS forte e de uma rede integrada de atenção à saúde no SUS. Os temas analisados foram: a cobertura; a posição relativa da ESF; a configuração das equipes; e a organização dos serviços.

Inicialmente, foram identificados alguns marcos instituintes da AB no Brasil e suas contribuições para a configuração do SUS. Na sequência, procurou-se situar o contexto de formulação dessa nova política e discutir prováveis riscos e retrocessos das alterações propostas para o SUS.

Apontamentos sobre a trajetória da política de Atenção Básica no Brasil

Em 1994, a criação do Programa Saúde da Família (PSF) permitiu ampliar a cobertura em saúde, em um movimento inicialmente voltado apenas para a parte da população brasileira em situação social mais vulnerável. Configurou-se um modo de compor a equipe e de organizar o processo de trabalho, com base territorial e responsabilidade sanitária, referências sustentadas pelas sucessivas políticas.

Com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB/96), o PSF assumiu a condição de estratégia de reorientação da APS, em substituição às modalidades tradicionais. A NOB/96 instituiu os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabeleceu incentivos financeiros aos municípios que adotassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e o PSF, tornando automática e regular a transferência de recursos federais para o financiamento desses programas.

Essa priorização teve repercussões concretas, e, em 1998, foi estabelecido o primeiro Pacto de Indicadores da Atenção Básica, processo que se renovou periodicamente por meio da negociação intergestores de metas para a avaliação e o monitoramento da AB no SUS. Desdobrou-se, também, em outros dispositivos de fortalecimento da AB, como, por exemplo, a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), também em 1998, substituindo o Sistema de Informação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (Sipacs).

Ainda visando à reorientação do modelo de atenção, foi criado, em 2002, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), voltado para os municípios com mais de 100 mil habitantes, explicitando a compreensão da saúde da família como uma estratégia viável não apenas nas pequenas cidades e no meio rural, onde se implantou originalmente. No âmbito do Proesf, foi criada, em 2005, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ), que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e Equipes da Saúde da Família (EqSF), com o propósito de qualificação da AB por meio da avaliação.